

TESIS DOCTORAL

PRESCRIPCIÓN DIFERENCIADA A HOMBRES Y MUJERES, ¿UNA CUESTIÓN DE GÉNERO?



M^a Antonieta Gayoso Rodríguez

Directores:

Dr. Agustín Hidalgo Balsera

Dr. Norberto Octavio Corral Blanco

Tutor:

Dr. Agustín Hidalgo Balsera

Programa de doctorado: Investigación en Medicina
Oviedo, 2016

TESIS DOCTORAL

PRESCRIPCIÓN DIFERENCIADA A HOMBRES Y MUJERES, ¿UNA CUESTIÓN DE GÉNERO?



Universidad de Oviedo

M^a Antonieta Gayoso Rodríguez

Directores:

Dr. Agustín Hidalgo Balsera

Dr. Norberto Octavio Corral Blanco

Tutor:

Dr. Agustín Hidalgo Balsera

Programa de doctorado: Investigación en Medicina
Oviedo, 2016



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español: Prescripción diferenciada a hombres y mujeres, ¿una cuestión de género?	Inglés: Differential medical treatment between men and women, a matter of gender?
2.- Autor	
Nombre: M ^a Antonieta Gayoso Rodríguez	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: Investigación en Medicina	
Organo responsable: Comisión Académica del Programa de Doctorado Investigación en Medicina	

RESUMEN (en español)

Tras la declaración de la OMS en 2001 "*La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar*", las Administraciones Sanitarias establecieron las medidas oportunas para garantizar el principio de igualdad entre hombres y mujeres en relación con la protección de la salud, especialmente en lo referente a la accesibilidad y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico tanto en su vertiente investigadora como asistencial. Una década después, el objetivo de esta investigación es estudiar si se produce sesgo de género durante el proceso de hospitalización. Para ello se comprueba si existen evidencias de un trato diferenciado entre pacientes que comparten el mismo tipo de patología, analizando tanto los procedimientos aplicados durante su estancia como la terapia farmacológica.

En este trabajo se han revisado 4683 historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el H. Valle del Nalón y se han efectuado comparaciones con otras poblaciones de referencia a partir de los datos publicados por el INE y por el Registro de Altas de Hospitalización y Atención Ambulatoria Especializada del Sistema Nacional de Salud, estratificando los casos por grupos de edad y sexo.

Para estudiar la existencia de relación entre las variables categóricas se empleó el test ji-cuadrado de Pearson, el índice razón de Odds para valorar la intensidad de la relación entre variables binarias y el análisis de correspondencias para mostrar las razones de asociación entre variables cualitativas con muchas categorías de respuesta. Todos los análisis estadísticos se hicieron a dos colas y para rechazar la hipótesis de independencia se utilizó el nivel de significación 0,05.

Los resultados revelaron: a) un acusado envejecimiento de la población; b) una mayor frecuentación hospitalaria de hombres hasta los 74 años que luego se invierte; c) la media de procedimientos aplicados diagnósticos y terapéuticos no es significativamente diferente entre sexos; d) las enfermedades circulatorias y respiratorias prevalecen después de los 74 años sin diferencia entre sexos; e) las comorbilidades son más frecuentes entre los hombres, excepto en el grupo de personas menores de 44 años; f) la adecuación entre el tratamiento farmacológico prescrito y uno de consenso clínico fue superior al 95 %, ajustándose por igual en hombres y mujeres e independientemente del sexo del facultativo; g) el análisis del consumo de medicamentos ajustado por edad y sexo, mostró diferencias estadísticamente significativas pero clínicamente irrelevantes; h) se detectó prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados en el 13,6% de los pacientes de 65 o más años, teniendo las mujeres un riesgo 1,37 veces superior frente a los hombres. La prescripción de este tipo de medicamentos fue independiente del sexo del profesional que indica el tratamiento.

Nuestros resultados sugieren la ausencia de sesgo de género en la atención sanitaria que se brinda a los pacientes en el contexto hospitalario. Las diferencias encontradas se explican por la edad y la prevalencia de enfermedades asociadas y no por una actuación diferencial de los profesionales sanitarios por razón de género.



RESUMEN (en Inglés)

After the declaration by the World Health Organization in 2011 "Gender equality in healthcare through mainstreaming: the need for improvement", Healthcare Administrations established appropriated measures to guarantee the principle of equality among men and women in regard to healthcare, especially in respect to accessibility and the effort made to diagnose and treat patients, equally in an investigative viewpoint and medical care provided. A decade later, the aim of this investigation is to study whether a gender-based bias exists during the course of hospitalization. To do so, it tests whether evidence of differential treatment exists among patients who share the same type of pathology, equally analyzing the procedures applied to the patients while hospitalized as well as the pharmacological treatments.

In this study, 4683 medical records of patients who had received medical care at Hospital Valle del Nalón in 2011 have been reviewed and comparisons have been carried out with other populations of reference based on the data published by The National Institute of Statistics, The Registry of Hospital Discharges and Specialized Outpatient Facilities from National Health System, categorizing the cases according to age and gender.

In order to study the existence of correlation between categorical variables Pearson's chi-square test was used; the odds ratio (OR) to evaluate the strength of association or non-independence between two binary data values; and correspondence analysis to provide a means of displaying or summarising a set of data in two-dimensional graphical form between many categorical variables. All the statistical analyses were tested with the use of final two-tailed P value < 0.05.

The results revealed: a) a significant ageing of the population; b) a high number of hospital visits of men up to 74 years old which then becomes inverted; c) the average number of diagnostic procedures and treatments used isn't significantly different between the sexes; d) circulatory and respiratory diseases prevail after the age of 74 regardless of gender e) comorbidities are more frequent in men, except in the group of people younger than 44 years old; f) agreement between the pharmacological treatment prescribed and that of a clinical consensus was greater than 95%, matching equally in men and women and independently of the physician's gender; g) the analysis of the consumption of medicines according to age and gender showed significant statistical differences, but clinically irrelevant; h) potentially unsuitable prescribed medicine was detected in 13.6% of patients 65 and older with women having a risk of 1.37 times greater than that of men. The prescription of these types of medicines was independent of the gender of the healthcare professional who prescribed the treatment.

Our results suggest the absence of any gender-based bias in regard to the medical care provided to patients in a hospital setting. The differences found are explained by age and the prevalence of associated diseases and not by differential conduct of healthcare professionals because of gender-based motives.

AGRADECIMIENTOS

A los Dres. Agustín Hidalgo y Norberto Corral, por su ánimo, apoyo y generosidad, para que este proyecto se haya hecho realidad.

A mi familia, por haberme dado la oportunidad de llegar hasta aquí y a mis amigos, los de verdad, por animarme a conseguirlo.

A mis compañeros del Hospital Valle del Nalón, que me han ayudado en esta tarea.

Finalmente a Manuel, por su entrega incondicional, comprensión y paciencia.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	- 15 -
RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS	- 17 -
INTRODUCCIÓN.....	- 21 -
:	
Contextualización de los conceptos sexo y género y su repercusión práctica en salud y educación.	- 22 -
• Sexo y género como concepto	- 22 -
• Influencia del género en los estudios de salud.....	- 23 -
• Diferencias en salud entre hombres y mujeres	- 29 -
• Abordaje del tema en España: aspectos sanitarios y educativos....	- 35 -
:	
Marco contextual del estudio y su población.....	- 39 -
• Ámbito legislativo y demográfico	- 39 -
• Proceso de industrialización y su repercusión en la población.....	- 40 -
• Roles de género en la sociedad del siglo XX.....	- 45 -
• Entorno sanitario actual de la población a estudio.....	- 47 -
JUSTIFICACIÓN.....	- 53 -
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	- 59 -
MATERIAL Y MÉTODOS	- 61 -
:	
Tipo de estudio.....	- 61 -
:	
Selección de la población.....	- 61 -
:	
Recogida de información.	- 62 -
:	
Procedimiento para efectuar comparaciones y análisis de datos	- 65 -
:	
Análisis estadístico.....	- 69 -
:	
Consideraciones éticas y legales	- 70 -

RESULTADOS - 71 -

- ∴ Descripción de las variables sociodemográficas y culturales de los pacientes del estudio. - 71 -
- ∴ Frecuentación de hospitalización en la población del Área VIII. - 80 -
- ∴ Capítulos de enfermedad y procedimientos aplicados durante la hospitalización entre los pacientes del estudio (CIE9MC) - 82 -
- ∴ Pluripatología asociada y diagnóstico principal..... - 89 -
- ∴ Adecuación del tratamiento farmacológico prescrito con el de consenso clínico - 96 -
- ∴ Tratamiento farmacológico al alta..... - 99 -
- ∴ Medicamentos potencialmente inapropiados - 116 -

DISCUSIÓN..... - 117 -

CONCLUSIONES..... - 141 -

BIBLIOGRAFÍA - 145 -

ANEXOS - 159 -

Anexo I: Principales enfermedades incluidas en cada capítulo de enfermedad..... - 159 -

Anexo II: Diagnósticos principales y secundarios asociados con diferencias estadísticamente significativas entre sexos. - 161 -

Anexo III: Patologías agrupadas por diagnóstico principal, nº de pacientes y tratamiento de referencia asignado a cada conjunto. - 165 -

Anexo IV: Diagnósticos excluidos de la comparación con el tratamiento de referencia planteado..... - 175 -

Anexo V: Principales grupos terapéuticos entre los que se distribuyen y cuantifican los medicamentos prescritos al alta hospitalaria. - 181 -

Anexo VI: Medicamentos potencialmente inapropiados..... - 183 -

ABREVIATURAS

ABVD:	Actividades básicas de la vida diaria.
ANECA:	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
ATC:	Clasificación Anatómico-Terapéutica-Química.
CCAA:	Comunidades Autónomas.
CEE:	Comunidad Económica Europea.
CIE:	Clasificación Internacional de las Enfermedades.
CIE9MC:	Clasificación Internacional de las Enfermedades (9ª Modificación Clínica).
CMBD:	Conjunto mínimo básico de datos.
ENSE:	Encuesta Nacional de Salud de España.
FDA:	Agencia de Fármacos y Alimentos en EEUU.
HVN:	Hospital Valle del Nalón.
INE:	Instituto Nacional de Estadística.
MPI:	Medicamentos potencialmente inapropiados.
MSSSI:	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
OCDE:	Organización para la cooperación y desarrollo económicos.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
SADEI:	Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
Tto:	Tratamiento.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

Figura. 1: Evolución demográfica de Langreo (1987-2010).....	- 40 -
Figura. 2: Incremento de la demanda de educación de Bachillerato, Formación profesional Superior y Universitaria	- 46 -
Figura. 3: Porcentaje de estudios universitarios terminados o en curso y porcentaje de mujeres que los cursan	- 47 -
Figura. 4: La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD-Registro de altas 2010	- 55 -
Figura. 5: Distribución de los pacientes estudiados según sexo y edad	- 71 -
Figura. 6: Pirámide poblacional del Área Sanitaria VIII. 2011.....	- 72 -
Figura. 7: Pirámide poblacional del Principado de Asturias. 2011	- 73 -
Figura. 8: Pirámide poblacional del conjunto español. 2011	- 73 -
Figura. 9: Frecuentación de la hospitalización en España, Asturias y el Área Sanitaria VIII	- 80 -
Figura. 10: Porcentaje de pacientes ingresados según sexo y grupo de edad....	- 81 -
Figura. 11: Modalidad de ingreso de los pacientes (Urgente vs Programado) según sexo y grupo de edad.....	- 81 -
Figura. 12: Distribución de altas según % capítulo de enfermedad en los tres escenarios planteados.....	- 83 -
Figura. 13: Asociación entre edad_ sexo y capítulo de enfermedad de los pacientes estudiados	- 84 -
Figura. 14: Pluripatología asociada en los pacientes del estudio.	- 89 -
Figura. 15: Relación entre patologías concomitantes, sexo y grupos de edad ..	- 90 -
Figura. 16: Número de medicamentos recibidos tras el alta hospitalaria según el sexo del paciente	- 99 -
Figura. 17: Distribución según sexo del número de medicamentos recibidos tras el alta hospitalaria	- 100 -
Figura. 18: Prescripción de medicamentos según grupo terapéutico y sexo ...	- 101 -
Figura. 19: Representación gráfica del % de pacientes ≥ 75 años que reciben ninguno, uno, dos o más medicamentos del grupo A.....	- 102 -

Figura. 20: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de suplementos minerales	- 103 -
Figura. 21: Representación gráfica del % de pacientes entre 45-74 años que reciben ninguno, uno, dos y tres o más medicamentos del grupo B	- 104 -
Figura. 22: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de antitrombóticos.....	- 105 -
Figura. 23: Evolución del nº de medicamentos del grupo C según sexo y grupo de edad.....	- 106 -
Figura. 24: Evolución del nº de medicamentos del grupo N según sexo y grupo de edad.....	- 107 -
Figura. 25: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de analgésicos, psicolépticos y psicoanalépticos	- 108 -
Figura. 26: Evolución del nº de medicamentos del grupo R según sexo y grupo de edad.....	- 109 -
Figura. 27: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de agentes contra padecimientos obstructivos de las vías aéreas	- 110 -
Figura. 28: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupo de edad, en la utilización de preparados urológicos.	- 111 -
Figura. 29: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de terapia tiroidea.....	- 112 -
Figura. 30: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de antiinflamatorios	- 114 -
Figura. 31: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de antigotosos	- 114 -
Figura. 32: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de fármacos para el tratamiento de las enfermedades óseas.....	- 115 -
Figura. 33: Prescripción de MPI en pacientes ≥ 65 años según sexo	- 116 -

Tabla. 1: Expresiones del sesgo de género en la práctica clínica	- 30 -
Tabla. 2: Marco legislativo aplicado a los estudios en materia universitaria ...	- 37 -
Tabla. 3: Demografía de Asturias y la Comarca del Nalón. 2011	- 39 -
Tabla. 4: Plantilla de trabajadores de la empresa pública HUNOSA en el periodo 1967 a 1995.....	- 42 -
Tabla. 5: Evolución de las huelgas en Asturias en el período 1979-1994.	- 43 -
Tabla 6: Indicadores de hospitalización. Hospital Valle del Nalón 2011.....	- 48 -
Tabla 7: Media de edad en las poblaciones comparadas	- 74 -
Tabla 8: Principales características sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional de la población estudiada	- 75 -
Tabla 9: Nivel máximo de estudios completado en la población estudiada	- 76 -
Tabla. 10: Situación laboral de la población estudiada	- 76 -
Tabla. 11: Ocupación desarrollada por la población estudiada	- 77 -
Tabla. 12: Principales hábitos de vida no saludables entre la población estudiada	- 78 -
Tabla. 13: Principales comorbilidades de la población estudiada	- 79 -
Tabla. 14: Distribución de altas por capítulo de enfermedad en la población estudiada	- 82 -
Tabla. 15: Análisis de correspondencias entre las variables sexo, edad y capítulo de enfermedad.....	- 84 -
Tabla. 16: Procedimientos aplicados durante la hospitalización en la población a estudio.....	- 86 -
Tabla. 17: Distribución porcentual de los procedimientos aplicados en los tres ámbitos comparados.....	- 87 -
Tabla. 18: Promedio de procedimientos aplicados durante la hospitalización en los tres ámbitos de comparación.....	- 88 -
Tabla. 19: Análisis de correspondencias entre las variables sexo, edad y pluripatología	- 90 -
Tabla. 20: Diagnósticos secundarios presentes en ambos sexos con diferencias estadísticamente significativas entre ellos.	- 92 -

Tabla. 21: Relación entre diagnóstico principal y patologías secundarias con diferencias estadísticamente significativas entre sexos - 93 -

Tabla. 22: Asociación entre diagnóstico principal y patología secundaria representada por el valor de la Odds Ratio en mujeres vs hombres - 94 -

Tabla. 23: Nivel de concordancia entre la prescripción farmacológica real y la de consenso clínico - 97 -

Tabla. 24: Nivel de concordancia según sexo entre la prescripción farmacológica real y la de consenso clínico tras el segundo análisis - 97 -

Tabla. 25: Nivel de concordancia entre la prescripción farmacológica real y la de consenso clínico según el sexo del profesional - 98 -

Tabla. 26: Media de medicamentos prescritos tras el alta hospitalaria por sexos y grupos de edad. - 100 -

Tabla. 27: Diferencias entre hombres y mujeres en el número de medicamentos del grupo N que reciben según grupo de edad - 108 -

Tabla. 28: Diferencias entre hombres y mujeres en el número de medicamentos del grupo R que reciben según grupo de edad - 110 -

INTRODUCCIÓN

Las Ciencias de la Salud han abordado el estudio del género y la salud aunque no lo han hecho de manera extensiva. En la Antropología sin embargo, hay múltiples antecedentes de los estudios de género y ya en los años cincuenta desde la Psicología se empleaba el término género para denominar la relación entre características sexuales y psicológicas(1), pero aún hay muchos aspectos que no han sido abordados con suficiente precisión y otros que admiten lecturas diferenciadas.

Los estudios de género se desarrollaron en gran medida de la mano de las Ciencias Sociales a partir de las luchas feministas y después de que algunas mujeres accedieran a una mayor educación y, en algunos casos, a mayor igualdad. Ello fraguó las condiciones previas necesarias para dar paso a una nueva conciencia académica más crítica con el androcentismo¹ dominante en la ciencia que ha generado una importante área de investigación(2).

La producción científica obtenida en todo este tiempo ha proporcionado hallazgos clínicos significativos que sin duda, han enriquecido los conocimientos de la práctica médica a la hora de diagnosticar y tratar tanto a hombres como a mujeres y por tanto, han sentado las bases para su implementación en la población general.

En base a este argumento y siguiendo los principios de la universalidad de la Medicina que conocemos hoy en día, no deberían existir los “sesgos de género” o “desigualdad de oportunidades” entre los pacientes de nuestro entorno y por ello se ha planteado este trabajo, cuya introducción se ha dividido en dos partes. La primera hace referencia a la contextualización de los conceptos sexo y género así como su abordaje en España en términos sanitarios y educativos. La segunda, analiza el ámbito en el que se plantea el estudio y define las características e idiosincrasia de su población.

¹ El término androcentismo se refiere a las formas de conocimiento y supone utilizar en cualquier investigación o análisis una perspectiva que surge de la experiencia social masculina, especialmente de la experiencia social de varones occidentales, blancos y de clase media. Implica por tanto, la identificación de lo masculino con lo humano en general y, a su vez, la equiparación de lo humano en general con lo masculino, lo que lleva consigo constituir lo masculino en la norma(177).

‡ **Contextualización de los conceptos sexo y género y su repercusión práctica en salud y educación.**

- *Sexo y género como concepto*

A lo largo de las últimas décadas se ha introducido paulatinamente el término ‘género’ en la literatura científica sociosanitaria, sustituyendo en ocasiones al término ‘sexo’, y utilizándose como sinónimo, cuando en realidad se trata de conceptos diferentes(3)

A finales de los años setenta, las feministas anglosajonas comenzaron a definir y divulgar el concepto de género y propusieron utilizar el término “sexo” para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres que se asociaban a su capacidad de procreación, mientras que “género” suponía un nivel de abstracción distinto, mediante el que se aludía a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres(4)

Al amparo de estas definiciones y bajo el prisma de un planteamiento esencialmente biológico, poco a poco se ha ido consolidando la idea de que el “sexo” es algo dado, estático, invariable, mientras que “género” es un término mucho más complejo por estar relacionado con las funciones, actividades y competencias que cada sociedad atribuye a cada sexo, tratándose por tanto, de un concepto dinámico, reproducible y variable de unas sociedades a otras e incluso a lo largo de la historia(5) En definitiva, el término ‘género’ se refiere al modo diferente en que la cultura y la sociedad nos sitúan según seamos hombres o mujeres, haciendo referencia a las tareas, responsabilidades y oportunidades que se asignan al hecho biológico de ser hombre o mujer, es decir al sexo, y también a las relaciones socioculturales entre unos y otras, que han sido y siguen siendo de poder(6,7).

La división de género presente en todas las sociedades significa que hombres y mujeres tienen asignados papeles distintos, es decir, las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los roles de género. Aunque la definición precisa de esta división de género varía entre sociedades, hay un alto grado de consistencia en la división sexual del trabajo de modo

que se espera que las mujeres se centren sobre todo en la familia y el trabajo doméstico, mientras a los hombres se les adjudica su responsabilidad principal en el trabajo remunerado y en la arena pública(6). Todavía en el siglo XXI, nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos diferentes así como distintos valores, creencias y actitudes. Estos roles y conductas definidas están presentes desde el comienzo del proceso de socialización, se transmiten desde el hogar, se confirman en la escuela y se expanden a través de los medios de comunicación de modo que lo que es considerado correcto y bueno para un sexo puede ser visto como inadecuado para el otro(7) y en consecuencia, las desigualdades de género creadas pueden favorecer sistemáticamente a uno de los dos grupos. En este contexto, se podría considerar que tales inequidades pudieran desencadenar injusticias entre hombres y mujeres, tanto en su estado de salud como en el acceso a la atención sanitaria(8) entre otros fenómenos, si bien, es necesario matizar que no todas las diferencias de salud que se producen entre hombres y mujeres implican la aparición de inequidad de género, únicamente presentan esta característica las que se consideren innecesarias, evitables e injustas(9).

Por otra parte, la cuestión de género puede entenderse como una evolución léxica en la teorización social de la mujer y de portadores de tendencias sexuales que no se ajustan a la dicotomía hombre/mujer, tales como gays, lesbianas, etc., según la elaboración del filósofo Michael Foucault(10). Además, en la cuestión de género subyace una lucha conceptual y genésica de los comportamientos sociales que goza de dilatada trascendencia y que implica a las corrientes esencialistas (esencialismo biologicista, en la que es la biología la que impone un determinismo comportamental) y a las constructivistas, que sostienen que el género es una construcción socio-cultural(11).

- *Influencia del género en los estudios de salud.*

Tradicionalmente, la evidencia de las desigualdades entre hombres y mujeres ha sido planteada desde la perspectiva socioeconómica y territorial. En el caso de los estudios sanitarios, antaño realizados sólo con hombres, los resultados se extrapolaban a toda la población, dando por hecho de esta forma, que los efectos de lo que se estudiaba serían iguales para ambos sexos. Sin embargo, gracias a los movimientos feministas de los

años setenta(12), las mujeres comenzaron a expresar su descontento con el sistema de interacción médico-paciente y posteriormente, a partir de los años noventa, las asociaciones médicas y algunas organizaciones del ámbito sanitario comenzaron a percibir la salud de las mujeres de forma diferente a la de los hombres y consecuentemente, se manifestó la necesidad de realizar actuaciones específicas para cada género. La divulgación de un estudio publicado en 1991 en el New England Journal Medical(13) realizado en EEUU entre 60.000 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo, demostraba una mayor tendencia a realizar coronariografías a los hombres frente a las mujeres a igual edad, gravedad y comorbilidad. Este resultado suscitó un gran interés entre la comunidad científica y contribuyó a romper el androcentrismo(14) dejando paso a la epidemiología basada en las diferencias de género y al conocimiento de su influencia en la salud, con la consiguiente y progresiva inclusión de la perspectiva de género tanto en la investigación como en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención sanitaria.

Desde entonces, las innovaciones de género en el ámbito de la salud han hecho posible la inclusión de nuevos conocimientos y oportunidades para los profesionales y los equipos de investigación que han puesto de manifiesto que los sesgos de género son socialmente perjudiciales y costosos(15). Algunos ejemplos de ello fueron la retirada del mercado en EEUU entre 1997 y 2000 de un conjunto de medicamentos debido a graves efectos hepatotóxicos, los cuales, según el informe oficial elaborado con ayuda de expertos de la FDA², entrañaban mayores riesgos para las mujeres(16) o el retraso en el diagnóstico y tratamiento en los hombres de patologías como la osteoporosis, la cual ha sido considerada clásicamente como una enfermedad postmenopáusica.

Al amparo de estos comentarios, la Dra. Ruiz Cantero entre otros autores(17), propone como definición más comprensiva de sesgo de género, 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 y en la investigación y que es discriminatoria para un sexo respecto al otro.

² FDA: Agencia de Fármacos y Alimentos en EEUU

Paralelamente al desarrollo de los acontecimientos descritos, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró a 1975 el año Internacional de la Mujer y organizó la primera Conferencia Mundial sobre la Mujer en la ciudad de México ese mismo año. Le siguieron tres conferencias más dedicadas al avance de los derechos de la mujer, la última de las cuales celebrada en Beijing en 1995 impulsó la inclusión de la perspectiva de género en la investigación, puesto que hasta esta fecha los censos y estudios a gran escala se organizaban sin tener en cuenta esta variable. Por ello, en 1997 la ONU³ incorporó la perspectiva de Género en sus políticas y programas(9).

Cinco años después de la tercera Conferencia, del 5 al 9 de junio de 2000, tuvo lugar el vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas con el tema “*Beijing + 5 - La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI*”(18) en el que se hizo hincapié en la necesidad de realizar estudios estadísticos incluyendo datos separados en función del sexo e indicadores de género, como mecanismo para llevar a cabo políticas públicas adecuadas.

Tras estas actuaciones, la OMS⁴, en base a uno de los derechos fundamentales de todo ser humano para alcanzar el grado máximo de salud, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, considera la necesidad de incluir la dinámica de género en sus políticas sanitarias e integra en 2001 el género como determinante de la salud, estableciendo una nueva dimensión en sus políticas de actuación que denomina ‘Política de la OMS en materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS’, a partir de la cual la Oficina Regional Europea de la OMS inicia el ‘Programa de Mainstreaming de Género’(19,20).

La relevancia concedida por instituciones que han apoyado la investigación sobre las desigualdades de género como la Comisión Europea, o en nuestro país, el MSSSI⁵, la Unidad de Ciencia y Género del Ministerio de Ciencia e Innovación, el Instituto de la Mujer y el Fondo de Investigación Sanitaria, han hecho posible la inclusión de nuevas piezas de conocimiento en diversas materias. Los estudios realizados desde los años 90 por el grupo de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Alicante con cargo

³ ONU: Organización de Naciones Unidas

⁴ OMS: Organización Mundial de la Salud

⁵ MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

a los fondos de las Instituciones antes mencionadas, han demostrado que ante un mismo problema o necesidad de salud en ambos sexos, hay un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en el caso de que quien padezca sea mujer(15). Investigan también en el origen de estos sesgos, que transmitidos a través de la formación universitaria, fomentan una generación de conocimiento sesgado desde el punto de vista científico, por no incorporar la perspectiva de género a sus enseñanzas.

Los factores que condicionan la salud son múltiples y complejos. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha reafirmado recientemente el importante papel que, más allá de los determinantes de tipo biológico y médico, juegan sobre el estado de salud las circunstancias socioeconómicas, culturales y ambientales en que se desenvuelven los individuos(2). Las oportunidades vitales de las personas no dependen exclusivamente de la herencia genética y los estilos de vida, sino también (y de forma muy importante), del acceso a bienes básicos como la alimentación, el agua y la higiene y de otros factores como el nivel educativo, el acceso al mercado laboral y las condiciones de trabajo, las condiciones de la vivienda o las redes sociales y comunitarias así como la política social y la dinámica interna de los propios hogares.

La diferenciación social de hombres y mujeres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud y su contribución es difícil de medir(21,22). Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de “cuidadoras” de la salud hace que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud(23). En cambio, entre los hombres se tiende a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio que les otorga el modelo de construcción social patriarcal tradicional para no evidenciar fragilidad y mostrarse saludables con la consiguiente exposición a “peligros” para la salud(24). En este sentido, el rol característico de la masculinidad(6) implica no cuidar; no cuidarse (demorar las consultas, lo que agrava los problema de salud); tener conductas agresivas hacia otros hombres y hacia las mujeres; conductas de riesgo para ellos (mayores consumos de alcohol y tabaco, sexo no seguro, conducción peligrosa, no utilización de medidas de protección en el trabajo, etc) lo que podría relacionarse con un mayor porcentaje de enfermedades en las edades medias de la vida, provocando

muertes prematuras y sobremortalidad asociada a algunos tumores ligados al consumo de tabaco y alcohol o por causas externas (accidentes, sobredosis, suicidios). Por el contrario, las mujeres han desarrollado problemas crónicos, físicos y mentales que no causan la muerte, pero sí importantes limitaciones durante toda la vida, debido a la influencia en la salud de sus roles sociales(7). No obstante, varios autores coinciden en afirmar que, aunque las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y tienden a solicitar ayuda más frecuentemente que los hombres, cuando se enfrentan a problemas graves, las mujeres y los hombres no difieren sustancialmente en su conducta de búsqueda de atención sanitaria(23).

También se ha señalado que se producen situaciones en las que los mismos factores influyen de forma diferente en la salud de hombres y mujeres, como es el caso, por ejemplo, de la convivencia en pareja que supone para las mujeres un aumento de la carga de trabajo que puede afectar negativamente a su salud debido a la distribución desigual del trabajo reproductivo. Mientras tanto, se observa que dicha convivencia actúa como un factor protector de la salud en los hombres porque constituye una fuente de apoyo social y aumenta el desarrollo de conductas saludables(9).

En la sociedad occidental contemporánea, el modelo de género más extendido(25) y su posible influencia en la salud hace referencia a una sobrecarga laboral para las mujeres propiciada por cambios en la sociedad que le exigen compatibilizar el trabajo doméstico con el remunerado, en el que cada día están más presentes, con el consiguiente daño para su salud. Las estrategias que para la conciliación de la vida laboral y familiar se han ido desarrollando, como puede ser el trabajo a tiempo parcial, los servicios de proximidad (guarderías, asistencia a domicilio, centros de día, etc.) o el apoyo informal (generalmente familiar y proveniente de otras mujeres), suelen ir destinadas a que sean ellas las que concilien, con la consiguiente carga de responsabilidad, culpabilidad, renuncias y también, de pérdidas de desarrollo profesional, de tiempo libre y de salud. Por otra parte, las medidas dirigidas a que los hombres compartan responsabilidades familiares, tales como los permisos por paternidad y las excedencias por cuidado de hijos todavía no han impactado lo suficiente como para que produzcan cambios significativos en los comportamientos sociales.

Además, el proceso de enfermar, implica distintas consecuencias para hombres y para mujeres. Así por ejemplo, la hospitalización por parte de los hombres supone (en

general) el absentismo laboral durante el periodo que le corresponda, la suspensión de obligaciones, así como el apoyo o cuidado secundario de un familiar durante el periodo de hospitalización y durante el periodo de recuperación en el hogar, que suele estar proporcionado por su pareja u otras mujeres de la familia en caso de no tener pareja. Mientras tanto, la hospitalización en el caso de las mujeres suele suponer, además del absentismo laboral que corresponda como en el caso de los hombres, el abandono de las obligaciones derivadas del ‘trabajo reproductivo’, asumiendo dichas obligaciones otras mujeres de la familia, que además serán las que se ocupen del cuidado de la hospitalizada(26).

Por tanto, el género influye en la naturaleza, la vulnerabilidad, la frecuencia y la severidad de los problemas de salud, así como en la percepción de los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el cumplimiento del tratamiento y de las actividades preventivas e incluso, en el pronóstico de los problemas de salud(24).

Los argumentos expuestos han favorecido la inclusión de la perspectiva de género en la investigación sanitaria, la cual ha proporcionado la información necesaria para describir el estado de salud de la población y por tanto, establecer las políticas sanitarias y planificar y programar las actuaciones oportunas y adecuadas para abordar sus necesidades. También las guías clínicas y manuales diagnóstico-terapéutico están incorporando progresivamente esta perspectiva como medida clave para aumentar su validez y vigencia. Cabe especificar que el objetivo de lograr la equidad de género, no implica igualar las tasas de mortalidad de hombres y mujeres, ni otorgar exactamente los mismos recursos y servicios, puesto que se busca una organización equitativa, no igualitaria(23). Más bien, consiste en organizar los recursos sanitarios de forma que, tanto hombres como mujeres, reciban la atención de salud adecuada a sus necesidades en cada etapa de su vida, en función de los factores de riesgo de unos y otros y actuando sobre las diferencias evitables que se producen entre ellos.

- *Diferencias en salud entre hombres y mujeres*

Más allá de las patologías de los órganos reproductivos y pequeñas modificaciones funcionales de grado que afectan a la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos(27), las diferencias biológicas entre hombres y mujeres son insuficientes para explicar las diferencias que existen entre ambos sexos en mortalidad, morbilidad y en utilización de servicios sanitarios(28). Aunque las diferencias en la prevalencia de determinados factores de riesgo (tabaco, alcohol, laborales, etc.) y/o la presencia de enfermedades crónicas puedan explicar parte de las discrepancias(29), se ha señalado la existencia de un sesgo de género en la utilización hospitalaria y la importancia de añadir una perspectiva o enfoque de género a los estudios de variaciones en la práctica médica(30).

En los años setenta, Broverman et al. (1970) verificaron que los juicios clínicos variaban en consonancia con el sexo del paciente y que cuando este no era especificado, los resultados se aproximaban a los relativos al sexo masculino(31).

En el ámbito de investigar las diferencias entre mortalidad y morbilidad fue Lois M. Verbrugge (1985) la primera persona que empezó a analizar y a demostrar que existían diferencias en las enfermedades que afectaban a hombres y mujeres, señalando la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y utilización de los servicios sanitarios en las personas del sexo femenino(32). Su mayor contribución fue demostrar que el estado de salud percibido por las mujeres era más pobre que el de los hombres y estaba más relacionado con hábitos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro y el estrés físico y mental, que con las diferencias biológicas innatas.

Desde las décadas de los años setenta y ochenta del siglo XX hasta la actualidad se ha pasado de una postura esencialmente “negacionista” de los sesgos de género a lo que hoy se llama perspectiva de género(33). A lo largo de este tiempo ha sido considerable el volumen de literatura científica que apoyó la existencia de dicho sesgo en gran variedad de situaciones clínicas (*Tabla 1*).

Tabla 1: Expresiones del sesgo de género en la práctica clínica

Sesgos en Medicina	Inequidades o conducta o rol de género	Ref.
Frecuencia y tipo de utilización de los servicios sanitarios hospitalarios y ambulatorios	Los hombres utilizan más los servicios sanitarios especializados y/o urgentes mientras que las mujeres utilizan más la atención primaria. No se observan desigualdades de género en la derivación de los médicos de atención primaria a atención especializada	(2), (12)
Demora y espera para recibir asistencia sanitaria	A igual necesidad o problema de salud, las mujeres tardan más en buscar ayuda médica y también tardan más en ser atendidas una vez que la buscan.	(17,34,35)
Aplicación de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos	En numerosos ámbitos se ha observado que uno de los géneros tiende a acumular el uso de los recursos y del coste correspondiente aunque el problema de salud en cuestión se presente de forma comparable en ambos géneros o incluso sea más frecuente en el género menos tratado.	(12) (17,34) (36-39)
Medicalización del malestar emocional femenino: sobre-prescripción de fármacos	Mayor consumo de fármacos ansiolíticos y sedantes en las mujeres derivado de la doble carga de trabajo	(17,25, 34)
Medicalización de la fisiología femenina	Se ha descrito sobreutilización o uso dudoso en base a la evidencia científica de prestaciones sanitarias como cesáreas, histerectomías, terapia hormonal sustitutiva	(17)

La Dra Valls-Llobet, autora de “Mujeres invisibles”(40) asegura que *“cuesta aceptar que por problemas de estereotipos culturales, sociales y psicológicos, estemos invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, cometiendo errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz y recomendando tratamientos que pueden enfermar o acelerar las enfermedades que pretendíamos tratar”*.

Actualmente el estudio del sesgo de género o del error sistemático que se produce en la Medicina se articula en dos áreas básicas: el sesgo existente en la investigación epidemiológica y el que se produce en la práctica clínica. Ambas estructuras están interrelacionadas puesto que al ser la primera la base de la segunda y la segunda el sentido y razón de ser la Medicina, cabe concluir que los fenómenos de sesgo existentes en ambas no puedan sino alimentarse mutuamente y multiplicar sus efectos(33).

En el seno de la práctica clínica, el término “sesgo de género” hace referencia habitualmente a la existencia de diferencias en la praxis médica y, en términos más amplios, en la asistencia sanitaria prestada a hombres y mujeres en la cual se destinan mayores recursos al diagnóstico, prevención o tratamiento de un género respecto al otro a igual necesidad aunque la evidencia científica disponible no las justifique. Del mismo modo, sería también una praxis médica sesgada cuando, aunque la evidencia indique que hombres y mujeres enferman o responden de forma distinta a los tratamientos o intervenciones preventivas disponibles, el abordaje usado en la clínica no tenga en cuenta estas diferencias, asumiendo a uno de los géneros como normativo y anulando al otro o, en el mejor de los casos, reservando a su forma de enfermar o responder a la terapéutica etiquetas como “*presentación atípica o refractaria*”, lo cual aumenta las probabilidades de retraso en el diagnóstico correcto e inicio del tratamiento adecuado, facilitando la progresión natural de la enfermedad, lo cual en muchos casos, empeora su pronóstico(33).

Bajo este planteamiento son numerosas las publicaciones que objetivan la poca representatividad de las mujeres en los ensayos clínicos para el estudio de las enfermedades cardiovasculares a pesar de que estas tengan un mayor índice de morbilidad y mortalidad para dichas patologías(41). Esto ha propiciado que los resultados obtenidos se apliquen a la población general, indistintamente del sexo del paciente aun sabiendo que para un mismo fármaco puedan existir diferencias farmacocinéticas e impliquen un mayor riesgo para las mujeres(12,42). Según explica el Dr. Plaza, Presidente de la Fundación Española del Corazón, “*es normal que las mujeres tengan más complicaciones cardiovasculares porque viven más y la arterioesclerosis se va desarrollando con los años y dado la creencia de que el sistema vascular de las mujeres estaba protegido por sus hormonas, no se hacía tanta labor de prevención con ellas, de forma que cuando la enfermedad da síntomas ya es crónica*”. Asimismo, este autor señala que también se han producido cambios sociales que han contribuido al aumento de estas patologías entre las mujeres como: el aumento del número de fumadoras desde hace unas décadas y su mayor resistencia a abandonar el tabaco; tendencia más acusada al sobrepeso, sobrecarga de trabajo porque se dedican a cuidar de los demás pero poco de ellas y cuando van a las consultas con malestares inespecíficos se les hace menos caso.

En el mismo contexto, otro ejemplo bastante documentado hace referencia al riesgo elevado en las mujeres para el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cuyo diagnóstico continúa siendo emitido con más frecuencia en hombres en base a una atribución histórica de mayor consumo de tabaco. Se sabe que este es el factor de riesgo más conocido pero no está claro si las mujeres son más susceptibles a sus efectos tóxicos. A pesar de esto, las mujeres desarrollan EPOC en fases más tempranas de edad y padecen un mayor grado de incapacidad de la función pulmonar pero aun así, continúan infradiagnosticadas frente al sexo masculino(17,43).

Alternativamente y en especial en los últimos años, empiezan a publicarse nuevas investigaciones clínicas que encuentran un perjuicio para los hombres en cuanto al diagnóstico y tratamiento de patologías como la ya comentada osteoporosis(15) o la depresión y la migraña(44). En estas dos últimas, las estadísticas avalan una mayor frecuencia entre las mujeres, pero algunos especialistas consideran que quizá sólo es que ellas están más diagnosticadas porque exponen sus problemas más claramente en las consultas médicas, o que los médicos tienden a atribuir a problemas psicológicos síntomas inespecíficos que comentan sus pacientes sin indagar en otras posibles causas. En este mismo sentido, también se han observado diferencias entre los clínicos a la hora de instaurar un primer diagnóstico y pruebas complementarias, siendo este aspecto un tema más a tener en cuenta cuando se habla de sesgo de género(38,39). Desde la fase inicial de contacto entre médico y paciente en la que se produce el relato y exploración de los síntomas, se dice que los médicos interpretan más como orgánicos los síntomas relatados por los varones mientras que los expresados por las mujeres se catalogan más como psicosociales(45). Esto ha llevado a concluir que la tasa de diagnósticos preliminares no específicos era superior en los pacientes del sexo femenino a pesar de haber sido usados casos clínicos con igual descripción sintomática entre sexos. En consonancia con esta afirmación, y tras consultar distintas fuentes sobre morbilidad hospitalaria, se observa una mayor frecuencia de problemas de salud en las mujeres en la categoría de “signos y síntomas mal definidos o inespecíficos”, lo que podría significar una falta de exhaustividad para diagnosticar los problemas de salud de las mujeres y un incremento de los tratamientos(34).

Acorde con los comentarios anteriores se pone de manifiesto que no sólo el género del paciente es relevante, sino que el género del profesional puede interactuar de forma

decisiva(45,46). Este aspecto se ha estudiado notablemente con respecto a los estilos de comunicación y la relación profesional-paciente, de modo que el marco relacional en el cual se desarrolla el acto médico es diferente en función de si paciente y profesional son del mismo o distinto sexo(33). Así, dentro de los estereotipos de género existentes entre el personal del sistema sanitario destacan las creencias arraigadas y sin base científica sobre qué actividades, profesiones o actitudes son más propias de un sexo o del otro(26). Uno de los más extendidos es el de que los hombres se dedican a ‘curar’ y las mujeres a ‘cuidar’, otorgando de esta manera al sexo masculino el dominio científico-técnico en este campo, mientras que al sexo femenino se le otorga un rol menor, el de cuidadora, para el que posee una serie de capacidades consideradas ancestralmente como innatas y cuya pervivencia se mantiene en el constructo colectivo. Esto ha dado pie a que si en algún momento se pudiera calificar una manera de trabajar o forma de atención más propia de las mujeres que de los hombres, es posible que ésta fuera la atención centrada en el o la paciente: consultas de más tiempo, transmisión de mayor información y participación en la toma de decisiones que afectan al paciente. Sin embargo, la atención centrada en el o la paciente no siempre es más reconocida entre las profesionales, más bien al contrario, suele conllevar sentimientos negativos debido en parte a la presión del propio sistema sanitario en términos de productividad y por tanto, constituye un estereotipo de género atribuir, de manera aparentemente innata, un mayor desenvolvimiento en las habilidades comunicativas y empáticas entre las mujeres médicas mientras que la destreza en las habilidades técnicas se relaciona con los hombres médicos.

Finalmente es preciso comentar también la existencia de un sesgo de género en la divulgación científica que afecta tanto a los profesionales como a los pacientes. La percepción de que ciertas patologías se asocian más con un sexo u otro, es una maniobra estratégicamente diseñada y consolidada por la industria farmacéutica hacia los profesionales sanitarios e incluso hacia los propios pacientes que ha contribuido a fomentar los roles de género(47). En palabras textuales de las Dras Ruíz y Cambrero(48), *“la percepción de la salud también se ve condicionada por mensajes seductores que afirman que al ideal de salud se llega mediante el consumo de fármacos. En la sociedad capitalista, los ciudadanos se han ido habituado a comprar todo aquello que desean. Así, estimulados por la industria farmacéutica, hombres y mujeres han asistido al nacimiento de los denominados “fármacos de estilo de vida”, destinados al*

tratamiento de los riesgos como si fueran enfermedades. La proliferación de estos fármacos, junto con las nuevas técnicas de comunicación y marketing, indispensables para dar a conocer las novedades farmacoterapéuticas, han proporcionado el caldo de cultivo necesario para la creación de las estrategias denominadas “de invención de enfermedades y enfermos” (disease mongering)”.

El trabajo de expansión de las compañías farmacéuticas que utilizan como estrategia la ampliación del número de enfermedades y enfermos más allá de lo que la evidencia científica puede justificar(15) para conseguir sus fines mercantiles, está despuntando como un problema de salud pública al convertir a personas sanas en pacientes, causar daño iatrogénico y desaprovechar recursos valiosos. El análisis desde la perspectiva de género de la publicidad de fármacos en dichas estrategias ha demostrado que tanto a los consumidores como la propia comunidad médica son la diana para aportar información que no siempre es neutral, operando en una doble dirección. Por una parte, se simplifican los mensajes haciendo asequibles los contenidos que requerirían un conocimiento científico más sofisticado y por otra, se utilizan datos sesgados o parciales relacionados con los beneficios derivados de ciertas propiedades de los fármacos que resultan de las conclusiones más positivas de los ensayos clínicos financiados por la propia industria farmacéutica(15).

En definitiva, el conjunto de los diferentes sesgos de género que se han comentado anteriormente ha ido cobrando importancia a medida que se ha ido incorporando en la investigación epidemiológica la perspectiva feminista, demostrándose su existencia en numerosos ámbitos, sospechando en muchos otros y ganando día a día presencia. Dicha incorporación se ha realizado a menudo en estrecha consonancia con los preceptos propugnados desde la medicina basada en la evidencia que se difunde y enseña en las facultades de Medicina desde hace tiempo y que tiene como objetivo precisamente, optimizar la actividad asistencial asegurando que todas las praxis que se llevan a cabo hayan demostrado su eficacia y adecuación en términos de riesgo-beneficio; es decir, aboga por basar la práctica médica en estudios rigurosos que describan la realidad lo más exactamente posible, lo cual implica, obviamente, estudiar la influencia de factores como el género en la forma de enfermar o de responder a los tratamientos y aplicar a todos los pacientes lo que resulte más conveniente, sin basar decisiones clínicas en

creencias o actitudes que son perpetuadas de generación en generación y asumidas sin ser cuestionadas(33,49).

- *Abordaje del tema en España: aspectos sanitarios y educativos*

Tras la declaración de la OMS, Madrid 2001, y las sucesivas recomendaciones (2002, 2007 y 2008) para avanzar hacia la equidad de género, se establece que “para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades(19).

Partiendo de esta premisa, la incorporación de la perspectiva de género en los planes estratégicos de salud está erigiéndose como necesaria en los últimos años y algunos trabajos concluyen que es, en efecto, cada vez más notoria en las actuaciones sanitarias de las Administraciones Sanitarias estatales y autonómicas de España(33) y su aplicación en un requisito de buenas prácticas(50). Promover la inclusión de la perspectiva de género para alcanzar la igualdad y equidad en salud, es un objetivo común a todos los niveles del sistema de salud que exige incorporar marcos teóricos y enfoques que abarcan el concepto de salud integral el cual, considera la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida(25).

Se puede afirmar que en la última década se ha realizado un gran esfuerzo para incorporar este enfoque en la investigación y el desarrollo de programas de salud con el fin de identificar y evidenciar situaciones de discriminación y desigualdad, reflexionar sobre sus causas y actuar para transformarlas(51). En efecto, en España, tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres(52) en cuyo artículo 27 se establece el principio de igualdad en política de salud y el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones, ha cobrado mayor fuerza este tipo de estudios.

El MSSSI, en su papel coordinador del SNS⁶, tiene entre sus misiones la de potenciar la cohesión del mismo y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas para garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, pacientes y usuarios a la atención y protección de su salud con independencia de su lugar de residencia(53). En este empeño, y con base en el mandato de la II Conferencia de Presidentes, se crea y articula un Plan de Calidad conforme a lo previsto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud(54).

Dentro del contenido de dicho Plan, se abordan distintas estrategias complementarias a las que se desarrollan desde los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias. Entre las medidas adoptadas para fomentar la equidad, se enmarca la estrategia 4: “*Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género*” en la que se fijan dos objetivos:

- a. Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.
- b. Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión.

Desde un punto de vista académico, los estudios de género han pasado a un primer plano, no sólo porque han fundamentado los cambios sociales producidos, sino también porque han sido objeto de regulación jurídica, afectando incluso a la legislación en materia de Universidades que los vincula con la enseñanza reglada(55). Así, desde el año 2003, en diferentes leyes aprobadas tanto desde el Gobierno Central como desde las Comunidades Autónomas, se ha contemplado la necesidad de introducir la igualdad y no discriminación (*Tabla 2*).

⁶ SNS: Sistema Nacional de Salud

Tabla 2: Marco legislativo aplicado a los estudios en materia universitaria

LOMPIVG(56)	Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género
LOI(52)	la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
LOM-LOU(57)	Ley Orgánica 4/2007, de 13 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades
RD 1393/2007(58)	de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales
Ley 14/2011(59)	de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación en la que se hace eco también de lo que consideran unas medidas adecuadas para la ciencia del siglo XXI, entre ellas “la incorporación del enfoque de género con carácter transversal.

Todas estas normas coinciden en la necesidad de integrar el principio de igualdad en las políticas de educación y en fomentar la enseñanza sobre el alcance y significado de la igualdad de mujeres y hombres en la educación superior, para que la formación en cualquier actividad profesional contribuya al conocimiento y desarrollo de estos principios. Por este motivo, la Universidad, considerada como la Institución de Educación Superior, ha introducido en los últimos años una nueva perspectiva tanto en sus funciones como en la organización interna de la misma.

En la elaboración de los nuevos planes de estudio, según las directrices del Real Decreto 1393/2007(58), se introducen una serie de novedades y entre ellas, el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, que en el marco de la comunidad universitaria se incorpora explícitamente en la LOM-LOU. A tal efecto, las directrices de la ANECA⁷ para la elaboración de los nuevos planes de estudio de Grado señalan que los objetivos generales en el Grado deberán definirse teniendo en cuenta los derechos fundamentales y de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a la vez que en los planes de estudios en que proceda se deberá incluir enseñanzas relacionadas con los derechos fundamentales y de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres(60).

Paralelamente a todo el marco legal expuesto, el proceso de construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior impulsado a partir de la Declaración de Bolonia, ha

⁷ ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación

marcado la necesidad de reforma y elaboración de nuevos planes de estudios de todas las titulaciones universitarias.

Sin embargo, tener un marco normativo de estas características no ha significado, después de todos estos años, que el profesorado de todos los ámbitos educativos esté formado en competencias de género y mucho menos significa que el alumnado trabaje de forma concreta y/o transversal los contenidos de género. Quizás uno de los motivos que explican este desequilibrio pueda encontrarse en la falta de concreción legislativa referida anteriormente, lo que ha provocado disolver la responsabilidad de su aplicación por parte de los docentes quedándose en un escrito de buenas intenciones más que un compendio de medidas educativas implementadas. A esto, debe sumarse las dificultades que presenta la juventud para detectar las discriminaciones de género en sus propias vidas(61) y el extenso rechazo que esta juventud muestra hacia el movimiento feminista. Por lo tanto, la inclusión de los estudios de género en Educación Superior de forma generalizada termina siendo una práctica solitaria en constante cuestionamiento sobre su adecuación y eficacia.

En un estudio realizado por el Grupo de Investigación Isonomía en el 2010 sobre la integración de la perspectiva de género en los planes de estudio de los grados de la Universidad Jaume I de Castellón(62), de acuerdo a los criterios establecidos para realizar el análisis, sólo Periodismo, Comunicación Audiovisual, Publicidad y Relaciones Públicas, cumplían estos criterios de integrar la igualdad de mujeres y hombres y no discriminación en la materia.

En un entorno más cercano, la Universidad de Oviedo, en cumplimiento y ejecución de uno de los ejes y objetivos del Campus de Excelencia Internacional, y de acuerdo con las disposiciones legales, comenzó a principios del curso académico 2010-2011 a poner en marcha las tareas y actuaciones conducentes a introducir la perspectiva de género en todas las políticas universitarias(63). Paradójicamente, estas exigencias ya se venían cumpliendo desde el año 1995, fecha en la que se instaura en esta Universidad, un Doctorado de Estudios de la Mujer, de carácter multidisciplinario y que además fue el preludio y germen de dos postgrados: el Master de Género y Diversidad y el Máster Erasmus-Mundus Gemma en Estudios de las Mujeres y de Género.

⋮ Marco contextual del estudio y su población

• *Ámbito legislativo y demográfico*

El Principado de Asturias es una de las diecisiete Comunidades Autónomas en las que se encuentra dividido política y administrativamente el reino de España según se recoge en la Constitución de 1978(64). Situado geográficamente al norte del país, ocupa un área total de 10.603,57 km², en el que, según los datos del INE⁸ habitaban 1.075.184 personas en el 2011.

Territorialmente está organizado en Municipios que reciben la denominación tradicional de Concejos y en Comarcas. El Estatuto de Autonomía(65) también habla de la posibilidad de ordenación de estas últimas y aunque legalmente no se han desarrollado aún, sí existen algunas administraciones comarcales establecidas por varios municipios o concejos para la prestación de los servicios que son competencia municipal, así como para la ordenación, planificación y promoción al exterior de las mismas. Entre estas Comarcas se encuentra la Mancomunidad del Valle del Nalón (en adelante, Comarca del Nalón)(66), constituida el 12 de enero de 1985, la cual comprende los concejos de Caso, Langreo, Laviana, San Martín y Sobrescobio y aglutina una población de 79.842 personas distribuidas en una extensión de 646,93 Km² según los datos obtenidos de SADEI⁹ correspondiente al año 2011 (*Tabla 3*).

Tabla 3: Demografía de Asturias y la Comarca del Nalón. 2011

	Asturias	Comarca del Nalón				
		Caso	Langreo	Laviana	San Martín	Sobrescobio
Población	1.081.487	1.839	44.737	14.085	18.286	895
Densidad (hab / km2)	102,00	5,97	542,53	107,53	325,84	12,89
Edad media de la población	46,10	55,33	46,70	46,11	47,68	51,33
Índice de juventud	49,30	13,34	45,90	49,65	40,78	22,69
Índice de envejecimiento	210,71	973,91	228,75	211,47	264,73	472,22
Índice de dependencia	50,75	68,25	48,63	50,69	51,54	54,58
Relación de masculinidad	92,12	122,37	90,99	93,71	93,40	107,18
Tasa bruta de natalidad (‰)	7,38	3,26	6,38	7,17	5,96	1,12
Tasa bruta de mortalidad (‰)	12,02	13,05	13,36	12,74	14,63	16,76
Tasa bruta de nupcialidad (‰)	3,73	1,36	3,62	4,47	2,98	1,68
Tasa global de migración (‰)	2,70	-2,72	-1,83	4,69	-8,64	-8,94
Tasa de extranjería (%)	4,66	2,01	3,03	2,28	2,80	1,79

⁸ INE: Instituto Nacional de Estadística

⁹ SADEI: Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales

Mucho tiempo antes de constituirse la Mancomunidad del Nalón, estos cinco concejos representaban junto con la Comarca del Caudal, el espacio minero por antonomasia no sólo de Asturias sino de toda España. Su dilatada e intensa historia económico-industrial, articulada en sus comienzos sobre los sectores minero y siderúrgico, es testigo de los vaivenes poblacionales que ha sufrido la zona y que ha impregnado el carácter social de la misma. Al igual que sucedió en otras áreas mineras que no pudieron diversificar sus actividades, los ritmos de la producción y los correspondientes a las tasas o movimientos de población se desarrollaron paralelamente, existiendo una clara relación causa-efecto entre ellos(67) como, por ejemplo, se demuestra en la evolución de la población de Langreo (*Figura1*).

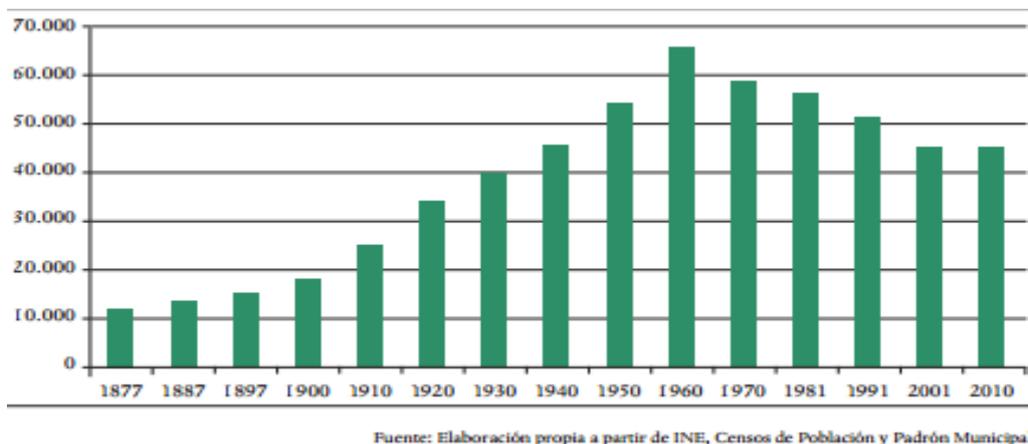


Figura 1: Evolución demográfica de Langreo (1877-2010). Tomado de Prada Trigo(68)

- ***Proceso de industrialización y su repercusión en la población***

Desde finales del siglo XVIII y de manera más acusada a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, lo que hoy se conoce como la Cuenca del Nalón experimentó una paulatina transformación de su economía, de las formas de poblamiento, de la estructura de su población, de la densidad de la misma, del sistema de propiedad del suelo y, por tanto, de propio paisaje de la zona(69). Poco a poco este valle, surcado por carreteras y líneas ferroviarias comenzó a ser ocupado por instalaciones mineras y metalúrgicas que desplazaron el aprovechamiento agrícola de una vega que hasta entonces había pertenecido a un exiguo número de propietarios.

Tras la Guerra de la Independencia, el interés por los yacimientos renació en torno a 1825 cuando, en medio de una situación proteccionista, se proyectaron y comenzaron a realizarse las primeras líneas de comunicación entre la Cuenca y el mar, lo cual, dio un vigoroso impulso a las inversiones en la minería, particularmente en la segunda mitad del siglo, por iniciativa generalmente extranjera. Así, en 1856 se funda la Fábrica de La Felguera con idea de levantar en esta zona una siderurgia moderna que aprovechaba los recursos ya existentes para la fabricación del hierro, fomentando así la explotación del carbón y la expansión de numerosas industrias secundarias, tales como las químicas, metalúrgicas, alimentarias, cerámicas, energéticas, etc.

Durante la Primera Guerra Mundial fue muy significativo el incremento de las toneladas de carbón extraídas en los valles mineros asturianos. Esta situación se sostuvo en los años siguientes gracias a las políticas proteccionistas de Primo de Rivera, la Segunda República y la autarquía franquista, que la conformaron como la zona de mayor producción mineral de España. En el siglo XX las explotaciones de montaña retroceden dejando paso a la profundización de pozos subterráneos, que han dejado la huella del "castillete" en el paisaje.

En la década de 1960, con la liberalización del mercado comienza a vislumbrarse un futuro negro para esta Comarca, amortiguado durante mucho tiempo por las inyecciones públicas a la empresa estatal HUNOSA, que ocupó la mayoría de las empresas mineras que existían en la zona. A partir de este momento, la minería y la industria se reducen progresivamente en diferentes etapas sucesivas en el tiempo; muy temprana para el caso de la industria siderúrgica, con su traslado al litoral y, muy intensa para el caso de la minería del carbón en los años noventa, con el cierre significativo de un buen número de pozos y explotaciones adyacentes(67) en el contexto de la reconversión industrial acometida en España(70). Así, de modo gráfico se puede observar la evolución de la plantilla de trabajadores de la empresa pública HUNOSA en el período 1967 a 1995 (*Tabla 4*) en la que se indica un máximo en el año 1970 y luego el descenso progresivo que coincide con los movimientos poblacionales de la zona.

Tabla 4: Plantilla de trabajadores de la empresa pública HUNOSA en el periodo 1967 a 1995. Tomado de Köhler H-D(71)

	Plantilla	Prod. total** (toneladas)	Kilos/ jornal	Resultado* millones ptas.	Absent. en %	jornad. año	Pozos
1967	18.541	1.509.000	692	390			
1970	26.632	4.092.300	701	2.441	18,63	278	28
1972	25.261	4.629.400	793	3.832	17,17	277	28
1973	23.885	3.789.800	741	4.451	22,94	272	28
1974	23.711	4.347.000	815	4.491	15,01	260	28
1975	24.719	4.190.400	790	6.479	16,20	258	27
1978	23.526	3.457.046	725	14.928	22,75	259	23
1980	22.648	3.844.972	713	22.174	19,74	258	23
1982	21.168	4.354.990	789	22.573 (1.300)	15,82	257	23
1984	21.018	3.778.284	793	28.674 (1.566)	18,73	240	23
1986	20.756	3.654.242	837	35.269 (3.700)	14,54	227	24
1987	20.139	2.646.400	887	54.779 (9.500)	23,50	228	24
1988	19.360	3.094.000	917	60.462 (8.738)	16,4	228	23
1989	18.994	3.160.600	968	51.851 (4.634)	16,5	226	22
1990	18.380	3.036.900	982	52.785 (4.891)	19,2	230	21
1991	17.941	2.612.600	938	49.622 (5.096)	25,3	228	20
1992	15.966	2.804.000	1.093	100.195 (54.239)			
1993	12.187	2.588.000	1.187	55.952 (7.245)			14
1994	11.917	2.331.000	1.287	69.827 (19.827)			
1995	10.539	2.037.000	1.331	74.016 (24.016)			11

* Resultados = Total de subvenciones y ayudas. 1981-1990: entre paréntesis las aportaciones del INI para cubrir las pérdidas añadidas no cubiertas por subvenciones.
 ** Minería subterránea.
 Fuentes: HUNOSA, Marrón Jaquete, 1996.

A partir de los años 80 y 90 comenzaron los cierres de pozos mineros, especialmente en esta última década y que continúan hoy en día. Dichos cierres causaron una gran conflictividad social entre sindicatos, ciudadanos y los diferentes gobiernos(72), que se tradujeron en continuas huelgas en la región (Tabla 5).

Tabla 5: Evolución de las huelgas en Asturias en el período 1979-1994. Tomado de Köhler H-D(71)

Año	Huelgas	Horas perdidas en miles	Incrementos en %	Trabajadores implicados
1979	137	6.623		260.486
1980	110	4.791	-27,6	95.555
1981	170	1.686	-64,8	138.626
1982	134	2.531	50,1	189.904
1983	123	2.266	-10,4	160.646
1984	119	4.072	79,6	224.830
1985	144	2.280	-44,0	192.741
1986	160	1.434	-37,1	59.976
1987	205	3.839	167,7	220.786
1988	221	2.183	-43,1	232.196
1989	189	1.102	-49,5	63.269
1990	190	1.322	20,0	80.256
1991	226	5.436	310,9	560.314
1992	155	6.618	21,8	381.615
1993	103	1.336	-79,8	125.933
1994	93	389	-70,9	278.830

Fuente: Ministerio de Trabajo.

La conflictividad aminoró gracias a los diferentes planes del carbón y la concesión de prejubilaciones, a temprana edad en algunos casos. A finales de los 90 nacieron los Fondos Mineros para la reestructuración de las comarcas mineras en toda España, especialmente las de Asturias y León, y la búsqueda de un tejido económico alternativo al cierre de las industrias. Estos fondos, sin embargo, no obtuvieron los resultados esperados ya que fueron sometidos a continuos atrasos o parones sistemáticos cuando no utilizados para muchos proyectos independientes a la regeneración económica de las Cuencas Mineras. En 2011 la Unión Europea dictaminó el cierre de todas las minas no rentables para 2018, estableciéndose un calendario a partir de 2013 de los siete pozos que quedaban en el Caudal y el Nalón y más tarde proyectó el final de las ayudas en 2014.

Desde que se inició la explotación sistemática de los yacimientos de carbón, la población, proletarizada en las minas a edades tempranas, tendió a concentrarse en torno a los nuevos centros industriales que se iban configurando con una evidente lentitud,

por lo menos hasta los albores del siglo XX, debido a que las entidades originarias de lo que más tarde se convertirían en ciudades, sufrieron la competencia de las aldeas, emplazadas en las laderas, las cuales albergaban a una clase obrera mixta que se resistía a abandonar las actividades agropecuarias tradicionales. Estas actividades, complementarias de las mineras para muchos trabajadores, constituyeron la base económica fundamental de la Comarca durante casi todo el siglo XIX(69).

El progreso industrial que desde entonces se instauró vino asociado a un crecimiento demográfico ininterrumpido (especialmente entre 1850-1870; 1890-1920 y 1940-1960) que propició una espectacular concentración de población, de la mano de una inmigración sin precedentes llegada en buena medida de las áreas de montaña y rurales de la propia Cuenca y de los concejos aledaños. En las etapas de mayor dinamismo y necesidad de mano de obra, el crecimiento demográfico se completó con la llegada de gentes procedentes de las “alas” rurales oriental y occidental de la región así como de Castilla, Galicia e incluso Extremadura y Andalucía(67).

La demanda de viviendas por parte de una población en crecimiento explosivo provoca la ocupación de los espacios periféricos, es decir, los espacios exteriores a los previamente edificados o urbanizados bajo planificación, sin el establecimiento de ninguna norma para la regulación de su uso. A finales de 1940 esta demanda comienza a paliarse mediante la construcción de barriadas o de casitas unifamiliares en las laderas del Valle, siguiendo estrictamente el principio de la segregación social.

A partir de los años sesenta, se produce una crisis estructural que lleva a la pérdida continuada de ese contingente poblacional. La actividad industrial comienza a desplazarse a la costa asturiana, lo que significa el cierre significativo y paulatino de numerosos talleres y factorías que se une al regreso de una fracción importante de los antiguos emigrantes a sus lugares de origen o la búsqueda por parte de una población prejubilada o aún en activo de nuevos lugares en los que residir, esencialmente en las ciudades de Oviedo y Gijón o bien fuera de Asturias o España, con mayores posibilidades vitales de desarrollo para sus familias, en particular para sus hijos.

En los años noventa, la intensa crisis minera fomenta el cierre significativo de un buen número de pozos y explotaciones adyacentes como ya se ha comentado. En consecuencia, la Cuenca del Nalón se ve afectada por un deterioro social de la mano del

paro, y por un deterioro paisajístico y ambiental ocasionado por un sistema productivo lesivo para el entorno. Estas circunstancias junto con el desmantelamiento industrial iniciado en la década de los ochenta, el desfase de los equipamientos y servicios urbanos y la emigración, han marcado el ritmo progresivo de envejecimiento de su población. Desde entonces, diversas estrategias han intentado paliar la situación a la que se ve abocada esta Comarca. Por un lado, el espacio urbano busca la reactivación de su economía industrial, apostando por la mejora de los servicios y de las comunicaciones; por otro, el territorio rural y ganadero invierte en la calidad de sus productos y de sus paisajes como nuevas fuentes de explotación.

A pesar de estas acciones, la falta de iniciativas laborales en una zona que tarda en encontrar alternativas generadoras de empleo a su especialización industrial tradicional, provoca una sangría constante de población joven que emigra a otras regiones en busca de oportunidades de trabajo. Pero, al margen de este hecho, la profundidad y continuidad de la tendencia de pérdida de población y envejecimiento que se produce en esta Comarca y en todo el Principado de Asturias viene también explicada por las fuertes dinámicas continentales que enfrentan las regiones centrales y periféricas europeas y cuyo abordaje exige otro tipo de política a mayor escala(73).

- *Roles de género en la sociedad del siglo XX*

El desarrollo de la industria minera transformó enormemente la sociedad de esta Comarca. Las familias se dedicaban al campo, a la ganadería, a la pesca fluvial, a la recolección de frutos, explotación de montes y transformación del cereal en harina. Toda esta economía de subsistencia quedó reducida al aprovechamiento familiar, perviviendo a mayor escala la ganadería. La labor dentro de las minas en un principio no estaba controlada y empleaba tanto a adultos como a niños/as. Sin embargo la consolidación del régimen franquista supuso que los obreros solamente fuesen hombres, tanto en explotaciones pequeñas como en las de mayor envergadura. No es hasta 1986, cuando las mujeres pueden pasar a formar parte de la plantilla de trabajadores de exterior de HUNOSA y quince años después, cuando acceden al interior de la mina(74).

A lo largo de este siglo en el que suceden y contraponen distintas coyunturas económicas en las que se mezclan progreso, revueltas y protestas sindicales, los roles de género apenas experimentaron variaciones. Es el hombre, el encargado de sostener

económicamente a la familia mientras que la mujer desempeña un papel importante en las labores de labranza y cuidado del ganado, unido esto a todas las tareas de la casa y la crianza de los hijos. Mayoritariamente el nivel educativo era básico y sólo excepcionalmente, aquellas mujeres que conseguían trabajar antes de casarse, lo hacían como apoyo a la economía familiar en aquellos trabajos adscritos a su género: eran limpiadoras en casas ajenas o cuidaban de otras personas(74).

Se puede considerar que este escenario permanece estable hasta finales de 1970 y se dispara con la llegada de la democracia y los movimientos feministas, a partir de la cual, hombres y mujeres tienen acceso, desde un punto de vista académico, a la misma educación (Figuras 2 y 3).

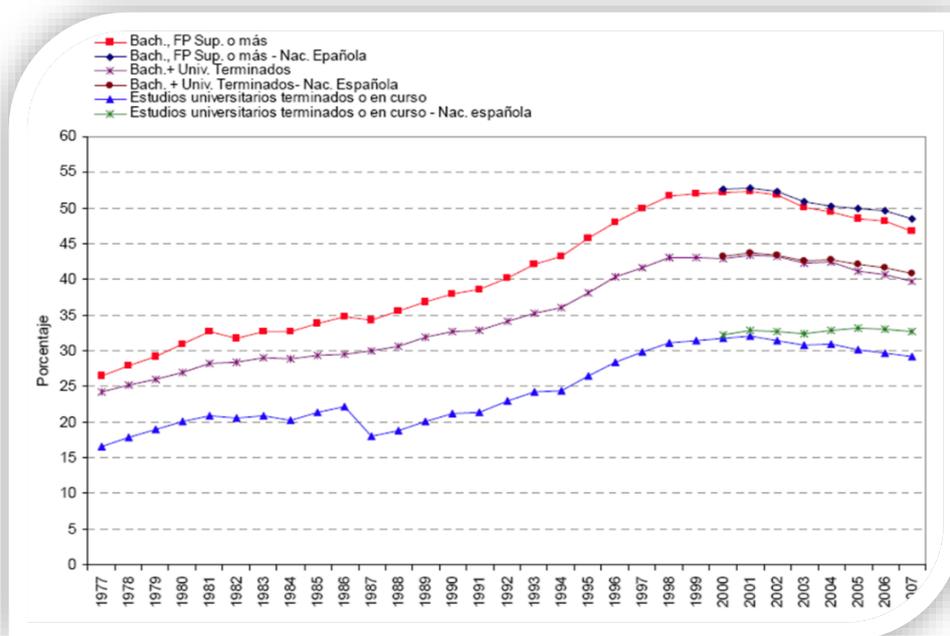


Figura 2: Incremento de la demanda de educación de Bachillerato, Formación profesional Superior y Universitaria. Tomado de Albert Verdú, C (75).

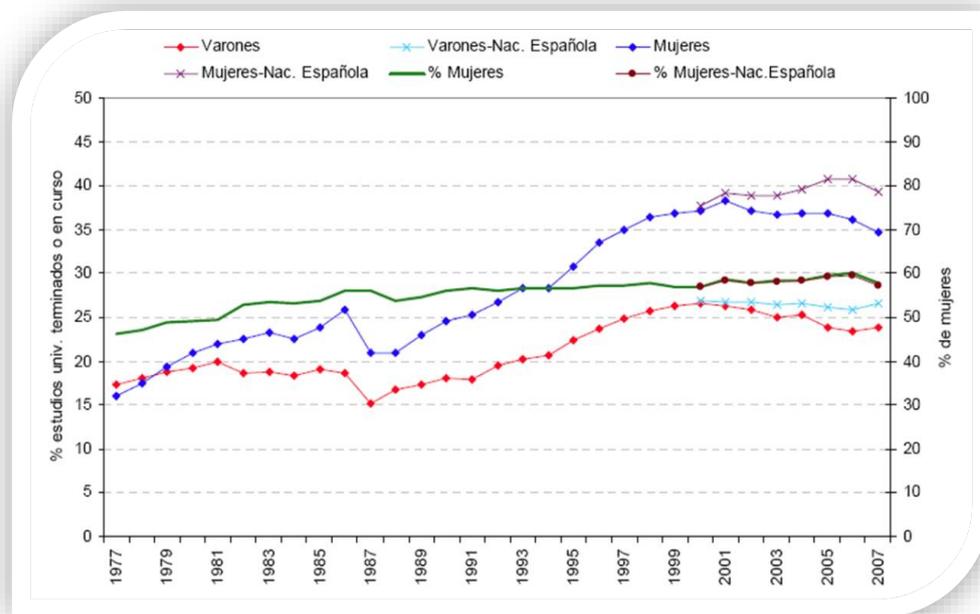


Figura 3: Porcentaje de estudios universitarios terminados o en curso y porcentaje de mujeres que los cursan. (Grupo de edad de 18 a 25 años). Tomado de Albert Verdú, C (75).

La llegada del feminismo a la política y su trabajo por la igualdad hacen que las mujeres puedan realizar una carrera universitaria con normalidad y que además deseen tener un trabajo fuera del hogar aunque sus tareas en el ámbito doméstico no distarán mucho de la vivencia de sus madres. Aun así, su situación es más ventajosa que la de sus predecesoras ya que si bien por un lado disponen de una mayor libertad para el manejo del dinero y una mejora en los servicios sociales, por otro, disponen del conocimiento que les permitirá seguir luchando en busca de un futuro mejor para sus descendientes.

- *Entorno sanitario actual de la población a estudio.*

Como consecuencia de la descentralización contemplada en la Constitución Española(64), la transferencia de las competencias en Sanidad desde el Gobierno Central al Principado de Asturias en el año 2002(76), marca una nueva forma de ordenación y planificación en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma para establecer una correcta asignación de los recursos. Así, tras la aprobación y

modificación de varios Decretos, se establece un Mapa Sanitario(76) que en estos momentos está integrado por ocho Áreas Sanitarias, con sus correspondientes redes de centros de salud y consultorios así como un Hospital en cada una de ellas.

El HVN¹⁰ es el centro sanitario de Atención Especializada que atiende las necesidades y demandas de la población perteneciente al Área Sanitaria VIII, en estrecha colaboración con el resto de dispositivos sanitarios de la red pública incluyendo a la Atención Primaria. Además para aquellos procesos que exceden su capacidad de resolución, tanto en la atención urgente como programada, está en relación con el resto de centros de la red sanitaria pública del Principado de la que el Hospital Universitario Central de Asturias es el hospital de referencia.

Entre los datos publicados por el departamento de Control de Gestión del HVN durante el año 2011 puede apreciarse la actividad desarrollada por este Centro en dicho periodo tras observar algunos de los indicadores que se detallan en su cuaderno de mandos (Tabla 6).

Tabla 6: Indicadores de hospitalización. Hospital Valle del Nalón 2011

	2010	2011	Previsto 2011
Ingresos programados	1.820	2.111	1.847
Ingresos urgentes	6.375	6.036	6.342
Total ingresos	8.195	8.147	8.189
Traslados	669	745	667
Altas	8.203	8.131	8.189
Estancias	60.973	58.959	56.857
Estancia media (días)	7,44	7,24	6,94

Fuente: Control de gestión. HVN

Al igual que otros Centros Hospitalarios distribuidos por toda la geografía del país, comparte un sistema de información sanitario conocido como CMBD¹¹. Se trata de una base de datos con documentación clínica y administrativa fundamentalmente que recoge la información al alta del paciente en todos los episodios de hospitalización(77). Su

¹⁰ HVN: Hospital Valle del Nalón

¹¹ CMBD: conjunto mínimo básico de datos

diseño se realizó para dar respuesta a unas necesidades claras de información sobre los resultados de la asistencia sanitaria acompañado de una abundante normativa, de unos profesionales con formación y cualificación definidas y de unas herramientas documentales e informáticas adaptadas al progreso tecnológico(78,79).

El desarrollo de un sistema de información responde a una idea de consenso sobre qué variables básicas, expresadas en datos y recogidas de forma sistemática en cada proceso asistencial del paciente, serían de utilidad para clínicos, gestores, planificadores, epidemiólogos, etc. aunque no cubrieran todas las necesidades de información que en este campo se plantean en cada una de estas disciplinas.

La clasificación de las variables enfermedad y tratamientos han sido las más complejas de codificar para la comunidad científica. Todo el esfuerzo realizado para ello se ha materializado en la conocida CIE¹² cuya evolución es una constante desde el siglo XVIII hasta hoy(80).

En su origen, un grupo de estudio de la OMS en 1969, recomendó un conjunto básico de datos. Posteriormente el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias de EEUU y más tarde, en 1982, el Comité de Información y Documentación en Ciencia y Tecnología de la CEE¹³, lo desarrollaron y aconsejaron su implantación en el ámbito europeo. Por su carácter de "lenguaje común", su amplia difusión en muchos países y su utilización en los sistemas de medida del producto hospitalario, pronto adquirió relevancia como sistema de información de utilidad para el análisis de las características de la atención hospitalaria y la gestión en varios niveles de los sistemas de salud: servicio, centro, comunidad autónoma y estatal.

En España se implantó en 1987, tras normativa ministerial y del Consejo Interterritorial y, a finales de los años 90, el 98% de los hospitales de la red pública recogen el CMBD para cada episodio atendido. En su conjunto forman el Registro de Altas de Hospitalización que, agregados a nivel estatal, están albergados en un repositorio central cuyo responsable es el MSSSI. Es la mayor fuente de datos normalizada sobre pacientes hospitalizados y la principal fuente de información clínico-epidemiológica sobre morbilidad hospitalaria incluida en el Plan Estadístico Nacional(80).

¹² CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades

¹³ CEE: Comunidad Económica Europea

Asturias, a partir de las transferencias de las competencias sanitarias reguló, como en el resto de las comunidades autónomas su CMBD cuya explotación está incluida en el Plan Asturiano de Estadística(81).

A efectos prácticos el CMBD informa sobre la realidad sanitaria de una población, ya que además de los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), recoge datos clínicos del paciente: el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, las comorbilidades y complicaciones que presenta durante el ingreso (diagnósticos secundarios), las técnicas diagnósticas relevantes y los procedimientos, sobre todo de tipo quirúrgico en su tratamiento y datos del episodio: las fechas de ingreso y de alta, el Servicio responsable, la circunstancia de ingreso (urgente, programada) y el destino a su alta (domicilio, defunción, traslado a otro hospital, etc.).

La exhaustividad y la homogeneidad son dos requisitos básicos del registro del CMBD. Para que sea exhaustivo deben incluirse en el registro todos los episodios de los pacientes atendidos que cumplan los criterios de inclusión y respecto a la homogeneidad, es de vital importancia para la calidad y comparabilidad de los datos utilizar criterios comunes en la selección y registro de la información.

Los datos clínicos codificados son los de obtención y elaboración más compleja. Proceden del análisis de la información de carácter asistencial contenida en la historia clínica, especialmente en el informe de alta, una vez finalizado el episodio. Se precisan conocimientos y adiestramiento en terminología médica y en el manejo de la CIE, sus actualizaciones y la normativa nacional e internacional para una elección adecuada, indización de los códigos.

El CMBD se mantiene y actualiza a nivel ministerial, desde la Agencia de Calidad en la que se encuadra el Instituto de Información Sanitaria que lidera los Comités nacionales de CIE y de CMBD(80), en los que participan profesionales de todas las CCAA¹⁴.

Los diagnósticos y los procedimientos recogidos de la historia clínica se traducen a códigos siguiendo la CIE que en estos momentos corresponde ya con la 10ª modificación clínica(82) tras la adaptación que ha desarrollado e implantado en el 2016 el MSSSI para el Sistema Nacional de Salud, si bien los datos del estudio fueron recogidos conforme a la CIE9MC (9ª modificación clínica) dada la fecha del mismo.

¹⁴ CCAA: Comunidades Autónomas

La codificación traduce a un lenguaje alfanumérico, normalizado internacionalmente, cada una de las variables o campos que lo componen y es lo que nos permite su uso estadístico, clasificar y medir los episodios asistenciales atendidos en grupos: por edad, sexo, consumo de estancias, tipos de atención quirúrgica/ médica, categorías diagnósticas mayores y de pacientes relacionados por sus diagnósticos y/o tratamientos. Para la elaboración del CMBD es imprescindible contar en la historia clínica con documentación escrita, completa y de calidad, de cada episodio asistencial, sea cual sea el soporte de la misma. El contenido de esta información está regulado a través de múltiples leyes nacionales y autonómicas: Ley 14/1986 General de Sanidad(53), Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 sobre el informe de alta(83) y, en especial, la Ley 41/2002 de derechos y obligaciones sobre la información clínica(84), entre otras(85).

A nivel nacional, la implantación del CMBD en los Centros Hospitalarios ha propiciado disponer de una gran base de datos que es analizada por el Instituto de Información Sanitaria con la consiguiente publicación periódica de diversas estadísticas oficiales(80). Estos resultados, además de servir como punto de partida para numerosas investigaciones en el ámbito epidemiológico y clínico, han permitido la elaboración de una serie de indicadores de referencia para el análisis y comparación de la gestión hospitalaria.



JUSTIFICACIÓN

Estamos inmersos en la segunda década del siglo XXI donde los profundos cambios en la sociedad, tanto culturales como tecnológicos y socioeconómicos que afectan a la manera de vivir y de enfermar, han obligado a establecer acciones para asegurar a los ciudadanos, independientemente de su sexo, el derecho a la protección de la salud con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

La integración del principio de igualdad de oportunidades en la política de salud exige a las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, la adopción sistemática de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación. Del mismo modo, también exige desarrollar acciones para fomentar la investigación científica que atienda las diferencias entre hombres y mujeres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referente a la accesibilidad y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en su vertiente de ensayo clínico o de investigación como asistencial.

En el plano educativo, las enseñanzas universitarias en Medicina así como los planes de formación de postgrado, persiguen el enriquecimiento competencial de los profesionales con la inclusión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la promoción de actitudes para su futura incorporación laboral, acercándoles a la realidad de su entorno social y organizativo.

Han transcurrido más de cuarenta años desde las primeras publicaciones sobre sesgo o discriminación de género en el ámbito sanitario. Evidentemente la sociedad de entonces ha madurado intelectualmente y el conocimiento científico también, proporcionando excelentes profesionales con un máximo nivel de rigurosidad y exigencia para abordar los distintos problemas de salud que plantean los pacientes. En este marco, uno de los retos que debe afrontar nuestro sistema sanitario es el aumento de la población envejecida y su relación con el uso de los servicios sanitarios. Sin ir más lejos, en el año 2011 la población de España había crecido casi 6 millones de personas con respecto a la última década, alcanzando la cifra de 46.9815.816 habitantes a 1 de noviembre de

2011(86). Entre los factores que se han relacionado con este crecimiento destacan la llegada de extranjeros (más de tres millones y medio en este periodo) muchos de los cuales han adquirido la nacionalidad española, el aumento de la esperanza de vida desde el censo anterior y un incremento de la tasa de natalidad (sobre todo en el período 2005-2009). Todas estas circunstancias han contribuido a que la edad media de los españoles se haya incrementado en 1,5 años(86).

Sin embargo, los condicionantes anteriores no han impedido que en estos últimos años se observe un incremento del peso relativo de la población de 40 a 64 años y la disminución del mismo en la de 16 a 39 años, lo que se traduce en un ligero crecimiento de la tasa de dependencia (*relación entre población en edades no activas (menores de 16 y mayores de 64 años) y la población de 16 a 64, edades consideradas activas*), que pasa de un valor de 0,485 en 2001 a 0,500 en 2011. Así con estos datos, se puede afirmar que por cada persona en edad no activa, hay casi exactamente dos personas en edad de trabajar(86).

La diferencia en años de esperanza de vida al nacimiento a favor de la mujer creció y se mantuvo estable en España hasta mediados de los años noventa, como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. Pero esta diferencia a favor de la mujer se ha ido reduciendo en las dos últimas décadas hasta llegar a 6,05 años de diferencia a favor de la mujer en el año 2011).

Al contrario de lo que ocurre con la esperanza de vida global, las mujeres presentan menos esperanza de vida libre de enfermedades crónicas que los hombres. Las personas de 65 y más años tienen una prevalencia de dos o más enfermedades en al menos el 50% y aumenta con la edad. La proporción de ancianos con pluripatología varía dependiendo del estudio consultado siendo esta variabilidad consecuencia de las distintas definiciones de pluripatología y de las diversas metodologías empleadas(87). En los estudios realizados en poblaciones con enfermedades crónicas, la prevalencia en multimorbilidad varía entre el 35 y el 65% en los pacientes con edades comprendidas entre 60 y 69 años, pudiendo alcanzar hasta el 80-99% en los pacientes octogenarios(88,89).

En algunos trabajos internacionales se han observado que las tasas de hospitalización declinan a partir de los 80 años. El estudio Ageing and Retirement in Europe (SHARE) realizado sobre veinte mil europeos mayores de 50 años, mostró que el mayor uso de servicios sanitarios se realiza en el grupo de edad de 75-79 años con una clara caída a partir de los 85 años(87).

España no responde a este patrón y la tasa de hospitalizaciones sigue aumentando con la edad en ambos sexos(87). Las tasas de hospitalización son mayores en los hombres, salvo entre las edades de 15-44 años por el efecto de los ingresos debidos al embarazo y parto. En todo caso, a partir del tramo de 55-64 años se inicia un ascenso de las tasas de hospitalización en ambos sexos, que se doblan a los 75 años y se triplican a los 85 (Figura 4).

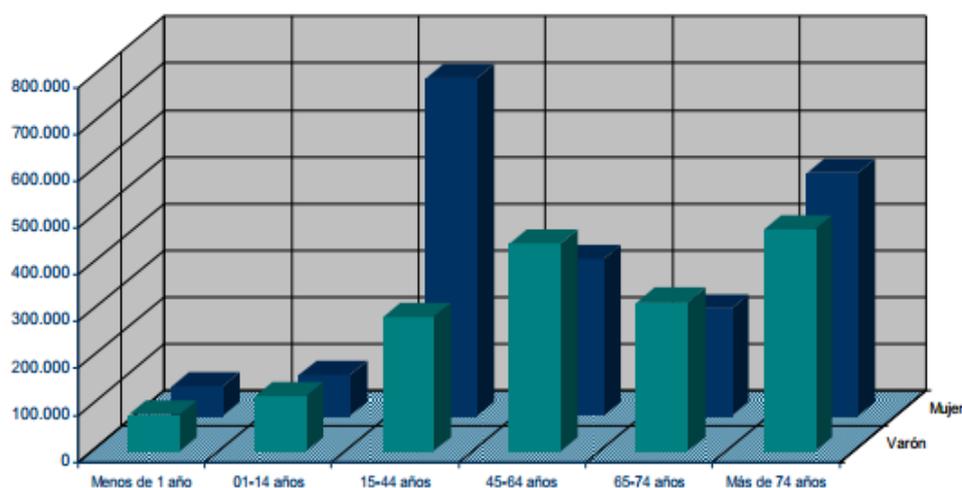


Figura 4: La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD-Registro de altas 2010

La justificación al caso particular de España se debe a la confluencia de dos tendencias que no avanzan a la misma velocidad. Por un lado ya se ha comentado el factor demográfico que conlleva al envejecimiento progresivo de esta población y por otro, el factor organizativo (modelo asistencial) del sistema hospitalario que todavía actúa mayoritariamente conforme a las premisas establecidas en los años 80, donde el diseño se confeccionó para atender a pacientes agudos, con factores de éxito basados en diagnósticos certeros y conocimientos específicos. Desde entonces y de forma progresiva el perfil de los pacientes ha cambiado sustancialmente, siendo la mayoría de ellos etiquetados como “crónicos”, es decir, presentan fundamentalmente

reagudizaciones de su cronicidad y por ello, requieren una atención aguda delimitada en el tiempo y cuidados posteriores a otro nivel.

La combinación de las circunstancias anteriores sitúa a la población con más de 65 años como la principal consumidora de medicamentos, estimándose que aproximadamente un tercio de esta población toma cinco o más fármacos de forma continuada(90). El paciente mayor es especialmente vulnerable a la prescripción inadecuada de medicamentos por muchas razones, entre las que se encuentran los cambios fisiológicos asociados a la edad, el diferente comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, la presencia de comorbilidades, la malnutrición y caquexia, la polimedicación, la atención por múltiples especialistas y en diferentes niveles asistenciales(91). En conjunto, todos estos motivos exponen a este grupo de pacientes a un mayor riesgo de consumir MPI¹⁵ (medicamentos potencialmente inapropiados) lo que constituye en la actualidad un problema sanitario de gran magnitud que ocasiona la aparición de problemas y reacciones adversas a los medicamentos, un aumento de la morbimortalidad, hospitalización y de los costes sanitarios derivados(91–93). Esta coyuntura ha dado lugar a que dentro de la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad del SNS, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 27 de junio de 2012(94), todas las Comunidades Autónomas, en sus planes estratégicos, están implantando programas de este tipo. Entre ellas, el Servicio de Salud del Principado de Asturias desde el año 2011, está desarrollando un proyecto orientado a evaluar las medicaciones de los pacientes polimedicados con el fin de identificar, entre otros, la prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores de 65 años, por tratarse de un grupo de edad en que son más frecuentes las patologías múltiples y por tanto, la polimedicación(95).

Para detectar la prescripción potencialmente inadecuada se han desarrollado diferentes estrategias a partir de los años noventa, las cuales pueden clasificarse en criterios implícitos y explícitos(90). Los primeros se basan en las características del paciente y la indicación de la prescripción, mientras que los segundos, utilizan normalmente datos científicos y de consenso de expertos para definir MPI. Estos últimos son más sencillos de utilizar, son reproducibles, permiten sistematizar la detección de estos fármacos,

¹⁵ MPI: Medicamentos potencialmente inapropiados

consumen menos recursos pero tienen la desventaja de requerir actualizaciones constantes.

Entre los criterios explícitos, los de Beers(96–98), actualizados en el año 2012 y recientemente revisados en 2015, son los más empleados en la literatura y constituyen una referencia en la identificación de los MPI, pero su aplicación en el ámbito europeo ha sido limitada por lo que en este continente se desarrollaron los criterios STOPP/START(99) más acordes con las necesidades y con el arsenal terapéutico disponible. La última versión data del año 2015 (publicación online en octubre 2014) y se dispone de reciente publicación española adaptada a nuestro sistema sanitario y contexto cultural(91).

Todas las estrategias comentadas anteriormente sirven de apoyo a las decisiones terapéuticas pero no las desplazan ya que cada prescripción y el manejo de cada enfermedad debe ser individualizada. No obstante, el seguimiento activo de las prescripciones en pacientes ancianos polimedcados permite reducir la polifarmacia en más de la mitad de los fármacos prescritos, con mejoría del estado cognitivo y de la salud global del paciente.

En términos generales ante un problema de salud, los pacientes acuden en demanda asistencial con una serie de características propias de su enfermedad (comorbilidad, naturaleza y duración de los síntomas y signos) y personales (edad, percepción y expresión de los síntomas que padecen y una valoración de la gravedad determinada). En respuesta a esta demanda se encuentran los profesionales expertos en la materia con conocimientos adquiridos en base a la evidencia científica capaces de interpretar y valorar los signos y síntomas relacionados, lo que les induce a una sospecha diagnóstica en base a la anamnesis, exploración clínica, pruebas complementarias y en consecuencia, a emitir un diagnóstico.

Si bien el uso adecuado de los recursos sanitarios es una preocupación en sí misma, cobra todavía más importancia cuando se introduce la perspectiva de género, que desde hace unos años se ha incorporado a los estudios de utilización de los mismos. Con independencia de las enfermedades, son numerosas las publicaciones que señalan una diferencia en la dedicación de recursos sanitarios a la mujer frente al hombre a igualdad de determinadas afecciones. Este hecho se ha documentado tanto en la atención primaria

como en la hospitalaria y tanto en las enfermedades físicas como en las psiquiátricas. Los factores que se han argumentado son numerosos, entre los que aparecen la diferencia de contacto de uno u otro género con los dispositivos sanitarios, la reticencia a expresar la enfermedad o un retraso en el diagnóstico de la misma(100).

La mayor utilización del hospital por el sexo masculino frente al femenino en términos de accesibilidad y aplicación de procedimientos ante una igual necesidad, ha servido como un indicador para realizar investigaciones sobre sesgo de género en la atención sanitaria(12,101). En este sentido, algunos trabajos se han centrado en identificar el esfuerzo que se realiza para el diagnóstico y tratamiento de determinados problemas de salud padecidos por ambos sexos con el objetivo de identificar si para igual necesidad se realizan similares esfuerzos en un sexo respecto al otro. Del mismo modo, se está trabajando para determinar cuánto es responsabilidad de la decisión tomada por los pacientes y cuanto es responsabilidad de las decisiones profesionales, en cuyo caso sería un claro sesgo de género, potencial generador de desigualdades en salud entre hombres y mujeres(45,102,103).

En este estudio, donde los pacientes ya han sido canalizados a la atención hospitalaria donde se concentran los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, se pretende poner de manifiesto la igualdad en los resultados en términos de salud para igual necesidad de ambos sexos, cuestionando así la influencia de los roles y la identidad de género.

Las características del sistema Nacional de Salud con acceso universal de los usuarios, prestaciones especializadas de alto nivel y cobertura total a nivel hospitalario en el sector público, elimina barreras de desigualdad que deberían traducirse en tratamientos médicos y farmacológicos equitativos.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A la vista de los antecedentes expuestos anteriormente, planteamos la siguiente hipótesis: las diferencias de tratamiento para hombres y mujeres durante el proceso de hospitalización carecen de sesgo de género.

La hipótesis se entenderá confirmada cuando al analizar un mismo problema de salud no pueda demostrarse, tras estudiar la terapia farmacológica y los procedimientos aplicados durante su estancia, un trato discriminatorio entre hombres y mujeres que compartan una misma patología.

Con el fin de analizar la verosimilitud de esta hipótesis, se proponen los siguientes objetivos:

1. Describir las variables sociodemográficas y culturales de los pacientes estudiados comparando los resultados obtenidos con los datos poblacionales referenciados para el Principado de Asturias y el conjunto nacional considerando las mismas categorías por sexo y grupos de edad.
2. Establecer la frecuentación de hospitalización en la población del Área Sanitaria VIII respecto a otras series y determinar las características del ingreso.
3. Identificar los capítulos de enfermedad (mediante el uso de la CIE9MC) asignados al alta hospitalaria y cotejar estos valores con los proporcionados por el MSSSI tras establecer los mismos criterios de selección que en el estudio realizado. El mismo criterio se seguirá respecto a los procedimientos aplicados a cada individuo durante su hospitalización (expresados en forma de capítulo procedimiento (CIE9MC)).
4. Identificar y describir los diagnósticos principales de mayor frecuencia y cuantificar la pluripatología asociada así como los patrones de enfermedad que permitan establecer posibles similitudes o discrepancias entre hombres y mujeres.
5. Analizar el grado de concordancia entre la prescripción farmacológica que reciben los pacientes y el tratamiento de consenso clínico indicado para cada conjunto de patologías, determinando si existen diferencias dependientes del sexo del paciente o del profesional que indica la terapia.

6. Cuantificar la utilización de medicamentos al alta hospitalaria desagregando los datos por sexo y grupo de edad.
7. Calcular la prevalencia de la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados que reciben hombres y mujeres mayores de 65 años y analizar su asociación con la polimedicación tras abandonar el ámbito hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

⋮ Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación se ha diseñado siguiendo el eje de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo estratificando los casos por grupos de edad y sexo.

⋮ Selección de la población

Los sujetos seleccionados para realizar este trabajo provienen del conjunto de altas efectuadas en el Hospital Valle del Nalón, centro de referencia para la población del Área Sanitaria VIII del Principado de Asturias, durante el año 2011. Para ello se realizó el volcado de toda la base de datos del sistema de información (CMBD) que diariamente alimentó el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital en el citado periodo. La versión utilizada para la codificación de la CIE9MC fue la 7ª Edición de 2010. Tras un primer análisis, se establecieron tres criterios para seleccionar el grupo de pacientes con los que finalmente se trabajó:

- a. Se considera el “alta a su domicilio” como único posible destino del paciente que abandona el proceso de hospitalización.
- b. Se excluyeron los pacientes asignados a los Servicios de Pediatría (edad < 15 años), y de Ginecología y Obstetricia.
- c. En el caso de que un mismo paciente disponga de varios episodios de hospitalización, se ha seleccionado el correspondiente al último ingreso.

En base a estos criterios de elegibilidad, no se ha realizado ningún plan de muestreo sino que, de manera consecutiva, todos los pacientes que reunían las condiciones anteriores se incorporaron al estudio.

‡ **Recogida de información.**

La integración del contenido del CMBD del Hospital en la base de datos utilizada para el diseño de este estudio, ha proporcionado, además de los datos demográficos (fecha de nacimiento, sexo, localidad de residencia), otros datos clínicos como:

- a. **Diagnóstico principal:** se define como aquel que tras el estudio del paciente se establece como causa del ingreso en el hospital, de acuerdo con el criterio del servicio clínico o del facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia apareciesen complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se consignarán como diagnósticos secundarios.
- b. **Diagnósticos secundarios:** aquellos diagnósticos que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso.
- c. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** son aquellos procedimientos quirúrgicos, obstétricos u otros procedimientos que requieren recursos especializados.
- d. Adicionalmente se ha integrado la información correspondiente al propio episodio a estudio y que hace referencia a las fechas de ingreso y de alta del paciente, el servicio y médico responsable que autoriza el alta, así como la circunstancia de ingreso (urgente, programado) entre otros.

El resto de documentación clínica necesaria a la hora de estudiar la población, se ha obtenido tras consultar la aplicación informática SELENE que gestiona la historia clínica electrónica del paciente, especialmente a partir del documento llamado “informe de alta hospitalaria”, el cual cierra el proceso de hospitalización de cada episodio atendido. En determinados casos y con motivo de aportar mayor información, ha sido necesario indagar en otros procesos abiertos y relacionados cronológicamente con el episodio estudiado aunque no hayan sido motivo de su hospitalización. Las variables recopiladas se han estructurado en:

- a. **Características socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente** expresadas en forma de estado civil, convivencia, grado de dependencia para

realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ¹⁶y el número de personas a su cargo.

- b. **Nivel educativo** o nivel máximo de estudios completados desagregado en cuatro categorías: “sin estudios” (se incluye el retraso mental); “educación primaria”; “educación secundaria” (se considera en esta la formación profesional de grado medio) y “educación superior” que abarca la enseñanza universitaria y la formación profesional de grado superior (*véase tabla 9 de resultados*).
- c. **La situación laboral** en la que se encuentran los pacientes considerando las opciones de “activo”, “desempleo”, “prejubilado”, “jubilado” y “no procede”. Esta última reúne a todos aquellos individuos que se encuentran en el periodo de formación académica o bien aquellos sujetos que, estando en edad laboral, presentan alguna anomalía física o psíquica que los incapacite para desarrollar una actividad (*véase tabla 10 de resultados*)
- d. **La profesión desempeñada** por el paciente, la cual, a posteriori, se ha recodificado y adaptado a la Clasificación Nacional de las Ocupaciones aprobada por Real Decreto en 2011(CNO-2011)(104) con el fin de poder establecer grupos homogéneos de pacientes. Con esta premisa se han estructurado en cuatro categorías: “técnicos y profesionales”; “empleados de oficina”; “trabajadores de servicios y cualificados” y “trabajadores no cualificados”. En el caso de las tareas desarrolladas como “labores del hogar”, “estudiante” o aquellas que no están asociadas a una remuneración económica, se han incluido en la categoría “Otras” sin haber asignado ningún nivel de competencias ya que, lo único que se pretende es disponer de mayor información a la hora de describir las características sociodemográficas y culturales de estos pacientes (*véase tabla 11 de resultados*).
- e. **Hábitos de vida no saludables:**
- Consumo de tabaco (exfumador, menor o igual a 5 cigarrillos/día, entre 6-20 cigarrillos/día, más de 20 cigarrillos/día).
 - Consumo de alcohol (exbebedor, leve, moderado, grave)
 - Consumo de drogas (expolitoxicómano, una, varias)
- f. **Principales comorbilidades:** hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, bronquitis crónica obstructiva, dislipemias, neoplasias e índice de masa

¹⁶ ABVD: actividades básicas de la vida diaria

corporal (sobrepeso u obesidad) que han complementado el conjunto de factores de riesgo inherentes a cada paciente.

g. **Tratamiento farmacológico al alta hospitalaria** expresado según el código o clasificación ATC¹⁷, en el cual los medicamentos se dividen en grupos diferentes conforme al órgano o sistema sobre el que actúan, y a sus propiedades químicas, farmacológicas y terapéuticas(105):

- A Aparato digestivo y metabolismo
- B Sangre y órganos hematopoyéticos
- C Aparato cardiovascular
- D Terapia dermatológica
- G Terapia genitourinaria y hormonas sexuales
- H Terapia hormonal sistémica excluyendo hormonas sexuales e insulinas
- J Terapia infecciosa, uso sistémico
- L Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores
- M Aparato locomotor
- N Sistema nervioso
- P Antiparasitarios, insecticidas y repelentes
- R Aparato respiratorio
- S Órganos de los sentidos
- V Varios

Cada uno de estos 14 grupos principales, que configuran el primer nivel, se organiza en subgrupos farmacológicos/terapéuticos para dar origen a la expresión del segundo nivel. Estos a su vez, pueden desagregarse en unidades más pequeñas llegando hasta el detalle de sustancia activa (quinto nivel). Así por ejemplo:

<i>Primer nivel:</i>	C	Aparato cardiovascular
<i>Segundo nivel:</i>	C01	Cardioterapia
<i>Tercer nivel:</i>	C01A	Grupo terapéutico: Glucósidos cardíacos
<i>Cuarto nivel:</i>	C01AA	Grupo farmacológico: Glucósidos digitálicos
<i>Quinto nivel:</i>	C01AA05	Principio activo: Digoxina

¹⁷ ATC: Clasificación Anatómico-Terapéutica-Química

En aquellos casos en los que se hace referencia al tratamiento domiciliario pero no se detalla en el informe de alta, se ha recurrido a la interconexión SELENE-OMI-AP (aplicativo electrónico que gestiona la historia clínica del paciente en Atención Primaria) para identificar aquellos medicamentos que el paciente toma de forma crónica en su domicilio y que van a complementar el tratamiento indicado en dicho informe.

El registro de los fármacos se realizó en forma de principio activo lo que permitió la identificación de aquellos medicamentos potencialmente inapropiados entre la población estudiada conforme a la literatura publicada. Para otro tipo de análisis o comparaciones basadas en el recuento, utilización o prescripción diferencial entre sexos y/o la relación de dependencia o independencia con el sexo del profesional que prescribe la terapia, fue necesario aglutinar la información hasta el primer o segundo nivel de la ATC.

∴ **Procedimiento para efectuar comparaciones y análisis de datos**

A la hora de establecer paralelismos o divergencias entre este estudio y otra población de referencia (autonómica y nacional), se ha recurrido al Sistema de Información Sanitaria del SNS, el cual ofrece sus productos y servicios en el marco de un Portal Estadístico, alojado en la página electrónica del MSSSI, desde el que es posible acceder a información estructurada y ordenada temáticamente(80). A continuación describimos brevemente el procedimiento realizado para conseguir los objetivos formulados junto a la hipótesis de trabajo. Son los siguientes:

Para el primer objetivo analizado, los datos poblacionales se comparan manteniendo el mismo nivel de desagregación de las variables sexo y grupos de edad obtenidos a partir de las fuentes de información proporcionadas por el INE, SADEI y el Servicio de Admisión del Hospital Valle del Nalón, el cual facilitó los valores para el Área Sanitaria VIII.

Para el segundo y tercer objetivo, los valores de referencia fueron obtenidos a través de aplicaciones interactivas del citado Portal Estadístico siendo necesario solicitar una extracción de datos del CMBD al Registro de Altas de Hospitalización y Atención Ambulatoria Especializada para cotejar los capítulos de alta y procedimientos encontrados en este trabajo con los obtenidos para el Principado de Asturias y el conjunto nacional en hospitales del mismo tamaño y bajo los mismos criterios de selección.

Los diagnósticos secundarios que fueron detallados en cada uno de los pacientes siguiendo la CIE9MC, sirvieron como punto de partida para analizar el cuarto objetivo ya que, para agrupar la información, cada uno de ellos se tradujo en su correspondiente capítulo de enfermedad, el cual constituyó la unidad elemental de medida para cuantificar el grado de pluripatología asociado. En base a este criterio, se establecieron cuatro categorías: “ninguna”, “uno-dos”, “tres-cuatro” y “mayor o igual a cinco” patologías asociadas.

La adecuación del tratamiento farmacológico de los pacientes al de consenso clínico propuesto para un mismo diagnóstico principal (quinto objetivo) se efectuó en todos los sujetos del estudio excepto en aquellos cuyo capítulo de enfermedad se identificó con “*neoplasias*”; “*lesiones y envenenamientos*”; “*síntomas, signos y estados mal definidos*” y los asignados a la “*clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios*”. El motivo de esta exclusión se debió a que en el caso de las “*neoplasias*”, el HVN sólo realiza el tratamiento quirúrgico y deriva a otros Centros a los pacientes que necesiten quimio o radioterapia complementaria. La cirugía es también la principal vía de resolución de los pacientes asignados a la categoría “*lesiones y envenenamientos*” ya que mayoritariamente abordan las fracturas, luxaciones y las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos, entre otros. Los casos asociados a “*síntomas, signos y estados mal definidos*” fueron rechazados ya que en este capítulo se incluyen todos aquellos resultados anormales de procedimientos de laboratorio o de otro tipo de estudios y estados mal definidos con respecto a los cuales no se ha registrado ningún diagnóstico clasificable. Finalmente, los casos relacionados con la “*clasificación suplementaria*” no se evaluaron ya que esta agrupación incluye a todas aquellas circunstancias que no son ni enfermedades ni lesiones clasificables bajo las categorías 001-999 (CIE9MC) ni bajo el código E (causas externas de lesiones y envenenamientos) y que pueden surgir principalmente de tres maneras:

a. Cuando una persona que no está enferma en la actualidad acude a los servicios sanitarios con un propósito específico, tal como el de actuar como donante de un órgano o tejido, para recibir una vacuna profiláctica o para discutir un problema que en sí mismo no constituye ni enfermedad ni lesión. Esta situación se presentará pocas veces entre los pacientes internos de un hospital, pero será relativamente más frecuente entre los

pacientes externos de hospitales y los pacientes de médicos de familia, ambulatorios, etc.

b. Cuando una persona con una lesión o enfermedad desconocida, en curso o en vías de solución, acude al sistema de atención de salud para un tratamiento específico de una u otra (por ejemplo, diálisis por enfermedad renal; quimioterapia por neoplasia maligna; cambio de escayola).

c. Cuando alguna circunstancia o problema se presente de forma que influye en el estado de salud de la persona, pero no constituye en sí mismo una enfermedad ni una lesión actual. Tales factores pueden recabarse durante encuestas sobre la población, cuando la persona puede estar o no enferma en la actualidad, o registrarse como un factor adicional a tomar en cuenta cuando la persona recibe cuidados para una enfermedad o lesión actual clasificable bajo las categorías

En el resto de pacientes, se han establecido conjuntos de patologías que incluían diagnósticos principales similares o al menos que hacían alusión a afecciones próximas desde un punto de vista clínico (*Anexo III*) y se les ha asignado un tratamiento farmacológico de referencia (expresado en forma de uno o más grupos terapéuticos conforme a las guías clínicas y tratados de patologías) con el que se ha cotejado su prescripción real. Para efectuar dicha comparación se establecieron los siguientes criterios:

a. Cuando el tratamiento de consenso clínico se identifica directamente con un único grupo terapéutico, se considerará acertada la prescripción real del paciente estudiado sólo si cumple esta condición.

b. Cuando el tratamiento de consenso clínico requiera la combinación de dos o más grupos terapéuticos, se considerará acertada la prescripción real del paciente si su terapia incluye todos los agentes implicados.

c. Cuando el tratamiento de consenso clínico pueda conllevar distintas alternativas farmacológicas que involucran a varios grupos terapéuticos, se considerará acertada la prescripción real del paciente si al menos incluye uno de ellos.

d. Finalmente y en especial las situaciones clínicas en las que la opción de tratamiento pueda requerir la prescripción de un medicamento en función de las

características en las que se encuentre el proceso patológico, la actitud terapéutica llevada a cabo por el profesional se evaluó conforme a los siguientes criterios:

Se consideró acierto:

- Todas aquellas situaciones en las que se produjo una intervención quirúrgica durante el proceso de hospitalización que evitó el tratamiento farmacológico posterior.
- Cuando durante el ingreso se corrige la causa que desencadena el problema o bien cuando durante este tiempo se administra un fármaco o medicamento alternativo en base a la patología concomitante o edad del paciente y se resuelve el episodio.
- Cuando la decisión clínica de establecer un tratamiento farmacológico se pospone hasta la obtención de más pruebas y resultados.

Se consideró fallo:

- La ausencia de terapia analgésica y/o antiinflamatoria directamente implicada en procesos asociados a dolor en los que el manejo del mismo se deja a criterio del paciente.
- El resto de situaciones no contempladas en los apartados anteriores

El sexto objetivo se llevó a cabo tras la revisión del informe de alta que cierra el episodio de hospitalización de cada paciente en el que se indica, entre otros parámetros, el tratamiento farmacológico asignado a su proceso patológico. Cada uno de los medicamentos prescritos fue recogido en forma de principio activo (quinto nivel ATC) y las comparaciones entre sexos se hicieron a nivel de grupo terapéutico en un primer análisis y posteriormente a nivel de subgrupo terapéutico para aquellos representantes más significativos.

Para el abordaje del séptimo y último objetivo, hemos utilizado el trabajo realizado por un grupo de expertos de la Comunidad de Madrid(106) en el que se han identificado, por su relevancia e impacto, un conjunto de medicamentos potencialmente inapropiados en la población anciana (*Anexo VI*) y lo hemos aplicado entre los pacientes del presente trabajo con el objetivo de determinar si su prevalencia incide por igual en ambos sexos.

⋮ **Análisis estadístico**

En primer lugar se hizo una descripción completa de la base de datos para detectar y corregir los datos erróneos. Para describir las variables de tipo cuantitativo se han utilizado medias, desviaciones típicas así como los cuartiles, mínimos y máximos. Además se emplearon diagramas de cajas por grupos e histogramas. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas, relativas y porcentajes y para su representación gráfica se emplearon los diagramas de barras.

En la estimación de parámetros como medias, desviaciones típicas, probabilidades, etc. se emplearon los estimadores máximo verosímiles y además se calcularon intervalos de confianza, generalmente al 95% para los parámetros más relevantes. La comparación de variables continuas se realizó mediante pruebas paramétricas (t de Student con la corrección de Welch o ANOVA) en el caso de normalidad o no paramétricas (Mann-Whitney o de Kurskals Wallis) cuando las distribuciones resultaron muy asimétricas.

Para estudiar la existencia de relación entre las variables categóricas se empleó el test ji-cuadrado de Pearson, recurriendo al estadístico exacto de Fisher cuando resultó posible. Cuando las frecuencias esperadas bajo la hipótesis nula fueron inferiores a cinco, se realizó un reagrupamiento de las categorías para evitar este problema. Como medida para valorar la intensidad de la relación entre variables binarias se utilizó el índice razón de Odds (OR).

En el análisis de la relación entre variables cualitativas con muchas categorías de respuesta se recurrió al análisis de Correspondencias, para facilitar la interpretación de los resultados y mostrar las razones de la asociación.

Todos los contrastes de hipótesis sobre parámetros se hicieron a dos colas y para rechazar la hipótesis de independencia se utilizó el nivel de significación 0,05. En los casos en que se hicieron varios contrastes simultáneos, se recurrió al método de Bonferroni, para mantener ese nivel de significación global.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el software de libre distribución R2.15 (www.r-project.org) y el programa informático IBM SPSS Statistic® versión 21.

∴ Consideraciones éticas y legales

Esta investigación ha sido realizada tras la solicitud y aprobación por parte del Gerente del Hospital Valle del Nalón, Dr. Francisco M del Busto de Prado para consultar las historias clínicas de los pacientes ingresados en este Centro durante el año 2011.

También cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica del Principado de Asturias que ha asignado a este estudio el registro nº 141/15.

Conforme al marco legal que determina el compromiso para garantizar y proteger la confidencialidad, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, así como promover la investigación científica, los autores reconocen haber adoptado las garantías necesarias para mantener el anonimato de los pacientes en todas las bases de datos con las que se elaborado este trabajo.

RESULTADOS

⋮ Descripción de las variables sociodemográficas y culturales de los pacientes del estudio.

El total de altas documentadas en el Hospital Valle del Nalón en el año 2011 asciende a 8131 que tras aplicar los criterios de selección ya comentados, dio lugar a un conjunto de 4808 pacientes susceptibles de ser estudiados. De este grupo, se eliminaron 121 casos debido a que se detectó una codificación incorrecta a la hora de etiquetar el destino del alta (habían sido “muertes” en lugar de “alta a domicilio”) o bien no se encontraron los datos que hacían referencia al tratamiento farmacoterapéutico y/o se produjeron errores en su información clínica. Por tanto, el grupo final de pacientes incluido en esta investigación fue de 4683 casos de los cuales, 2519 (53,8%) eran hombres y 2164 (46,2%) mujeres, cuya distribución por edades se describe a continuación (*Figura 5*)

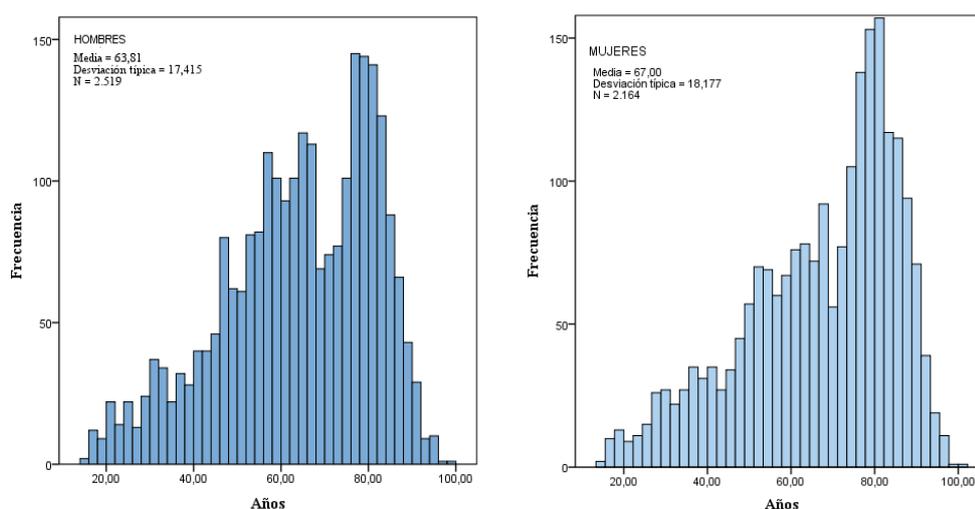


Figura 5: Distribución de los pacientes estudiados según sexo y edad.

Por sexos, la media de edad en los hombres ingresados fue de $63,80 \pm 17,41$ años; casi cuatro años menos a la registrada en el caso de las mujeres: $67 \pm 18,17$ años.

Tan solo para el percentil 5 (P_5) hombres y mujeres mostraron un valor similar (30,3 años) siendo a partir de entonces las mujeres las que presentan edades mayores en los percentiles 25, 50, 75 y 90: (P_{25}): 54,68 vs 52,91 años; (P_{50}): 71,7 vs 65,53 años; (P_{75}): 81,12 vs 78,52 años y (P_{90}): 87,08 vs 83,92 años.

Seguendo los mismos parámetros que establece el MSSSI dentro de su portal estadístico de información, se han desagregado los datos de la población en la que se enmarca este trabajo (Área Sanitaria VIII del Principado de Asturias) en base al sexo y edad en quinquenios, obteniéndose la distribución que se muestra a continuación (*Figura 6*).

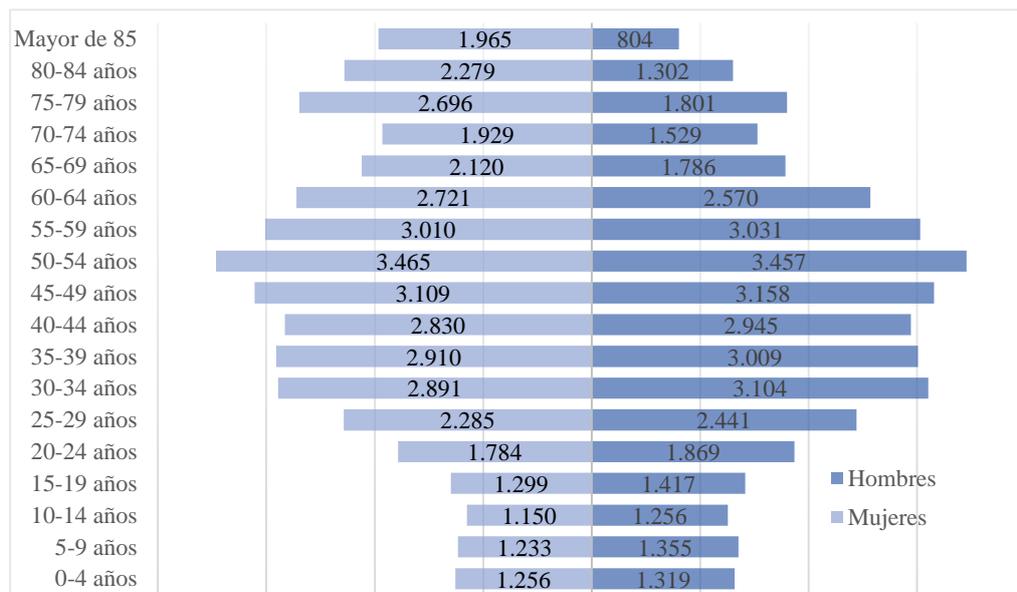


Figura 6: Pirámide poblacional del Área Sanitaria VIII. 2011.

Puede observarse que el predominio femenino se produce a partir de los 50 años y es mayor a medida que nos aproximamos al tramo de edad más elevado. Esta contante se repite también cuando se han construido las pirámides de población del Principado de Asturias y del resto del conjunto español (*Figuras 7 y 8*).

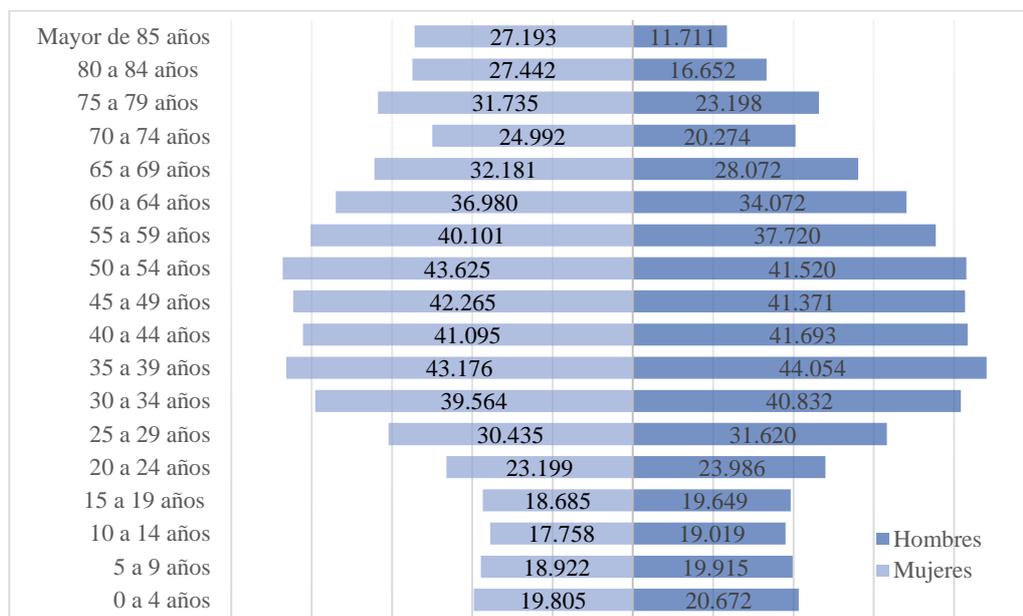


Figura 7: Pirámide poblacional del Principado de Asturias, 2011. Fuente: realización propia a partir del INE(86).

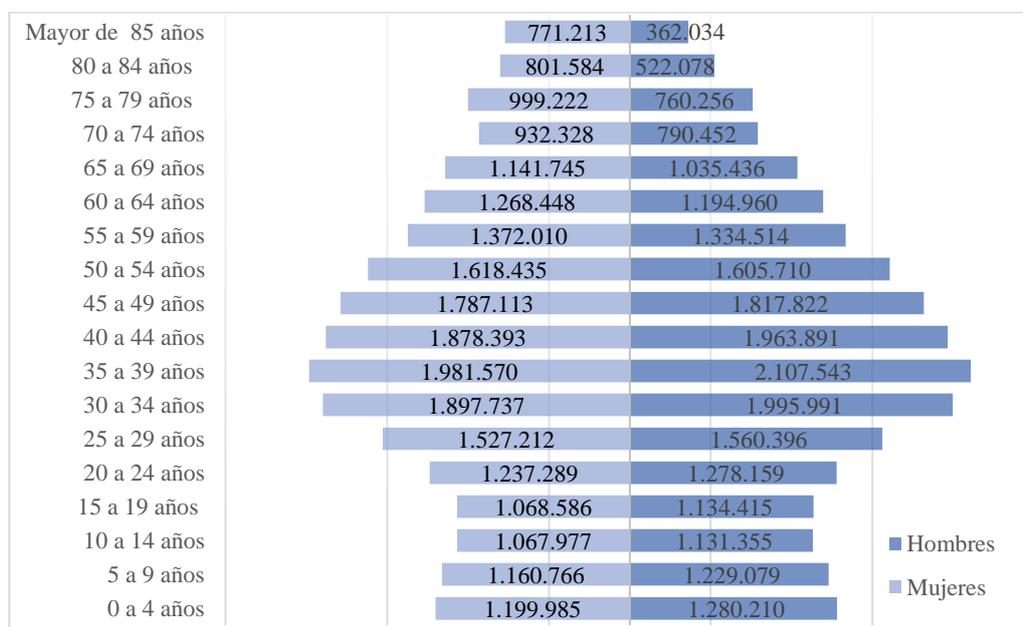


Figura 8: Pirámide poblacional del conjunto español, 2011. Fuente: realización propia a partir del INE(86).

Los histogramas demográficos que representan el Área Sanitaria VIII y el Principado de Asturias son prácticamente idénticos, apreciándose un envejecimiento de la población muy acusado. En términos cuantitativos, la media de edad y su desviación estándar (DE) expresada en años, proporcionan un valor superior a 5 años cuando se comparan los escenarios asturianos con la media nacional (*Tabla 7*).

Tabla 7: Media de edad en las poblaciones comparadas

Población	Sexo	Media (años)	DE (años)
España	Hombre	39,72	22,03
	Mujer	42,32	23,32
Principado de Asturias	Hombre	44,03	22,08
	Mujer	47,49	23,32
Área Sanitaria VIII	Hombre	44,57	21,71
	Mujer	48,51	23,15

Las características socio-sanitarias, del estado cognitivo y funcional de los pacientes ingresados (población estudiada) fueron documentadas a partir de su historia clínica (*Tabla 8*). Como puede observarse, la información recuperada no es óptima: sólo para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se consigue información del 90% de los pacientes y ésta baja al 74% en la información sobre convivencia, al 56,5% respecto al estado civil y al 16% en el ítem referido a personas a su cargo.

Tabla 8: Principales características sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional de la población estudiada.

	Casos n (%)	Hombre n (%)	Mujer n (%)	P-valor
Estado civil (56,5% datos)	2.646 (100%)	1461 (100%)	1185 (100%)	0,000
Soltero/separado/divorciado	352 (13,3)	221 (15,1)	131 (11,1)	
Casado/pareja	1924 (72,7)	1164 (79,7)	760 (64,1)	
Viudo	370 (14)	76 (5,2)	294 (24,8)	
Convivencia (74,2% datos)	3476 (100%)	1772 (100%)	1704 (100%)	0,000
Familia	2789 (80,2)	1504 (84,9)	1285 (75,4)	
Cuidador/Institución/otros	194 (5,6)	76 (4,3)	118 (6,9)	
Solo	493 (14,2)	192 (10,8)	301 (17,7)	
ABVD (90% datos)	4216 (100%)	2241 (100%)	1975 (100%)	0,000
Independiente	3545 (81,9)	1921 (85,7)	1534 (77,7)	
Parcialmente dependiente	504 (12)	218 (9,7)	286 (14,5)	
Dependiente	257 (6,1)	102 (4,6)	155 (7,8)	
Personas a su cargo (16% datos)	749 (100%)	308 (100%)	441 (100%)	0,009
Ninguna	373 (49,7)	173 (56,2)	200 (45,4)	
Una	216 (28,8)	82 (26,6)	134 (30,4)	
Más de una	160 (21,3)	53 (17,2)	107 (24,3)	

El % de datos que se incluye en la columna de la izquierda se refiere al % de pacientes en los que fue posible identificar el ítem correspondiente

En este trabajo, el perfil de paciente que acude a su hospital de referencia, se caracteriza en el caso de los hombres por vivir en pareja, convivir con la familia, ser independiente para las actividades básicas de la vida diaria y no tener personas a su cargo. Por el contrario, entre el sexo femenino, se ha observado una frecuencia mayor de viudedad, vivir solas o con algún cuidador, manifestar algún grado de dependencia parcial o total y tener una o más personas a su cargo.

Procedentes también de la misma fuente de información, se han recogido las variables que indican el máximo nivel educativo alcanzado, la situación laboral, profesión desarrollada, hábitos de vida no saludables y las principales comorbilidades, todas ellas expresadas por categorías según sexo y media de edad (*Tablas 9-13*).

Tabla 9: Nivel máximo de estudios completado en la población estudiada

	Hombres n (%)	Edad ± DE (años)	Mujeres n (%)	Edad ± DE (años)	Total n (edad±DE)
Sin estudios	37 (15,7%)	65±17,5	41 (18,5%)	73,1±17	78 (69,3±17)
Educación primaria	81 (34,5%)	52,1±15,7	96 (43,2%)	59,2 ± 16,9	177 (56±16,7)
Educación secundaria	81 (34,5%)	50,4±18,5	70 (31,5%)	44, 3±16,8	151(47,6±18)
Educación superior	36 (15,3%)	52,9±19	15 (6,8%)	49,2±17,4	51 (51,8±18,4)
Total	235 (100%)		222 (100%)		457 (9,6%)

La tabla 9 muestra que en base a los datos recopilados, puede apreciarse como la formación educativa mejora conforme la población es más joven y cómo las mujeres presentan mayor porcentaje de estudios primarios frente a los hombres, invirtiéndose dicha relación para los estudios secundarios y superiores.

Tabla 10: Situación laboral de la población estudiada

	Hombres n (%)	Edad ± DE (años)	Mujeres n (%)	Edad ± DE (años)	Total n (edad±DE)
No procede	24 (1,2%)	22,3 ± 6,7	13 (0,7%)	20,0 ± 4,9	37 (19,4 ± 6,2)
Activo	351 (17,1%)	46,2 ± 10,7	480 (25,9%)	49,8 ± 10,7	831 (48,3±10,8)
Desempleo	77 (3,8%)	41,3 ± 10,4	49 (2,6%)	39,1± 12,5	126 (40,5±11,2)
Prejubilado	375 (18,3%)	57,1 ± 6,5	54 (2,9%)	56,5 ± 9,8	429 (57,04±7)
Jubilado	1226 (59,7%)	77,9 ± 7,0	1255 (67,8%)	79,6 ± 7,3	2481 (78,5±7,2)
Total	2053 (100%)		1851 (100%)		3904 (83,3%)

La Tabla 10 ilustra que la población diana de este estudio, a juzgar por la situación laboral de los pacientes en los que estaba recogida esta información, dibuja un escenario dominado por las jubilaciones en más de la mitad de los casos y un predominio indiscutible de los hombres frente a las mujeres en términos de prejubilación

En algo más de la mitad los pacientes sobre los que se disponía de información sobre ocupación desarrollada (Tabla 11), se observa que los hombres mayores de 65 años se relacionaron con profesiones de servicios no cualificados, mientras que las mujeres básicamente se dedicaron a las tareas domésticas no remuneradas catalogadas como “otros”. En edades más jóvenes, no se apreció una diferenciación tan marcada entre sexos y categorías laborales.

Tabla 11: Ocupación desarrollada por la población estudiada.

	Hombres n (%)	Edad \pm DE (años)	Mujeres n (%)	Edad \pm DE (años)	Total n (edad \pm DE)
Empleados de oficina	57 (3,9%)	59,5 \pm 12,5	24 (2,1%)	48,9 \pm 14,6	81 (56,4 \pm 13,9)
Otros	34 (2,3%)	28,1 \pm 15,7	894 (79,5%)	69,2 \pm 14,6	928 (67,7 \pm 16,5)
Técnicos y profesionales	33 (2,2%)	55,3 \pm 17,7	16 (1,4%)	54,8 \pm 20,3	49 (55,1 \pm 18,4)
Trabajadores de servicios cualificados	426 (29,0%)	59,0 \pm 16,8	120 (10,7%)	56,3 \pm 17,4	546 (57,0 \pm 17)
Trabajadores de servicios no cualificados	921 (62,6%)	69,4 \pm 14,5	70 (6,2%)	51,5 \pm 15,3	991 (68,1 \pm 15,2)
Total	1471 (100%)		1124 (100%)		2595 (55,5%)

Con los escasos datos disponibles para las tres variables recogidas sobre “hábitos de vida no saludables” (Tabla 12) puede afirmarse que las conductas adictivas se asocian más con el sexo masculino entre los pacientes del estudio.

Tabla 12: Principales hábitos de vida no saludables entre la población estudiada.

	Casos n (%)	Hombres n (%); edad media	Mujeres n (%); edad media	P- valor
Consumo de tabaco (37,4% datos)	1750 (100%)	1400 (100%)	350 (100%)	
≤ a 5 cigarros/día	60 (3,4)	46 (3,3); 59	14 (4,0); 49,2	0,0000
Entre 6-20 cigarros/día	345 (19,7)	215 (15,4); 53	130 (37,1); 44,6	
Más de 20 cigarros/día	441(25,2)	320 (22,9); 51,4	121 (34,6); 47	
Exfumador	904 (51,7)	819 (58,5); 69,8	85 (24,3); 55,3	
Consumo de alcohol (21,6% datos)	1012 (100%)	944 (100%)	68 (100%)	
Leve	193 (19,1)	169 (17,9); 58,8	24 (35,3); 45,6	0,001
Moderado	330 (32,6)	313 (33,2); 64,1	17 (25,0); 53,4	
Grave	151(14,9)	138 (14,6); 55	13 (19,1); 50,5	
Exbebedor	338 (33,4)	324 (34,3); 69,2	14 (20,6); 68,2	
Consumo de drogas (1,5% datos)	71 (100%)	58 (100%)	13 (100%)	
Cocaína	9 (12,7)	8 (13,8); 33	1 (7,7); 20	-
H/M/C*	8 (11,3)	7 (12,1); 40	1 (7,7); 17	
Varias	14 (19,7)	12 (20,7); 39,2	2 (15,4); 48,5	
Expolitoxicomano	40 (56,3)	31 (53,4); 44,2	9 (69,2); 38,4	

El % de datos que se incluye en la columna de la izquierda se refiere al % de pacientes en los que fue posible identificar el ítem correspondiente.

*H/M/C: Hachis/marihuana/cannabis

Respecto a las comorbilidades (*Tabla 13*), se muestra que comparativamente hay más mujeres hipertensas y obesas, mientras que hay más hombres asmáticos, bronquíticos crónicos, con neoplasias y con normopeso. En estos casos, las diferencias fueron estadísticamente significativas; sin embargo, no se manifestaron distintos en cuadros metabólicos como diabetes mellitus y dislipemias.

Tabla 13: Principales comorbilidades de la población estudiada

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	P-valor
Hipertensión arterial	1059 (42,0)	1073 (49,6)	0,000
Diabetes mellitus	531 (21,1)	426 (19,7)	-
Asma	277 (11,0)	171 (7,9)	0,000
Bronquitis crónica obstructiva	272 (10,8)	22 (1,0)	0,000
Dislipemias	661 (26,2)	590 (27,3)	-
Historia de neoplasia	187 (7,4)	113 (5,2)	0,016
Índice de masa corporal			
Normopeso	2134 (84,7)	1744 (80,6)	
Obesidad	221 (8,8)	279 (12,9)	0,000
Sobrepeso	164 (6,5)	141 (6,5)	

∴ Frecuentación de hospitalización en la población del Área VIII.

Teniendo en cuenta las cifras de población total del Área Sanitaria VIII en el año 2011, la frecuentación hospitalaria (expresada en altas por cada 10.000 habitantes) y desglosada por grupos de edad, sexo y localización geográfica, ha proporcionado los siguientes valores (*Figura 9*).

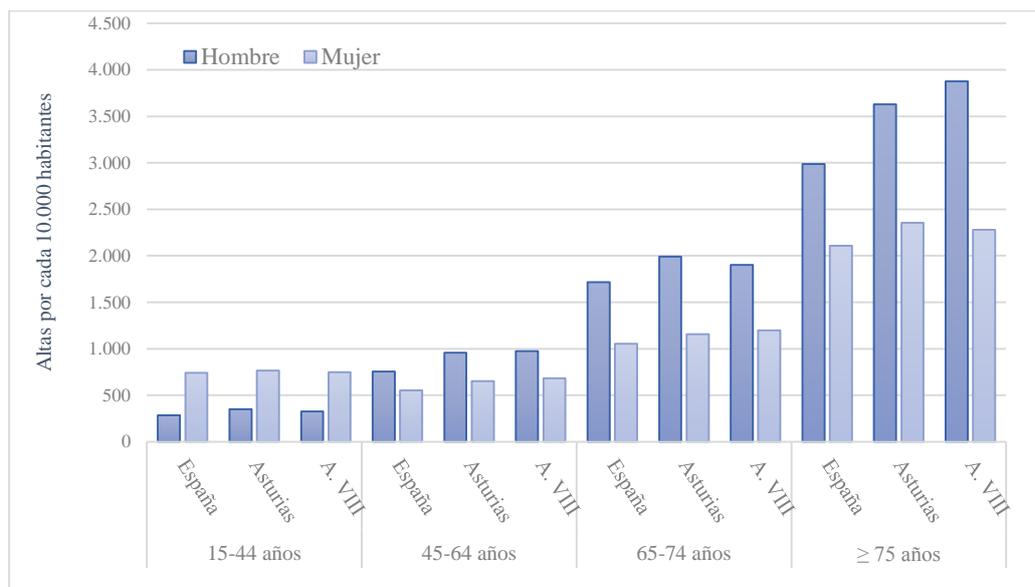


Figura 9: Frecuentación de la hospitalización en España, Asturias y el Área Sanitaria VIII

En los tres ámbitos planteados, el valor absoluto de frecuentación hospitalaria tanto para hombres como mujeres y en todos los tramos de edad fue superior en Asturias y en el Área Sanitaria VIII frente a los datos aportados a nivel nacional.

Considerando sólo los datos propios del estudio y en referencia al tipo de ingreso, se puede afirmar de manera global que el porcentaje de los catalogados como “urgentes” fue más del doble de los considerados como “programados”: 67,3%; IC95% (66,0 - 68,6%).

Al analizar el número de ingresos y estratificar por sexo y tramo de edad, se observó que el porcentaje de hombres que ingresan es siempre superior al de mujeres excepto en los pacientes mayores de 75 años, donde las mujeres superan en un 5,2% a los varones (*Figura 10*).

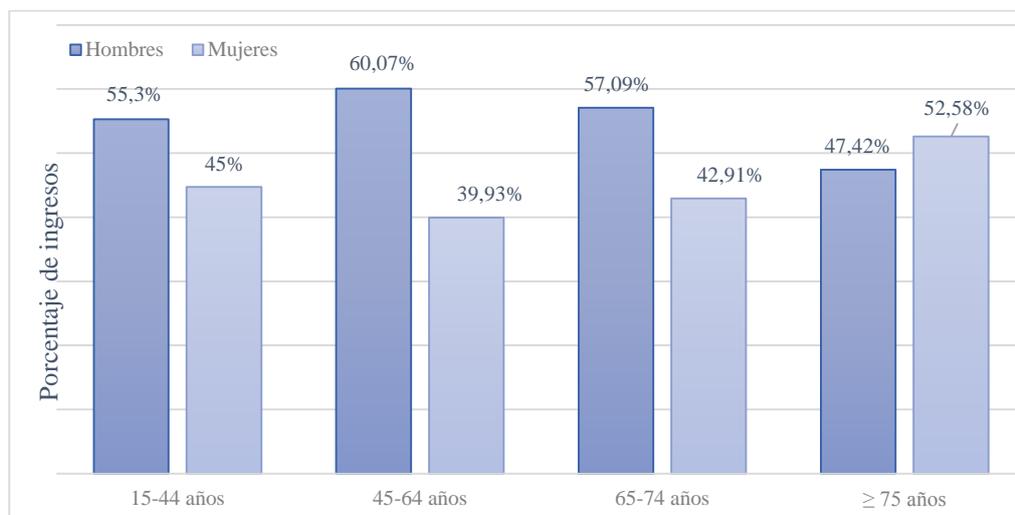


Figura 10: Porcentaje de pacientes ingresados según sexo y grupo de edad

Sin embargo, cuando se comparó la modalidad de ingreso en términos “urgente” vs “programado” considerando las mismas variables anteriores, el único tramo en el que la diferencia entre sexos es estadísticamente significativa ($p < 0,001$) se produce en el periodo comprendido entre 45-64 años de edad (Figura 11), siendo mayor entre hombres los ingresos urgentes mientras que en las mujeres es prácticamente igual ambas modalidades.

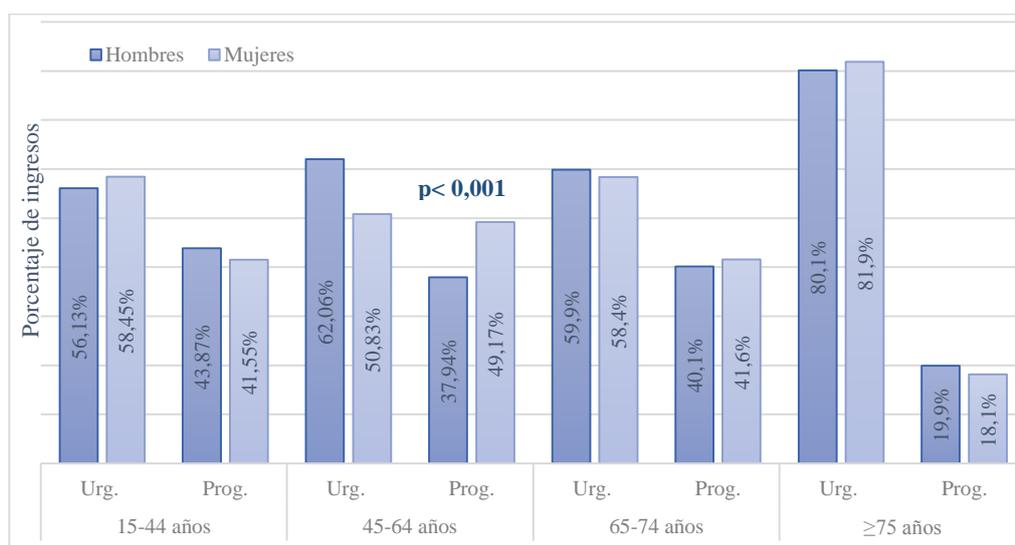


Figura 11: Modalidad de ingreso de los pacientes (Urgente “Urg” vs Programado “Prog”) según sexo y grupo de edad.

‡ **Capítulos de enfermedad y procedimientos aplicados durante la hospitalización entre los pacientes del estudio (CIE9MC)**

La tipología de los casos atendidos, clasificados a partir de los diagnósticos principales de alta y expresada en capítulos de enfermedad (*Tabla 14*) mostró una distribución diferente para hombres y mujeres que fue estadísticamente significativa ($p=0,000$) aunque sin grandes variaciones entre sexos.

La contribución de las cuatro primeras categorías justificó el 56,63% de toda la patología diagnosticada, llegando al 93,45% si se amplían hasta diez el número de capítulos.

Tabla 14: Distribución de altas por capítulo de enfermedad en la población estudiada

	Hombre n,%	Mujer n,%	Total %
7 Enfermedades del sistema circulatorio	470 18,66%	362 16,73%	17,77
9 Enfermedades del aparato digestivo	407 16,16%	340 15,71%	15,95
8 Enfermedades del aparato respiratorio	396 15,72%	275 12,71%	14,33
2 Neoplasias	242 9,61%	160 7,39%	8,58
13 Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo	186 7,38%	214 9,89%	8,54
10 Enfermedades del aparato genitourinario	176 6,99%	187 8,64%	7,75
16 Síntomas, signos y estados mal definidos	174 6,91%	152 7,02%	6,96
17 Lesiones y envenenamientos	129 5,12%	138 6,38%	5,70
5 Trastornos mentales	106 4,21%	96 4,44%	4,31
6 Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	74 2,94%	92 4,25%	3,54
V Clasificación Suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios	55 2,18%	41 1,89%	2,05
3 Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	26 1,03%	32 1,48%	1,24
12 Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	30 1,19%	22 1,02%	1,11
4 Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	21 0,83%	26 1,20%	1,00
1 Enfermedades infecciosas y parasitarias	23 0,91%	23 1,06%	0,98
14 Anomalías congénitas	4 0,16%	4 0,18%	0,17
Total	2519	2164	

Cuando se ha comparado esta distribución con la solicitada al MSSSI para obtener los datos de otras series de pacientes que cumplían los mismos requisitos de selección y que fueron ingresados en hospitales del mismo grupo (200-500 camas), tanto a nivel autonómico como nacional, se apreciaron cambios en la frecuencia de aparición de los capítulos anteriores (*Figura 12*) si bien, todos los escenarios cotejados presentaron en común que las dolencias o afecciones del sistema circulatorio son el principal problema

de salud. Las posiciones segunda y tercera están ocupadas por las patologías del aparato respiratorio y digestivo, las cuales invierten su orden en el Área VIII. Por otra parte, las neoplasias se mantienen en cuarto lugar y las enfermedades del aparato génitourinario en el sexto. En el resto de capítulos, la incidencia encontrada no tiene una estructura tan regular aunque no se apreciaron grandes variaciones entre ellas.

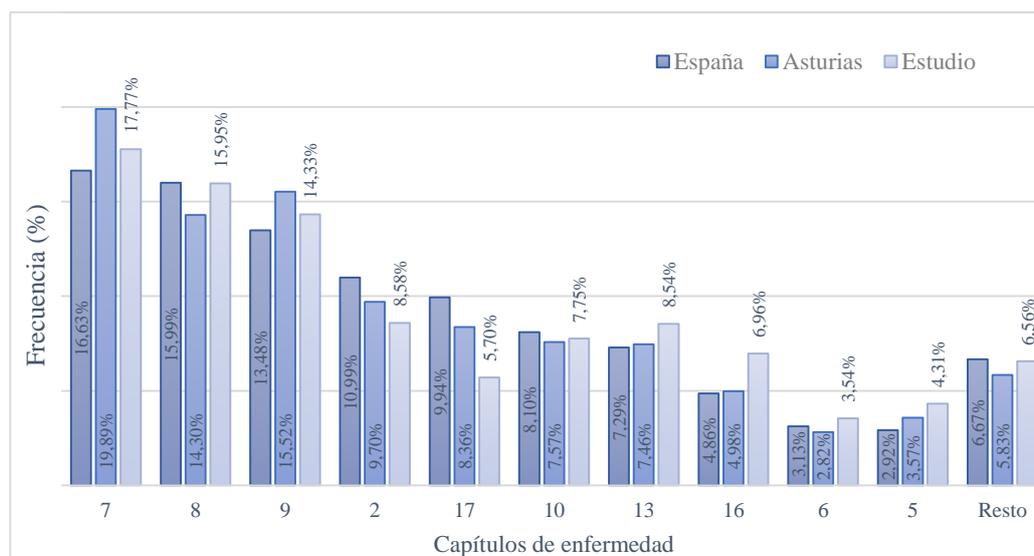


Figura 12: Distribución de altas según % capítulo de enfermedad en los tres escenarios planteados. Fuente: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es> y datos propios

Capítulos de enfermedad: (7) Enfermedades del sistema circulatorio; (9) Enfermedades del aparato digestivo; (8) Enfermedades del aparato respiratorio; (2) Neoplasias; (13) Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo; (10) Enfermedades del aparato génito-urinario; (16) Síntomas, signos y estados mal definidos; (17) Lesiones y envenenamientos; (5) Trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico; (6) Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; (V) Clasif. Suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios; (resto): todos los demás capítulos.

Al aplicar el análisis de correspondencias para estudiar la relación entre el sexo y la edad con los capítulos de enfermedad, se crearon las siguientes categorías “edad_sexo”: “H1 y M1” (hombres y mujeres entre 15-44 años); “H2 y M2” (hombres y mujeres entre 45-64 años); y así sucesivamente para “H3 y M3”; “H4 y M4”.

En la Tabla 15 se comprueba que la primera dimensión es la más importante porque ella sola explica el 62,1% de esa asociación, mientras que la segunda explica el 14,6%. Por tanto esas dos dimensiones son una buena representación de esas variables ya que aportan el 76,7 % de la variabilidad total.

Tabla 15: Análisis de correspondencias entre las variables sexo, edad y capítulo de enfermedad

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia	
					Explicada	Acumulada
1	,318	,101			,621	,621
2	,154	,024			,146	,767
3	,132	,017			,107	,874
4	,094	,009			,054	,929
5	,085	,007			,045	,973
6	,053	,003			,017	,991
7	,039	,002			,009	1,000
Total		,162	759,079	,000	1,000	1,000

Al observar la *Figura 13*, se tiene que las puntuaciones de la dimensión uno, ordenadas de menor a mayor, se corresponden con H1, M1, H2, M2, M3, H3, M4, H4, y representan por lo tanto la variabilidad en los capítulos de las enfermedades debidos a la edad.

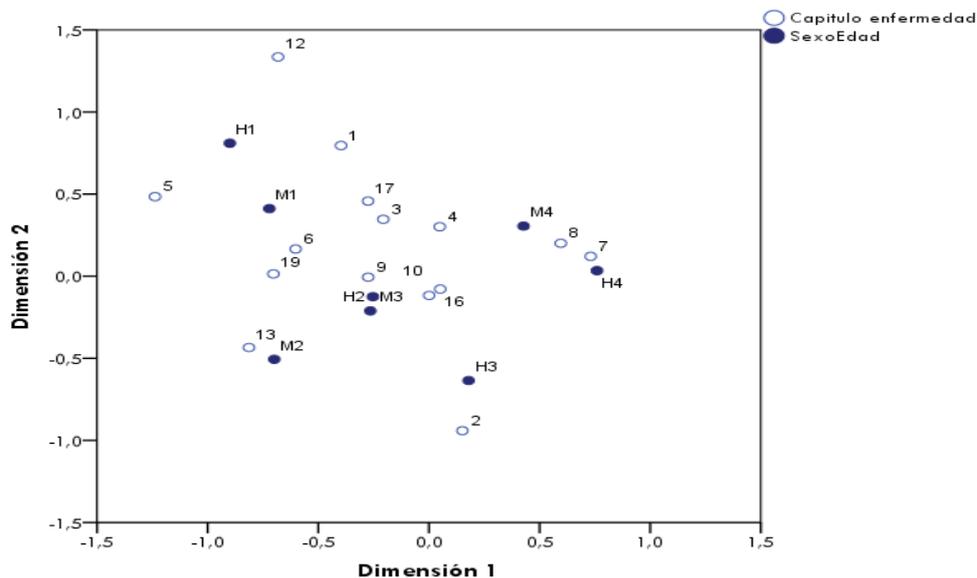


Figura 13: Asociación entre edad_ sexo y capítulo de enfermedad de los pacientes estudiados. Para su elaboración, los pacientes agrupados en la tabla 14 por capítulo de enfermedad y sexo, se han distribuido también por grupos de edad.

El segundo eje, mucho menos importante, está peor definido ya que representa variabilidad debido a la edad y al sexo. Por ejemplo separa a los grupos (H1 y M1) de (M2), al grupo (H3) de (M3) y al (H4) del (M4).

Por otra parte también se aprecia la especial asociación que hay entre algunos grupos y capítulos. Por ejemplo los más jóvenes (H1yM1) se asocian en mayor medida que el resto con los capítulos 5, 12 ,1 y 6, el (M2) con el 13, el (H3) con el 2 y las personas de más edad (M4 y H4) lo hacen con los capítulos 7 y 8.

En el año 2011 se han realizado 11.635 procedimientos diagnósticos y terapéuticos durante el tiempo de hospitalización (*Tabla 16*), de los cuales, los clasificados como “procedimientos diagnóstico y terapéuticos misceláneos” (capítulo 16) fueron, con mucha diferencia, los de mayor frecuencia en el cómputo total (71,58%). En cuanto a la comparación por sexos, los resultados fueron muy similares ya que el promedio de procedimientos aplicados fue 2,03 en el caso de los hombres frente a 2,01 en las mujeres, diferencia que no fue significativa.

Tabla 16: Procedimientos aplicados durante la hospitalización en la población a estudio

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n,	%	n,	%	n,	%
16 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos	4504	70,72%	3824	72,60%	8328	71,58%
9 Operaciones sobre el aparato digestivo	535	8,40%	416	7,90%	951	8,17%
14 Operaciones sobre el aparato músculo-esquelético	300	4,71%	336	6,40%	637	5,46%
10 Operaciones sobre el aparato urinario	299	4,69%	146	2,77%	445	3,82%
7 Operaciones sobre el aparato cardiovascular	177	2,78%	95	1,80%	272	2,34%
6 Operaciones sobre el sistema respiratorio	130	2,04%	63	1,20%	193	1,66%
0 Procedimientos e intervenciones no clasificados bajo otros conceptos	133	2,09%	52	0,99%	185	1,59%
15 Operaciones sobre el aparato tegumentario	47	0,74%	108	2,05%	155	1,33%
1 Operaciones sobre el sistema nervioso	49	0,77%	45	0,85%	94	0,81%
11 Operaciones sobre los órganos genitales masculinos	90	1,41%	0	0,00%	90	0,77%
8 Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	32	0,50%	56	1,06%	88	0,76%
5 Operaciones sobre nariz, boca y faringe	41	0,64%	31	0,59%	72	0,62%
3 Operaciones sobre el ojo	15	0,24%	31	0,59%	46	0,40%
12 Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	0	0,00%	36	0,68%	36	0,31%
2 Operaciones sobre el sistema endocrino	7	0,11%	18	0,34%	25	0,21%
3A Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos	8	0,13%	6	0,11%	14	0,12%
4 Operaciones sobre el oído	2	0,03%	2	0,04%	4	0,03%
Total	6369		5267		11635	
Promedio/alta	2,03		2,01			

En la comparación de estos resultados con otras series de pacientes ingresados en hospitales del mismo grupo a nivel autonómico y nacional obtenidos bajo los mismos criterios de selección, se observaron discrepancias para algunos capítulos, especialmente en el más frecuente (*Capítulo 16: procedimientos diagnóstico y*

terapéuticos misceláneos) cuyo porcentaje fue 56,67% para el ámbito asturiano; 65,67% para el nacional y ascendía hasta 71,58% en el HVN

Al examinar la descripción de las variables incluidas en este capítulo, se observó que los valores asignados a la categoría (“88”: *entrevista, evaluación consulta y examen*), parecían sobreexpresados en el CMBD del HVN con respecto a sus comparadores, por lo que se decidió no considerarla en ninguno de ellos a la hora de abordar similitudes o discrepancias entre los tres ámbitos planteados. Tras esta consideración, la distribución porcentual de los procedimientos aplicados se recalculó de nuevo (*Tabla 17*) y alcanzó un valor similar al conjunto nacional (63,06%).

Tabla 17: Distribución porcentual de los procedimientos aplicados en los tres ámbitos comparados.

		España	Asturias	Estudio
16	Procedimientos diagnóstico y terapéuticos misceláneos	62,21%	52,66%	63,06%
9	Operaciones sobre el aparato digestivo	8,97%	12,65%	10,62%
14	Operaciones sobre el aparato musculoesquelético	6,59%	8,67%	7,11%
10	Operaciones sobre el aparato urinario	2,84%	4,19%	4,97%
7	Operaciones sobre el aparato cardiovascular	5,68%	3,98%	3,04%
6	Operaciones sobre el sistema respiratorio	1,29%	1,73%	2,16%
0	Procedimientos e intervenciones no clasificados bajo otros conceptos	1,86%	3,11%	2,07%
15	Operaciones sobre el aparato tegumentario	1,66%	2,31%	1,73%
1	Operaciones sobre el sistema nervioso	2,95%	4,01%	1,05%
11	Operaciones sobre los órganos genitales masculinos	0,66%	1,00%	1,01%
8	Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	0,80%	0,94%	0,98%
5	Operaciones sobre nariz, boca y faringe	0,93%	1,01%	0,80%
3	Operaciones sobre el ojo	0,50%	0,33%	0,51%
12	Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	2,44%	2,76%	0,40%
2	Operaciones sobre el sistema endocrino	0,33%	0,34%	0,28%
3A	Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos	0,09%	0,13%	0,16%
4	Operaciones sobre el oído	0,19%	0,18%	0,04%

Fuente: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es> y datos propios

Al analizar la media de procedimientos por sexo y ámbito geográfico, se constató que los valores calculados para los hombres son siempre ligeramente superiores a los de las

mujeres, pero la diferencia no puede considerarse estadísticamente significativa (*Tabla 18*).

Tabla 18: Promedio de procedimientos aplicados durante la hospitalización en los tres ámbitos de comparación.

	Sexo	Todos los procedimientos	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos	Resto de procedimientos
España	Hombre	1,21	0,76	0,44
	Mujer	1,17	0,71	0,45
Asturias	Hombre	1,14	0,62	0,52
	Mujer	1,09	0,56	0,54
Estudio	Hombre	1,57	0,98	0,59
	Mujer	1,53	0,98	0,55

El análisis estadístico indica la ausencia de diferencias significativas entre los procedimientos que reciben tanto los hombres y mujeres en la población de estudio, como la población asturiana y la española. El resultado encontrado avala uno de los planteamientos señalados a la hora de construir la hipótesis de este trabajo.

⋮ Pluripatología asociada y diagnóstico principal

El estudio de los diagnósticos secundarios descritos en el perfil clínico de cada paciente e identificados mediante el código CIE9MC permitió observar una gran dispersión de dolencias adicionales a la causa de hospitalización que fue necesario reorganizar para obtener grupos homogéneos y con un número adecuado de casos. Para ello, cada uno de los códigos anteriores se agrupó en el capítulo de enfermedad correspondiente, a partir del cual se cuantificó la pluripatología asociada al motivo de ingreso de la población del estudio, cuyo resultado se estimó en $3,08 \pm 2,72$ patologías adicionales.

Para describir de manera resumida el grado de pluripatología encontrado se identificaron cuatro niveles de complejidad en base al recuento de los capítulos de enfermedad obtenidos, estableciéndose cuatro categorías: “ninguno”; “entre 1 y 2”, “entre 3 y 4”; “mayor o igual a 5”. De esta manera, se encontró que mientras el 22,4% de los pacientes carece de enfermedades concomitantes, el 51,5% presenta al menos tres patologías añadidas (54,2% los hombres y 48,5% las mujeres).

Cuando el grado de pluripatología se estratificó por sexo (*Figura 14*) se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres ($p < 0,000$) siendo el sexo masculino el que aparece con un mayor número de patologías asociadas, a excepción del grupo de personas más jóvenes.

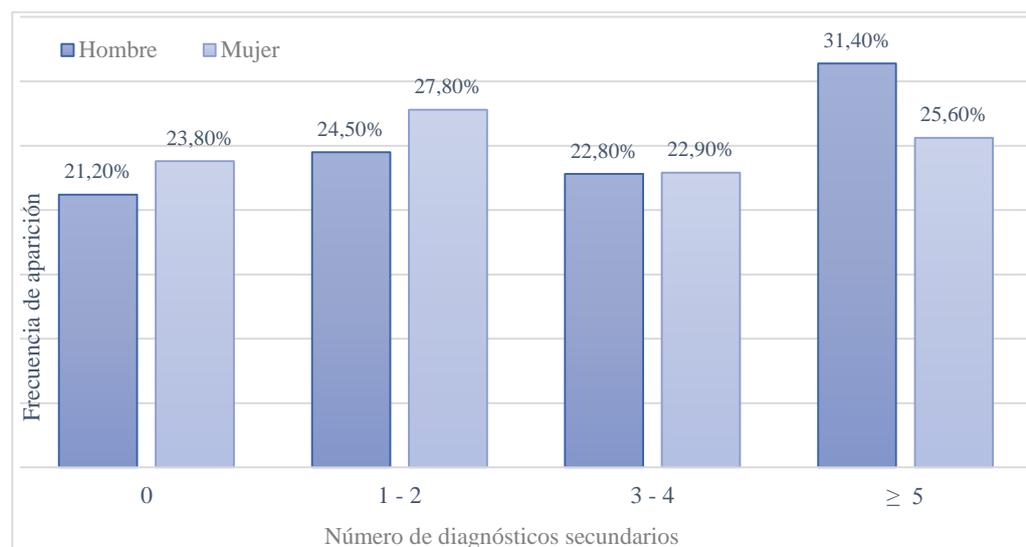


Figura 14: Pluripatología asociada en los pacientes del estudio.

De nuevo se recurrió al análisis de correspondencias para representar de manera sencilla las relaciones entre sexo y edad con el número de patologías concomitantes. En este caso la primera componente principal explica el 96,2 % y la segunda tiene una aportación muy poco relevante (3,1%) (Tabla 19)

Tabla. 19: Análisis de correspondencias entre las variables sexo, edad y pluripatología.

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia	
					Explicada	Acumulada
1	,499	,249			,962	,962
2	,089	,008			,031	,992
3	,044	,002			,008	1,000
Total		,259	1210,853	,000	1,000	1,000

Como en el caso anterior, la primera dimensión se asocia con la edad y la segunda combina los efectos de la edad y el sexo de las personas.

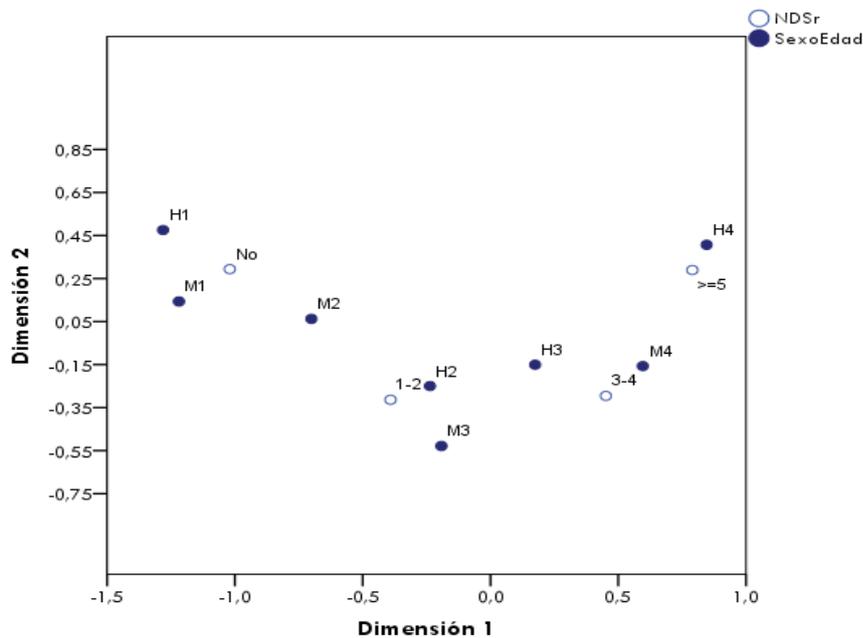


Figura 15: Relación entre patologías concomitantes, sexo y grupo de edad
 NDSr: número de diagnósticos secundarios reagrupados en cuatro categorías; "No (ninguno); "1-2"; "3-4" y " ≥ 5 "

En la *Figura 15* se observa como a medida que avanza la edad, lo hace también el número de dolencias. Sin embargo, dentro de cada grupo, especialmente entre los mayores, se aprecia un reparto desigual entre sexos que se asocia, en el caso de los hombres mayores de 75 años, con una carga de cinco o más enfermedades adicionales mientras que para las mujeres asignadas a este grupo, esta carga se aproxima entre tres y cuatro afecciones concomitantes.

Los capítulos de enfermedad resultantes de agrupar los diagnósticos secundarios presentes en cada paciente, han configurado un perfil clínico desigual entre hombres y mujeres que resultó ser estadísticamente significativo en las *“neoplasias”*; *“los trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico”*; *“enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos”*; *“enfermedades del aparato respiratorio”*; *“enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo”*; *“síntomas, signos y estados mal definidos”* y finalmente en la *“clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios”* (Tabla 20).

Todas estas manifestaciones patológicas predominan en hombres excepto las que afectan al *“sistema nervioso y órganos de los sentidos”* y *“sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo”* que se identifican en mayor medida con las mujeres.

Por el contrario, la presencia de dolencias relacionadas con las *“enfermedades infecciosas y parasitarias”*; *“alteraciones endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad”*; *“trastornos de la sangre y órganos hematopoyéticos”*; *“enfermedades del sistema circulatorio”*, *“digestivo”*; *“génitourinario”*; *“piel y tejido subcutáneo”* y finalmente las *“lesiones y envenenamientos”*, se manifestaron por igual en ambos sexos.

Tabla 20: Diagnósticos secundarios presentes en ambos sexos con diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Neoplasias				
	NO	SI	Total	P-valor
Hombre	2323 (92,6%)	187 (7,4%)	2519 (100%)	0,001
Mujer	2051 (94,8%)	113 (5,2%)	2164 (100%)	
Trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico				
Hombre	1974 (78,4%)	545 (21,6%)	2519 (100%)	0,000
Mujer	1851 (85,5%)	313 (14,5%)	2164 (100%)	
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos				
Hombre	2255 (89,5%)	264 (10,5%)	2519 (100%)	0,003
Mujer	1881 (86,9%)	283 (13,1%)	2164 (100%)	
Enfermedades del aparato respiratorio				
Hombre	1924 (76,4%)	595 (23,6%)	2519 (100%)	0,000
Mujer	1881 (86,9%)	283 (13,1%)	2164 (100%)	
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo				
Hombre	2406 (95,5%)	113 (4,5%)	2519 (100%)	0,000
Mujer	1884 (87,1%)	280 (12,9%)	2164 (100%)	
Síntomas, signos y estados mal definidos				
Hombre	2519 (85,7%)	113 (14,3%)	2519 (100%)	0,022
Mujer	1899 (87,8%)	265 (12,29%)	2164 (100%)	
Clasificación suplementaria factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios				
Hombre	1622 (64,4%)	897 (35,6%)	2519 (100%)	0,000
Mujer	1694 (78,3%)	470 (21,7%)	2164 (100%)	

La identificación y magnitud de los diagnósticos principales que dan origen al capítulo de enfermedad que motiva el ingreso hospitalario se resumen en el *Anexo I*. Las patologías descritas constituyen las de mayor prevalencia dentro de cada capítulo, siendo éstas, a excepción del capítulo 6, las que representan más del 50% de toda la casuística encontrada en el mismo.

A continuación se analiza la relación entre los diagnósticos principales más frecuentes y su concurrencia con patologías secundarias agrupadas por capítulos de enfermedad. Se observó que los hombres y las mujeres presentaron determinadas combinaciones que resultaron diferentes y estadísticamente significativas entre ambos sexos (*Tabla 21*) que se detallan en el *Anexo II*. En el resto de diagnósticos no se dispone de casos suficientes para hacer un análisis fiable.

Tabla 21: Relación entre diagnóstico principal y patologías secundarias con diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

Diagnóstico principal	DS1	DS2	DS3	DS5	DS7	DS8	DS13	DSV
427 Disritmia cardiaca				0,000	0,008			0,017
428 Insuficiencia cardiaca							0,014	
486 Neumonía						0,012	0,038	0,000
491 Bronquitis crónica				0,013				
518 Otras enfermedades pulmonares		0,013	0,011		0,021	0,008	0,005	0,000
599 Otros trastornos de la uretra y tracto urinario.	0,016	0,009	0,03					0,005
786 Síntomas que implican al aparato respiratorio y otros síntomas torácicos							0,000	0,004

DS1...DSV: Indica la presencia de una o más patologías secundarias agrupadas en su correspondiente capítulo de enfermedad. El valor numérico de las celdas es el p-valor del test chi-cuadrado de independencia

Para medir el grado de asociación entre el sexo del paciente y la frecuencia de aparición de las patologías secundarias se calculó del valor de la Odds Ratio para las mujeres vs hombres (Tabla 22).

Tabla 22: Asociación entre diagnóstico principal y patología secundaria representada por el valor de la Odds Ratio en mujeres vs hombres.

Diagnóstico principal	Patologías secundarias	OR	IC (95%)	
427	Disritmias cardiacas	Trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico	0,22	0,10 - 0,52
		Enfermedades del sistema circulatorio	2,78	1,26 - 6,13
		Clasif. Supl. de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los s.s.	0,45	0,22 - 0,90
428	Insuficiencia cardiaca	Enfermedades del sistema osteomiorticular y tejido conjuntivo	9,16	1,12 - 74,84
486	Neumonía	Enfermedades del sistema respiratorio	0,36	0,16 - 0,83
		Enfermedades del sistema osteomiorticular y tejido conjuntivo	4,25	1,03 - 17,52
		Clasif. Supl. de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los s.s.	0,20	0,07 - 0,51
518	Otras enfermedades pulmonares	Neoplasias	0,18	0,04 - 0,84
		Enfermedades endocrinas, nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad	2,08	1,14 - 3,79
		Enfermedades del sistema circulatorio	2,12	1,07 - 4,20
		Enfermedades del sistema respiratorio	0,25	0,08 - 0,74
		Enfermedades del sistema osteomiorticular y tejido conjuntivo	2,93	1,32 - 6,48
		Clasif. Supl. de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los s.s.	0,31	0,17 - 0,57
599	Otros trastornos de la uretra y tracto urinario	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,71	1,15 - 6,35
		Neoplasias	0,18	0,04 - 0,70
		Enfermedades endocrinas, nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad	2,40	1,04 - 5,56
		Clasif. Supl. de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los s.s.	0,32	0,14 - 0,72
786	Síntomas que implican al aparato respiratorio y otros síntomas torácicos	Enfermedades del sistema osteomiorticular y tejido conjuntivo	10,20	2,81 - 36,93
		Clasif. Supl. de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los s.s.	0,35	0,17 - 0,72

Conforme a los valores de OR calculados, se muestra un predominio de las patologías relacionadas con el sistema osteomioarticular, endocrino y circulatorio entre las mujeres frente a las dolencias derivadas del sistema respiratorio, neoplasias y contacto con los servicios de salud entre los hombres.

∴ **Adecuación del tratamiento farmacológico prescrito con el de consenso clínico**

Para verificar la concordancia entre el tratamiento farmacológico prescrito a los pacientes del estudio y el tratamiento de consenso clínico o de referencia asignado a cada caso en base al diagnóstico principal se excluyeron inicialmente 1091 pacientes conforme se ha detallado en el apartado de Material y Métodos y que correspondieron a los siguientes capítulos de enfermedad: “*Neoplasias*” (402 casos; 8,6% del total); “*Síntomas, signos y estados mal definidos*” (326 casos; 7% del total); “*Lesiones y envenenamientos*” (267 casos; 5,7% del total) y los adjudicados a la “*clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios*” (96 casos; 2% del total).

Además, fue necesario descartar 309 casos adicionales (*Anexo IV*) debido a los siguientes motivos: el diagnóstico principal y motivo de ingreso se asoció a un tratamiento quirúrgico para su resolución, o bien se trató de bloqueos aurículo-ventriculares que se resolvieron con la implantación de un marcapasos o simplemente, casos en los que detectó poca precisión diagnóstica lo que se tradujo en pocos individuos para poder agrupar bajo un mismo patrón de enfermedad.

Finalmente, la población de partida para efectuar la comparación entre la prescripción farmacológica real con la de referencia ascendió a 3283 casos, lo que supone el 70,13% de todos los participantes del estudio. En estos pacientes, se establecieron conjuntos de patologías que incluían diagnósticos principales similares o al menos que hacían referencia a afecciones próximas desde un punto de vista clínico y se les asignó para cada uno de ellos un tratamiento farmacológico de referencia(107–111).

Tras un primer análisis, el grado de concordancia entre las prescripciones reales de los pacientes y las planteadas como referencia para cada conjunto de patologías, mostró una coherencia total en el 95,0% de los casos (*Tabla 23*).

Tabla 23: Nivel de concordancia entre la prescripción farmacológica real y la de consenso clínico.

	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes con prescripción “ <i>no coincidente</i> ”	108	3,3
Pacientes con prescripción <i>coincidente parcialmente</i>	56	1,7
Pacientes cuya prescripción se <i>ajusta a la de referencia</i>	3119	95,0
Total	3283	100,0

Entre los 108 casos catalogados como “no coincidentes” se realizó una segunda revisión conforme a los criterios establecidos en el Material y Métodos del estudio para verificar si la actitud terapéutica llevada a cabo se consideró adecuada respecto a la terapia de referencia.

Tras este nuevo análisis, 57 casos permanecieron en la categoría de “no coincidentes” básicamente debido a la ausencia de terapia analgésica y/o antiinflamatoria directamente implicada en procesos asociados a dolor en los que el manejo del mismo se dejó a criterio del paciente mientras que los otros 51 se consideró correcta. Una vez aplicado estos criterios, el grado de concordancia entre el tratamiento prescrito en realidad y el de referencia alcanzó el 96,6% (Tabla 24)

Tabla 24: Nivel de concordancia según sexo entre la prescripción farmacológica real y la de consenso clínico tras el segundo análisis.

	Hombres n,(%)	Mujeres n,(%)	Total n,(%)
Pacientes con prescripción “no coincidente” con el tratamiento de consenso	30 (1,7%)	27 (1,8%)	57 (1,7%)
Pacientes con prescripción parcialmente coincidente con el tratamiento de consenso	28 (1,6%)	28 (1,8%)	56 (1,7%)
Pacientes con prescripción coincidente con el tratamiento de consenso	1683 (96,7%)	1487 (96,4%)	3170 (96,6%)
Total	1741 (100%)	1542 (100%)	3283 (100,0%)

Cuando se analizó la posible existencia de discrepancias entre ambos sexos respecto a la coincidencia de los tratamientos recibidos con el de referencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p=0,89$).

Por último, se estudió si el sexo del profesional que autoriza el alta hospitalaria tenía alguna influencia en la concordancia entre el tratamiento que prescribe y el asignado según el consenso clínico a la patología en cuestión que diagnostica al paciente. La *Tabla 25*, presenta los resultados encontrados y concluye con la ausencia de diferencias estadísticamente significativas para la hipótesis planteada ($p=0,582$).

Tabla. 25: Nivel de concordancia entre la prescripción farmacológica real y la de consenso clínico según el sexo del profesional

	<i>Paciente</i>	<i>Profesional</i>			Total n,(%)
		Hombres n,(%)	Mujeres n,(%)	Desconocido n,(%)	
Pacientes con prescripción <i>no coincidente</i> con el tratamiento de consenso	Hombre	12 (50,0%)	16 (51,6%)	2 (100%)	30 (52,6%)
	Mujer	12 (50,0%)	15 (48,4%)	0 (0%)	27 (47,4%)
Pacientes con prescripción <i>parcialmente coincidente</i> con el tratamiento de consenso	Hombre	17 (45,9%)	10 (55,6%)	1 (100%)	28 (50,0%)
	Mujer	20 (54,1%)	8 (44,4%)	0 (0,0%)	28 (50,0%)
Pacientes con prescripción <i>coincidente</i> con el tratamiento de consenso	Hombre	930 (52,4%)	704 (54,0%)	49 (53,3%)	1683 (53,1%)
	Mujer	845 (47,6%)	599 (46,0%)	43 (46,7%)	1487 (46,9%)
Total		1836 (100%)	1352 (100%)	95 (100%)	3283 (100%)

En base a los datos expuestos en cuanto a la adecuación del tratamiento farmacológico entre los pacientes de este estudio, no se han encontrado argumentos que muestren un sesgo de género dependiente del sexo del paciente ni del profesional que indica la terapia, lo que refuerza uno de los planteamientos que se realizaron al abordar la hipótesis de este trabajo.

⋮ Tratamiento farmacológico al alta

Entre las opciones terapéuticas asociadas al alta hospitalaria, tan sólo en el 6% de los casos analizados el tratamiento no estuvo asociado con la prescripción de medicamentos. En el lado opuesto, 4401 pacientes (94%) iniciaron, modificaron o mantuvieron la terapia farmacológica que tenían antes del ingreso, siendo tres el número más frecuente de medicamentos recibidos (*Figura 16*).

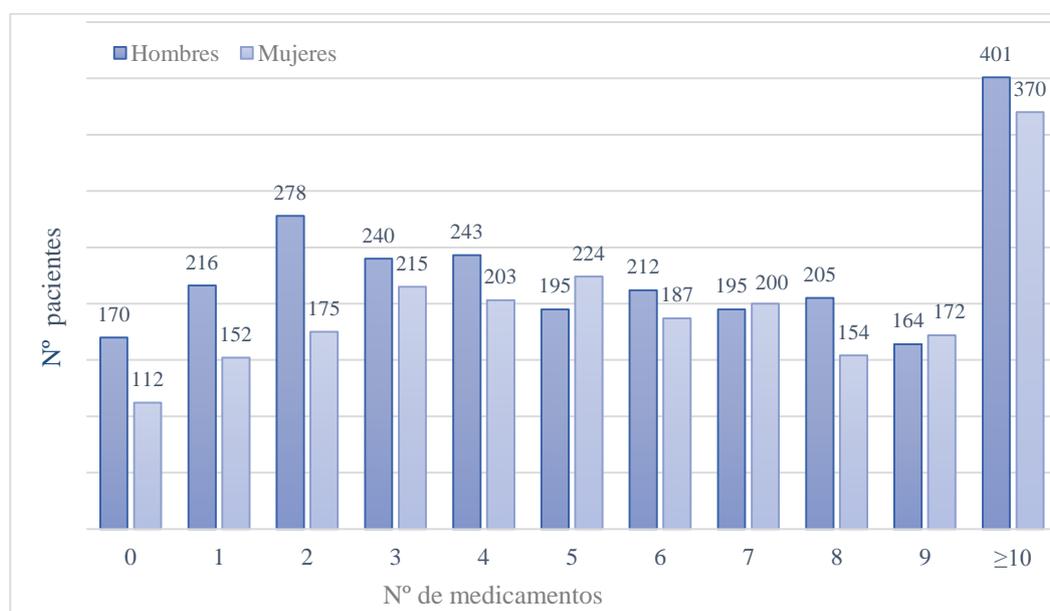


Figura 16: Número de medicamentos recibidos tras el alta hospitalaria según el sexo del paciente

A la hora de cuantificar el número de fármacos prescritos tras el alta hospitalaria se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos (U Mann–Whitney= 2556684,0; P= 0,0001) resultando, en el caso de los hombres una mediana de 5 fármacos frente a 6 en el caso de las mujeres (*Figura 17*).

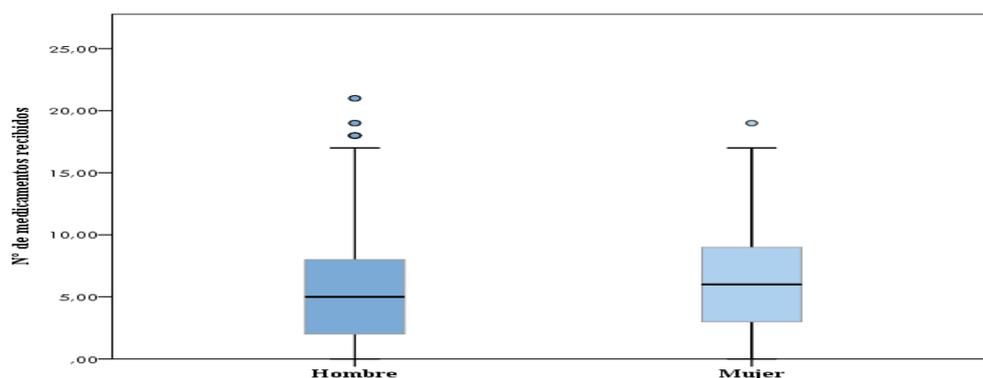


Figura 17: Distribución según sexo del número de medicamentos recibidos tras el alta hospitalaria

El resultado fue idéntico cuando se estratificó por grupos de edad y sexo. No obstante, puede afirmarse que si bien las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, en la práctica, este valor es clínicamente irrelevante (*Tabla 26*).

Tabla 26: Media de medicamentos prescritos tras el alta hospitalaria por sexos y grupos de edad.

Grupos	Sexo	n	Media (medicamentos)	DE (medicamentos)
15-44 años	Hombre	351	2,06	1,89
	Mujer	284	2,16	2,19
45-64 años	Hombre	817	4,34	3,14
	Mujer	543	4,32	3,07
65-74 años	Hombre	451	5,66	3,37
	Mujer	339	6,22	3,39
≥ 75 años	Hombre	900	7,93	3,66
	Mujer	998	7,69	3,25
Total	Hombre	2519	5,54	3,83
	Mujer	2164	5,89	3,69

En base al sistema de codificación estandarizado para los medicamentos (Clasificación ATC) y atendiendo sólo al primer nivel (grupo anatómico), se ha hecho un primer análisis del conjunto de medicamentos recibidos en un intento de dibujar los grandes rasgos epidemiológicos de los pacientes incluidos en este estudio (*Figura 18*).

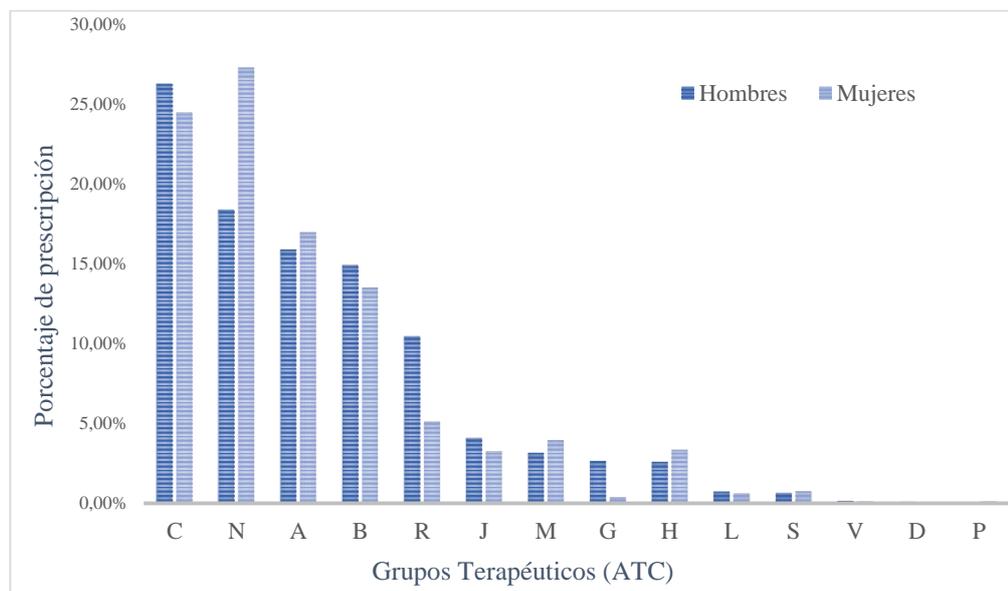


Figura 18: Prescripción de medicamentos según grupo terapéutico y sexo

C: Sistema cardiovascular; N: Sistema nervioso; A: Tracto alimentario y metabolismo; B: Sangre y órganos hematopoyéticos; R: Sistema respiratorio; J: Antiinfecciosos para uso sistémico; M: Sistema musculoesquelético; G: Sistema genitourinario y hormonas sexuales H: Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales; L: Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores; S: Organos de los sentidos; V: Varios; D: Dermatológicos; P: Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes

En términos porcentuales, los grupos “C”, “N”, “A” y “B” fueron las principales categorías que incluyeron las moléculas relacionadas con el sistema cardiovascular (25,48%), sistema nervioso (22,55%), aparato digestivo y metabolismo (16,44%) y sangre y órganos formadores de sangre (14,26%) respectivamente. Los demás grupos anatómicos contribuyeron con el 20,99% restante y se descartaron las categorías “D”, “P” y “V” por su escasa representatividad en el cómputo global (tan sólo hubo 74 medicamentos; 0,28% del total de fármacos).

A su vez, cada una de estas categorías aglutinó a diferentes subgrupos terapéuticos entre los que se identificó y cuantificó para cada sexo, el número de medicamentos recibidos, observándose grandes variaciones en ellos (*Anexo V*).

A continuación se describe para cada grupo terapéutico los hallazgos encontrados que resultaron más relevantes entre los pacientes del estudio:

Grupo A: Aparato digestivo y metabolismo

Tan sólo en el grupo de pacientes mayores de 75 años y más, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($P=0,008$) entre hombres y mujeres en cuanto al número de fármacos que reciben de este grupo distribuidos en el siguiente orden: “ninguno”, “uno”, “dos o más” (Figura 19).

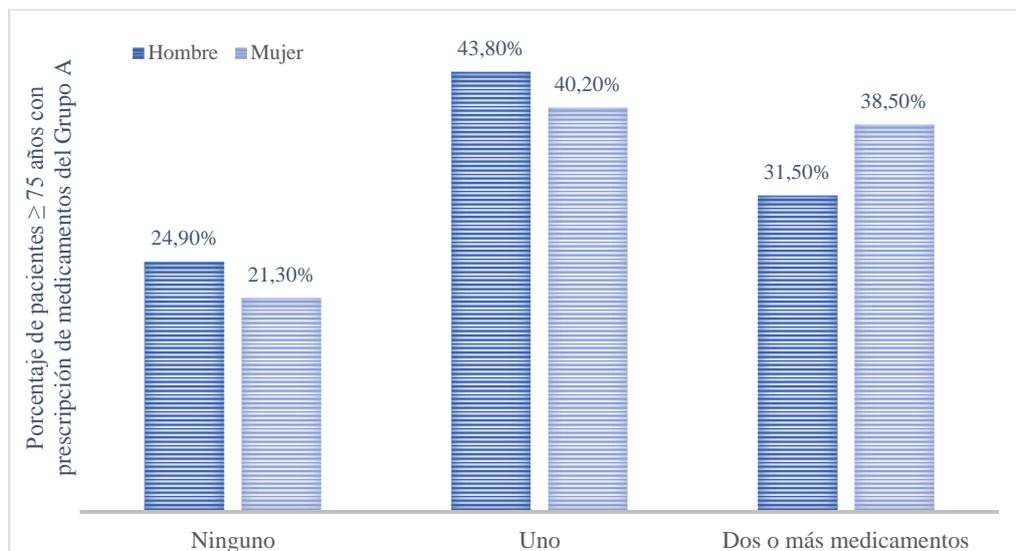


Figura 19: Representación gráfica del % de pacientes ≥ 75 años que reciben ninguno, uno, dos o más medicamentos del grupo A

Como se indica en la figura 19, las mujeres tienden a utilizar dos o más medicamentos del grupo A (38,50%) en mayor proporción que los hombres (31,5%).

Entre los principales subgrupos terapéuticos dentro de esta categoría, el patrón de utilización de antiácidos (A02), laxantes (A06) y antidiabéticos (A10) se mantiene de manera similar entre hombres y mujeres para cada tramo de edad mientras que el manejo de los suplementos minerales (A12) tiene un marcado predominio entre el sexo femenino, especialmente a partir de los 45 años, edad a partir de la cual se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto a los hombres [OR=2,82; IC 95%(2,14-3,70)] (Figura 20)

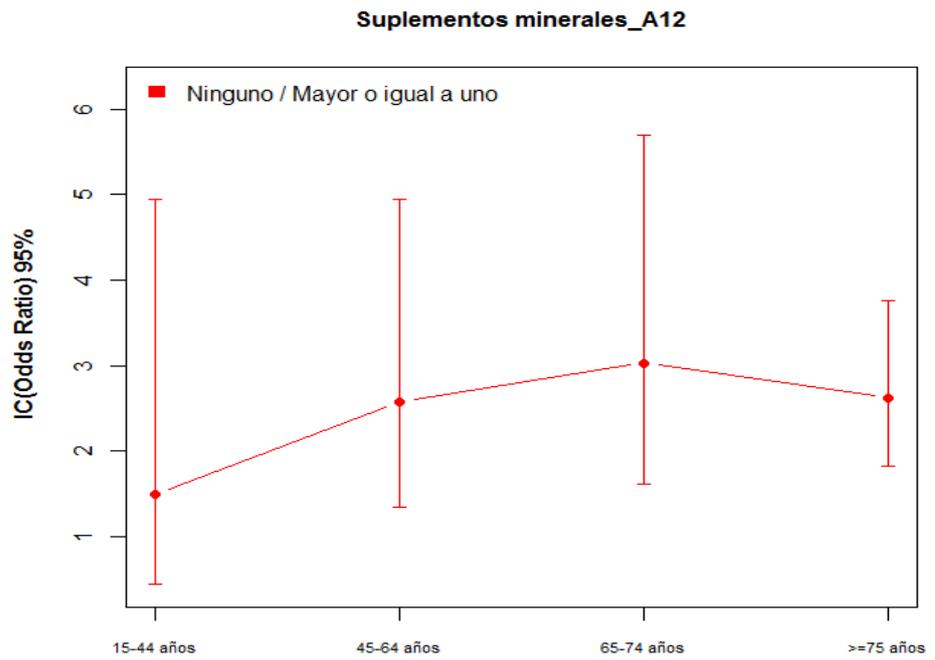


Figura 20: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de suplementos minerales

Grupo B: Sangre y órganos hematopoyéticos

En los pacientes con edad comprendida entre 45-64 y 65-74 años se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación al número de medicamentos prescritos del grupo B ($p=0,000$), estableciéndose los tres niveles antedichos (Figura 21)

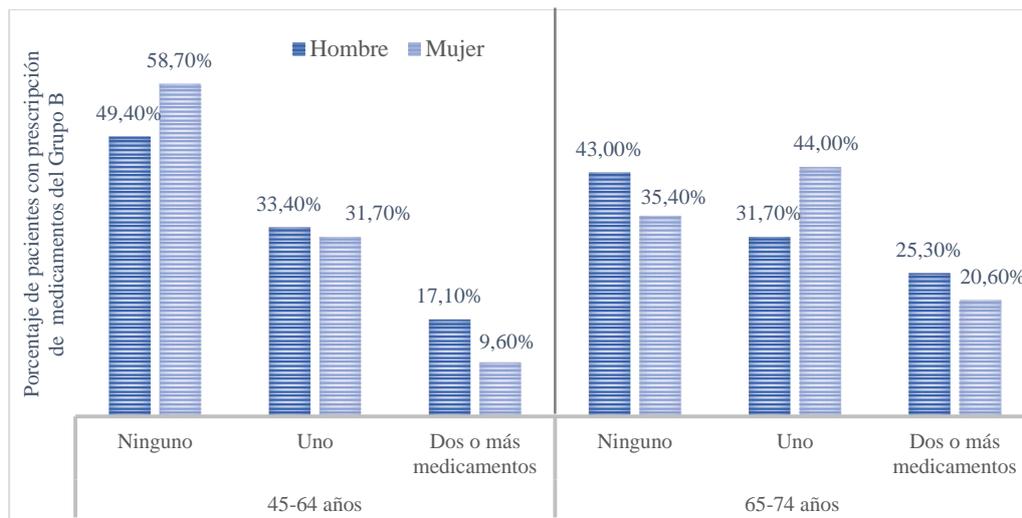


Figura 21: Representación gráfica del % de pacientes entre 45-74 años que reciben ninguno, uno, dos y tres o más medicamentos del grupo B

Entre los pacientes con edad comprendida entre 45-64 años las mujeres están más libres de terapias que incluyan un fármaco del grupo B. Por el contrario, en el grupo 65-74 años, no se ha encontrado una estructura definida de utilización según sexo.

Si tenemos en cuenta la asociación de dos o más moléculas de este grupo, son los hombres, en ambos intervalos de edad, los que tienen mayor riesgo de utilización [OR_{45-64años}=0,59; IC95% (0,40-0,85)] y [OR_{65-74años}=0,58; IC95% (0,40-0,85)]

Los antitrombóticos (B01) se consolidaron como el principal subgrupo terapéutico dentro de esta categoría (>83,8% de todos los representantes del grupo B), afectando al 56,9% de todos los pacientes del estudio. El patrón de utilización de estos se asocia mayoritariamente con el sexo masculino pero sólo llega a ser estadísticamente significativo en el grupo de 45-64 años en donde el riesgo es superior al femenino [OR_{45-64años}=0,75; IC95% (0,60-0,94)]. También la asociación entre dos o más antitrombóticos se relacionó preferentemente con el sexo masculino y fue

estadísticamente significativa en los grupos de edad intermedia: [OR_{45-64años}=0,45; IC95%(0,28-0,71)] y [OR_{65-74años}=0,48; IC95%(0,32-0,72)] (Figura 22).

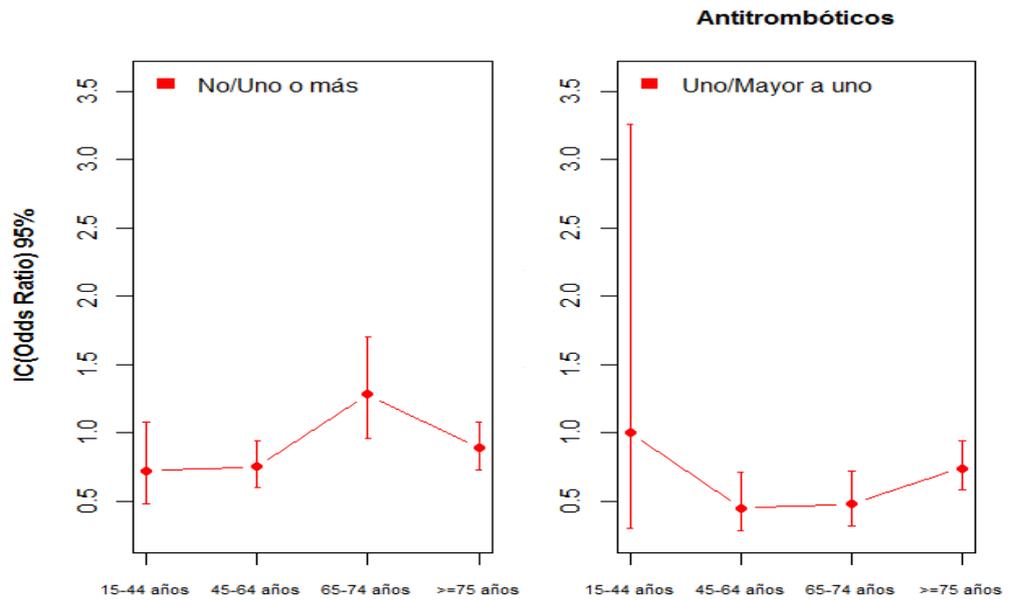


Figura 22: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de antitrombóticos

Grupo C: Aparato cardiovascular

La terapia farmacológica dirigida al tratamiento de las patologías cardiovasculares mostró un comportamiento desigual entre sexos siendo estadísticamente significativo en los grupos de edad “45-64 años” y “mayores de 75 años o más” ($p=0,000$) en referencia al número de medicamentos recibidos (*Figura 23*).

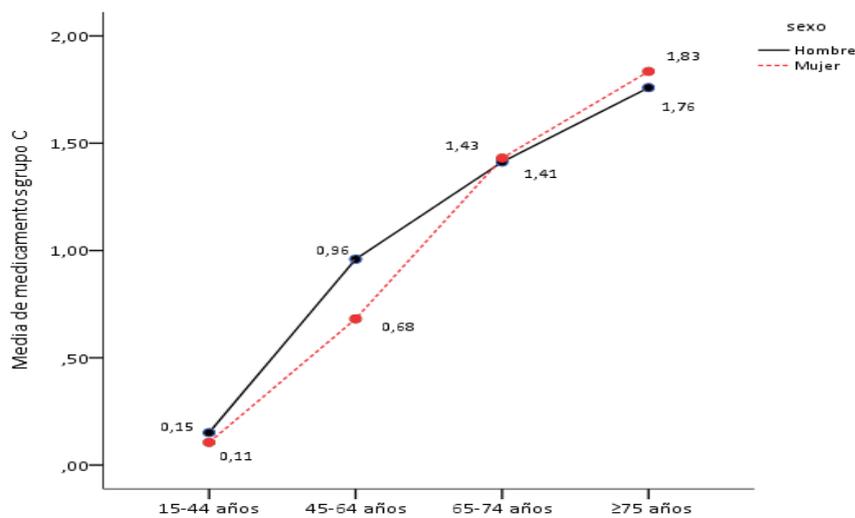


Figura 23: Evolución del nº de medicamentos del grupo C según sexo y grupo de edad

El análisis pormenorizado de los subgrupos terapéuticos más representativos de esta categoría mostró diferencias estadísticamente significativas entre sexos y para determinados grupos de edad, no existiendo un comportamiento común a todos ellos.

La prescripción de fármacos pertenecientes al grupo terapéutico “C01” (terapia cardiaca) fue mayoritaria entre los hombres entre 45-64 años y a partir de 75 años frente a mujeres: [$OR_{45-64 \text{ años}}=0,496$; IC95% (0,33-0,73)] y [$OR_{\geq 75 \text{ años}}=0,734$; IC95% (0,60-0,88)].

El empleo de diuréticos “C03” difirió entre hombres y mujeres a partir de los 65 años, siendo en este caso el sexo femenino en el que se apreció una mayor prevalencia [$OR_{65-74 \text{ años}}=1,93$; IC95% (1,34-2,78)] y [$OR_{\geq 75 \text{ años}}=1,36$; IC95% (1,13-1,64)].

Los Beta-bloqueantes “C07” sólo mostraron un comportamiento distinto y estadísticamente significativo entre sexos para los pacientes con edad comprendida entre los 45-64 años. En este caso, se pudo demostrar una frecuencia mayor entre los varones [$OR_{45-64 \text{ años}}=0,63$; IC 95% (0,46-0,87)].

Los bloqueantes de los canales de calcio “C08” no mostraron diferencias entre sexos y grupos de edad, o al menos, fue irrelevante desde un punto de vista clínico. Tampoco lo hicieron los bloqueantes del sistema renina-angiotensina “C09” aunque se encontró una posición desfavorable para los varones entre 45-64 años que no llegó a ser significativa [OR_{45-64 años}:=0,75; IC 95% (0,57-0,98)].

Por último, del análisis de los fármacos modificadores de los lípidos “C10” se observó una mayor frecuencia de asociación entre estos y los hombres entre 45-64 años [OR_{45-64 años}:= 0,63; IC 95% (0,46-0,80)].

Grupo N: Sistema Nervioso

A excepción de los pacientes más jóvenes (entre 15-44 años), el resto presentó diferencias estadísticamente significativas entre sexos a la hora de cuantificar el número de medicamentos relacionados con la terapia del sistema nervioso ($p=0,000$). Pudo comprobarse que a medida que avanzaba la edad, la media de fármacos también incrementaba, siendo siempre este valor superior en las mujeres vs hombres en cada tramo de edad. (Figura 24 y Tabla 27).

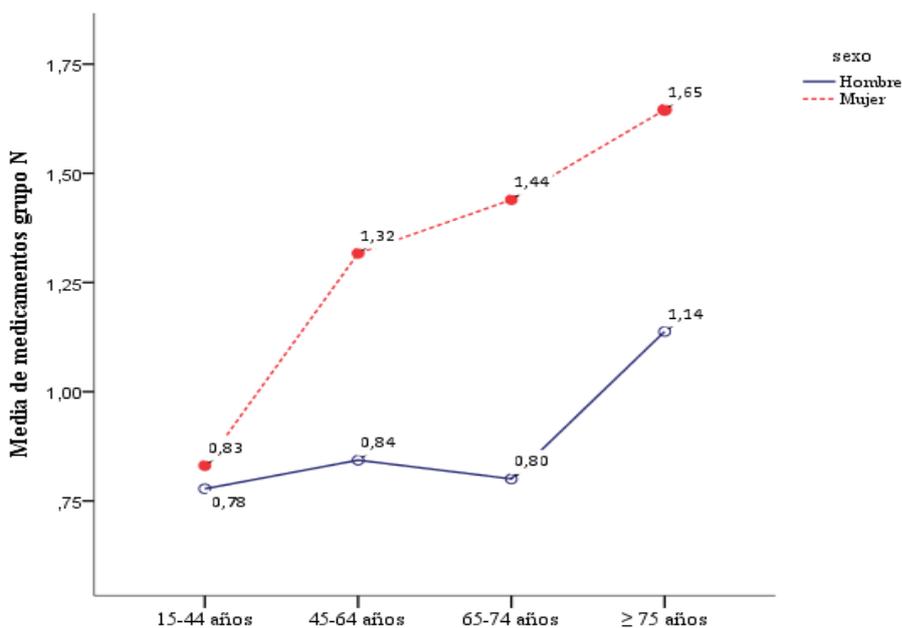


Figura 24: Evolución del nº de medicamentos del grupo N según sexo y grupo de edad

Tabla. 27: Diferencias entre hombres y mujeres en el número de medicamentos del grupo N que reciben según grupo de edad

Grupos	Sexo	Número (n)	Media (medicamentos)	DE (desviación estándar)	P valor
15-44 años	Hombre	351	0,77	0,99	0,822
	Mujer	284	0,83	0,99	
45-64 años	Hombre	817	0,84	1,03	0,001
	Mujer	543	1,31	1,14	
65-74 años	Hombre	451	0,80	0,99	0,001
	Mujer	339	1,44	1,14	
≥ 75 años	Hombre	900	1,13	1,07	0,001
	Mujer	998	1,64	1,14	

Entre los subgrupos terapéuticos más representativos para el alivio de las dolencias que afectan al sistema nervioso, a excepción de los antiepilépticos cuyo comportamiento no difiere entre sexos, en los analgésicos, psicolépticos y psicoanalépticos se observó una asociación mayoritaria con el sexo femenino (*Figura 25*): [OR_{ANALGÉSICOS}: 1,55; IC 95% (1,36-1,76)]; [OR_{PSICOLEPTICOS}: 2,03; IC 95% (1,80-2,29)]; [OR_{PSICOANALEPTICOS}: 2,44; IC 95% (2,12-2,80)].

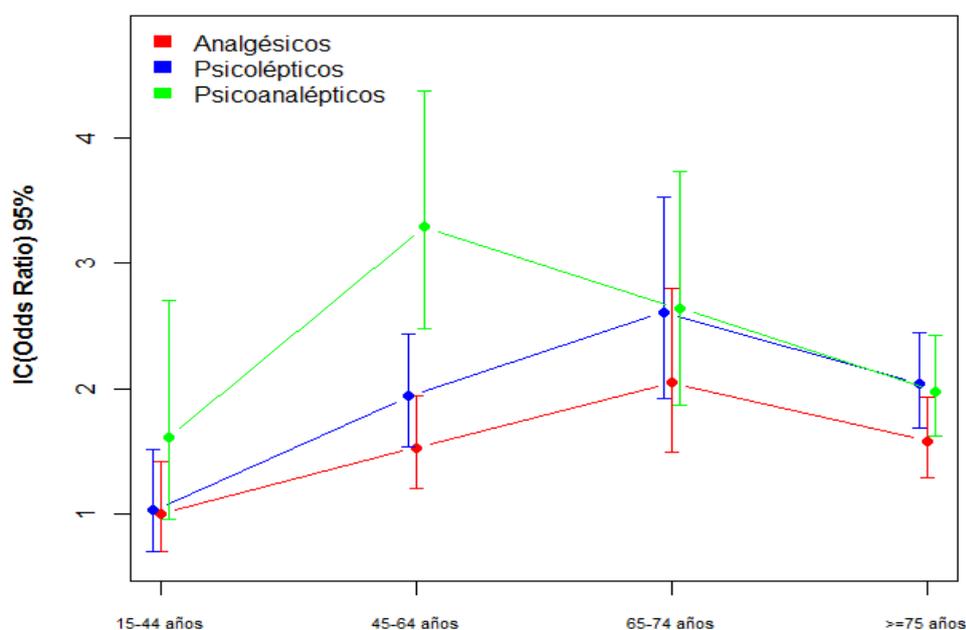


Figura 25: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de analgésicos, psicolépticos y psicoanalépticos.

Grupo R: Aparato Respiratorio

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres a partir de los 65 años ($p=0,001$) en cuanto al número de medicamentos que fueron prescritos para el tratamiento de las patologías que afectan al aparato respiratorio.

Al igual que ocurría con los fármacos del grupo N, pudo verificarse que el número de estos aumentaba conforme avanzaba la edad de los pacientes pero, en este caso, el sexo masculino presentaba un claro predominio especialmente a partir de los 65 años (*Figura 26 y Tabla 28*).

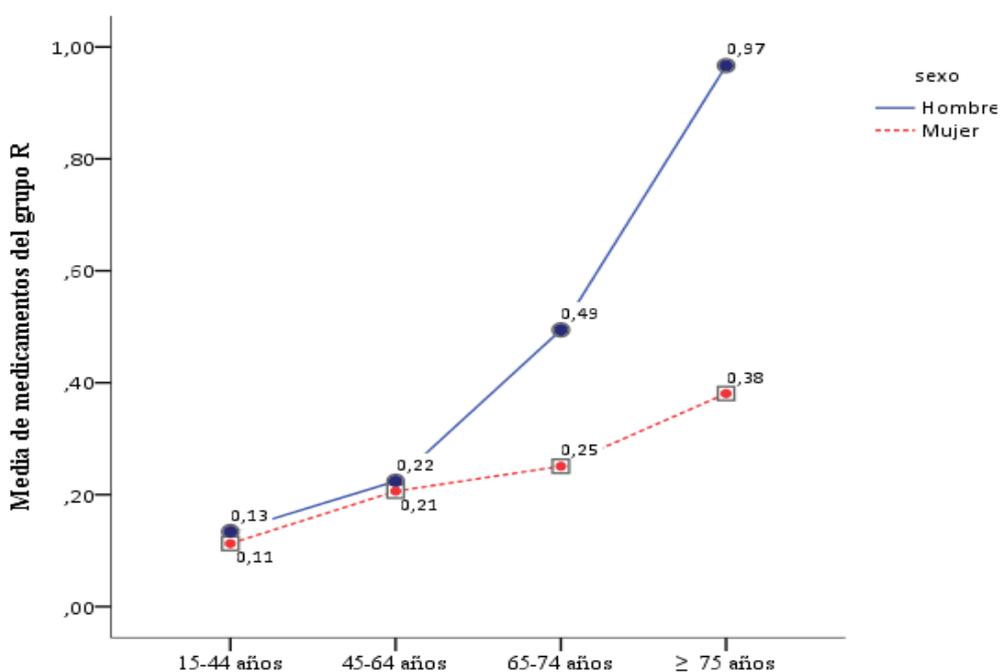


Figura 26: Evolución del nº de medicamentos del grupo R según sexo y grupo de edad

Tabla 28: Diferencias entre hombres y mujeres en el número de medicamentos del grupo R que reciben según grupo de edad

Grupos	Sexo	Número (n)	Media (medicamentos)	DE (Desviación estándar)	P(valor)
15-44 años	Hombre	351	0,13	0,51	0,889
	Mujer	284	0,11	0,47	
45-64 años	Hombre	817	0,22	0,70	,261
	Mujer	543	0,20	0,65	
65-74 años	Hombre	451	0,49	1,01	0,001
	Mujer	339	0,25	0,70	
≥ 75 años	Hombre	900	0,96	1,25	0,000
	Mujer	998	0,38	0,86	

El principal subgrupo terapéutico dentro de esta categoría (más del 80% de las prescripciones) fue el “R03” que representa a aquellos agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (*Figura 27*).

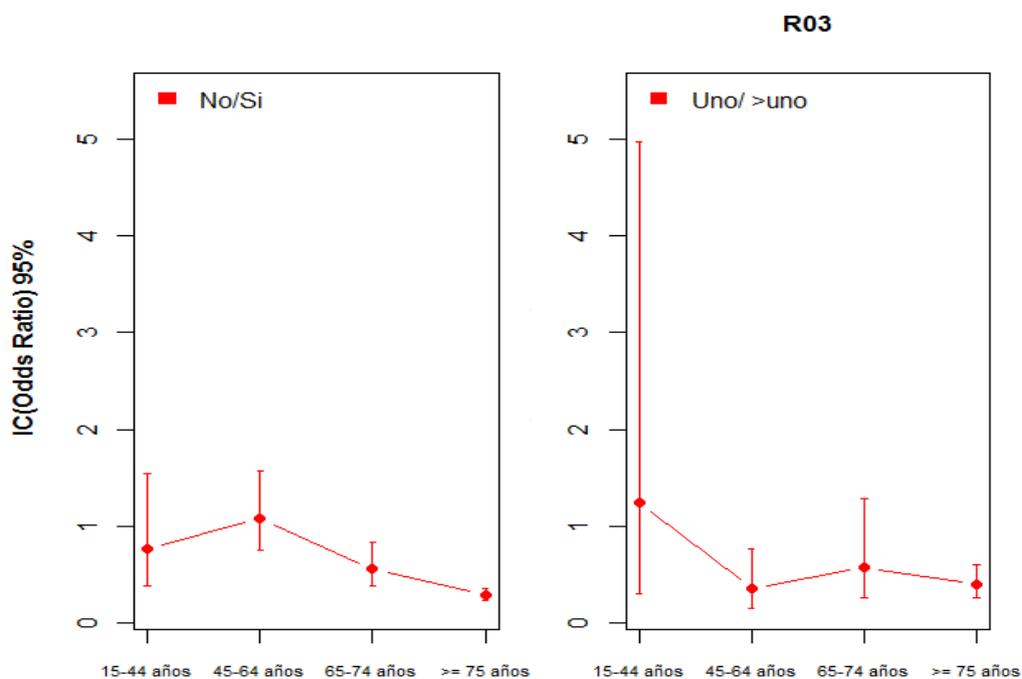


Figura 27: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de agentes contra padecimientos obstructivos de las vías aéreas (R03)

Pudo comprobarse que la frecuencia de utilización de estos fármacos se asociaba más con el sexo masculino y en edades superiores a 65 años [OR_{65-74 años}=0,56; IC 95% (0,38-0,84)]; [OR_{≥75 años}=0,29; IC 95% (0,23-0,36)].

Cuando se analizó la presencia de un solo fármaco frente a dos o más, también el escenario es desfavorable para los varones [OR_{45-64 años}= 0,36; IC 95% (0,16-0,77)]; [OR_{≥75 años}= 0,40; IC 95% (0,26-0,61)].

Grupo G: Terapia genitourinaria y hormonas sexuales

La prescripción de medicamentos involucrados en la terapia del aparato genitourinario y hormonas sexuales presentó diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y mujeres con edad igual o superior a 65 años ($p=0,000$). En este caso, los preparados urológicos “G04” representan el principal subgrupo terapéutico (aglutinan a más del 94% de todas las prescripciones dentro de este grupo) y se asocian con una mayor frecuencia de utilización entre los hombres [OR_{65-74 años}= 0,15; IC 95% (0,07-0,32)] y [OR_{≥75 años}= 0,05; IC 95% (0,03-0,09)] (Figura 28)

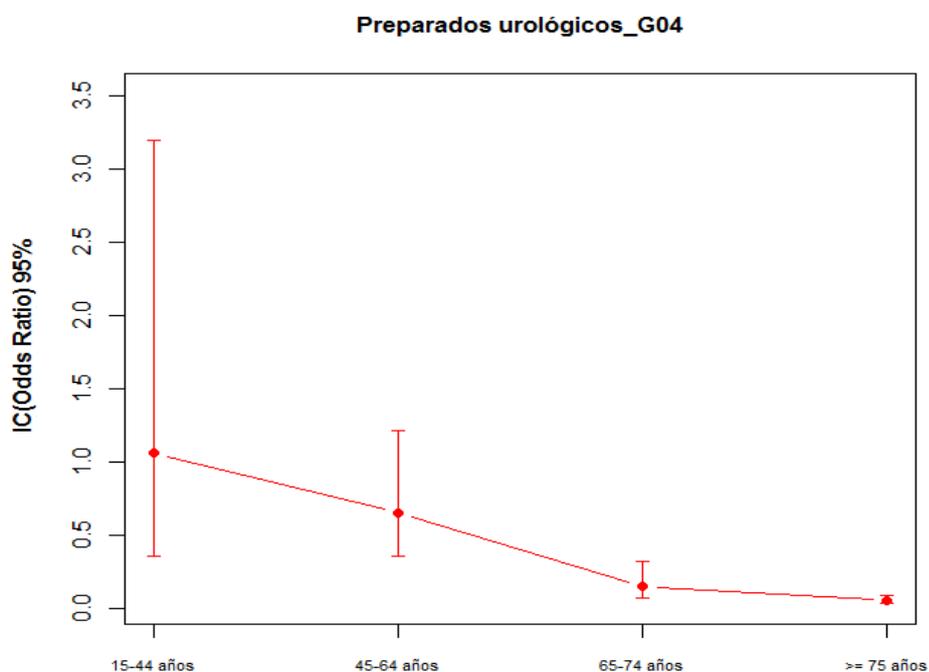


Figura 28: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupo de edad, en la utilización de preparados urológicos (G04).

Grupo H: Terapia hormonal sistémica, excluyendo hormonas sexuales

La utilización de uno o más preparados hormonales entre los pacientes estudiados encontró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los dos grupos de pacientes con edad intermedia: “45-64 años” ($p=0,000$) y “65-74 años” ($p=0,002$).

El estudio de los principales subgrupos terapéuticos que lo configuran proporcionó datos sobre los corticoides de acción sistémica “H02”, cuya utilización era diferente entre sexos y estadísticamente significativa a partir de los 75 años, donde se asociaban en mayor grado con el sexo masculino [$OR_{\geq 75\text{años}}=0,57$; IC 95% (0,44-0,72)].

Por el contrario, el análisis de la terapia tiroidea “H03” concluyó que las diferencias entre sexos se producían a partir de los 45 años y que la asociación era más frecuente y estadísticamente significativa entre el sexo femenino [$OR_{45-64\text{ años}}= 6,94$; IC 95% (3,56-13,51)]; [$OR_{65-74\text{ años}}= 10,06$; IC 95% (3,49-28,97)] y [$OR_{\geq 75\text{ años}}= 5,27$; IC 95% (3,11-8,92)] (Figura 29)

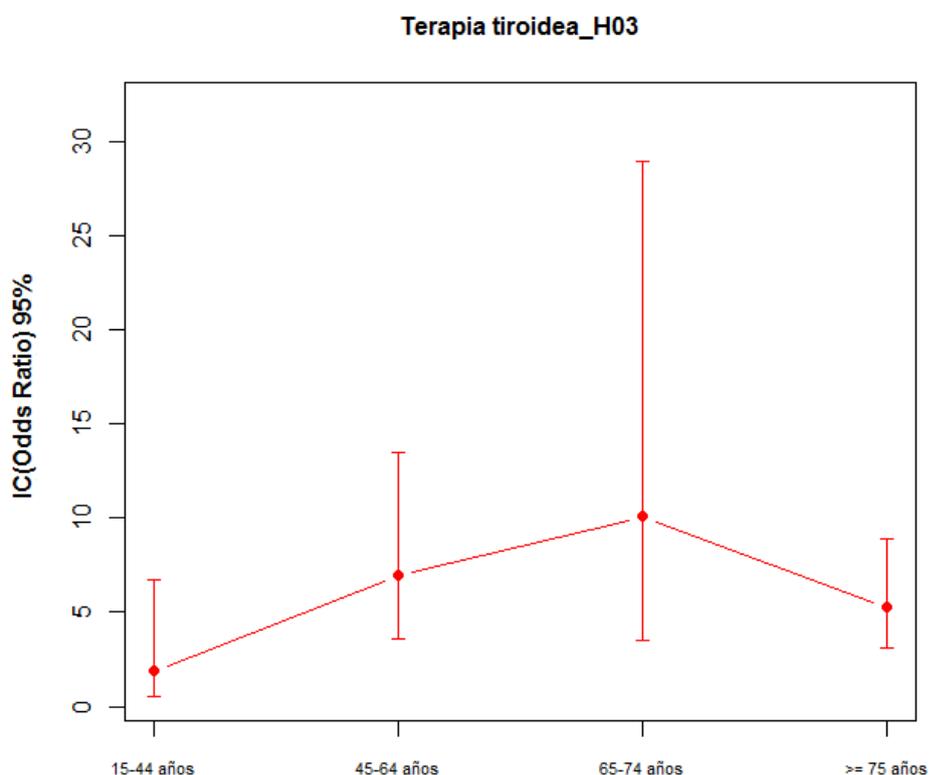


Figura 29: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de terapia tiroidea.

Grupo J: Terapia infecciosa, uso sistémico

La diferencia encontrada en cuanto al empleo de agentes antiinfecciosos de uso sistémico resultó ser estadísticamente significativa entre ambos sexos, en los dos últimos grupos de edad ($p=0,016$ y $p=0,011$ respectivamente) con un riesgo de utilización mayor entre el sector masculino, especialmente a partir de los 75 años [$OR_{\geq 75}$: 0,76; IC 95% (0,615-0,938)].

Grupo L: Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores

La contribución de los 162 fármacos incluidos en este grupo terapéutico proporcionó diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres mayores de 75 años ($p=0,002$). En este tramo de edad, es la “terapia endocrina” (subgrupo L02) que aglutina a los antagonistas hormonales y agentes relacionados indicados en ciertos tumores hormono dependientes la que se asocia con un riesgo mayor entre los varones [$OR_{\geq 75}$: 0,466; IC 95% 0,285-0,764)].

Grupo M: Aparato locomotor

El empleo de fármacos que actúan sobre el sistema musculoesquelético afectó principalmente al sexo femenino con un claro predominio sobre el masculino en todos los tramos de edad si bien, en conjunto, las diferencias se muestran estadísticamente significativas entre los grupos de 45-64 años ($p=0,007$) y en mayores o iguales a 75 años ($p=0,000$).

Los tres grandes subgrupos terapéuticos más representativos dentro de este apartado son los antiinflamatorios (M01), los antigotosos (M04) y los fármacos para el tratamiento de las enfermedades óseas (M05) con patrones de distribución y riesgo diferente entre hombres y mujeres.

La prescripción de antiinflamatorios fue más frecuente entre las mujeres para cada uno de los grupos de edad, según se aprecia en la *Figura 30*: [$OR_{15-44 \text{ años}}= 1,65$; IC 95% (0,99-2,74)]; [$OR_{45-64 \text{ años}}= 1,50$; IC 95% (1,07-2,09)]; [$OR_{65-74 \text{ años}}= 1,51$; IC 95% (1,00-2,28)] y [$OR_{\geq 75 \text{ años}}= 1,50$; IC 95% (1,07-2,10)]. Puede afirmarse que la utilización de dichos medicamentos entre el colectivo femenino es 1,43 veces superior al masculino.

No obstante la diferencia encontrada entre sexos fue estadísticamente significativa sólo entre los 45-64 años ($p=0,011$) y en el grupo de 75 años o más ($p=0,01$)

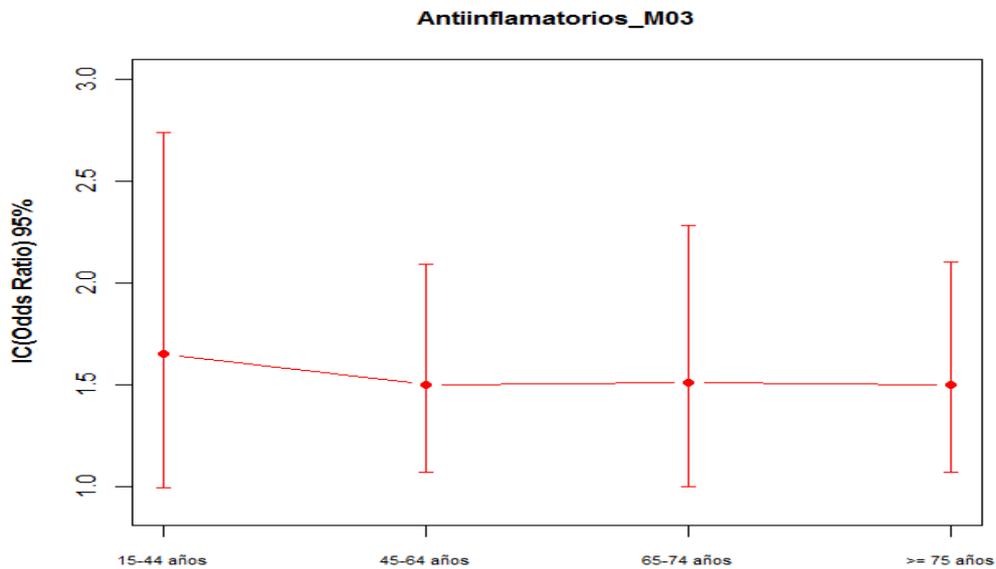


Figura 30: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de antiinflamatorios (M03)

A excepción de los más jóvenes, se encontraron diferencias significativas para la utilización de antigotosos a partir de los 45 años, la cual estuvo asociada mayoritariamente al sexo masculino (Figura 31): [$OR_{45-64 \text{ años}} = 0,37$; IC 95% (0,18-0,75)]; [$OR_{65-74 \text{ años}} = 0,18$; IC 95% (0,08-0,41)] y [$OR_{\geq 75 \text{ años}} = 0,38$; IC 95% (0,25-0,57)].

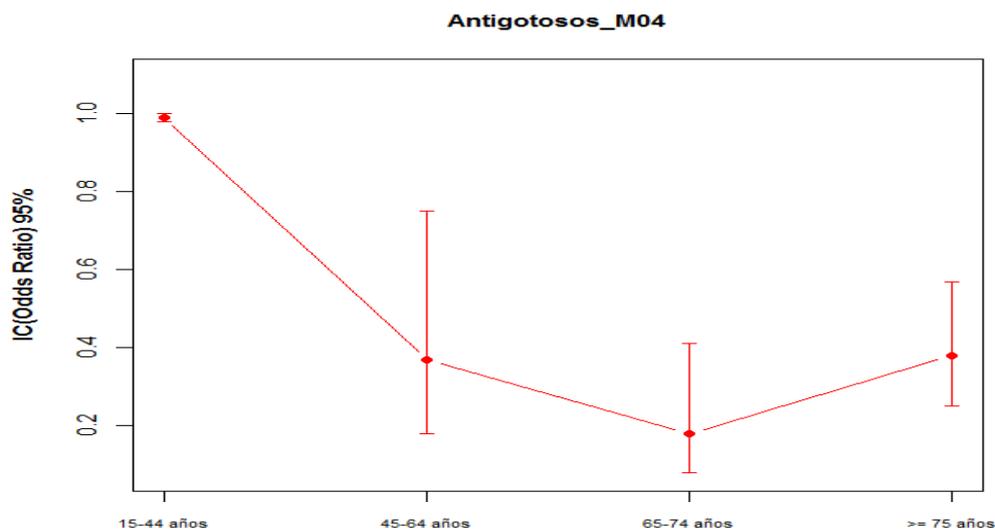


Figura 31: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de antigotosos (M04)

De forma contraria a los antigotosos, a partir de los 45 años las mujeres reciben más medicamentos para el tratamiento de las enfermedades óseas (M05) siendo la diferencia encontrada estadísticamente significativa ($p=0,000$). El riesgo asociado al sexo femenino se estimó con el cálculo de la OR (*Figura 32*): [OR_{45-64 años}= 8,76; IC 95% (2,55-30,07)]; [OR_{65-74 años}= 6,16; IC 95% (2,50-15,14)] y [OR_{≥75 años}= 8,00; IC 95% (4,55-14,05)].

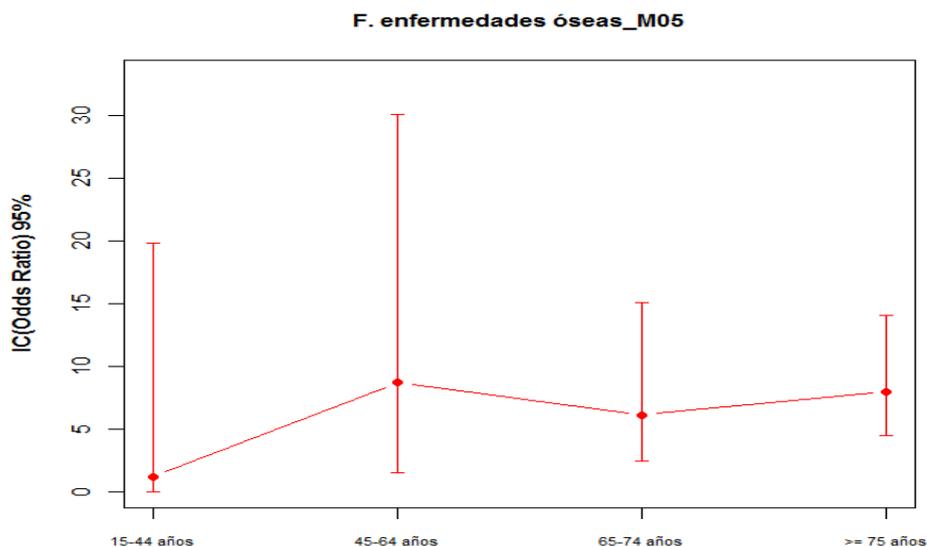


Figura 32: Odds Ratio en mujeres vs hombres, por grupos de edad, en la utilización de fármacos para el tratamiento de las enfermedades óseas (M05)

Grupo S: Órganos de los sentidos

Por último, en la utilización de medicamentos que actúan sobre los órganos de los sentidos no se encontraron diferencias entre sexos, estimándose un consumo medio de 0,21y 0,27 fármacos de este tipo para los hombres y mujeres respectivamente.

⋮ Medicamentos potencialmente inapropiados

Un total de 2589 pacientes del estudio (49,8% hombres) presentaron una edad igual o superior a 65 años ($78,6 \pm 7,24$). Entre ellos se detectaron 351 casos (13,6%) en cuyo tratamiento farmacológico se incluyó al menos uno de los medicamentos considerados como potencialmente inapropiado (MPI), (Figura 33).

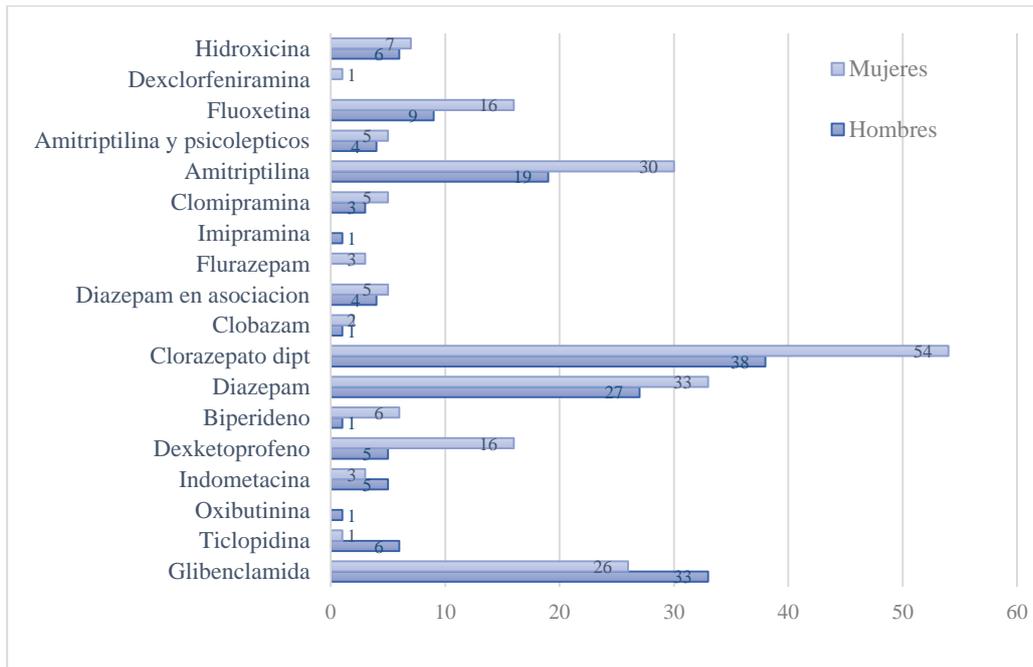


Figura 33: Prescripción de MPI en pacientes ≥ 65 años según sexo.

Al revisar la polimedición de este conjunto de población se encontró que aquellos sujetos que carecían de MPI en su terapia partían de una media de $7,06 \pm 3,49$ fármacos, sin variaciones entre sexos. Por el contrario, en los casos en los que se detectó su presencia, la media ascendía a $8,80 \pm 3,31$ fármacos, dibujándose un escenario diferente y estadísticamente significativo entre hombres y mujeres ($p=0,007$). Entre estos sujetos, la probabilidad de recibir una molécula de este tipo se asoció con un riesgo 1,37 veces superior entre el sexo femenino (OR: 1,37 IC 95% (1,09-1,72)).

La repercusión de cada uno de estos principios activos según el sexo del paciente fue especialmente importante en el caso del dexketoprofeno ($p=0,026$), en el cual el riesgo asociado al grupo femenino se multiplicó más de tres veces respecto al masculino (OR: 3,20 IC 95% (1,17-8,77)).

DISCUSIÓN

Para sistematizar la discusión y facilitar su seguimiento, la hemos organizado siguiendo los mismos apartados de los resultados y hemos introducido unas consideraciones finales en las que se discute acerca de si existe o no una cuestión de género.

a. Características sociodemográficas y culturales

La distribución por sexos del conjunto de pacientes estudiado proporcionó dos grupos no homogéneos en cuanto a tamaño, resultando mayor el peso que aportan los hombres cuya media de edad al ingreso hospitalario fue casi cuatro años inferior a la que presentaron las mujeres (63,8 vs 67 años respectivamente), siendo tan sólo en el percentil 5 cuando ambas categorías se aproximaron a los 30,3 años. Si bien esta aparente ventaja a favor del sexo femenino es un resultado extensamente documentado en diferentes publicaciones científicas en las que se analiza el mismo tipo de variable demográfica(112,113), es necesario tener en cuenta que entre los criterios de exclusión de este trabajo se encontraba el Servicio de Ginecología y Obstetricia, el cual abarca predominantemente el conjunto de procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio lo que, probablemente, contribuyó a fomentar las diferencias encontradas para el rango de edad fértil de la mujer.

Analizando los datos poblacionales del Área Sanitaria VIII (zona geográfica de la que proceden mayoritariamente los pacientes de este estudio) así como los proporcionados por SADEI y el INE para el Principado de Asturias y para todo el territorio español, se evidencia un acusado envejecimiento en los escenarios asturianos que se cuantifica en más de cinco años frente al valor de la media de edad calculada para los hombres y mujeres que conforman el conjunto nacional ($39,72 \pm 22$ y $42,32 \pm 23$ años respectivamente). Como cualquier otro fenómeno socio-económico las causas que lo explican son múltiples y complejas. En este caso es evidente que la transición industrial y la crisis económica experimentada en esta región durante más de dos décadas ha tenido un impacto demográfico profundo. La falta de oportunidades laborales en una Comunidad que tarda en encontrar alternativas generadoras de empleo a su especialización industrial tradicional provoca una sangría constante de población joven que emigra a otros lugares con más oferta de empleo(67,73). Adicionalmente, la crisis

económica ha frenado también la recepción de inmigrantes y en consecuencia, la contribución a la baja natalidad experimentada entre la población(114).

La información sobre las características socio-sanitarias que fue posible recopilar a raíz de la historia clínica de los pacientes estudiados proporcionó los datos de la variable “estado civil” en la que se refleja un predominio de hombres casados o con pareja frente a las mujeres, quienes, gracias a una mayor esperanza de vida, suelen sobrevivir a sus maridos, como se demuestra en la mayor proporción de viudedad(115). Sin embargo, en numerosos casos los efectos negativos de esta hipotética posición favorable para las féminas, se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer enfermedades discapacitantes(73) que reducen su autonomía y que provocan la dependencia de otras personas tal como se resume en las variables “convivencia” y la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria “ABVD”. Ambas peculiaridades cuyo resultado es coherente con otras publicaciones relacionadas con el tema(115,116) se manifiestan como una de las consecuencias de la transformación que se ha producido en el seno de la familia que tradicionalmente ha actuado como forma de seguro y como unidad para la organización y producción de los servicios necesarios para el cuidado de las personas mayores dependientes. Hoy en día, los cambios demográficos y sociales (una menor natalidad, mayor participación de la mujer en el mercado laboral, menor tamaño de la red familiar, mayor frecuencia de divorcios y de hogares monoparentales y episodios de emigración, entre otros, han debilitado las bases clásicas del cuidado y atención de la población adulta dependiente y por tanto, han contribuido a disminuir el sesgo de género en esta materia ya que esta actividad recaía preferentemente sobre las mujeres. Sin embargo y a pesar del número limitado de datos que se pudo recoger sobre esta variable, todavía el porcentaje de mujeres que soporta personas a su cargo continúa siendo superior al de los hombres en todas las circunstancias evaluadas(115,116).

Apenas el 9,6% de los casos estudiados recoge en su historial médico información sobre el nivel de estudios alcanzado a lo largo de su vida. Se ha demostrado que este parámetro es un gran predictor de morbilidad y mortalidad futura dado que, las personas con estudios más bajos presentan resultados de salud inferiores así como estilos de vida y conductas de salud menos saludables que las personas con estudios más altos(117). Pudo comprobarse que la formación educativa mejoraba conforme la población era más joven, es decir, disminuía el porcentaje de pacientes sin estudios y aumentaba el de pacientes con estudios superiores. Por sexos, hay una mayor proporción de mujeres con

estudios primarios frente a los hombres, invirtiéndose dicha relación en los estudios secundarios y superiores. El resultado encontrado es una constante que también se ha publicado en diferentes ediciones de la encuesta de Salud para Asturias(115) y es coherente con la evolución de la demanda de educación de Bachillerato, Formación Profesional y Universitaria publicada por Albert Verdú(75) en la que se aprecia un incremento desde la década de los años setenta.

La situación laboral se encontró documentada en 3904 sujetos (83,3% del total) y se asoció mayoritariamente con el estado de jubilación (63,5%), indicador que está directamente relacionado con la tasa de envejecimiento encontrada en el Área VIII. En este sentido, es muy significativo que también el número de hombres prejubilados excede más de seis veces al número de mujeres, lo cual puede justificarse con el predominio de las profesiones relacionadas con la minería, clásicamente desempeñadas por los varones en esta zona. Por el contrario, entre las mujeres se verificó una mayor tasa de empleo activo hasta la edad de jubilación, lo que, probablemente se puede asociar a un cambio de rol social frente a sus antepasadas.

Algo más de la mitad de las historias clínicas de los pacientes (55,5%) disponían de información sobre la profesión ejercida, siendo mayoritariamente los hombres (62,6%) los que se decantan por los empleos de la construcción e instalaciones (*trabajadores de servicios no cualificados*) mientras que casi el 79,5% de las mujeres se relaciona con las tareas del hogar que siguen ejerciendo a pesar de su jubilación y que hemos agrupado en “*otros*”. Se ha descrito que aunque las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico que los hombres en todas las edades, a medida que las personas envejecen, ellas reducen el tiempo de trabajo en el hogar mientras los hombres lo incrementan aunque su contribución a las tareas de casa continúa siendo menor que la de las mujeres(7,115). La falta de información en la historia clínica sobre la profesión en cada caso particular y el diseño de este estudio no permiten comprobar la hipótesis anterior pero permite intuir un cambio de tendencia en estas actividades, especialmente en el grupo de población más joven, menos reticente a los cambios sociales.

Los hábitos no saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas parecen contribuir de manera decisiva en el sexo masculino a más muertes por accidentes en la juventud, y a un riesgo aumentado de las principales causas de mortalidad en la edad media de la vida(7). Al igual que ocurre con las variables anteriores, la calidad de la información recopilada no es lo suficientemente óptima para hacer extensivos los resultados obtenidos a otras poblaciones. No obstante, nuestros datos han revelado que

los hombres fuman más que las mujeres, son ligeramente mayores y tienen menos dificultades que éstas para abandonar este hábito considerado típicamente masculino, coincidiendo estas aportaciones con las divulgadas en la ENSE¹⁸ en el año 2011(116) y anteriores ediciones en las que se reitera que los varones siguen fumando en mayor proporción pero matizan que la diferencia por sexos es menor entre los más jóvenes. En referencia a la ingesta de alcohol se observa que los varones son el colectivo más afectado, especialmente cuando esta se considera moderada y/o grave o bien están en fase de deshabituación, resultado que también comparten otras series publicadas(115,116).

b. Frecuentación hospitalaria y carga de enfermedad

Tanto el Área Sanitaria VIII como la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias en la que está integrada, han presentado datos de frecuentación de la hospitalización superiores a los que se producen en todo el conjunto nacional y para todos los tramos de edad. Dado que este indicador es una tasa de relevancia de los problemas de salud de la población, es necesario matizar que en él influyen tres variables(80): la morbilidad de la población en relación a las diversas enfermedades, el grado de indicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos en donde diferentes estilos de práctica clínica pueden tener diferentes tasas de frecuentación con un mismo nivel de morbilidad y el grado de adecuación de los ingresos hospitalarios y de los esfuerzos que realiza el hospital en evitar hospitalizaciones que pueden ser atendidas en régimen ambulatorio. En este trabajo hemos observado cómo a medida que aumenta el tramo de edad, lo hace también la frecuentación hospitalaria, lo que es atribuible, al menos parcialmente, al envejecimiento de la población, especialmente a partir de los 65 años. En este tramo de edad, la frecuentación casi triplica al grupo más joven, llegando a ser cinco veces superior a partir de los 75 años.

Asociado al factor demográfico también es necesario considerar que el patrón de utilización hospitalaria impacta en mayor medida sobre los grupos de mayor edad ya que, por razones de edad, responde más a los cambios en la oferta sanitaria (cobertura universal y gratuita en la accesibilidad, nuevas tecnologías que incrementan las expectativas en la capacidad resolutoria de los tratamientos, entre otros aspectos), en el

¹⁸ ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

nivel de renta o educativo de los pacientes, que a un incremento de la morbilidad y/o discapacidad en la población anciana(118)

Sin duda alguna el amplio dispositivo de atención especializada que ofrece esta Comunidad, la población que en ella reside y el envejecimiento de la misma, podrían justificar en gran medida que los valores encontrados de frecuentación hospitalaria en el marco asturiano superen a los calculados para la media nacional con la que se comparan para cada uno de los grupos de edad. Sin embargo, aunque a priori se podría considerar esta situación ventajosa para nuestro entorno, es preciso tener en cuenta alguna de las limitaciones de este tipo de análisis temporal en el que no se consideran los días de estancia hospitalaria ni el número de reingresos ni la utilización de distintos dispositivos alternativos que resuelven de manera ambulatoria muchos procesos clínicos que hace años exigían un ingreso hospitalario y por tanto, revierten la tendencia creciente en el uso de los servicios sanitarios que se han producido en los últimos años(116), lo que podría sesgar la información a la hora de valorar este indicador como patrón de utilización de los servicios sanitarios en general.

Tanto en hombres como en mujeres, dos de cada tres ingresos se produjo de manera urgente, característica que también se comparte con otras publicaciones(112). En términos generales, pudo verificarse un mayor porcentaje de ingresos para los hombres hasta los 74 años, edad a partir de la cual, las mujeres se posicionan como el grupo mayoritario, lo que de nuevo se asocia a su mayor longevidad(113,115,119). Este resultado también es coherente con la investigación de Librero et al (30) en la que se analiza la hospitalización de las personas mayores de 65 años y sugiere que las diferencias en las tasas de hospitalizaciones entre hombres y mujeres mayores derivan esencialmente de diferencias entre sexos en la prevalencia de las enfermedades causantes de hospitalización antes que de un manejo diferencial de estas enfermedades en función del sexo. En este sentido, cabe destacar que en este trabajo, al analizar el tipo de ingreso por tramos de edad, sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo entre 45-64 años en el que la admisión hospitalaria de los hombres se realiza por vía urgente en su mayoría relacionada con cardiopatía isquémica, enfermedades cardiopulmonares, hernias y lesiones mientras que en las mujeres la modalidad urgente y programada alcanzan proporciones similares.

La tipología de los casos atendidos, definidos a partir de los diagnósticos principales, reveló que las enfermedades del sistema circulatorio, digestivo, respiratorio y neoplasias fueron las categorías diagnósticas mayores más importantes y responsables de más de la mitad de la patología que motivó el ingreso hospitalario en este trabajo. En ambos sexos dicha secuencia permanece constante para las tres primeras posiciones y en el caso de las mujeres, las dolencias del sistema osteomioarticular y tejido conectivo desplazan a las neoplasias en el cuarto lugar. En contraposición a lo descrito en diversas fuentes bibliográficas(34,45,120) en las que se argumenta una mayor frecuencia de problemas de salud en las mujeres en la categoría de “síntomas, signos y estados mal definidos”, en nuestro caso hemos encontrado que no hay diferencias sino que afectan por igual a los pacientes del estudio.

El análisis de correspondencias efectuado en el estudio justifica en un 62,1% la asociación entre la edad y la presencia de determinadas dolencias, independientemente del sexo del paciente. Así tanto en hombres como en mujeres de 75 años y más, se produce una clara asociación con la manifestación de patologías relacionadas con el sistema circulatorio y respiratorio frente al resto de grupos de edad. Por el contrario, entre los pacientes con edades más tempranas (15-44 años) la distribución de enfermedades dista mucho de la que presentan el conjunto de pacientes con edades intermedias asignados a los grupos entre 45-64 (en donde las mujeres tienen mayor afinidad con las patologías del tejido osteomiarticular) y entre 65-74 años (donde los hombres tienen una mayor relación con las neoplasias).

En la comparación efectuada con los datos procedentes del MSSSI para el conjunto asturiano y español bajo las mismas condiciones de selección, la patología cardiovascular se posiciona en todos ellos como la primera categoría diagnóstica mayor que causa hospitalización y la siguen las patologías del aparato respiratorio y digestivo, las cuales invierten su orden en el Área VIII. Por otra parte, las neoplasias se mantienen en cuarto lugar y las enfermedades del aparato génitourinario en el sexto. En el resto de capítulos, la incidencia encontrada no tiene una estructura tan regular aunque no se apreciaron grandes variaciones entre los escenarios cotejados. No obstante, a nivel nacional destaca que la posición quinta esté representada por las patologías del capítulo “lesiones y envenenamientos”, las cuales a priori, constituyen causas evitables de hospitalización(112) mientras que se relegan a la octava posición en nuestra investigación.

En un análisis más extenso de difusión internacional (Eurostat/OCDE/OMS)¹⁹ publicado en el año 2010 sobre datos de morbilidad hospitalaria que permitió una comparación homogénea de las cifras y diagnósticos entre países(121), las enfermedades del sistema circulatorio seguidas de las del aparato digestivo y respiratorio se postulan también como las tres principales causas de ingreso.

Dada la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en todos los ámbitos comentados, han sido numerosos los trabajos que han puesto de manifiesto las diferencias entre sexos. El estudio prospectivo de Leening et al. (122) en el que participaron 8419 pacientes de 55 o más años, demostró que el riesgo global de enfermedad cardiovascular es mayor en hombres que en mujeres aunque se equilibran a partir de los 90 años de edad. Cuando se separa por sexo y patología, la incidencia de enfermedad coronaria es el doble en hombres que en mujeres, mientras que el fallo cardíaco y la enfermedad cerebrovascular es mayor en mujeres, sin diferencias en muertes por otras causas cardiovasculares.

Es conocido que las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas(2,6,34). En nuestro estudio hemos encontrado la situación contraria tras examinar las patologías definidas como diagnósticos secundarios presentes en cada uno de los sujetos, lo que nos ha permitido determinar el grado de pluripatología asociado, observándose diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Mientras el 22,4% carece de enfermedades concomitantes, el 51,5% presenta al menos tres patologías añadidas al motivo de ingreso, siendo los varones los que resultan más afectados (54,2% vs 48,5%). Coincidimos con diferentes trabajos y estadísticas de salud publicadas(115,116) en que el número de estas avanza conforme lo hace también la edad, pero en nuestra investigación hemos detectado que los varones, especialmente los mayores de 75 años, son el colectivo que manifiesta cinco o más dolencias. Por el contrario, las mujeres de este grupo se aproximan más a tres-cuatro patologías concomitantes. Este esquema en el que para un mismo grupo de edad, se observan menos carga de enfermedad entre las mujeres frente a los hombres, se repite en todos ellos excepto entre los pacientes más jóvenes, ya que en ambos sexos, el número de patologías adicionales se aproxima a cero.

¹⁹ Fuente: OCDE (más información disponible en su página web: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>). La relación completa de diagnósticos incluidos en la Lista Reducida Eurostat/OCDE/OMS se publica en las tablas 3.1-3.4 y 4.1-4.4 de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2005-2011.

La frecuencia y naturaleza de las enfermedades secundarias en ambos sexos mostró un comportamiento desigual entre hombres y mujeres y estadísticamente significativo. En el caso de los varones se confirmó un mayor porcentaje de neoplasias, trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico, enfermedades del aparato respiratorio, síntomas, signos y estados mal definidos así como para el conjunto de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. Mientras tanto, en las mujeres se observó una prevalencia mayor para las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos así como la presencia de enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo. Para el resto de dolencias secundarias agrupadas en capítulos de enfermedad, no se encontraron variaciones entre ambos sexos.

Tras analizar los motivos de ingreso más frecuentes definidos por el diagnóstico principal y la concurrencia de patologías secundarias expresadas en capítulos de enfermedad, hombres y mujeres presentaron determinadas combinaciones que resultaron diferentes y estadísticamente significativas entre ambos sexos. El efecto de esta asociación reveló que las mujeres con enfermedad cardíaca, neumonía o enfermedades del aparato respiratorio y/o otros síntomas torácicos tengan un riesgo mayor que los hombres a la hora de padecer simultáneamente alguna enfermedad del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo (OR: 9,16; 4,25; 2,93 y 10,20 respectivamente). También sufren más enfermedades circulatorias, especialmente cuando son diagnosticadas de afecciones cardíacas (OR: 2,78) y del aparato respiratorio (OR: 2,12).

Por el contrario, entre los hombres diagnosticados de disritmia cardíaca, neumonía, enfermedades del aparato respiratorio o afecciones del aparato urinario, se confirmó un riesgo mayor frente a las mujeres de tener asociados más factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios (OR: 0,20 a 0,45 según combinación). La presencia de enfermedades del sistema respiratorio también fue más frecuente entre los hombres con neumonía (OR: 0,36) u otra patología pulmonar (OR: 0,25) así como el riesgo de padecer alguna neoplasia entre aquellos que presentaron trastornos de la uretra y tracto urinario así como con otras enfermedades pulmonares (OR: 0,18).

Finalmente, la existencia de enfermedades endocrinas, metabólicas y trastornos de la nutrición fue más del doble entre las mujeres diagnosticadas de patologías del aparato respiratorio y urinario (OR: 2,08-2,40). Este diferente perfil de enfermedad, con una

mayor probabilidad de padecer comorbilidades por los hombres, puede explicar, al menos en parte, que la mayor frecuentación de servicios hospitalarios y el mayor número de procedimientos diagnósticos se produzcan por los hombres.

c. Esfuerzo terapéutico

Bajo este epígrafe comentaremos, como tradicional en los estudios de género, diferentes aspectos relacionados con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se suele decir que el sesgo de género en el esfuerzo terapéutico depende del sesgo de género diagnóstico, pues la probabilidad de quien padece sea tratado es casi nula si por cualquier causa queda excluido del proceso diagnóstico o disminuye si en el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas(12). Si bien nuestro estudio no está diseñado para mediar en este conflicto, la circunstancia aludida no debe darse o, al menos, debe estar minimizada por el hecho de que se trata de pacientes que han sido atendidos a nivel hospitalario con acceso a medios diagnósticos suficientes. No se trata de pacientes atendidos en centros de salud, que es donde se han detectado mayores porcentajes de sesgo diagnóstico y terapéutico en base a la anamnesis y exploración clínica(17), sino que han llegado al hospital por un proceso agudo de urgencia o para ingresar de forma programada. En todo caso, nuestro estudio se ha centrado en el esfuerzo terapéutico, en el que se incluyen, sobre la base de la diferencia en los problemas de salud comunes a hombres y mujeres (que hemos comentado anteriormente), los posibles sesgos de a) utilización hospitalaria, b) de aplicación de procedimientos diagnósticos, y c) de prescripción y consumo de medicamentos. Los aspectos referidos al primer tipo han sido expuestos en el apartado b de esta discusión, por lo que ahora nos centramos en los dos siguientes.

El promedio de procedimientos diagnósticos y terapéuticos por sexo y alta efectuados durante la hospitalización de los pacientes investigados fue prácticamente igual en hombres y mujeres (1,57 y 1,53), cifras algo superiores a las obtenidas en el conjunto asturiano (1,14 vs 1,09) y nacional (1,21 vs 1,17). En cada uno de ámbitos comentados, el número de procedimientos aplicados no discriminó entre sexos, lo que contradice los datos aportados por otros autores en los que las mujeres se mantienen en una posición desfavorable(17,34). Posiblemente esta disparidad se debe a la diferencia temporal de los estudios, la implementación y sensibilización sobre potenciales sesgos de género y

a la incorporación de las cuestiones de género en las políticas de salud tanto estatales como autonómicas.

Aun así, los datos encontrados entre los pacientes ingresados del Área Sanitaria VIII concluyen con tasas más altas, lo cual podría estar asociado a un envejecimiento de la población y a una amplia disponibilidad de recursos que evitan derivar al paciente a Centros de mayor tamaño para el diagnóstico y resolución de sus problemas de salud(87).

Como se indica en el capítulo de Material y Métodos, hemos comparado los tratamientos farmacológicos recibidos por los pacientes con un tratamiento de consenso clínico según las recomendaciones de guías clínicas y tratados de medicina para la práctica asistencial (107,108,110,123–125). Se ha recurrido a este procedimiento dada la dificultad para realizar un análisis puntual para cada paciente, la diversidad de tratamientos, personalizados en algunos casos y el número decreciente de pacientes expuestos cuando consideramos todas y cada una de las categorías de enfermedad. La estrategia seguida, si bien pierde información para las patologías menos prevalentes, gana en objetividad (por el respaldo de los consensos) y en factibilidad y se centra en las patologías más prevalentes que, lógicamente, reúnen al mayor número de pacientes. El número de éstos disponible para los análisis se estima suficiente para obtener diferencias significativas entre sexos en el caso de que ocurrieran.

Se considera que, en la práctica totalidad de las culturas conocidas, las diferencias de género se traducen en desigualdad social y tanto las mujeres como los valores considerados femeninos ocupan siempre un nivel de subordinación respecto a los varones y los valores conceptuados como masculinos(126–128). Esto pudiera traducirse al campo de la asistencia sanitaria, sobre todo dentro del paradigma biomédico imperante centrado en la enfermedad y la tecnificación del acto médico y no en la vivencia de la enfermedad. Las circunstancias descritas podrían hacer esperar algún tipo de discriminación terapéutica, de sub o sobre medicación o de diferencias en la calidad de los medicamentos prescritos. Sin embargo, en nuestro estudio la adecuación entre el tratamiento farmacológico real prescrito a los pacientes y el propuesto como referencia en base al diagnóstico principal según consenso clínico, constató un grado de concordancia del 96,6% de los casos analizados tras haber excluido previamente el 29,9% de toda la población estudiada. El nivel de concordancia encontrado puede considerarse excelente y en consecuencia con el alto nivel de la Medicina que se practica en el entorno sanitario, base del reconocimiento por la población(115). Tan sólo en el

3,4% de los pacientes se encontraron discrepancias entre ambas terapias siendo en la mitad de estos casos (1,7%) una discrepancia parcial, es decir, la prescripción real abordaba sólo una parte del tratamiento planteado mientras que en la otra mitad (1,7%) se detectó básicamente la ausencia de prescripciones de fármacos analgésicos y/o antiinflamatorios en procesos que cursan con dolor en los que el manejo del mismo se dejó a criterio del paciente. Este comportamiento frente al dolor, en no pautar un tratamiento dirigido al control del dolor, continúa siendo un problema en la práctica clínica a pesar de la frecuente insistencia e incluso denuncia en ámbitos profesionales(16,109,129,130)

Cuando se analiza la posible existencia de diferencias de género, encontramos que ninguno de los niveles de análisis practicados consiguió objetivar diferencias estadísticamente significativas entre sexos respecto a la coincidencia total, parcial o nula entre ambos tratamientos farmacológicos. Tampoco se han encontrado diferencias que permitan sospechar de un sesgo de género relacionado con el profesional ya que las prescripciones son iguales o equivalentes tanto si estos son hombres o mujeres y si la terapia la dirigen a hombres o a mujeres. Los resultados anteriores discrepan con las afirmaciones presentadas en otras comunicaciones en las que se comenta la diferencia en el tratamiento recibido en función del sexo del paciente e incluso el sexo del profesional que lo prescribe(12,102,103,131).

Después de abandonar el ámbito hospitalario, el 94% de los pacientes inició, modificó o mantuvo la terapia con medicamentos que tenía antes del ingreso. De manera global y bajo un punto de vista estrictamente estadístico, se observó que la cantidad de medicamentos que reciben hombres y mujeres es distinta, con medianas de cinco y seis fármacos respectivamente. Al ajustar según sexo y grupo de edad para ver la influencia de ésta en el cálculo la variable anterior, se comprobó que a medida que aumentan los años también lo hace el número de medicamentos siendo de nuevo, la diferencia encontrada estadísticamente significativa pero clínicamente irrelevante bajo nuestro punto de vista. La asociación entre edad y número de fármacos recibidos fue una constante que también se encontró en otras publicaciones científicas de ámbito nacional(120,132,133) y que ha servido como referencia a la hora de implementar estrategias para abordar la cronicidad de los pacientes y su relación con la polimedicación(94,95).

Los grupos farmacológicos más consumidos por sistemas (primer nivel de la ATC), al igual que en otras series publicadas(120,133), incluyeron las moléculas relacionadas con el sistema cardiovascular (“C”), el sistema nervioso (“N”), aparato digestivo y metabolismo (“A”) y la sangre y órganos formadores de sangre (“B”) respectivamente. El conjunto anterior aglutinó el 78,73% de todos los medicamentos prescritos, mientras que el 21,27% se diversificó entre las categorías restantes. En los mismos términos, los subgrupos de medicamentos (conforme al segundo nivel de la ATC) con representación superior al 5% fueron los antitrombóticos (B01: 12,07%); agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos (A02: 9,05%); psicolépticos (N05: 8,46%); agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03: 6,40%); analgésicos (N02: 5,93%); agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (C09: 5,78%) y psicoanalépticos (N06: 5,23%).

Por sexo y edad, la contribución de cada grupo y subgrupo presentó un comportamiento desigual que se fue analizando detalladamente. Así, para los medicamentos dirigidos contra las afecciones del aparato digestivo y metabolismo se demostró que los hombres y mujeres de 75 años y más, presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de fármacos prescritos, siendo las mujeres las que con más frecuencia reciben dos o más medicamentos de este grupo. Los antiácidos, laxantes y antidiabéticos presentaron un comportamiento idéntico entre sexos y grupos de edad, mientras que los suplementos minerales(120) se manifestaron más de dos veces asociados con el colectivo femenino, especialmente a partir de los 45 años, edad a partir de la cual se demuestran diferencias estadísticamente significativas con respecto a los varones y que se asocia con la mayor prescripción de medicamentos preventivos de osteoporosis, patología más prevalente en la mujer postmenopáusia(110).

La revisión de los medicamentos que afectan a la sangre y órganos formadores de sangre dibujó un escenario diferente entre sexos que sólo fue estadísticamente significativo en los grupos de edad intermedia. Hasta los 64 años, las mujeres están más libres de terapias que incluyan fármacos del grupo B. Si tenemos en cuenta la asociación de dos o más moléculas de este grupo, son los hombres entre 45-74 años, los que tienen mayor riesgo de utilización. Este resultado también es coherente con otras publicaciones en las que se identifica la dispensación de medicamentos para el control de los principales factores de riesgo cardiovascular(134)

Más del 83,8% de las prescripciones del grupo B corresponden a los fármacos antitrombóticos (B01), cuyo patrón de utilización se asocia preferentemente con el sexo masculino aunque sólo llega a ser estadísticamente significativo en el tramo entre 45-64 años. También son ellos los más afectados cuando se estudia la asociación de más de una molécula de esta familia, siendo entonces la diferencia encontrada estadísticamente significativa respecto a las mujeres para edades comprendidas entre 45-74 años, resultados concordantes con los del estudio de Sánchez et al (2014)(134). La contribución de los fármacos implicados en el tratamiento de las enfermedades del sistema cardiovascular proporcionó, diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres que variaron en función del subgrupo terapéutico analizado y del grupo de edad comparado. En términos generales se observó un incremento de su consumo conforme avanza la edad, y de manera destacable a partir de los 45 años. En este trabajo encontramos que a partir de los 65 años destaca la mayor utilización entre las mujeres, invirtiéndose así la tendencia respecto a los grupos de edad anteriores.

Entre los subgrupos principales se objetivó un riesgo superior (OR=0.49) entre el sexo masculino a partir de los 45 años para recibir algún medicamento perteneciente a la terapia cardíaca (C01) mientras que entre el sexo femenino de 65 años y más, el riesgo se incrementó 1,64 veces respecto a la utilización de diuréticos (C03) en concordancia con la mayor frecuencia de hipertensión. Sin embargo, otros estudios han detectado mayor prescripción de antihipertensivos en hombres(134).

El consumo de los betabloqueantes (C07) también aumenta con la edad pero sólo se mostró estadísticamente significativa la diferencia encontrada en el grupo de 45-64 años donde el riesgo entre los varones es 0,63 veces más frecuente. Prácticamente el mismo resultado se señaló cuando se analizó el consumo de los fármacos modificadores de los lípidos. Por el contrario, los bloqueantes de canales de calcio (C08) y los inhibidores del sistema renina-angiotensina (C09) se comportaron por igual en ambos sexos(135), si bien, en estos últimos los hombres mantuvieron una posición desfavorable que no llegó a ser estadísticamente significativa.

A excepción de los pacientes más jóvenes y del conjunto de antiepilépticos, el consumo del resto de subgrupos terapéuticos relacionados con las afecciones del sistema nervioso (analgésicos, psicolépticos y psicoanalépticos) presentó una clara relación con el sexo femenino a partir de los 45 años. Son numerosas las publicaciones en las que se

encuentra un resultado similar(120,132,133,136). El mayor consumo de psicofármacos en mujeres está documentado en estudios que, además, sugieren que los médicos de atención primaria son los mayores prescriptores de psicofármacos en general y que esta práctica es más frecuente en la prescripción a las mujeres(137). También se ha asociado una alta prevalencia de consumo de hipnosedantes en mujeres y en mayores de 45 años (hombres y mujeres), que aumentó con la edad, el estrés laboral, la baja calidad del empleo y los que mostraban mala percepción de salud(138)

Los propios profesionales son los que argumentan que el sexo por sí solo, no es un factor de riesgo sino que se deben considerar otras variables como la edad, el nivel socioeconómico y las expectativas sociales cuya combinación conforma perfiles de personas con mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y depresión y por tanto, de ser consumidoras de psicofármacos(139). Sin embargo, un estudio ha detectado que los médicos de atención primaria medican más a las mujeres con síntomas ansioso-depresivos que a los hombres y les ofrecen psicoterapia con mayor frecuencia; en cambio, optan por enviar al cardiólogo preferentemente a los varones(140). En todo caso, este aparente sesgo de género no debe aplicar a nuestra muestra dado que se trata de historias clínicas hospitalarias.

Una situación similar se produce con los medicamentos destinados a combatir las patologías que afectan al aparato respiratorio (grupo R). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres mayores de 65 años en cuanto al número de fármacos que reciben de este grupo, pudiendo afirmar que su consumo se incrementa a medida que lo hace la edad y que los varones reciben de media casi el doble frente al sexo opuesto (0,455 vs 0,238 fármacos). Principalmente son los agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03) los que aglutinan el predominio de las prescripciones dentro de este grupo. Se ha comprobado que su consumo se asocia con el sexo masculino, tanto en monoterapia como cuando se combinan varios de ellos y en nuestro caso se explica con una mayor prevalencia de este tipo de patología entre los pacientes estudiados(124,141,142).

El perfil del grupo terapéutico G “sistema genitourinario y hormonas sexuales” entre las mujeres mostró valores bastante estables en su consumo, independientemente de su edad. Sin embargo, a partir de los 65 años se dispara y difiere significativamente la utilización entre los hombres condicionada por el uso mayoritario de preparados

urológicos (G04; más del 95% de los representantes de este grupo) a consecuencia de un aumento en la frecuencia de patologías relacionadas con la incontinencia urinaria y la hiperplasia prostática benigna a partir de esta edad entre el colectivo masculino(123).

Dentro de los tratamientos que incluyen la utilización de hormonas sistémicas, excluidas las sexuales, encontramos que los corticoides de uso sistémico (H02) y la terapia tiroidea constituyen los ejemplos más relevantes de prescripciones en este grupo (67,98 y 26,66% respectivamente). El estudio de los primeros proporcionó, en términos absolutos, un consumo mayor entre las mujeres pero la diferencia con los hombres sólo fue estadísticamente significativa desde los 75 años en adelante, edad en la que se invierte la tendencia anterior y posiciona a los hombres como principales usuarios. Creemos que este hallazgo puede estar en relación directa con el tratamiento agudo de las obstrucciones respiratorias en las que se combinan ambos fármacos (124).

Por el contrario, las diferencias encontradas entre ambos sexos en cuanto a la utilización de terapia tiroidea muestran que a partir de los 45 años, existe un riesgo mayor entre las mujeres que fue estadísticamente significativo y que claramente se asocia con la prevalencia de dicha patología entre el sexo femenino(143–145).

La utilización de agentes antiinfecciosos de uso sistémico mostró un perfil de utilización similar entre hombres y mujeres hasta los 75 años, edad en la que la diferencia encontrada entre sexos se hace estadísticamente significativa y sitúa a los varones con un consumo mayor. Creemos probable que esta relación puede deberse al incremento en el número de patologías respiratorias (neumonías, EPOC), así como patologías urinarias entre los varones de este grupo de edad para cuyo tratamiento se necesita un medicamento de esta naturaleza(107,108,110,125).

Dentro de los fármacos antineoplásicos e inmunomoduladores sólo se computaron 162 medicamentos entre los pacientes del estudio. En términos globales, las cifras de utilización en hombres y mujeres fueron similares excepto a partir de los 75 años en adelante, donde el riesgo es mayor entre los varones, especialmente condicionado por la presencia de ciertos tumores hormono-dependientes cuyo tratamiento exige la prescripción de estos fármacos (L02).

El empleo de medicamentos que actúan sobre el sistema musculoesquelético (grupo M) siempre fue superior entre el sexo femenino, independientemente de la edad, aunque

sólo la diferencia encontrada respecto al masculino fue estadísticamente significativa en los grupos de 45-64 años e igual o superior a 75 años.

En el análisis del consumo de antiinflamatorios y antireumáticos, cuya prescripción representa el 53,54% del total de prescripciones del grupo terapéutico M, se observó que la utilización es más frecuente entre el sexo femenino, especialmente a medida que se incrementa la edad, rozando la significación estadística a partir de los 75 años. Este mismo análisis determinó que a partir de los 45 años se produzca un riesgo mayor y estadísticamente significativo entre los varones para la utilización de uno o varios medicamentos antigotosos (24,90% del total del grupo M) mientras que para las mujeres este riesgo se asocia con el consumo de fármacos para el tratamiento de las enfermedades óseas (18,75% del total del grupo M).

Finalmente, la presencia de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en pacientes de 65 años y más se identificó en el 13,6% de los casos, siendo este valor inferior a otros publicados en distintos trabajos(146–148), lo que podría relacionarse con el número reducido de los principios activos que hemos utilizado en esta investigación.

Al revisar la polimedición del grupo de pacientes estudiados, se encontró que aquellos sujetos que carecían de MPI en su terapia partían de una media de 7,0 fármacos sin variaciones entre sexos. Por el contrario, en los casos en los que se detectó su presencia, la media ascendía a 8,8 fármacos, dibujándose un escenario diferente y estadísticamente significativo entre hombres y mujeres. Entre estos pacientes, la probabilidad de recibir una molécula de este tipo se asoció con un riesgo 1,37 veces superior entre el sexo femenino, particularidad que también se compartió con otros trabajos(149,150). Este riesgo llegó a ser más de tres veces para la prescripción de dexketoprofeno(151).

Los hallazgos encontrados pueden estar en sintonía con el hecho de que la calidad de la prescripción, medida como el consumo de medicamentos con valor intrínseco elevado, no elevado o inaceptable es globalmente inferior en las mujeres. El resultado probablemente más relevante del trabajo de Sanfélix et al.(152) es que, por el hecho de ser mujer y pertenecer al grupo de edad entre 45 y 64 años, la probabilidad de que el medicamento que se prescriba sea de valor intrínseco no elevado, en relación con el varón, es más del doble. Sin embargo, en nuestro análisis no hemos podido llegar al

nivel de principio activo y en consecuencia, no podemos corroborar los datos de esos autores.

d. Discusión sesgo de género

Como se ha comentado en la Introducción de este trabajo, el género es una construcción social y cultural, una construcción psicológica y una construcción ideológica, en la que puede considerarse el género como una forma primaria de significativo de poder o, que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del que, se articula el poder(153). Este concepto de género como elemento de poder puede ser aplicado a las teorías de la enfermedad y de ello se ha ocupado el filósofo francés Michael Foucault(10). Según Foucault, la enfermedad es, (más allá de las explicaciones científicas y de la nosología), en cada momento, aquello que está medicalizado y esta medicalización sirve para ejercer un control y un poder sobre un determinado sector de la población. Foucault recurre al concepto de mujer – enferma para incidir en el aspecto del poder y del control aprovechando que “la distinción moderna entre lo normal y lo patológico” no deja de ser una estrategia más de controlar lo desviado, lo irrazonable, lo ilícito..., concepto que permite considerar a las mujeres como “lo otro”, lo diferente que, por serlo, necesita una explicación(154). Los hombres representarían el paradigma de normalidad, mientras que las mujeres serían lo que hay que normativizar, lo patológico (tal vez por esto no hay aspecto de la fisiología femenina ni de la feminidad que no sea objeto de medicalización, para modificarla, para llevarla a una normalidad tan preestablecida como cambiante con las modas).

Si bien las teorías de Foucault han tenido vigencia durante decenios, actualmente es difícil encontrar un marco real de consideración a las propuestas comentadas más arriba. No obstante, han sido contestadas en los foros conceptuales más recientes, por los desarrollos de las teorías feministas, por las investigaciones de la biología, de la sociología y la antropología, e incluso por los desarrollos legales más recientes. Sin embargo, le queda vigencia a la teoría en lo que puede entrañar de crítica a la medicalización de la vida, de la que junto a Iván Illich(155), son referentes clásicos.

La evolución social de los años 80 y posteriores, ha superado la propuesta del concepto de mujer como elemento para el control y como antagonismo patológico a la normalidad masculina. Los datos de nuestro estudio son un buen ejemplo de ello. En todo caso, la

historia enseña que algunas teorías sobre el enfermar y sus formas, está en la base de enfermedades inventadas cuyo padecimiento se ha atribuido en exclusiva a la mujer, como ha sido por ejemplo, la clorosis(156).

Se ha propuesto que el sesgo de género en Medicina se está manifestando de tres formas distintas:

- a. Partiendo de la suposición de que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales, cuando no lo son.
- b. Partiendo de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas donde, finalmente, solo hay similitudes.
- c. Partiendo de la suposición de que los problemas de salud son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas(157,158).

También se ha propuesto que el sesgo de género puede ser una consecuencia de la atribución cultural de roles diferenciados a hombres y mujeres y de una transferencia de estos roles sociales a los roles profesionales(34).

Nuestros datos confirman una carga de enfermedad distinta entre hombres y mujeres que puede explicar buena parte de las diferencias encontradas. Estas enfermedades pueden agruparse en torno a tres perfiles:

- a. *Patologías exclusivas de cada sexo* que incluyen afecciones que no se encontrarán en el otro sexo o que están asociadas a procesos u órganos propios de cada uno de ellos, como son las patologías obstétricas o prostáticas.
- b. *Patologías* que pueden presentarse en uno u otro sexo pero son más relevantes en uno que en otro y en consecuencia, podrían explicar la diferente carga de enfermedad entre ambos.
- c. *Patologías con características diferenciales entre los dos sexos*, relacionados con el afrontamiento cultural del individuo ante el medio que lo rodea(159)

La mayor parte de la información disponible relacionada con el género hace referencia al apartado b. Así, por ejemplo, es conocido que las mujeres pueden enfermar y tener pronósticos diferenciales de los varones en algunas patologías como la cardiopatía isquémica cuya prevalencia es más baja entre el colectivo femenino pero con una mayor

mortalidad en los seis meses siguientes o que padecen más infartos silenciosos que pueden ser objeto de infradiagnóstico(160).

A partir de este y otros ejemplos, se ha propuesto que la cuestión de género se caracteriza por:

- a. No existe visibilidad de la morbilidad diferencial de las mujeres, porque no han sido bien estudiadas.
- b. Las manifestaciones diferenciales de enfermedad no son visibles y así diferentes investigaciones han señalado que la categoría diagnóstica de “síntomas y signos no específicos” se atribuyen en una mayor proporción a las mujeres tanto en la historia clínica como en los certificados de defunción(34,161)
- c. El proceso de asistencia está sesgado.
- d. Existe un sesgo de tratamiento(160,162–165).

La investigación en salud ha estado centrada en la biología y por tanto, en los aspectos de la salud ligados al sexo y no al género(166) por lo que parece factible la existencia de una discriminación, o al menos una desigualdad, por razones de género. Dichas desigualdades en salud, más allá de las diferencias biológicas entre sexos, tienen su origen en las estructuras socioeconómicas de poder y por tanto, los roles de género pueden influir en la utilización de los servicios sanitarios. Ya se ha comentado que los hombres registran una menor propensión a utilizar los servicios de atención primaria, lo que podría asociarse a la negación de la debilidad propia del rol masculino(5) y que la probabilidad de ser hospitalizado es menor para las mujeres, lo que podría indicar la presencia de inequidad de género en la prestación de la atención hospitalaria(2,5). Sin embargo, los datos de nuestro trabajo parecen descartar esta diferencia de género.

La distribución de roles por sexos ha existido siempre. Sin embargo, no es menos cierto que en las sociedades occidentales se han producido hechos económicos y movimientos sociales significativos en la segunda mitad del siglo XX que han modificado cualitativa y cuantitativamente aspectos de los roles tradicionales asignados a las mujeres, tanto desde el punto de vista social como laboral, así como sus propias aspiraciones que ya no son tanto crear una hogar y ser esposa y madre sino disponer de estudios, trabajo, sueldo, derechos generales y libertades(167). A pesar de ello, algunos estudios demuestran que es posible encontrar prácticas androcéntricas en todos los niveles

sociales y laborales, incluidos los cargos directivos de empresas pero también de sociedades científicas, cargos académicos, profesiones sanitarias e incluso en la dirección de proyectos de investigación o ensayos clínicos o formar parte de los mismos(168–171). Estas desigualdades en el reconocimiento profesional persisten aún, de hecho, el trabajo realizado por Arrizabalaga et al, 2014(172) demuestra que a igualdad de sexos en la fase de residentes, las mujeres acceden a puestos estables en un 25% menos de los casos posibles.

Dentro de las diferentes teorías y enfoques de las transferencias de conductas entre los individuos de una misma comunidad, se ha planteado que las propias convenciones sociales, asociadas a las diferencias de sexo, se incorporan como verdaderos roles de género a las profesiones que ejercen los individuos de esas comunidades hasta el punto de que se asume con “naturalidad” el papel predeterminado que cada uno desempeñará en la organización laboral, incluida la atención sanitaria. Esta conjetura, aplicada al juicio clínico y a los estereotipos de género aplicados al mismo, fueron propuestas por Broverman et al., sustentadas en un estudio realizado en 1970(31).

Casi cincuenta años después, podemos preguntarnos si en el ejercicio de la Medicina del siglo XXI es posible la transferencia de roles sociales de género a los roles profesionales y a la misma actuación profesional, si la sociedad real (la convivencia cotidiana) no ha incorporado los cambios que se perciben a nivel administrativo y legislativo, si las modificaciones curriculares carecen de influencia en la conducta social y profesional.

En nuestro trabajo hemos presupuesto que no se produce una desigualdad de género en la praxis clínica y hemos abordado el tema bajo la premisa de que la formación médica, el marco legislativo en materia de igualdad y los valores intrínsecos a la profesión médica, son un antídoto para la existencia de inequidades o al menos, debería reducirlas al nivel de lo anecdótico.

En la cuestión de las igualdades/desigualdades de género en salud se produce un diálogo entre la biología que condiciona la frecuencia y la forma de enfermar de ambos sexos, la cultura cambiante en la asignación de roles por razón de sexo y la formación y el profesionalismo sanitario con valores (como el altruismo...) contrarios a todo tipo de discriminación asistencial por razones de edad, sexo, creencias, nivel económico, etc. en los sistemas públicos de salud de atención universal como es el vigente en España.

Si bien la mayoría de los resultados que hemos encontrado sugieren que nuestra hipótesis es correcta, el hecho de que hayamos detectado un mayor riesgo de prescripción de medicamentos inadecuados en mujeres ancianas respecto a los hombres, sugiere que la actuación profesional es mejorable y, bajo nuestro punto de vista, pueden establecerse tres ámbitos de actuación identificables que pueden tener (y deberían haber tenido), influencia en la modificación de las conductas de género y las actuaciones profesionales ligadas al mismo:

1. sociales (fundamentalmente educativos)
2. políticos (centrados en políticas de salud y problemas de género)
3. profesionales (p.e. los cambios curriculares universitarios y la educación postgraduada).

1. Cambios sociales.

Las transferencias de conductas entre los individuos tienen base educativa y, a nivel elemental, se producen primero en el núcleo familiar y luego a nivel escolar en todas sus categorías. Esto supone que las modificaciones han de ser interiorizadas antes de la incorporación a la práctica habitual y a su transmisión, lo que implica que sea un proceso lento y sometido a influencia por las oscilaciones económicas. No parece por tanto que, a pesar de los cambios educativos preuniversitarios debamos esperar una modificación rápida de la actitud de los pacientes ante la enfermedad, la frecuentación de servicios sanitarios y de lo que los usuarios esperan de la actuación profesional. Los pacientes incorporados a nuestro estudio tienen una edad media elevada, con un nivel educativo medio-bajo y las mujeres mayoritariamente dedicadas a tareas del hogar. Es por tanto, desde el punto de vista del comportamiento esperado, bastante tradicional (independientemente de su significación política): ha accedido desde niveles socioeconómicos limitados a un sistema de asistencia sanitaria universal frente a cuyo funcionamiento, según los datos oficiales de la encuesta de salud para Asturias (115), manifiestan un nivel de satisfacción bueno o muy bueno en torno al 65% o más, siendo la mejor valoración la que realizan las personas mayores (>71%) y la peor la de las personas menores de 45 años. La Hospitalización, al igual que las consultas de especialistas fueron catalogadas por el 72% de la población como buena o muy buena, sin diferencias entre sexos.

En estas condiciones, puede que los potenciales problemas de género, propuestos por algunos autores pero no encontrados por nosotros, tarden mucho tiempo en resolverse a nivel de las relaciones sociales y se conviertan en una demanda evidenciable. Por ahora la sensibilidad frente a estas cuestiones está más en la ideología, en el interés intelectual y en el desvelo por la calidad asistencial de los profesionales de la salud que en el imaginario colectivo popular, aún mayoritario en nuestro país en el rango de edad característico de este estudio.

2. *Políticas de salud.*

Algunas acciones se han ido poniendo en práctica desde que la Asamblea General de Naciones Unidas declaró al año 1975 el Año Internacional de la mujer e impulsó la perspectiva de género en investigación en la 3ª Conferencia mundial sobre la mujer celebrada en Beijing en 1995 tras la que se reforzó la recomendación de realizar estudios estadísticos incluyendo datos separados en función del sexo e indicadores de género como mecanismo para llevar a cabo políticas públicas adecuadas. En nuestro país, estas recomendaciones han sido asumidas por la Sociedad Española de Salud Pública que han reclamado a las Comunidades Autónomas que introduzcan el enfoque de género en sus planes de salud ya que, en general, existe un mayor contenido en la descripción de la situación de la salud y sus determinantes, que en la formulación de objetivos e indicadores de evaluación(5). Asimismo, el gobierno de la nación ha promulgado leyes que tienden a proteger a la mujer frente a diferentes tipos de desigualdades entre las que se puede citar la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género(56) o la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres(52) en cuyo artículo 27 establece el principio de igualdad en la política de salud y el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, “evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unos y otros”.

3. *Formación de profesionales.*

Se ha propuesto que no se produce en la Universidad una formación que incorpore el estudio de los problemas de salud desde una perspectiva de género, ni se han establecido

competencias que permitan una interpretación desagregada de los problemas de salud. Es más, se sugiere que la educación superior parece reproducir los “roles sociales tradicionales de género en la elección de la profesión” que posteriormente trasladan al mercado laboral(173). Sin embargo, la evolución de la demografía estudiantil en el grado de Medicina parece desmentir este postulado, al menos cuantitativamente. El desarrollo socio-económico de nuestro país ha supuesto un aumento notable de la población universitaria(75) y un predominio femenino en las denominadas Ciencia de la Salud, hasta el punto de que se ha acuñado la expresión “feminización de la asistencia sanitaria”. Esta feminización no sólo supone un cambio respecto a la masculinización tradicional del ejercicio de la Medicina sino que se le ha atribuido la responsabilidad de algunas distorsiones funcionales del sistema de salud y se ha propuesto por algunos profesionales cualificados, la modificación de las pruebas de acceso a la Universidad para reducir el desequilibrio actual(174).

No obstante, puede sostenerse que no hay una formación que incida en las apreciaciones de la vivencia diferencial de la enfermedad ni, en consecuencia, de lo que esperan hombres y mujeres de la actuación profesional. Esto es así porque ninguna norma lo impone, porque se estima que la Ley de no discriminación garantiza la equidad formativa y laboral y porque no hay estudios que avalen las modificaciones de los planes de estudio de Medicina en este sentido. Lo que sí garantizan los planes de estudio es el conocimiento de las diferencias biológicas en la nosología, evolución y respuesta terapéutica de las mujeres y hombres, la diferente carga de enfermedad (que esta Tesis ha puesto de manifiesto), la formación en valores a través de asignaturas concretas y el desarrollo del profesionalismo médico en el Grado, el Postgrado y la educación continuada, cuyos valores son claramente contrarios a la discriminación e inequidad por cualquier razón(175,176).



CONCLUSIONES

1. Nuestro estudio se ha realizado sobre la base de una población envejecida de una comarca de tradición laboral minera, afectada por la movilización generada por la reconversión industrial y la crisis económica actual. Se trata de pacientes mayoritariamente prejubilados o jubilados cuya actividad laboral masculina se desarrolla o ha sido desarrollada en servicios no cualificados y en el hogar en el caso de las mujeres. Los hombres son más consumidores de tabaco, alcohol y drogas; también hay más extoxicómanos entre los hombres que entre las mujeres.
2. El envejecimiento y otras características demográficas de la población, así como el amplio dispositivo de atención sanitaria en Asturias puede explicar la mayor frecuentación hospitalaria en el Área Sanitaria VIII y en toda la Comunidad Autónoma respecto al conjunto de España. Las características sociolaborales pueden explicar también el mayor porcentaje de ingresos entre los hombres menores de 65 años mientras que la mayor longevidad entre el sexo femenino justifica que los ingresos a partir de los 75 años se correspondan mayoritariamente con este colectivo.
3. En conjunto, la distribución de las grandes causas de hospitalización se mostró diferente y estadísticamente significativa entre hombres y mujeres aunque sin grandes variaciones. El análisis de correspondencias indica que la edad y no el sexo se asocia con la mayor frecuencia de cierto tipo de patologías (por ejemplo, circulatorias y respiratorias en los pacientes de 75 años y más), lo que explicaría la prevalencia de estos capítulos de enfermedad en nuestro estudio.
4. Más de la mitad de los pacientes presentó al menos tres dolencias concomitantes al motivo de ingreso, observándose diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en términos de pluripatología, siendo los varones, especialmente a partir de los 75 años, los que resultaron más afectados ya que se relacionan con cinco o más afecciones asociadas al diagnóstico principal. La naturaleza de alguna de estas patologías simultáneas se manifestó de manera distinta entre ambos sexos. Así, las neoplasias, los trastornos mentales, del comportamiento y el desarrollo neurológico, las enfermedades del aparato respiratorio, los síntomas, signos y estados mal definidos y la clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con

servicios sanitarios, se presentaron con mayor frecuencia entre los hombres mientras que las dolencias del sistema nervioso y órganos de los sentidos y del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo, se identificaron en mayor medida con las mujeres.

5. El número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos aplicados a hombres y mujeres durante la hospitalización no fueron significativamente diferentes entre ambos sexos en la población estudiada, ni en poblaciones de referencia como la asturiana y la española, lo que contradice la abundante documentación que reconoce discriminación de género.
6. La concordancia del tratamiento recibido frente al de consenso clínico fue del 96,6%, habiendo una discrepancia parcial en el 1,7% de los casos; en otro 1,7% de casos se detectó ausencia de prescripción analgésica. Sin embargo, las discrepancias no fueron significativamente diferentes en cuanto al sexo de los pacientes ni pudo detectarse una prescripción diferenciada asociada a un sesgo del profesional.
7. Si bien la media de fármacos recibidos por mujeres (6) y hombres (5) fue diferente y estadísticamente significativa en la muestra global, cuando se estratificó por edad, esta diferencia se redujo a niveles inferiores a 0,5 puntos, lo que sugiere que la significación estadística no puede atribuirse a sesgo de género dado que puede justificarse por la carga de enfermedad y una prescripción concordante con el diagnóstico y tratamiento de consenso clínico.
8. El consumo de medicamentos aumenta con la edad y las diferencias encontradas en cuanto a la utilización de determinados grupos terapéuticos vinieron determinadas por el impacto que suponen algunos de los subgrupos que contienen y su relación con la distribución desigual en términos de prevalencia de enfermedades que afectan a ambos sexos sin que hayan podido ser identificadas desviaciones por razones de género.
9. Hemos detectado la utilización de al menos un medicamento potencialmente inapropiado en el 13,6% de los pacientes mayores de 65 años, los cuales parten de una carga basal de fármacos superior y estadísticamente significativa frente a aquellos pacientes que no reciben este tipo de moléculas. En estos casos, el riesgo asociado al sexo femenino fue 1,37 veces superior al masculino y su prescripción tanto en hombres como mujeres fue independiente del sexo del profesional. Estos resultados apoyan la necesidad de adoptar medidas enfocadas a mejorar la calidad

de la prescripción prioritariamente en este colectivo de pacientes, pero no sugieren sesgo de género.



BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño-López E, Plazaola-Castaño J, Bolívar-Muñoz J, et al. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2006 [citado 23 de noviembre de 2015];80:705-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17147309>
2. Urbanos Garrido R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Presupuesto y Gasto Público. 2011. 117-30 p.
3. Borrell C, Artazcoz L, coordinadoras. Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007. 75 p.
4. Esteban Galarza M. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colect. 2006;(1):9-20.
5. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Publica. enero de 2008;82(3):245-9.
6. Uría Urza M. ¿Por qué mujeres y hombres tienen distintos problemas de salud?: una mirada desde la perspectiva de género [Internet]. Boletín del Observatorio de Salud en Asturias. 2013 [citado 2 de febrero de 2013]. p. 1-8. Disponible en: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/OBSA11mVD_2013.pdf
7. Nerín de la Puera I, Jané Checa M, Coordinadoras. Libro blanco sobre mujeres y tabaco: abordaje con perspectiva de género. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2007. 273 p.
8. Temas de salud: género [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2011 [citado 26 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
9. Alonso Peña N. Equidad de género: nuevas perspectivas sobre la salud [Internet]. Nuberos Científica. 2012 [citado 10 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/1/1>
10. Foucault M. Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI; 1998. 152 p.
11. Coll-Planas G. La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans. Barcelona: Eagles; 2010. 270 p.
12. Ruiz-Cantero M, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit [Internet]. 2004 [citado 31 de marzo de 2014];18(Supl.1):118-25. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13062260>
13. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med. 1991;325(4):221-5.
14. Carrasco-Portiño M, Ruiz-Cantero MT, Gil-González D, et al. Epidemiología de las desigualdades del desarrollo de género en España (1990-2000). Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2008 [citado 23 de noviembre de 2015];82(3):283-99. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18711643>

15. Ruiz-Cantero MT. Innovaciones de Género para la Salud Pública: lección Inaugural Curso Académico 2015-2016. Alicante: Universidad de Alicante; 2015. p. 17.
16. Pérez Oliva M. Morir sin dolor aún es privilegio. El País, 30 de enero de 2008. :36-7.
17. Ruiz-Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009 [citado 15 de febrero de 2016]. p. 78. Disponible en: <http://www.easp.es/project/sesgos-de-genero-en-la-atencion-sanitaria-serie-nueva-salud-publica/>
18. Conferencias, reuniones y eventos pasados de las Naciones Unidas: Beijing +5 Mujer 2000 [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. [citado 15 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.un.org/es/events/pastevents/beijing_plus_5/
19. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. Declaración de Madrid 2001 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2001 [citado 12 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/saludGenero/declaMadrid.htm>
20. Política de la OMS en materia de Género: integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2002 [citado 10 de febrero de 2016]. p. 1-6. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
21. García-Calvente MDM, Hidalgo-Ruzzante N, Del Río-Lozano M, et al. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol Heal illness* [Internet]. 2012 [citado 31 de marzo de 2014];34(6):911-26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22443288>
22. Elliott MN, Lehrman WG, Beckett MK, et al. Gender differences in patients' perceptions of inpatient care. *Health Serv Res* [Internet]. 2012 [citado 31 de marzo de 2014];47(4):1482-501. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375827>
23. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 [citado 24 de febrero de 2012]. p. 327-34. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>
24. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;(82):245-9.
25. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. [Internet]. Observatorio de Salud de la Mujer; 2008 [citado 14 de abril de 2014]. p. 56. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>
26. Alvarez N, Bueno R, Castellanos E, et al. Informe de salud y género 2007-2008: mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2009 [citado 23 de noviembre de 2015]. p. 76. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2007-2008/informeSaludGenero2007_2008.pdf

27. Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, et al. Gender differences in drug responses [Internet]. *Pharmacological Research*. 2007 [citado 25 de abril de 2014]. p. 81-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17129734>
28. Abadía-Taira M, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, et al. Variabilidad en las Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en el Sistema Nacional de Salud según sexo: patrones comunes y discrepantes [Internet]. *Atlas VPM*. 2012 [citado 1 de diciembre de 2012]. p. 331-41. Disponible en: www.atlasvpm.org
29. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, et al. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* [Internet]. 2006 [citado 31 de marzo de 2014];6:155. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1525176&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
30. Librero J, Ibañez B, Peiró S, et al. Las hospitalizaciones de las personas mayores según sexo: Patrones comunes y discrepantes [Internet]. *Atlas VPM*. 2010 [citado 1 de diciembre de 2012]. p. 287-97. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org>
31. Broverman IK, Broverman DM, Clarkson FE. Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1970 [citado 31 de marzo de 2014];34(1):1-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5436460>
32. Verbrugge LM. Gender and Health: an update on hypotheses and evidence [Internet]. *J Health Soc Behav*. 1985 [citado 18 de febrero de 2014]. p. 156-82. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2136750>
33. Tasa-Vinyals E, Mora-Giral M, Raich-Escursell RM. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión [Internet]. *C. Med. Psicosom*. 2015 [citado 16 de febrero de 2016]. p. 14-25. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273962960_Sesgo_de_genero_en_medicina_concepto_y_estado_de_la_cuestion_Gender_bias_in_medicine_concept_and_state_of_the_art
34. Valls-Llobet C. Desigualdades de género en salud pública. *Quad Caps*. 2001;30:34-6.
35. Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur Hear J*. 2006;27:994-1005.
36. Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V. *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. London: Springer; 2012. 201 p.
37. Cydulka RK, Rowe BH, Clark S, et al. Gender differences in emergency department patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation [Internet]. *Acad Emerg Med*. 2005 [citado 16 de febrero de 2016]. p. 1173-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282511>
38. Rathore SS, Lenert LA, Weinfurt KP, et al. The effects of patient sex and race on medical students' ratings of quality of life. *Am J Med* [Internet]. 2000 [citado 31 de marzo de 2014];108(7):561-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10806285>
39. Poinhos R. Gender bias in medicine [Internet]. *Acta Med Port*. 2011 [citado 13 de febrero de 2013]. p. 975-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22713192>

40. Valls-Llobet C. *Mujeres Invisibles*. Barcelona: DeBolsillo; 2006. 384 p.
41. Ramasubbu K, Gurm H, Litaker D. Gender bias in clinical trials: do double standards still apply? *J Wom Heal Gender-Based Med* [Internet]. 2001 [citado 31 de marzo de 2014];(8):757-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11703888>
42. Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Laguna-Goya N, et al. Recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias de género en los ensayos clínicos de fármacos en España. *Med Clin* [Internet]. 2010 [citado 31 de marzo de 2014];135(3):130-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20466391>
43. De Torres J, Casanova C. EPOC en la mujer. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(Supl 3):23-7.
44. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *Int J Equity Health* [Internet]. 2009 [citado 31 de marzo de 2014];8:28. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2731093&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Hamberg K. Gender bias in medicine. *J Women's Heal* [Internet]. 2008 [citado 31 de marzo de 2014];4(3):237-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19072473>
46. Delgado A. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):112-7.
47. Cambronero Saiz B, Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N. Quality of pharmaceutical advertising and gender bias in medical journals (1998-2008): a review of the scientific literature. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [citado 25 de marzo de 2014];26(5):469-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265644>
48. Ruiz-Cantero M, Cambronero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit*. 2011;25:179-81.
49. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, et al. A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2007 [citado 31 de marzo de 2014];61((Supl II)):46-53. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465769&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
50. Rohlf I, Borrell C, Artazcoz L, et al. The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61 Suppl 2:20-5.
51. Ariño MD, Tomás C, Eguiluz M, et al. ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gac Sanit* [Internet]. 2014 [citado 23 de abril de 2014];25(2):146-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377249>
52. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, nº 71 (23-3-2007) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
53. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102 (29-4-1986) [Internet]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

54. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29-5-2003) [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-10715
55. Ventura Franch A. Normativa sobre estudios de género y universidad [Internet]. Feminismo/s. 2008 [citado 6 de mayo de 2014]. p. 155-84. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11654/1/Feminismos_12_06.pdf
56. Ley Orgánica 1/2004 de 28 diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº313 (29-12-2004) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
57. Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Oficial del Estado, nº 89 (13-4-2007) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/04/13/pdfs/A16241-16260.pdf>
58. Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, nº 260 (30-10-2007) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>
59. Ley 14/2011 de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Boletín Oficial del Estado, nº 131 (2-6-2011) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/06/02/pdfs/BOE-A-2011-9617.pdf>
60. ANECA. Guía de Apoyo para la elaboración de la Memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales (grado y máster) [Internet]. [citado 5 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.aneca.es/Programas/VERIFICA/Verificacion-de-Grado-y-Master/Protocolos-de-evaluacion-y-documentos-de-ayuda>
61. Donoso-Vázquez T, Velasco-Martínez A. ¿Por qué una propuesta de formación en perspectiva de género en el ámbito universitario? Profesorado [Internet]. 2013 [citado 14 de mayo de 2014];17(1):72-88. Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev171ART5.pdf>
62. Grupo de Investigación Isonomia. Integración de la perspectiva de género y las enseñanzas en materia de igualdad de mujeres y hombres y no discriminación en los planes de estudio de grado de la Universidad Jaume I: informe de situación [Internet]. 2010 [citado 6 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/organs/ui/docs/diagnostico.pdf>
63. I Plan de la igualdad de la Universidad de Oviedo [Internet]. 2013 [citado 6 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://igualdad.uniovi.es/>
64. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311 (29-12-1978) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
65. Ley Orgánica 7/1981 de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Asturias. Boletín Oficial del Estado, nº 9 (11-1-1982) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1982/01/11/pdfs/A00524-00530.pdf>
66. Decreto 138/1984, de 29 de noviembre, de constitución de la Mancomunidad Municipal de Servicios del Valle del Nalón. Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 294 (21-

- 12-1984). BOPA; Disponible en:
<https://sede.asturias.es/bopa/1984/12/21/19841221.pdf>
67. Martínez Fernández L, Mínguez González S. Las cuencas mineras de asturias, readaptación y desarrollo [Internet]. Polígonos. Revista de Geografía. 2005 [citado 4 de abril de 2014]. p. 37-63. Disponible en:
<http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/poligonos/article/download/426/376>
 68. Prada Trigo J. Las políticas de revitalización urbana en ciudades intermedias de tradición minero-industrial: incidencia de los actores locales. Madrid: Fundación Alternativas; 2011. 60 p.
 69. Fernández García A. Langreo: industria, población y desarrollo urbano. Langreo: Ayuntamiento de Langreo; 1980. 506 p.
 70. Martín Arce J. Crisis industrial y reconversión (1976-1982). En: Tussell J, Soto A, editores. Historia de la transición 1975-1986. Madrid: Alianza; 1996. p. 305-48.
 71. Köhler H-D, Arnicke S, Latorre P, Agüera Sirgo JM, Vega García R. Asturias: el declive de una región industrial. Gijón: Trea; 1996.
 72. Soto Carmona A. Conflictividad social y transición sindical. En: Tussell J, Alvaro S, editores. Historia de la transición 1975-1986. Madrid: Alianza; 1996. p. 363-408.
 73. Rubiera F, coordinador. Primer informe de diagnóstico de la situación y perspectivas demográficas del Principado de Asturias [Internet]. Oviedo; 2014 [citado 27 de mayo de 2015]. p. 56. Disponible en:
https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/TRANSPARENCIA/201409_Primer_Estudio_Demografia.pdf
 74. Martínez González E. Las mujeres en el conflicto minero del carbón en la cuenca del Nalón (1962-2012) [Internet]. Oviedo; 2013 [citado 7 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10651/19385>
 75. Albert Verdú C. La evolución de la demanda de Enseñanza Superior en España: 1997-2007. Hacienda Pública Española (Monografías). 1998;119-37.
 76. Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 313 (31-12-2001) [Internet]. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-24972
 77. Decreto 235/2003 de 18 de diciembre por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos de atención especializada. Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº6 (9-1-2004) [Internet]. Disponible en:
http://tematico.asturias.es/bopa/Bol/20040109/00082_01.htm
 78. Castaño Sanchez N, Natal Ramos C. Registro de altas hospitalarias: conjunto mínimo básico de datos de la atención especializada (CMBDAE) 2011 [Internet]. 2012 [citado 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.enotas.es/?nota-metodologica=registro-de-altas-hospitalarias-conjunto-minimo-basico-de-datos-de-la-atencion-especializada-cmbdae>
 79. Ramirez S, Martín A, Aguilar M, et al. Gestión de la documentación sanitaria. Malaga: Vertice; 2008.

80. Sistema de Información Sanitaria [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 9 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
81. Ley del Principado de Asturias 2/2009 de 8 de mayo por la que se aprueba el Plan Asturiano de Estadística 2009-2012. Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 115 (20-5-2009) [Internet]. Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2009/05/20/2009-12783.pdf>
82. Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. 2003. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/be_v24n2-Actu_CIE.htm
83. Orden 6 de septiembre de 14 de septiembre de 1984, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. Boletín Oficial del Estado, nº 221 (14-9-1984) [Internet]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-20915
84. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-11-2002) [Internet]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
85. Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 225 (16-9-2010) [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-S-2010-225.pdf>
86. Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población y Viviendas 2011 [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm
87. Suarez F, Jimenez F, Peiró S, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Atlas VPM. 2010 [citado 26 de octubre de 2015]. Disponible en: [http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22356/Atlasnumero7_\(608KB\).pdf](http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22356/Atlasnumero7_(608KB).pdf)
88. Buurman BM, Frenkel WJ, Abu-Hanna A, et al. Acute and chronic diseases as part of multimorbidity in acutely hospitalized older patients. [Internet]. Eur J Intern Med. European Federation of Internal Medicine.; 2015 [citado 5 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2015.09.021>
89. Barnett K, Mercer S, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study [Internet]. The Lancet. 2012 [citado 5 de noviembre de 2015]. p. 37-43. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
90. Eiras A, Teixeira MA, González-Montalvo JI. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados [Internet]. Aten Primaria. 2016 [citado 25 de abril de 2016]. p. 110-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.005>

91. Delgado E, Montero B, Muñoz M, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;50(2):89-96.
92. Dedhiya SD, Hancock E, Craig BA, et al. Incident use and outcomes associated with potentially inappropriate medication use in older adults [Internet]. *Am J Geriatric Pharmacother.* 2016 [citado 25 de abril de 2016]. p. 562-70. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1543-5946\(10\)80005-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1543-5946(10)80005-4)
93. Dormann H, Sonst A, Müller F, et al. Adverse drug events in older patients admitted as an emergency. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(13):213-9.
94. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [citado 27 de abril de 2016]. p. 80. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidad/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
95. Nicieza-García ML, Salgueiro-Vázquez ME, José F, et al. Optimización de la información sobre la medicación de personas polimedicadas en atención primaria. *Gac Sanit. SEESPAS;* 2016;30(1):69-72.
96. Campanelli CM. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31.
97. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults [Internet]. *J Am Geriatr Soc.* 2015 [citado 5 de mayo de 2016]. p. 2227-46. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13702>
98. Pastor J, Aranda A, Gascón J, et al. Adaptación española de los criterios Beers Spanish adaptation of Beers criteria. *An Sist Sanit Navar.* 2015;38(3):375-85.
99. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015;44:213-8.
100. Moreno-Campoy EE, Mérida-De la Torre FJ, Martos-Crespo F, et al. Diferencias de género en el uso de marcadores tumorales [Internet]. *Rev Calid Asist.* 2015 [citado 6 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X15001074>
101. Raine R. Does gender bias exist in the use of specialist health care? *J Health Serv Res Policy.* octubre de 2000;5(4):237-49.
102. Lagro-Janssen ALM. Medicine is not gender-neutral: influence of physician sex on medical care. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2008;152(20):1141-5.
103. Hall JA, Gulbrandsen P, Dahl FA. Physician gender, physician patient-centered behavior, and patient satisfaction: a study in three practice settings within a hospital. *Patient Educ Couns.* 2014;95(3):313-8.
104. Real Decreto 1591/2010 de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Boletín Oficial del Estado*, nº 306 (17-12-2010) [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/17/pdfs/BOE-A-2010-19389.pdf>

105. Real Decreto 1348/2003 de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. Boletín Oficial del Estado, nº 264 (4-11-2003). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-20257
106. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Dirección General de Coordinación de la Asistencia. Medicamentos potencialmente inapropiados [Internet]. 2014 [citado 26 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354337155930&languaje=es&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&site=ComunidadMadrid
107. Dipiro J, Talbert R, Yee G, Matzke G, Wells B, Posey L, editores. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. 8ª Ed. McGraw-Hill; 2011. 2668 p.
108. Flórez J. Farmacología humana. 6ª Ed. Masson; 2013. 1216 p.
109. Flórez J. Tratamiento farmacológico del dolor. Barcelona: Ars Médica; 2007. 310 p.
110. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna (2 vols). 16ª Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2006. 2872 p.
111. Lozano P, Moreno A, Leza J, Lizasoain I, Moro M, editores. Velázquez: Farmacología básica y clínica. 17ª Ed. Panamericana; 2005. 1250 p.
112. Instituto de Información Sanitaria. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD – Registro de altas: informe resumen 2010 [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [citado 16 de enero de 2013]. p. 54. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Hospitalizacion_SNS_CMBD_Informe2010.pdf
113. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Estadísticas comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud CMBD-Año 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 16 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
114. Lopez B, Fernandez A. ¿Quién vive ahí?: Envejecimiento, territorio y salud [Internet]. Boletín del Observatorio de Salud en Asturias. 2012 [citado 16 de enero de 2013]. p. 4. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/OBSA1m.pdf>
115. III Encuesta de Salud para Asturias año 2012. Oviedo: Consejería de Sanidad. 2012.
116. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011–2012 [Internet]. 2013 [citado 14 de febrero de 2015]. p. 12. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
117. Determinantes de salud. Factores socioeconómicos. Nivel de estudios bajos [Internet]. Observatorio de Salud en Asturias. 2008 [citado 3 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/?indicador=nivel-de-estudios-bajos&tipo=0&anio=2016>
118. Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. Inf SESPAS.

- 2002;(23):495-510.
119. Natal Ramos C, Garía Menéndez M. Hospitalización en personas mayores en el Servicio de Salud del Principado de Asturias 2011. [Internet]. Dirección de Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2012 [citado 19 de enero de 2015]. p. 44. Disponible en: <ftp://ftp.asturias.es/astursalud/calidad/Hospitalizacionenpersonasmayores.pdf>
 120. Sanfelix J, Palop V, Pereiro I, et al. Gender influence in the quantity of drugs used in primary care. *Gac Sanit.* 2008;22(1):11-9.
 121. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2011 [Internet]. 2012 [citado 16 de marzo de 2015]. p. 10. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np762.pdf>
 122. Leening MJG, Ferket BS, Steyerberg EW, et al. Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study. *BMJ.* England; 2014;349:g5992.
 123. Schröder A, Abrams P, Andersson K, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria [Internet]. European Association of Urology, 2010. [citado 25 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf
 124. Miravittles M, Soler-Cataluña J, Calle M, et al. Guía Española de la EPOC: tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Aten Primaria* [Internet]. 2012;44:425-37. Disponible en: <http://www.gesepoc.com>
 125. Guías de práctica clínica. Área del corazón. HUCA [Internet]. Servicio de Cardiología. [citado 4 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/cardiologia/index.htm>
 126. Delgado A, Távora A, Ortiz T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estud Sociolingüística.* 2003;4:589-611.
 127. Butler J. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001. 320 p.
 128. Cobo Bedía R. Género y teoría social. *Rev Int Sociol.* 2000;25:5-20.
 129. Thernstrom M. Las crónicas del dolor. Barcelona: Anagrama; 2012. 520 p.
 130. Aliaga L, Baños J, De Barutell C, et al. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. 3ª Ed. Barcelona: Permanyer; 2009. 430 p.
 131. Manteuffel M, Williams S, Chen W, et al. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. [Internet]. *Journal of Women's Health.* 2014 [citado 9 de febrero de 2016]. p. 112-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24206025>
 132. Fernández-Liz E, Modamio P, Catalán A, et al. Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2008 [citado 31 de marzo de 2014];65(3):407-17. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2291251&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

133. Fernández Liz E. Identificación de la influencia de la edad y el sexo en el consumo de medicamentos [Tesis Doctoral]. Universidad de Barcelona; 2011 [citado 1 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/1623>
134. Sánchez DP, Guillén JJ, Torres AM, et al. Análisis de la dispensación de medicamentos para el control de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia: ¿existen diferencias de género? [Internet]. Aten Primaria. 2014 [citado 1 de mayo de 2016]. p. 147-55. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713002473>
135. Mounier-Vehier C, Simon T, Guedj-Meynier D, et al. Gender-related differences in the management of hypertension by cardiologists: The PARITE study. Archives of Cardiovascular Diseases. 2012. p. 271-80.
136. Chilet-Rosell E, Ruiz-Cantero MT, Fernández J, et al. Inequality in analgesic prescription in Spain. A gender development issue. Gac Sanit. 2013;27:135-42.
137. Hiroshi F, Inocenti A. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínica médica y quirúrgica de um hospital general. Rev Lat Amer Enferm. 2013;21:8.
138. Colell E, Sánchez-Niubo A, Domingo-Salvany A, et al. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. Gac Sanit. 2014;28:369-75.
139. Gil E, Romo N, Poo M, et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. Aten Primaria [Internet]. 2005 [citado 31 de marzo de 2014];35(8):402-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265670570384X>
140. Moreno M, Clemente E, Piñero M, et al. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. Aten Primaria. 2000;26:554-8.
141. Schopper M, Irnich D. Gender and its implications for cardiothoracic perioperative care and anesthesia. Thorac Cardiovasc Surg. Department of Anaesthesiology; 2013;61:7-14.
142. Soriano JB, Miravittles M, Borderías L, et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Arch Bronconeumol. 2010;46(10):522-30.
143. Sender MJ, Vernet M, Pérez S, et al. Enfermedad funcional tiroidea en la población de edad avanzada [Internet]. Aten Primaria. 2004 [citado 2 de mayo de 2016]. p. 192-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704789076>
144. Mariscal Hidalgo AI, Lozano Alonso JE, Vega Alonso T. Hipotiroidismo subclínico en una muestra oportunista de la población de Castilla y León. Gac Sanit. 2015;29(2):105-11.
145. Asociación Española de Cáncer de Tiroides (AECAT). Impacto social de las enfermedades tiroideas en España [Internet]. Madrid: Aecat. 2014 [citado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.aecat.net/wp-content/uploads/2014/07/Analisis-Impacto-Social-de-las-Enfermedades-Tiroideas-.pdf>
146. Galán C, Garrido R, Fernández S, et al. Prevalencia de medicación potencialmente inapropiada en pacientes ancianos hospitalizados utilizando criterios explícitos. Farm Hosp. 2014;38(4):305-16.

147. Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, et al. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;68(6):936-47.
148. Terol-Fernandez J, Faus-Felipe V, Diez-Rodriguez M, et al. Prevalence of inappropriate prescription to polymedicated patients over 65 years old in a rural health area. *Rev Calid Asist. Spain*; 2016;31(2):84-98.
149. Nicieza-Garcia ML, Salgueiro-Vazquez ME, Jimeno-Demuth FJ, et al. Inappropriate prescribing in polypharmacy elderly outpatients taking multiple medications. Are the STOPP criteria useful? *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2016;54(3):172-6.
150. Hofer-Duckelmann C. Gender and polypharmacotherapy in the elderly: a clinical challenge [Internet]. *Handbook of Experimental Pharmacology*. 2012 [citado 25 de abril de 2014]. p. 169-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027451>
151. Nicieza-Garcia ML, Salgueiro-Vazquez ME, Jimeno-Demuth FJ, et al. Beers versus STOPP criteria in polypharmacy community-dwelling older patients. *Farm Hosp*. 2016;40(3):150-64.
152. Sanfelix J, Palop V, Pereiró I, et al. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Aten Primaria*. 2002;30:163-70.
153. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas M, compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG; 1996. p. 265-302.
154. Fernández I. Medicina y poder de los cuerpos. *Thémata Rev Filos*. 2004;33:191-8.
155. Illich I. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral; 1975. 218 p.
156. Carrillo JL. Medicina vs Mujer o la construcción social de una enfermedad imaginaria: el discurso médico sobre la clorosis. *Hist Contemp*. 2007;34:259-81.
157. Ruiz-Cantero M, Verbrugge L. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1997 [citado 31 de marzo de 2014];51(2):106-9. Disponible en: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.51.2.106>
158. Prior J. El estrés cultural suprime la ovulación: riesgo para la osteoporosis. *Vivir con salud haciendo posibles las diferencias*. Instituto de la Mujer (Colección Debate). Madrid. 1997;20:47-56.
159. Castañeda I. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev Cuba Salud Publica*. 2007;33:1-20.
160. Marrugat J, Sala J, Masia R, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. RESCATE Investigators. Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempo de Espera. *JAMA*. 1998;280(16):1405-9.
161. Mingot M, Borrás J. Mortalidad diferencial según el sexo en Cataluña. *Gac Sanit*. 1992;28:8-12.
162. Healy B. The Yentl syndrome. *New Engl. J Med*. 1991. p. 274-6.
163. Tobin JN, Wassertheil-Smoller S, Wexler JP, et al. Sex bias in considering coronary

bypass surgery. *Ann Intern Med.* 1987;107(1):19-25.

164. Weintraub WS, Kosinski AS, Wenger NK. Is there a bias against performing coronary revascularization in women? *Am J Cardiol.* 1996. p. 1154-60.
165. Maynard C, Litwin P, Martin J, et al. Gender differences in the treatment and outcome of acute myocardial infarction. Results from the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry. *Arch Intern Med.* 1992;152(5):972-6.
166. Colomer C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:91-3.
167. Harris M. *Antropología cultural.* 3ª Ed. Madrid: Alianza Editorial; 2011. 624 p.
168. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac. Sanit.* 2004. p. 189-94.
169. Borrell C, Vives-Cases C, Domínguez-Berjón M, et al. Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante. *Gac. Sanit.* 2015. p. 161-3.
170. Schiaffino A, García M, Fernández E. Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. *Gac Sanit.* 2001;15:251-4.
171. Laguna-Goya N, De Andres-Trelles F. Sex as a variable in medicines assessment reports for licensing in the European Union. Can gender bias be excluded? *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70:519-25.
172. Arrizabalaga P, Abellana R, Vinas O, et al. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gac Sanit.* 2014;28(5):363-8.
173. Arcos E, Poblete J, Molina Vega I, et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Rev Med Chile.* 2007. p. 708-17.
174. Vilardell M. *Ser médico. El arte y el oficio de curar.* Barcelona: Plataforma; 2009. 164 p.
175. Millán J. Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica.* 2014. p. S23-37.
176. Sanz E. La formación en ética y valores en las facultades de medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica.* 2014. p. S27-31.
177. Ortiz Gómez T. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista.* Oviedo: KRK; 2006. 362 p.

ANEXOS

Anexo I: Principales enfermedades incluidas en cada capítulo de enfermedad

Cap. CMBD	Dx principal (CIE9MC)	Hombre	Mujer	N	% frente al total capítulo	
7	CIE9MC Enfermedades del sistema circulatorio					
	427 Disritmias cardíacas	82	77	159	19,11	
	428 Insuficiencia cardíaca	56	63	119	14,30	
	410 Infarto agudo de miocardio	50	20	70	8,41	58,41 % (n=486)
	411 Otras formas agudas y subagudas cardiopatía isquémica	50	19	69	8,29	
	434 Oclusión de arterias cerebrales	43	26	69	8,29	
	Resto			346		
9	CIE9MC Enfermedades del aparato digestivo					
	574 Colelitiasis	72	109	181	24,23	
	550 Hernia inguinal	81	4	85	11,38	
	553 Otra hernia abdominal sin mención de obstr ni gangrena	39	33	72	9,64	56,22 % (n=420)
	562 Divertículo intestinal	18	24	42	5,62	
	560 Obstrucción intestinal sin hernia	19	21	40	5,35	
	Resto			327		
8	CIE9MC Enfermedades del aparato respiratorio					
	518 Otras enfermedades pulmonares	102	84	186	27,72	
	486 Neumonía organismo sin especificar	65	41	106	15,80	
	491 Bronquitis crónica	75	3	78	11,62	75,52% (n=500)
	519 Otras enfermedades del aparato respiratorio	38	30	68	10,13	
	493 Asma	18	44	62	9,24	
	Resto			171		
2	CIE9MC Neoplasias					
	188 Neoplasia maligna de la vejiga	52	9	61	15,17	
	174 Neoplasia maligna mama mujer	0	51	51	12,69	
	162 Neoplasia maligna traquea, bronquios y pulmón	36	8	44	10,95	56,71 % (n=228)
	153 Neoplasia maligna colon	23	16	39	9,70	
	185 Neoplasia maligna próstata	33	0	33	8,21	
	Resto			174		
13	CIE9MC Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo					
	715 Osteoartrosis general	71	85	156	39	
	726 Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos.	30	30	60	15,00	
	735 Deformación adquirida de dedo gordo del pie	3	38	41	10,25	78,75 % (n=315)
	717 Trastorno interno rodilla	20	14	34	8,50	
	727 Otros trastornos de sinovia, tendón y bursa	14	10	24	6,00	
	Resto			85		

Cap. CMBD	Dx principal (CIE9MC)	Hombre	Mujer	N	% frente al total capítulo	
10	CIE9MC	Enfermedades del aparato genitourinario				
	599	44	59	103	28,37	
	592	31	21	52	14,33	
	584	15	18	33	9,09	
	590	5	28	33	9,09	
	600	33	0	33	9,09	
	Resto			109		
					69,97% (n=254)	
16	CIE9MC	Síntomas, signos y estados mal definidos				
	786	75	57	132	40,49	
	780	46	39	85	26,07	
	789	10	18	28	8,59	
	784	8	11	19	5,83	
	788	10	4	14	4,29	
	Resto			48		
					85,28 % (n=278)	
17	CIE9MC	Lesiones y envenenamientos				
	996	21	35	56	20,97	
	820	14	24	38	14,23	
	823	12	9	21	7,87	
	998	10	8	18	6,74	
	824	9	8	17	6,37	
	Resto			117		
					56,18 % (n= 150)	
5	CIE9MC	Trastornos mentales				
	300	8	21	29	14,29	
	301	11	16	27	13,30	
	309	13	9	22	10,84	
	295	13	5	18	9,85	
	296	9	8	17	8,37	
	Resto			88		
					56,65 % (n=115)	
6	CIE9MC	Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos				
	345	13	9	22	13,10	
	386	6	5	11	6,55	
	340	1	9	10	5,95	
	365	4	5	9	5,36	
	371	4	4	8	4,76	
	Resto			108		
					35,70 % (n=60)	

Anexo II: Diagnósticos principales y secundarios asociados con diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

A) (CIE9MC: 427): Disritmias cardiacas

	Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico		Enfermedades del sistema circulatorio		Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado salud	
	Cero	≥Una	Cero	≥Una	Cero	≥Una
Sexo						
Hombre	63,4%	36,6%	31,7%	68,3%	59,8%	40,2%
Mujer	88,3%	11,7%	14,3%	85,7%	76,6%	23,4%
P- valor	0,000		0,008		0,017	

B) (CIE9MC: 428): Insuficiencia cardiaca

	Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo	
Sexo	Cero	≥ Una
Hombre	98,2 %	1,8 %
Mujer	85,7 %	14,3 %
P- valor	0,014	

C) (CIE9MC: 486): Neumonía

	Enfermedades del sistema respiratorio		Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo		Clasificación suplementaria de Factores que influyen en el estado salud	
	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una
Sexo						
Hombre	41,5%	58,5%	95,4 %	4,6 %	49,2%	50,8%
Mujer	65,9%	34,2%	82,9 %	17,1%	82,9%	17,1%
P- valor	0,012		0,038		0,000	

D) (CIE9MC: 491): Bronquitis crónica

	Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico	
Sexo	Cero	≥ Una
Hombre	78,7%	21,3%
Mujer	0,0%	100,0%
P- valor	0,013	

E) (CIE9MC: 518): Otras enfermedades pulmonares

	Neoplasias		Enfermedades. endocrinas, nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad		Enfermedades del sistema circulatorio	
	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una	Cero	≥Una
Hombre	88,2%	11,8%	68,6%	31,4%	33,3%	66,7%
Mujer	97,6%	2,4%	51,2%	48,8%	19,0%	81,0%
P- valor	0,013		0,011		0,021	

E) (CIE9MC: 518): Otras enfermedades pulmonares

	Enfermedades del aparato respiratorio		Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo		Clasificación suplementaria de Factores que influyen en el estado salud	
	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una
Hombre	4,9%	95,1%	89,2 %	10,8 %	41,2%	58,8%
Mujer	16,7%	83,4%	73,8 %	23,2 %	69,0%	30,9%
P- valor	0,008		0,005		0,000	

F) (CIE9MC: 599): Otros trastornos de la uretra y tracto urinario

Sexo	Enfermedades. endocrinas, nutrición, metabólicas y trastornos de la inmunidad		Clasificación suplementaria de Factores que influyen en el estado salud	
	Cero	≥Una	Cero	≥Una
Hombre	72,7%	27,3%	38,6%	61,3%
Mujer	52,5%	47,5%	66,1%	33,9%
P- valor)	0,030		0,005	

F) (CIE9MC: 599): Otros trastornos de la uretra y tracto urinario

Sexo	Enfermedades infecciosas y parasitarias		Neoplasias	
	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una
Hombre	75,0%	25,0%	77,3%	22,7%
Mujer	52,5%	47,5%	94,9%	5,1%
P- valor	0,016		0,009	

G) (CIE9MC: 786): Síntomas que implican al aparato respiratorio y otros síntomas torácicos

Sexo	Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conjuntivo		Clasificación suplementaria de Factores que influyen en el estado salud	
	Cero	≥ Una	Cero	≥ Una
Hombre	96 %	4 %	45,3%	54,7%
Mujer	70,2 %	29,8 %	70,2%	29,9%
P- valor	0,000		0,004	

Anexo III: Patologías agrupadas por diagnóstico principal, n° de pacientes y tratamiento de referencia asignado a cada conjunto.

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁰ .	N° CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
ENFERMEADES INFECCIOSAS INTESTINALES (001-009)	3	2	003.9 - INFECCIONES POR SALMONELLA. SIN ESPECIFICAR	J
	8	2	008.45 - ENTERITIS CLOSTRIDEUM DIFFICILE	A
TUBERCULOSIS (010-018)	11	4	011.93 - TBC PULMONAR NEOM-DGCO.POR MICROCOPIA	J
	18	1	018.94 - TBC MILIAR NEOM-DGCO.POR CULTIVO	J
OTRAS ENFERMEADES BACTERIANAS (030-041)	38	10	038.9 - SEPTICEMIA SIN ESPECIFICAR	J
INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) (042)	42	2	042 - ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	J
ENFERMEADES VÍRICAS ACOMPAÑADAS GENERALMENTE DE EXANTEMA (050-059)	53	4	053.9 - HERPES ZOSTER SIN COMPLICACION	J
OTRAS ENFERMEADES DEBIDAS A VIRUS Y A CLAMIDIAS (070-079)	75	3	075 - MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	J ó N
	78	2	078- OTRAS ENFERMEADES POR VIRUS Y CLAMIDIAS	J
	79	5	079.99 - INFECCION VIRAL INESPECIFICA	N
RICKETTSIOSIS Y OTRAS ENFERMEADES PORTADAS POR ARTRÓPODOS (080-088)	83	2	083.0 - FIEBRE Q	J ó N
TRASTORNOS DE LA GLANDULA TIROIDEA (240-246)	240	2	240.9 - BOCIO. NO ESPECIFICADO	H ó nada
	241	9	241.9 - BOCIO NODULAR NO TOXICO Y NO ESPECIFICADO	H ó nada
	242	4	242.30 - BOCIO NODULAR TOXICO NEOM SIN CRISIS	H ó nada
ENFERMEADES DE OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS (249-259)	250	23	250.90 - DIABETES COMPL. NO ESP. TIPO II O NO ESP. NO DESCOMPENSADA	A
	251	2	251.2 - HIPOGLUCEMIA NO ESPECIFICADA	A
OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS Y DE INMUNIDAD (270-279)	274	3	274.11 - NEFROLITIASIS GOTOSA	G
	276	8	276.7 - HIPERPOTASEMIA	A

²⁰ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²¹ .	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS Y DE INMUNIDAD (270-279)	277	2	277.7 - SINDROME X DISMETABOLICO	A y/o C
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS (280-289)	280	28	280- ANEMIAS POR CARENCIA DE HIERRO	B
	281	2	281.1 - OTRA ANEMIA POR CARENCIA DE VITAMINA B-12	B
	283	1	283.0 - ANEMIAS HEMOLITICAS AUTOINMUNES	B
	285	2	285.21 - ANEMIA EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA	B
	287	5	287.39 - OTRA TROMBOCITOPENIA PRIMARIA	H
PSICOSIS (290-299)	290	2	290.41 - DEMENCIA VASCULAR. CON DELIRIUM	N
	291	6	291.9 - TRASTORNOS MENTALES NO ESPECIFICADOS INDUCIDOS POR ALCOHOL	N
	292	3	292.9 - TRASTORNO MENTAL INDUCIDO POR DROGAS Y NO ESPECIFICADO	N
	293	14	293.0 - DELIRIUM DEBIDO A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	N
	294	2	294.8 - OTROS TRASTORNOS MENTALES PERSISTENTES DEBIDO A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	N
	295	19	295.90 - ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA - NEOM	N
	296	17	296.90 - TRASTORNO EPISODICOS DEL HUMOR NO ESPECIFICADO	N
	297	10	297.9 - ESTADO PARANOIDE NO ESPECIFICADO	N
	298	11	298.9 - PSICOSIS NO ESPECIFICADA	N
TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS (300-316)	300	29	300.4 - TRASTORNO DISTIMICO	N
	301	27	301.9 - TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO	N
	303	2	303.00 - INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA - NO ESPECIFICADA	N
	304	1	304.10 - DEPENDENCIA BARBITURICOS Y SIMILARES - NEOM	N
	305	11	305.90 - OTRO ABUSO DE DROGAS. MIXTOS O NEOM - NEOM	N

²¹ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²²	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS (300-316)	307	2	307.81 - DOLOR DE CABEZA POR TENSION	N
	308	11	308.9 - REACCION AGUDA AL STRESS NO ESPECIFICADA	N
	309	22	309.28 - TRASTORNO DE ADAPTACION MIXTO DE ANSIEDAD Y HUMOR DEPRIMIDO	N
	310	1	310.1 - CAMBIO DE PERSONALIDAD DEBIDO A AFECIONES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	N
	311	10	311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	N
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (320-326)	323	3	323.9 - CAUSA NO ESPECIFICADA DE ENCEFALITIS. MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS	H ó N
ENFERMEDADES HEREDITARIAS Y DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (330-337)	331	6	331.83 - AFECTACION COGNITIVA DESCRITA COMO LEVE	N
	332	7	332.1 - PARKINSONISMO SECUNDARIO	N
	333	4	333.90 - ENFERM. EXTRAPIRAMIDAL Y TRAST. ANORMAL MOVIMIENTOS NO ESPEC	N
	334	1	334.3 - OTRAS ATAXIAS CEREBELOSAS	N
DOLOR (338)	338	3	338.19 - OTRO DOLOR AGUDO	N
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (340-349)	340	10	340 - ESCLEROSIS MULTIPLE	H y/o L y/o N
	341	2	341.8 - OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTE DEL SNC	N
	345	22	345.90 - EPILEPSIA NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE EPILEPSIA INCURABLE	N
	346	7	346.70 - MIGRAÑA CRONICA SIN AURA. SIN MENCION DE MIGRAÑA INTRATABLE NI MENCION DE ESTATUS MIGRAÑOSO	M ó N
	348	4	348.39 - OTRA ENCEFALOPATIA	N
	349	4	349.9 - TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO NO ESPECIFICADOS	A
TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO (350-359)	351	4	351.0 - PARALISIS DE BELL	H
	354	5	354.2 - LESION DEL NERVIIO CUBITAL	N

²² DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²³	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO (350-359)	355	4	355.8 - MONONEURITIS DE MIEMBRO INFERIOR. SIN ESPECIFICAR	N
	356	1	356.8 - OTRA NEUROPATIA PERIFERICA IDIOPATICA ESPECIFICADA	N
	357	2	357.5 - POLINEUROPATIA ALCOHOLICA	N
	358	1	358.01 - MIASTENIA GRAVE CON EXACERBACION (AGUDA)	N
	359	1	359.89 - OTRAS MIOPATIAS	N
TRASTORNOS DEL OJO Y DE LOS ANEXOS (360-379)	365	9	365.9 - GLAUCOMA NO ESPECIFICADO	S
	377	5	377.41 - NEUROPATIA OPTICA ISQUEMICA	H ó nada
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y PROCESO MASTOIDEO (380-389)	386	11	386.9 - SINDROME DE VERTIGO Y ALTERACIONES LABERINTICAS NEOM	N
ENFERMEDAD CARDIACA REUMATICA CRONICA (393-398)	396	2	396.3 - INSUF. VALVULA MITRAL-INSUF. VALVULA AORTICA	B+C
	398	1	398.91 - INSUFICIENCIA CARDIACA REUMATICA (CONGESTIVO)	B+C
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (401-405)	401	3	401.9 - HIPERTENSION ESENCIAL NO ESPECIFICADA	C
	402	13	402.91 - ENF.CARDIACA HIPERTENSIVA SIN ESPECIFICAR. CON FALLO C.CONG.	C
	403	8	403.91 - ENFERMEDAD DEL RIÑON HIPERTENSIVA CRONICA NO ESPECIFICADA CON ENFERMEDAD CRONICA DEL RIÑON ESTADIO V. O ENFERMEDAD RENAL	C
	404	10	404.91 - ENFERMEDAD CARDIACA Y RENAL CRONICA HIPERTENSIVA NO ESPECIFICA CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y CON ENFERMEDAD CRONICA DEL R	C
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (410-414)	410	70	410.91 - I.A.M. SITIO NO ESPECIFICADO EPISODIO ATENCION INICIAL	B+C
	411	69	411.1 - SINDROME CORONARIO INTERMEDIO	B+C
	413	42	413.9 - OTRA ANGINA DE PECHO Y ANGINA DE PECHO NEOM	B+C
	414	23	414.01 - ATEROSCLEROSIS CORONARIA DE ARTERIA CORONARIA NATIVA	B+C
ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR (415-417)	415	51	415.19 - OTRO EMBOLISMO E INFARTO PULMONAR	B

²³ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁴ .	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR (415-417)	416	4	416.8 - OTRAS ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES CRONICAS	B
OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD CARDIACA (420-429)	420	6	420.91 - PERICARDITIS IDIOPATICA AGUDA	C ó M
	423	6	423.9 - ENFERMEDAD DEL PERICARDIO NEOM	C ó M
	424	5	424.1 - ALTERACIONES DE LA VALVULA AORTICA	C ó M
	427	159	427.89 - OTRAS DISRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS	C
	428	119	428.0 - INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. NO ESPECIFICADA	B+C
	429	5	429.9 - CARDIOPATIA NO ESPECIFICADA	B+C
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (430-438)	431	17	431 - HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	C
	433	11	433.21 - OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA VERTEBRAL CON INFARTO CEREBRAL	B+C
	434	69	434.91 - OCLUSION DE ART. CEREBRAL NO ESPECIF. CON INFARTO CEREBRAL	B+C
	435	42	435.9 - ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA NO ESPECIFICADA	B+C
	436	1	436 - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA MAL DEFINIDA	B+C
	437	12	437.9 - OTRAS ENF. CEREBROVAS. Y ENF. CEREBROVS.NO ESPECIFICADA	B+C
ENFERMEDADES DE VENAS Y LINFATICOS, Y OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (451-459)	451	2	451.84 - FLEBITIS TROMBOFLEBITIS DE VENAS NO ESPEC. MIEMBRO SUPERIOR	B
	452	1	452 - TROMBOSIS DE VENA PORTA	B
	453	17	453.41 - EMBOLIA Y TROMBOSIS VENOSA AGUDA DE VASOS PROFUNDOS DE PARTE PROXIMAL DE EXTREMIDAD INFERIOR	B
	455	29	455.8 - HEMORROIDES NO ESPECIFICADA - CON OTRA COMPLICACION	C ó H ó Cirugía
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (460-466)	462	3	462 - FARINGITIS AGUDA	J
	463	12	463 - AMIGDALITIS AGUDA	J
	464	1	464.30 - EPIGLOTITIS AGUDA SIN MENCION DE OBSTRUCCION	J
	466	12	466.0 - BRONQUITIS AGUDA	J

²⁴ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁵	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
OTRAS ENFERMEDADES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (470-478)	470	7	470 - TABIQUE NASAL DESVIADO	J
	471	4	471.9 - POLIPO NASAL NO ESPECIFICADO	J
	473	1	473.9 - SINUSITIS NO ESPECIFICADA (CRONICA)	J
	474	12	474.12 - AMIGDALITIS Y ADENOIDES CRONICA	M ó N
	475	15	475 - ABSCESO PERITONSILAR	J
	478	27	478.79 - OTROS ENFERMEDADES LARINGEAS NO CLASIF. EN OTROS CONCEPTOS	M ó N
NEUMONÍA Y GRIPE (480-488)	481	20	481 - NEUMONIA NEUMOCOCICA (NEUM. POR STREPTOCOCO NEUMONIAE)	J ó N
	482	1	482.0 - NEUMONIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE	J ó N
	485	7	485 - BRONCONEUMONIA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	J ó N
	486	106	486 - NEUMONIA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	J ó N
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS (490-496)	491	78	491.21 - BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVA CON EXACERBACION (AGUDA)	H ó R
	493	62	493.92 - ASMA NO ESPECIFICADA CON EXACERBACION (AGUDA)	H ó R
	494	6	494.1 - BRONQUIECTASIAS CON EXACERBACION AGUDA	H ó R
NEUMOCONIOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OCASIONADAS POR AGENTES EXTERNOS (500-508)	507	10	507.0 - NEUMONITIS POR INHALACION DE COMIDA/VOMITOS	N ó J
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (510-519)	511	18	511.9 - DERRAME PLEURAL NO ESPECIFICADO	M ó N
	518	186	518.89 - OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES NO CLASIF. BAJO OTRO CONCEPTO	R ó H
	519	68	519.8 - OTRAS ENF. SISTEMA RESPIRATORIO NO CLASIF. BAJO OTROS CONCEP	R ó H
ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO (530-539)	530	11	530.10 - ESOFAGITIS INESPECIFICADA	A
	531	6	531.40 - ULC GASTRICA CR. O NO ESPECIF. CON HEMORRAGIA SIN OBSTRUC.	A
	532	5	532.50 - ULC DUODENAL CR O NO ESPECIF. CON PERF. SIN OBSTRUCCION	A
	533	1	533.10 - ULCERA PEPTICA AG CON PERFORACION SIN OBSTRUCCION	A

²⁵ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁶ .	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO (530-539)	535	11	535.40 - OTRAS GASTRITIS ESPECIFICADAS SIN MENCION DE HEMORRAGIA	A
	536	2	536.9 - ALTERACION FUNCIONAL DEL ESTOMAGO NO ESPECIFICADO	A
	537	3	537.83 - ANGIODISPLASIA DE ESTOMAGO Y DUODENO CON HEMORRAGIA	A
APENDICITIS (540-543)	540	37	540.9 - APENDICITIS AGUDA SIN MENCION DE PERITONITIS	M ó N ó nada
	541	4	541 - APENDICITIS SIN CALIFICAR	M ó N ó nada
	543	4	543.9 - OTRAS ENFERMEDADES DEL APENDICE Y EFERM. APENDICE NO CLASIF.	M ó N ó nada
HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL (550-553)	550	85	550.92 - HERNIA INGUINAL SIN OBSTR. O GANGRENA - BILATERAL	M ó N ó nada
	552	3	552.29 - OTRA HERNIA VENTRAL OBSTRUCTIVA	M ó N ó nada
	553	72	553- OTRA HERNIA ABDOMINAL SIN MENCION DE OBSTRUCCION NI GANGRENA	M ó N ó nada
ENTERITIS Y COLITIS NO INFECCIOSAS (555-558)	555	6	555.9 - ENTERITIS REGIONAL SITIO NO ESPECIFICADO	A
	556	9	556.9 - COLITIS ULCERATIVA INESPECIFICA	A
	557	8	557.9 - INSUFICIENCIA VASCULAR NO ESPECIFICADA DEL INTESTINO	A
	558	31	558.9 - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS NO INFECC. Y NO ESPECIFICADAS	A
OTRAS ENFERMEDADES DEL INTESTINO Y EL PERITONEO (560-569)	560	40	560.9 - OBSTRUCCION INTESTINAL NO ESPECIFICADA	A
	562	42	562.01 - DIVERTICULITIS DEL INTESTINO DELGADO SIN MENCION HEMORRAGIA	A ó N
	564	6	564.00 - ESTREÑIMIENTO NO ESPECIFICADO	A ó N
	566	13	566 - ABSCESO DE LAS REGIONES ANAL Y RECTAL	A ó N
	567	8	567.22 - ABSCESO PERITONEAL	A ó N
	568	9	568.0 - ADHERENCIAS PERITONEALES	A ó N
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (570-579)	569	30	569.9 - ALTERACION INTESTINAL NO ESPECIFICADA	A ó N
	571	23	571.2 - CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	A ó N

²⁶ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁷	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (570-579)	572	14	572.2 - ENCEFALOPATIA HEPATICA	A ó N
	573	1	573.8 - OTRAS ALTERACIONES HEPATICAS ESPECIFICADAS	A ó N
	574	181	574.20 - CALCULO VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS SIN OBSTRUCCION	A ó N
	575	26	575.12 - COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA	A ó N
	576	8	576.8 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL TRACTO BILIAR	A ó N
	577	17	577.8 - OTRA ENFERMEDAD PANCREATICA ESPECIFICADA	A ó N
	578	14	578.9 - HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN ESPECIFICAR	A ó N
NEFRITIS, SÍNDROME NEFRÓTICO, Y NEFROSIS (580-589)	584	33	584.9 - FALLO RENAL AGUDO. NO ESPECIFICADO	A ó C
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO (590-599)	590	33	590.80 - PIELONEFRITIS NEOM	J ó N
	591	6	591 - HIDRONEFROSIS	J ó nada
	592	52	592 - CALCULO DE RIÑON Y URETER	M ó N
	599	103	599.0 - INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NEOM	J ó N
INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (680-686)	682	33	682 OTRA CELULITIS Y ABSCESO	J ó M ó N
ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADAS (710-719)	710	2	710.4 - POLIMIOSITIS	H +L
	714	2	714.0 - ARTRITIS REUMATOIDE	H +L
	715	156	715 - OSTEOARTROSIS Y TRASTORNOS CONEXOS	M ó N
	716	2	716.96 - ARTROPATIA NO ESPECIFICADA-PIERNA	M ó N
	717	34	717.89 - OTROS TRASTORNOS DE LA RODILLA NCON	B+N
	718	10	718.88 - OTRO TRASTORNO DE ARTICULACION NCC-OTRAS LOCALIZ. NO ESPECIF	N
	719	10	719.96 - TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS DE LA ARTICULACION-PIERNA	B+N
DORSOPATÍAS (720-724)	722	10	722.93 - OTROS TRASTORNOS Y TRAST. DE DISCO NO ESPECIF. REG. LUMBAR	B+N
	723	1	723.1 - CERVICALGIA	N
	724	3	724.2 - LUMBAGO	N

²⁷ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁸ .	Nº CASOS	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC	Tto consenso clínico
REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA (725-729)	725	1	725 - POLIMIALGIA REUMATICA	H
	726	60	726- TENDINITIS DE LAS INSERCIONES PERIFÉRICAS Y SÍNDROMES CONEXOS	N
	727	24	727- OTROS TRASTORNOS DE SINOVIA, TENDON Y BURSA	N
	728	16	728- TRASTORNOS DE MÚSCULOS, LIGAMENTOS Y FASCIAS	N
	729	7	729- OTROS TRASTORNOS DE TEJIDOS BLANDOS	N
OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS (730-739)	730	2	730.26 - OSTEOMIELITIS NO ESPECIFICADA-PIERNA	N
	733	16	733-OTROS TRASTORNOS DE HUESOS Y CARTÍLAGOS	N
	735	41	735- DEFORMACIONES ADQUIRIDAS DEL DEDO GORDO DEL PIE	B+N

²⁸ DX PRINC: Diagnóstico principal

Anexo IV: Diagnósticos excluidos de la comparación con el tratamiento de referencia planteado.

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN ²⁹ .	Nº CASOS	Tto consenso clínico	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (001-009)	9	1	EXCL.	009.0 - COLITIS. ENTERITIS Y GASTROENTERITIS INFECCIOSAS
	36	1	EXCL.	036.0 - MENINGITIS MENINGOCOCICA
	39	1	EXCL.	039.1 - ACTINOMICOSIS PULMONAR
POLIOMIELITIS, OTRAS ENFERMEDADES VÍRICAS Y ENFERMEDADES PRIÓNICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL NO TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS (045-049)	47	1	EXCL.	047.9 - MENINGITIS VIRICA SIN ESPECIFICAR
ENFERMEDADES VÍRICAS ACOMPAÑADAS GENERALMENTE DE EXANTEMA (050-059)	54	1	EXCL.	054.79 - OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DEL HERPES SIMPLE
	57	1	EXCL.	057.9 - EXANTEMA VIRAL SIN ESPECIFICAR
OTRAS ENFERMEDADES DEBIDAS A VIRUS Y A CLAMIDIAS (070-079)	70	2	EXCL.	070.30 - HEPATITIS VIRAL B SIN COMA HEPATICO AG. O INES. SIN H. DELTA
EFFECTOS TARDIOS DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (137-139)	137	1	EXCL.	137.0 - EFECTO TARDIO DE TBC RESPIRATORIA O SIN ESPECIFICAR
TRASTORNOS DE LA GLANDULA TIROIDEA (240-246)	245	1	EXCL.	245.2 - TIROIDITIS LINFOCITICA CRONICA
ENFERMEDADES DE OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS (249-259)	255	1	EXCL.	255.41 - DEFICIENCIA GLUCOCORTICOIDE
DEFICIENCIAS NUTRITIVAS (260-269)	262	1	EXCL.	262 - OTRAS DESNUTRICIONES PROTEICO-CALORICA GRAVES
OTROS TRASTORNOS METABÓLICOS Y DE INMUNIDAD (270-279)	275	1	EXCL.	275.49 - OTROS TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CALCIO
	279	1	EXCL.	279.06 - INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMUN
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS (280-289)	288	4	EXCL.	288.50 - LEUCOCITOPENIA. NO ESPECIFICADA

²⁹ DX PRINC: Diagnóstico principal

PATOLOGIAS AGROPADAS	DX PRIN.	Nº CASOS	Tto consenso clínico	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS (280-289)	289	5	EXCL.	289.3 - LINFADENITIS NO ESPECIFICADA. SALVO LA MESENTERICA
DISCAPACIDADES INTELECTUALES (317-319)	317	1	EXCL.	317 - RETRASO MENTAL DISCRETO
DISCAPACIDADES INTELECTUALES (317-319)	319	1	EXCL.	319 - RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (320-326)	320	2	EXCL.	320.9 - MENINGITIS POR BACTERIA NO ESPECIFICADA
	322	1	EXCL.	322.9 - MENINGITIS NO ESPECIFICADA
	325	1	EXCL.	325 - FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE SENOS VENOSOS INTRACRANEALES
OTROS SÍNDROMES DE CEFALALGIA (339)	339	1	EXCL.	339.01 - CEFALEA EN BROTES EPISODICA
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (340-349)	344	2	EXCL.	344.40 - MONOPLEJIA MIEMBRO SUPERIOR AFECTACION LADO INESPECIFICADO
TRASTORNOS DEL OJO Y DE LOS ANEXOS (360-379)	362	2	EXCL.	362.34 - OCLUSION ARTERIAL TRANSITORIA RETINIANA
	364	1	EXCL.	364.3 - IRIDOCICLITIS NO ESPECIFICADA
	366	1	EXCL.	366.9 - CATARATA NO ESPECIFICADA
	368	7	EXCL.	368.9 - PERTURBACION VISUAL NO ESPECIFICADA
	371	8	EXCL.	371.60 - QUERATOCONO NO ESPECIFICADO
	374	1	EXCL.	374.30 - PTOSIS DEL PARPADO NO ESPECIFICADO
	375	8	EXCL.	375.56 - ESTENOSIS DE CONDUCTO NASOLAGRIMAL ADQUIRIDA
	376	1	EXCL.	376.01 - CELULITIS ORBITAL
	378	7	EXCL.	378.54 - PARALISIS DEL NERVIIO ABDUCENS O DEL VI PAR
	379	1	EXCL.	379.91 - DOLOR EN O ALREDEDOR DEL OJO

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN.	Nº CASOS	Tto consenso clínico	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y PROCESO MASTOIDEO (380-389)	383	1	EXCL.	383.32 - COLESTEATOMA RECURRENTE DE CAVIDAD POSTMASTOIDECTOMIA
	385	2	EXCL.	385.23 - DISCONTINUIDAD O DISLOCACION DE LOS HUESECILLOS DEL OIDO
	388	1	EXCL.	388.2 - PERDIDA DE AUDICION REPENTINA NEOM
	389	2	EXCL.	389.10 - PERDIDA SENSORIONEURAL DEL OIDO NEOM
OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD CARDIACA (420-429)	425	6	EXCL.	425.4 - OTRAS MIOCARDIOPATIAS PRIMARIAS
	426	25	EXCL.	426.10 - BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR NEOM
ENFERMEDADES DE VENAS Y LINFATICOS, Y OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (451-459)	456	2	EXCL.	456.4 - VARICES ESCROTALES
	457	1	EXCL.	457.8 - OTRAS ALTERACIONES NO INFECC. DE CANALES LINFATICOS
	458	1	EXCL.	458.0 - HIPOTENSION ORTOSTATICA
OTRAS ENFERMEDADES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (470-478)	476	2	EXCL.	476.0 - LARINGITIS CRONICA
NEUMONÍA Y GRIPE (480-488)	487	1	EXCL.	487.1 - GRIPE CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS
NEUMOCONIOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OCASIONADAS POR AGENTES EXTERNOS (500-508)	500	1	EXCL.	500 - NEUMOCONIOSIS DE LOS TRABAJADORES DEL CARBON
	502	1	EXCL.	502 - NEUMOCONIOSIS POR OTRO SILICE O SILICATOS
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (510-519)	510	2	EXCL.	510.9 - EMPIEMA SIN FISTULA
	512	3	EXCL.	512.8 - OTRO NEUMOTORAX ESPONTANEO
	513	2	EXCL.	513.0 - ABSCESO DE PULMON
	515	3	EXCL.	515 - FIBROSIS PULMONAR POSTINFLAMATORIA

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN.	Nº CASOS	Tto consenso clínico	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC
APENDICITIS (540-543)	542	1	EXCL.	542 - OTRA APENDICITIS
OTRAS ENFERMEDADES DEL INTESTINO Y EL PERITONEO (560-569)	565	15	EXCL.	565.1 - FISTULA ANAL
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (570-579)	570	1	EXCL.	570 - NECROSIS HEPATICA AGUDA Y SUBAGUDA
NEFRITIS, SÍNDROME NEFRÓTICO, Y NEFROSIS (580-589)	581	1	EXCL.	581.9 - SÍNDROME NEFRÓTICO CON LESION PATOLOGICA RENAL NEOM
	582	1	EXCL.	582.0 - GLOMERULONEFRITIS CRONICA PROLIFERATIVA
	585	1	EXCL.	585.4 - NEFROPATIA CRONICA. ESTADIO IV (GRAVE)
NEFRITIS, SÍNDROME NEFRÓTICO, Y NEFROSIS (580-589)	586	2	EXCL.	586 - INSUFICIENCIA RENAL NEOM
	588	1	EXCL.	588.89 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS RESULTANTES DE FUNCION RENAL DETERIORADA
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO (590-599)	593	5	EXCL.	593.4 - OTRA OBSTRUCCION URETERAL
	594	3	EXCL.	594.1 - OTRO CALCULO EN VEJIGA
	595	2	EXCL.	595.9 - CISTITIS NEOM
	596	1	EXCL.	596.1 - FISTULA VESIOINTESTINAL
	598	15	EXCL.	598.9 - ESTENOSIS URETRAL NEOM
ENFERMEDADES DE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS (600-608)	600	33	EXCL.	600.91 - HIPRPLASIA DE PROSTATA. NO ESPECIFICADA. CON OBSTRUCCION URINARIA Y OTROS SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR (STUI)
	601	6	EXCL.	601.0 - PROSTATITIS AGUDA
	603	6	EXCL.	603.9 - HIDROCELE NEOM
	604	1	EXCL.	604.90 - ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS NEOM

PATOLOGIAS AGRUPADAS	DX PRIN.	Nº CASOS	Tto consenso clinico	DIAGNOSTICO PRINCIPAL_CIE9MC
ENFERMEDADES DE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS (600-608)	607	1	EXCL.	607.85 - ENFERMEDAD DE PEYRONIE
	608	5	EXCL.	608.89 - OTRAS ALTERACION. ESPECIFICADAS DE GENITALES MASCULINOS NCOC
TRASTORNOS DE MAMA (610-612)	610	2	EXCL.	610.3 - FIBROSCLOSIS MAMARIA
	611	9	EXCL.	611.9 - ALTERACIONES MAMARIAS NEOM
OTROS TRASTORNOS DEL TRACTO GENITAL FEMENINO (617-629)	617	1	EXCL.	617.5 - ENDOMETRIOSIS INTESTINAL
	618	18	EXCL.	618.9 - PROLAPSO GENITAL NEOM
	625	22	EXCL.	625.6 - INCONTINENCIA DE ESTRES. FEMENINA
INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (680-686)	685	15	EXCL.	685.1 - QUISTE PILODINAL SIN ABSCESO
OTROS ESTADOS INFLAMATORIOS DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS (690-698)	694	1	EXCL.	694.4 - PENFIGO
OTROS ESTADOS INFLAMATORIOS DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS (690-698)	695	1	EXCL.	695.2 - ERITEMA NODOSO
	706	1	EXCL.	706.2 - QUISTE SEBACEO
	709	1	EXCL.	709.8 - OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA PIEL
ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADAS (710-719)	711	2	EXCL.	711.07 - ARTRITIS PIOGEN-TOBILLO Y PIE
OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS (730-739)	732	1	EXCL.	732.4 - OSTEOCONDROSIS JUVENIL DE EXTREMIDAD INFERIOR SALVO PIE
ANOMALIAS CONGENITAS (740-759)	744	3	EXCL.	744.47 - QUISTE PREAURICULAR
	746	1	EXCL.	746.89 - OTRAS ANOMALIAS CARDIACAS CONGENITAS NCOC
	753	1	EXCL.	753.12 - RIÑON POLIQUISTICO. TIPO NO ESPECIFICADO
	756	2	EXCL.	756.12 - ESPONDILOLISTESIS
	759	1	EXCL.	759.2 - ANOMALIAS DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS

Anexo V: Principales grupos terapéuticos entre los que se distribuyen y cuantifican los medicamentos prescritos al alta hospitalaria.

G.T ³⁰ 2° nivel	Descripción	% dentro mismo GT	Sexo	N° de medicamentos recibidos		
				Uno	Dos	≥ Tres
A02 (9,05%)	Agentes para alteraciones causadas por ácidos	54,54	Hombre	1222	18	1
			Mujer	1111	12	
A10 (3,90%)	Fármacos usados en diabetes	23,49	Hombre	329	102	8
			Mujer	273	95	4
A06 (1,31%)	Laxantes	7,90	Hombre	162	4	0
			Mujer	171	1	1
A12 (0,98%)	Suplementos minerales	5,92	Hombre	77	1	
			Mujer	177	2	
A_r	Resto grupos		Hombre	144	9	0
			Mujer	151	21	1
B01 (12,07%)	Antitrombóticos	83,86	Hombre	890	370	49
			Mujer	858	254	17
B03 (2,09%)	Antianémicos	14,51	Hombre	188	30	3
			Mujer	230	27	4
B02 (0,23%)	Antihemorrágicos	1,63	Hombre	46		
			Mujer	16		
C09 (5,78%)	Agentes contra el sistema renina angiotensina	22,46	Hombre	776	12	
			Mujer	703	13	
C01 (4,94%)	Terapia cardiaca	19,21	Hombre	427	131	27
			Mujer	357	76	8
C10 (4,91%)	Agentes modificadores de lípidos	19,08	Hombre	668	34	1
			Mujer	519	19	1
C03 (4,61%)	Diuréticos	17,93	Hombre	362	94	6
			Mujer	461	93	2
C07 (2,49%)	Betabloqueantes	9,69	Hombre	362	1	
			Mujer	296	0	
C08 (1,59%)	Bloqueantes de los canales de calcio	6,18	Hombre	203	3	
			Mujer	202	5	
C_r	Resto de grupos		Hombre	192	16	
			Mujer	139	4	
G04 (1,55%)	Preparados urológicos	95,12	Hombre	292	38	3
			Mujer	31	2	
G_r	Resto de grupos		Hombre	5		
			Mujer	16		
H02 (2,01%)	Corticoides sistémicos	67,98	Hombre	304	1	
			Mujer	223	2	
H03 (0,79%)	Terapia tiroidea	26,66	Hombre	36		
			Mujer	173		
H_r	Resto de grupos		Hombre	14		
			Mujer	24	2	

³⁰ G.T: Grupo terapéutico

G.T ³¹ 2º nivel	Descripción	% dentro mismo GT	Sexo	Nº de medicamentos recibidos		
				Uno	Dos	≥ Tres
J01 (3,37%)	Antibacterianos uso sistémico	91,38	Hombre	462	22	
			Mujer	361	12	
J_r	Resto de grupos		Hombre	21	5	9
			Mujer	20	1	1
L (0,68%)	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (todos)	0,60	Hombre	73	12	2
			Mujer	71	4	
M01 (1,94%)	Productos antiinflamatorios y antirreumáticos	53,54	Hombre	213	9	
			Mujer	251	16	
M04 (0,90%)	Preparados antigotosos	24,90	Hombre	160	12	
			Mujer	55		
M05 (0,68%)	Fármacos para el tratamiento de enfermedades óseas	18,75	Hombre	24		
			Mujer	156		
M_r	Resto de grupos		Hombre	9		
			Mujer	18		
N02 (5,93%)	Analgésicos	26,06	Hombre	533	75	5
			Mujer	577	135	8
N06 (5,23%)	Psicoanalépticos	22,99	Hombre	320	72	12
			Mujer	527	128	33
N03 (1,91%)	Antiepilépticos	8,40	Hombre	171	25	4
			Mujer	202	24	7
N_r	Resto de grupos		Hombre	110	10	5
			Mujer	129	17	6
R03 (6,40%)	Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	81,13	Hombre	120	197	216
			Mujer	105	96	63
R05 (0,84%)	Preparados para la tos y resfriado	10,63	Hombre	137	2	
			Mujer	75	3	
R_r	Resto de grupos		Hombre	101	2	
			Mujer	65	1	
S01 (0,71%)	Oftalmológicos	97,91	Hombre	33	17	8
			Mujer	45	18	4
S_r	Resto de grupos	2,09	Hombre	2		
			Mujer	2		

Se excluyen los grupos "D", "P" y "V" por su escasa representación (74 medicamentos)

³¹ G.T: Grupo Terapéutico

Anexo VI: Medicamentos potencialmente inapropiados

MEDICAMENTO A EVITAR (MPI)		RIESGO ASOCIADO AL MPI	ALTERNATIVA SUGERIDA #
ANTICOLINÉRGICOS	Amitriptilina	<p>Mayor riesgo de efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, incremento de la presión intraocular) • cardiovasculares (arritmias, hipotensión postural, alargamiento QT) • gastrointestinales (náuseas, vómitos, aumento del apetito y peso) • otros (confusión, sedación, caídas). 	<p>Como antidepresivo: Sertralina 25-100 mg/desayuno Venlafaxina Retard 75-150 mg/desayuno (en pacientes que no hayan tolerado o hayan fracasado a ISRS)</p> <p>Como coadyuvante analgésico: Gabapentina inicio 300 mg/8h Pregabalina inicio 25 mg/noche (alternativa)</p>
	Antidepresivos tricíclicos		
	Amitriptilina y psicolepticos *		
	Clomipramina		
	Imipramina		
	Difenhidramina *		
Antihistamínicos H1 sedantes	Dexclorfeniramina	Loratadina 10 mg/desayuno Cetirizina 10 mg/desayuno	
Esasmolíticos	Oxibutrina	Intentar medidas no farmacológicas. Tolterodina 2-4 mg por la noche Trospio 20 mg/12h	
Antiparkinsonianos	Bipidenol	Levodopa/carbidopa (Sinemet Plus): comenzar con ½ comp (50/12,5 mg) cada 8 h y subir gradualmente	
BENZODIAZEPINAS DE VIDA MEDIA LARGA	Clobazam	<p>Mayor riesgo de: confusión, alucinaciones, visión borrosa, taquicardia, ileo paralítico, retención urinaria, caídas.</p> <p>Son preferibles las de vida más corta.</p>	<p>Insomnio: Lorazepam 0,5-1 mg al acostarse Intentar usar sólo en periodos cortos Deshabitación con descensos muy lentos de dosis</p> <p>Ansiedad: Sertralina 25-100 mg/desayuno Si se precisa una benzodiazepina, lorazepam 0,5 mg/8-12h</p>
	Clorazepato dipotásico		
	Clordiazepoxido *		
	Diazepam solo o en asociación		
	Flurazepam		
	Quazepam		
SULFONILUREAS DE VIDA MEDIA LARGA	Glibenclamida	Riesgo de hipoglucemia prolongada.	Metformina 425-1700 mg/día Gliclazida SR: 30-90 mg/día
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS	Indometacina	<p>Mayor riesgo de: agravamiento de insuficiencia cardiaca, deterioro de función renal, empeoramiento de la hipertensión, hemorragia. Indometacina además presenta mayor riesgo de efectos adversos a nivel de SNC.</p>	<p>Paracetamol 500-650 mg/8h Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente sin AAS concomitante: Ibuprofeno 400 mg/8h • Con riesgo CV y AAS concomitante: Naproxeno 250-500 mg/12h <p>Si no se controla, seguir escalera analgésica</p>
	Ketoprofeno		
	Dexketoprofeno		
ANTIAGREGANTE	Ticlipidina	Mayor riesgo de efectos secundarios y mismo beneficio clínico.	AAS 100 mg/comida Clopidogrel 75 mg/comida (Si intolerancia o resistencia a AAS o en doble antiagregación)
ANTIDEPRESIVOS ISRS	Fluoxetina	Metabolito de vida media larga que provoca mayor riesgo de efectos adversos: agitación, trastornos del sueño.	Sertralina 25-100 mg/desayuno

* Medicamento no financiado por el SNS.
Elaborado en junio de 2014.



Las alternativas sugeridas tienen carácter general y deben ser valoradas en cada paciente concreto.