

**ORIGINALES**

# Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial

A. Delgado<sup>a</sup>, L.A. López-Fernández<sup>b</sup> y J.D. Luna<sup>c</sup>

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública y Facultad de Medicina. Granada.

**Objetivos.** Identificar las diferencias existentes entre médicos y médicas en la práctica clínica (conducta) y en sus determinantes, y conocer la variabilidad de las diferentes conductas estudiadas que es explicada por un conjunto de variables, entre ellas el género.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.

**Emplazamiento.** Centros de salud andaluces de poblaciones de más de 100.000 habitantes.

**Participantes.** Selección de 159 médicos de atención primaria con formación posgraduada mediante muestreo aleatorio simple; 56%, varones; 44%, mujeres; potencia de las comparaciones, 68%.

**Mediciones y resultados principales.** Cuestionario autoadministrado para medir la variable dependiente, conducta global (práctica clínica) y 11 dimensiones de ésta, así como las variables independientes: determinantes de la conducta identificados por la teoría de la acción razonada —actitudes y norma subjetiva— y por la teoría del aprendizaje social —autoeficacia y locus de control—, el sexo y otras variables sociodemográficas y de las condiciones de trabajo.

Se construyen modelos de regresión lineal múltiple para explicar cada conducta analizada.

Ser médica influye de forma positiva en la conducta global y en las conductas de información, la conducta de orientación psicosocial, la conducta de prevención de la obesidad, la conducta de captación activa para planificación familiar y la conducta de colaboración con la enfermera.

**Conclusiones.** Las médicas de familia en Andalucía presentan una orientación más acusada hacia los aspectos psicosociales de la atención que sus colegas varones, proporcionan más información a sus pacientes y realizan con más frecuencia actividades preventivas congruentes con su sexo. Además cuentan con las enfermeras para trabajar más que los médicos.

**Palabras clave:** Género del médico. Práctica clínica. Relación médico-paciente. Prevención.

## BEING A MALE OR FEMALE DOCTOR MARKS DIFFERENCES IN CARE PRACTICE

**Objectives.** To identify the differences between the clinical practice (conduct) of male and female doctors and its determining factors; and to find the variability in the various conducts studied which is explained by a set of variables, gender among them.

**Design.** Cross-sectional, multi-centre descriptive study.

**Setting.** Andalusian health centres with populations of over 100000 inhabitants.

**Participants.** Selection of 159 primary care doctors with postgraduate training by means of simple randomised sampling. 56% were men, 44% women, with power of comparisons at 68%.

**Measurements and main results.** Self-administered questionnaire to measure the dependent variable, overall conduct (clinical practice) and 11 dimensions of this conduct. Independent variables were: determinants of conduct identified by the theory of reasoned action (attitudes and subjective norm) and by the theory of social learning (self-efficacy and control locus), gender and other social and demographic variables and work conditions variables. Multiple linear regression models were constructed to explain each conduct analysed. Being a female doctor affects positively overall conduct and conduct in information, psycho-social guidance, prevention of obesity, active recruitment for family planning and collaboration with nurses.

**Conclusions.** In Andalusia women general practitioners have a more marked orientation towards the psycho-social sides of care than their male colleagues. They give more information to their patients and more frequently perform preventive activities linked to their gender. They also rely on the work of their nurses more than male doctors.

**Key words:** Doctor's gender. Clinical practice. Doctor-patient relationship. Prevention.

(Aten Primaria 2001; 28: 219-226)

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnica de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

<sup>c</sup>Profesor del Departamento de Biostatística. Facultad de Medicina. Granada.

Correspondencia: Ana Delgado Sánchez.  
Cármenes de San Miguel. C/ Alquería, 66. 18010 Granada.  
Correo electrónico: adelgado1@teleline.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 23-IV-2001.

## Introducción

En un estudio sobre satisfacción de los usuarios con los cuidados médicos recibidos en atención primaria (AP) en Andalucía<sup>1,2</sup>, encontramos que los pacientes de ambos sexos están más satisfechos con la atención recibida de las médicas que de los médicos. Como consecuencia de este resultado, pensamos que los pacientes deben percibir algunas diferencias en la atención que reciben de médicos y médicas.

Se han realizado numerosos estudios con el objeto de investigar si existen diferencias en las actitudes, prácticas, creencias, intereses e incluso ideología entre médicos y médicas, tanto de AP como de otras especialidades, y con frecuencia se han encontrado hallazgos que confirman su existencia, referidos éstos fundamentalmente al estilo de relación con el paciente y a la práctica de actividades preventivas<sup>3</sup>.

Forma parte del conocimiento científico y popular el hecho de que los médicos realizan diagnósticos y prescriben tratamientos diferentes ante situaciones clínicas similares. En los últimos años, los estudios realizados sobre estas variaciones en la práctica médica (VPM) confirman que existen diferentes estilos de práctica profesional. Los médicos actúan de forma diferente, pero estas diferencias no se producen de forma aleatoria, sino que tienen un comportamiento sistemático<sup>4</sup>. Unos médicos hacen más énfasis en la prevención que otros, pres-

criben con más frecuencia un tipo de fármacos, dan más información al paciente o realizan más intervenciones quirúrgicas ante igual proceso clínico. Se ha señalado que con frecuencia la única gran diferencia que subyace a las VPM radica en el profesional que toma las decisiones<sup>5</sup>. Estas variaciones en los distintos componentes del trabajo profesional configuran los patrones de práctica médica. Para analizar estos patrones necesitamos descomponer la conducta (práctica) del profesional en varias dimensiones o componentes.

Distintos autores han intentado establecer una tipología de los elementos que constituyen la práctica del médico de familia (MF)<sup>6-8</sup>, y hay dimensiones que aparecen repetidamente en los diferentes estudios; éstas son la orientación psicosocial, los aspectos de la comunicación médico-paciente (información, escucha, negociación, etc.) y la prevención, entre otros. Para explicar la conducta de las personas existen diferentes modelos teóricos que también resultan útiles para el análisis de la práctica profesional. Estos modelos proponen un conjunto de conceptos que, desde el punto de vista de la teoría correspondiente, son especialmente relevantes para explicar, y a veces predecir, la conducta de los individuos, en nuestro caso de los médicos de AP. Hemos seleccionado elementos de la teoría de la acción razonada<sup>9</sup> y de la teoría del aprendizaje social<sup>10</sup>. Azjen y Fishbein proponen que las actitudes y la posición normativa del entorno social de cada persona o norma subjetiva, condicionan la intención de realizar una conducta y, consiguientemente, la conducta. Para Bandura, el locus de control interno frente a externo (quien es responsable de la propia conducta) y la autoeficacia (seguridad que tiene el sujeto en los propios logros) son factores que explican la conducta. Pensamos que este conjunto de

posibles determinantes de la conducta puede ser una fuente que nos permita encontrar las diferencias entre médicos y médicas. En este caso se trataría, por tanto, de buscar diferencias en determinadas conductas, así como en los factores subyacentes y previos a las mismas, citados anteriormente (actitudes, norma subjetiva, locus de control y autoeficacia).

Los objetivos del estudio son: a) identificar las diferencias existentes entre médicos y médicas en la práctica clínica (conducta) y en sus determinantes, y b) conocer la variabilidad de las diferentes conductas que es explicada por un conjunto de variables, entre ellas el género.

## Material y métodos

La población del estudio fueron los médicos que trabajaban en los centros de salud de las ciudades andaluzas de más de 100.000 habitantes (9 ciudades). Se eligió una muestra mediante números aleatorios, para detectar una diferencia de un 10% entre varones y mujeres, con una potencia de un 80% y un nivel de error del 5%, siendo  $n = 240$ , 120 varones y 120 mujeres. Decidimos centrar el análisis en los especialistas con formación posgraduada ( $n = 159$ , 88 varones y 71 mujeres), dado que este grupo adoptó un marco de autovaloración de su propia práctica profesional diferente al grupo que no tenía formación posgraduada, y no era posible analizar ambos grupos conjuntamente. Por tanto, la potencia de las comparaciones en la muestra final entre varones y mujeres fue del 68%.

La variable dependiente fue la conducta (práctica clínica) referida a 11 dimensiones del trabajo del MF (anexo 1): información al paciente (pregunta 1); orientación psicosocial (pregunta 2); prevención del tabaquismo (pregunta 3); prevención de obesidad (pregunta 4); escucha (pregunta 5); empatía (pregunta 6); agresividad (pregunta 7); captación activa para planificación familiar (PF) (pregunta 8); detección precoz de hipertensión arterial (HTA) (pregunta 9); colaboración con la enfermera (pregunta 10), y cumplimiento de tratamiento (preguntas 11 y 12). La escala de respuesta a las preguntas es tipo Li-

kert (siempre/casi siempre/algunas veces/casi nunca/nunca).

Las variables independientes fueron sexo, edad, tamaño del cupo, minutos por paciente, número de pacientes a demanda al día, tiempo diario de consulta a demanda, tiempo diario de consulta programada, otras actividades en la jornada laboral y publicaciones científicas y comunicaciones a congresos en los últimos 3 años.

También incluimos como variables independientes (anexo 1) las actitudes sobre las mismas dimensiones señaladas de la conducta, la norma subjetiva referida a 8 dimensiones, el locus de control, y la autoeficacia en el consejo sobre el tabaco y en 4 habilidades técnicas, todas medidas con escala de respuesta de tipo Likert, igual que las preguntas de conducta.

Obtuvimos las preguntas de conducta y de actitudes adaptando el cuestionario de Maheux<sup>11</sup>, que nos fue remitido por la autora. El resto de las preguntas son de elaboración propia.

La recogida de datos se llevó a cabo con un cuestionario autoadministrado, que fue entregado y recogido en mano entre marzo y septiembre de 1993. Éste se acompañaba de una carta explicativa y de agradecimiento para cada persona encuestada.

Se sometió el cuestionario a una prueba piloto con 10 médicos de los centros de salud de Granada que posteriormente no fueron incluidos en la muestra. Modificamos varios aspectos del cuestionario tras la prueba piloto: orden de las preguntas, colocando en primer lugar las de conducta; número de preguntas de norma subjetiva, que se redujo, y reducción de las preguntas de norma subjetiva, en las que cambiamos la formulación propuesta por Fishbein «Las personas que son importantes para mí piensan...», por «Los médicos de los centros de salud piensan...».

Analizamos la consistencia interna de las escalas de conducta, actitudes y norma subjetiva, así como de sus dimensiones, con el alfa de Cronbach.

Para el análisis de las relaciones entre el sexo y el resto de variables, usamos el test de comparación de medias para muestras independientes y la ji-cuadrado.

Realizamos análisis de regresión lineal múltiple construyendo 12 modelos de regresión para estudiar el efecto de todas las variables que influyen en la conducta global y en cada una de sus dimensiones estudiadas. Las variables independientes consideradas en todas las

ecuaciones fueron las actitudes y la norma subjetiva correspondientes a la conducta que se está ajustando, así como el resto de variables independientes citadas. En este nivel de análisis, la autoeficacia en el consejo antitabaco se incluyó por separado a la autoeficacia en su conjunto, dada su baja correlación con ésta. Los modelos se construyeron incluyendo inicialmente todas las variables en ellos. Posteriormente se iban eliminando una a una las variables que no aportaban suficiente ( $p < 0,30$ ) y cuya exclusión no producía un cambio superior al 10% en el coeficiente del resto de las variables. En todos los modelos se verificó la presencia de colinealidad eliminando variables que la producían. Las variables cualitativas se transformaron en variables dummy. A los varones se les asignó valor 1 y a las mujeres valor 2. El análisis se realizó con el paquete BMDP, usando los programas 1D, 2D, 3D, 1R y 6R.

## Resultados

La tasa de respuesta fue del 96,2% (153). De las 6 pérdidas, 3 eran varones y 3 mujeres, quedando en la muestra 85 varones (55,6%) y 68 mujeres (44,4%), con una edad media de  $36,12 \pm 3,95$  años.

Los coeficientes de consistencia interna de las escalas de conducta, actitudes y norma subjetiva, así como los correspondientes a las dimensiones con 2 o más ítems, estaban comprendidos en 0,47-0,84, excepto el de las actitudes hacia la prevención del tabaquismo, que fue 0,39.

En el análisis bivariado destaca que las médicas dedican más tiempo al día a la consulta a demanda que los médicos ( $p < 0,01$ ), aunque el número de pacientes/día no llegue a ser estadísticamente diferente entre ambos. Sin embargo, ellas estudian menos durante la jornada laboral ( $p < 0,001$ ), publican menos que sus colegas varones ( $p < 0,03$ ) y presentan menos comunicaciones a congresos ( $p < 0,07$ ). Los varones expresan mayor percepción de autoeficacia que las mujeres en el consejo antitabaco ( $p < 0,04$ ), pero no presentan diferencias en la percepción de autoeficacia sobre las 4 habilidades técnicas estudiadas.

TABLA 1. Comparación entre médicos y médicas de las escalas de conducta, actitudes y norma subjetiva, así como en sus dimensiones

Dimensión/Escala	Médicos Media DE	Médicas Media DE	p
Conducta: prevención de obesidad	18,16 3,16	19,27 3,14	0,03
Conducta: colaboración con la enfermera	4,46 0,65	4,62 0,65	0,06
Actitud: prevención de la obesidad	22,46 2,33	23,32 1,76	0,03
Actitud: detección de hipertensión	4,16 0,79	4,41 0,7	0,05
Actitud: captación precoz para PF	4,39 0,71	4,59 0,63	0,06
Norma subjetiva: información al paciente	13,60 2,87	14,59 3,31	0,04
Norma subjetiva: atención psicosocial	16,22 3,35	17,24 3,13	0,04
Norma subjetiva: captación precoz para PF	4,14 0,88	4,41 0,70	0,07
Norma subjetiva: colaboración con enfermera	4,24 0,90	4,56 0,74	0,01
Escala de conducta	88,65 9,18	90,57 9,52	0,24
Escala de actitudes	109,13 7,95	111,54 6,90	0,07
Escala norma subjetiva	70,35 11,47	74,27 11,18	0,01

DE: desviación estándar.

TABLA 2. Modelo de regresión para la escala de conducta de información ( $R^2 = 0,24$ )

Variable	Beta	EE	Texp	p	R parcial
Actitud hacia la información	0,03	0,07	0,50	0,62	0,03
Norma subjetiva hacia la información	0,16	0,05	2,97	0,00	0,25
Edad	0,14	0,04	3,38	0,00	0,28
Sexo	0,47	0,32	1,47	0,14	0,11
Reuniones de trabajo con compañeros	0,21	0,14	1,50	0,14	0,12
Reuniones de trabajo con personas de la comunidad	-0,32	0,20	-1,66	0,10	-0,13
Reuniones de trabajo con la Administración	-0,31	0,18	-1,74	0,08	-0,15
Publicaciones	0,19	0,07	2,59	0,01	0,22
Locus de control interno	0,23	0,13	1,78	0,08	0,16
Autoeficacia	0,18	0,08	2,35	0,02	0,19

EE: error estándar.

TABLA 3. Modelo de regresión para la escala de conducta psicosocial ( $R^2 = 0,25$ )

Variable	Beta	EE	Texp	p	R parcial
Actitud hacia el componente psicosocial	0,24	0,10	2,35	0,02	0,19
Norma subjetiva hacia la atención psicosocial	0,08	0,06	1,50	0,14	0,13
Sexo	0,48	0,35	1,36	0,18	0,11
Reuniones de trabajo con personas de la comunidad	-0,60	0,22	-2,71	0,01	-0,22
Reuniones de trabajo con la Administración	-0,34	0,19	-1,80	0,07	-0,15
Actividad comunitaria	0,25	0,18	1,39	0,17	0,12
Publicaciones	0,27	0,09	2,92	0,00	0,26
Comunicaciones	-0,10	0,06	-1,85	0,07	-0,16
Locus de control interno	0,25	0,14	1,79	0,08	0,16
Autoeficacia	0,21	0,10	2,03	0,04	0,17
Autoeficacia del consejo antitabaco	0,42	0,23	1,86	0,07	0,16

EE: error estándar.

En el resto de variables independientes no se encontraron diferencias entre médicos y médicas.

En la tabla 1 se observan las diferencias significativas ( $p < 0,10$ ) halladas en las dimensiones de la

**TABLA 4. Modelo de regresión para la escala de conducta de prevención de la obesidad (R<sup>2</sup> = 0,31)**

Variable	Beta	EE	Texp	p	R parcial
Actitud de prevención de la obesidad	0,52	0,11	4,83	0,00	0,37
Sexo	0,78	0,46	1,70	0,09	0,13
Pacientes al día en consulta a demanda	0,04	0,02	2,36	0,02	0,20
Tiempo diario de consulta programada	0,40	0,35	1,15	0,25	0,09
Reuniones de trabajo con personas de la comunidad	-0,57	0,28	-2,00	0,05	-0,16
Locus de control interno	0,49	0,19	2,63	0,01	0,22
Autoeficacia	0,29	0,11	2,67	0,01	0,22

EE: error estándar.

**TABLA 5. Modelo de regresión para la escala de conducta captación activa para planificación familiar (PF) (R<sup>2</sup> = 0,38)**

Variable	Beta	EE	Texp	p	R parcial
Actitud hacia la captación activa para PF	0,59	0,08	7,43	0,00	0,53
Edad	0,02	0,01	1,71	0,09	0,14
Sexo	0,23	0,12	1,96	0,05	0,16
Director de centro de salud	-0,53	0,22	-2,47	0,01	-0,20
Reuniones de trabajo con compañeros	-0,09	0,05	-1,87	0,06	-0,16
Reuniones de trabajo con personas de la comunidad	-0,11	0,07	-1,59	0,11	-0,13
Estudio durante la jornada laboral	0,06	0,03	1,84	0,07	0,15
Publicaciones	0,10	0,03	4,13	0,00	0,33
Locus de control interno	0,08	0,05	1,68	0,10	0,14
Autoeficacia del consejo antitabaco	0,18	0,06	3,05	0,00	0,25

EE: error estándar.

**TABLA 6. Modelo de regresión para la escala de conducta de colaboración con la enfermera (R<sup>2</sup> = 0,37)**

Variable	Beta	EE	Texp	p	R parcial
Actitud hacia la colaboración con la enfermera	0,49	0,07	6,73	0,00	0,49
Sexo	0,25	0,09	2,65	0,01	0,22
Director de centro de salud	-0,44	0,18	-2,49	0,01	-0,20
Tiempo diario de consulta programada	-0,11	0,07	-1,57	0,12	-0,13
Reuniones de trabajo con la Administración	0,09	0,05	1,72	0,09	0,14
Estudio durante la jornada laboral	-0,06	0,02	-2,49	0,01	-0,20
Comunicaciones	0,02	0,01	1,92	0,06	0,16
Locus de control interno	0,05	0,04	1,42	0,16	0,12

EE: error estándar.

conducta, las actitudes y la norma subjetiva entre médicos y médicas. También se muestran en la tabla 1 las puntuaciones medias obtenidas por médicos y médicas en las escalas globales de conducta, actitudes y norma subjetiva. Finalmente, se expresan los resultados de los modelos de regresión construidos para la conducta y sus dimensiones (variables dependientes) en los que se incluye

el sexo, siendo estas dimensiones conducta de información (tabla 2), conducta de interés psicosocial (tabla 3), conducta de prevención de la obesidad (tabla 4), conducta de captación activa para planificación familiar (tabla 5), conducta de colaboración con la enfermera (tabla 6) y, por último, conducta global (tabla 7). En todos los casos ser mujer influye positivamente en la conducta analizada.

En el resto de dimensiones de la conducta estudiadas (empatía, escucha, agresividad, prevención del tabaquismo, captación activa de HTA y cumplimiento del tratamiento) el sexo no entra en la ecuación, por lo que los modelos no se recogen en este artículo.

## Discusión

La consistencia interna de las dimensiones es cercana o superior a 0,50 en todos los casos, en parte debido al pequeño número de ítems que tienen muchas escalas, aunque se consideran valores aceptables<sup>12</sup>.

Es necesario aclarar que, a la hora de interpretar los resultados de este estudio, nos referiremos al género, no ya como sexo en cuanto variable (descriptiva) que identifica a las personas, sino como categoría de análisis que permite desvelar los diferentes roles que el sistema de relaciones asigna a varones y a mujeres.

En el análisis bivariado observamos que el tiempo por paciente es igual en médicos y médicas, así como el número de pacientes al día, pero no ocurre lo mismo con el tiempo que se dedica diariamente a la consulta a demanda, en que las médicas notifican que es superior; sin embargo, son variables poco comparables por la forma grosera en que se ha medido la última. Sí es frecuente que las médicas tengan mayor tiempo por paciente<sup>13-16</sup> y los autores lo relacionan claramente con la información dada en la consulta, e interpretan este hallazgo en función del interés y la habilidad de las médicas para hablar con los pacientes.

Existen otras dos características que no guardan relación con la atención a los pacientes, en las que varones y mujeres son diferentes. Las médicas estudian menos durante la jornada laboral, bien porque tienen más tiempo de consulta, bien porque realizan más otro tipo de actividades. La

otra diferencia ocurre en el terreno de la investigación, medida a través de las publicaciones científicas y las comunicaciones presentadas a congresos, donde se detecta que los médicos investigan más. También en otros grupos los médicos están más implicados en la investigación<sup>17</sup>, aunque en un estudio realizado en Canadá<sup>18</sup> los hallazgos dependen de la especialidad, ya que las mujeres con especialidades médicas tienden a investigar menos que los varones, y las que tienen especialidades quirúrgicas lo hacen más. Nuestro resultado podría significar que las mujeres estudiadas tienen otros intereses que les ocupan más tiempo en detrimento de la investigación, o sencillamente que no tienen la necesidad de investigar tan incorporada como los varones. En una muestra amplia de médicos norteamericanos, las médicas con hijos cuentan con menos publicaciones científicas y encuentran más obstáculos para progresar en su carrera profesional<sup>19</sup>. A este respecto, Riska<sup>20</sup> señala que la segregación de las médicas de la investigación y de los puestos de poder en las organizaciones no se puede explicar sólo con argumentos de autoselección o selección social durante la carrera profesional, sino que existen también barreras institucionales que restringen sus oportunidades, entre las cuales las redes informales (de poder) desempeñan un papel fundamental. Varones y mujeres no se diferencian en las preguntas de locus de control. Así mismo presentan igual percepción de autoeficacia para la realización de los 4 procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos en nuestro cuestionario. Parece, por tanto, que estos importantes condicionantes de la conducta, según Bandura, actúan de igual forma en ambos casos. Sin embargo, la percepción de autoeficacia del consejo sobre el consumo de tabaco es inferior en las mujeres.

TABLA 7. Modelo de regresión para la escala de conducta global (R<sup>2</sup> = 0,36)

Variable	Beta	EE	Texp	p	R parcial
Actitudes	0,29	0,09	3,13	0,00	0,25
Norma subjetiva	0,12	0,06	1,93	0,06	0,16
Edad	0,39	0,17	2,36	0,02	0,19
Sexo	1,96	1,30	1,51	0,13	0,13
Reuniones de trabajo con personas de la comunidad	-2,40	0,84	-2,84	0,01	-0,23
Actividad comunitaria	0,78	0,68	1,15	0,25	0,10
Locus de control interno	2,00	0,53	3,82	0,00	0,31
Autoeficacia	1,22	0,37	3,27	0,00	0,27
Autoeficacia del consejo antitabaco	0,90	0,83	1,09	0,28	0,09

EE: error estándar.

El hecho de que mujeres y varones se diferencien en más dimensiones de norma subjetiva que de actitudes y de conducta, significa, a nuestro juicio, que en el mundo laboral de las médicas ocurre igual que en otras profesiones y ámbitos de trabajo. Recuérdese que el concepto de norma subjetiva recoge la percepción que tiene una persona sobre lo que se espera de ella. En general, las mujeres que desempeñan un rol socialmente reconocido sienten que, para demostrar su valía, el medio ambiente laboral y/o social les exige un desempeño profesional óptimo en mucha mayor medida que a sus compañeros varones, y es un hecho conocido que alcanzar el reconocimiento social supone un esfuerzo y un trabajo personal más importante para las mujeres. Esto puede explicar por qué las médicas perciben que, para ser buenas profesionales, el entorno inmediato es exigente con ellas y sienten esta exigencia más que sus compañeros. Las médicas perciben, por tanto, una mayor presión normativa en su medio laboral para informar al paciente, prestar atención psicosocial, realizar captación precoz para PF y colaborar con la enfermera para atender a los enfermos crónicos. Analizadas en su conjunto, las actitudes son algo más positivas en las mujeres que en los varones, pero no hay diferencias en la conducta analizada globalmente. Igual ocurre en el análisis biva-

riado de otros trabajos<sup>11</sup>, de lo que la autora deduce que las actitudes que diferencian a médicos y médicas, en gran parte, no llegan a manifestarse en las prácticas. En nuestro estudio, el análisis multivariado arroja otro tipo de información.

Discutimos sólo los resultados de las ecuaciones de regresión en las que el género contribuye a explicar la conducta que se analiza como variable dependiente. Observamos que en todas las ecuaciones las actitudes y la norma subjetiva (en las dimensiones en que se ha medido) contribuyen a explicar la correspondiente conducta. De igual modo, el locus de control interno tiene una relación positiva con todas las dimensiones de la conducta presentadas, e igual ocurre con la percepción de autoeficacia, que influye en todas las conductas, excepto en la única que no es una conducta clínica, la de colaboración con la enfermera. Estos resultados apoyan las tesis planteadas por los modelos conductuales utilizados en el estudio, aunque las limitaciones a la hora de la interpretación sean importantes al tratarse de un diseño transversal.

Los coeficientes de determinación de las ecuaciones presentadas oscilan en 0,24-0,38, a nuestro juicio muy buenos si se tiene en cuenta la dificultad de explicar fenómenos complejos, como es el caso de las conductas profesionales. Las médicas dan más información

al paciente. En otros medios se ha comprobado que las médicas hablan durante la consulta más que los médicos, haciendo más preguntas y dando más información a los pacientes<sup>11,21,22</sup>. Analizando el motivo de consultas, se observa que las médicas hablan más cuando el paciente presenta problemas psicosociales que cuando tiene problemas somáticos, y esta diferencia no existe en el caso de los médicos. También se ha observado que los contenidos de la interacción verbal durante la entrevista son diferentes según el género del profesional<sup>22,23</sup>. En nuestro estudio, esta influencia positiva de las mujeres sobre la información dada a los pacientes se constata aun sin que parezca producirse un contacto más largo entre ambos en cada consulta.

En la conducta de interés por los aspectos psicosociales de la atención, el género desempeña un papel, indicando que las médicas se preocupan más durante la consulta por conocer el ambiente social del paciente y sus relaciones con él. Esta mayor orientación psicosocial de las médicas se detecta también en 2 estudios realizados en Canadá, uno con generalistas<sup>11</sup>, en que esta diferencia sólo se observa cuando los profesionales trabajan cobrando por acto médico, pero no cuando lo hacen como asalariados en centros de salud, y otro con especialistas médicos y quirúrgicos<sup>18</sup>, encontrándose que las internistas sí presentan una mayor orientación psicosocial, pero no las cirujanas. Entre los general practitioner (GP) del Reino Unido<sup>24</sup>, las médicas expresan una mayor orientación social en su trabajo, mientras los médicos perciben que es más importante en su práctica la dimensión biomédica. Cuando se evalúa la distribución del tiempo de la consulta dedicado a diferentes temas, se observa que las médicas invierten más en aspectos familiares, mientras los médicos lo hacen en aspectos del diagnós-

tico y tratamiento de la enfermedad<sup>23</sup>.

La diferente socialización y las experiencias de género contribuyen a la manifestación de estos valores en la relación médico-paciente, en la cual las mujeres se sienten más responsables frente a las necesidades de los otros y muestran más interés por los aspectos relacionales y sociales<sup>25</sup>.

Las médicas de nuestro estudio notifican que realizan más prevención de la obesidad y más captación activa para planificación familiar, que a su vez es una intervención preventiva. Sin embargo, el género no guarda relación en nuestro estudio con la intervención sobre el tabaco o sobre los hipertensos desconocidos. Estos resultados concuerdan con numerosos estudios que muestran que la mayor actividad preventiva de las médicas se manifiesta claramente en intervenciones dirigidas a problemas relacionados con su sexo, como ocurre en el caso de la anticoncepción, o ligados culturalmente a las mujeres, como es la obesidad. El ámbito en que se han estudiado con más frecuencia las diferencias en la prevención según el género es la detección precoz del cáncer. Las médicas expresan actitudes más positivas acerca de la prevención de los cánceres ginecológicos<sup>26</sup> y, a su vez, las mujeres norteamericanas atendidas por una médica tienen mayor probabilidad de ser sometidas a una mamografía y a un test de Papanicolaou<sup>27,28</sup>. Ciertos resultados muestran que las médicas realizan más detección de hipercolesteremia<sup>29</sup>, si bien cuando se estudia la práctica preventiva frente a procesos que afectan a ambos sexos las diferencias en el desempeño de médicos y médicas suelen ser inconsistentes<sup>30-32</sup>. En estudios sobre el cumplimiento de las recomendaciones preventivas en la atención prenatal de los GP noruegos<sup>33</sup> o en los cuidados posnatales que prestan los GP australianos<sup>34</sup>, también se ha eviden-

ciado un mayor cumplimiento de los criterios por parte de las médicas. Se ha encontrado que cuando el paciente es una mujer los médicos de familia invierten más tiempo de consulta en actividades preventivas, indicando que las mujeres reciben más prevención que los varones<sup>35</sup>, lo que señala una probable interacción de género médico-paciente.

En nuestro estudio, el mejor desempeño de las médicas en relación con la PF y la obesidad, pero no con el tabaquismo y la hipertensión, parece confirmar la existencia de un sesgo de género en las decisiones clínicas con fines de prevención<sup>32</sup>, aunque es imprescindible investigar más para conocer la conducta preventiva de médicos y médicas y las causas de la variabilidad existente.

Para atender a los enfermos crónicos, las médicas buscan la colaboración de la enfermera más que sus colegas varones. Este hecho tiene, a nuestro juicio, dos explicaciones que operan conjuntamente. En primer lugar, la interacción entre mujeres profesionales rompe el esquema clásico de relaciones de poder. Las enfermeras inglesas han señalado que la relación médico-enfermera ha respetado históricamente la misma asignación de roles de género que la prescrita socialmente para las relaciones varón-mujer<sup>36</sup>; esta situación está alterándose debido a la incorporación de las mujeres a la medicina, de los varones a la enfermería y de los deseos de autonomía de la segunda profesión, todo lo cual está contribuyendo sin duda a la situación de conflicto que hoy viven muchos equipos de atención primaria. Parece que, a pesar de las diferencias de estatus profesional, las médicas comparten más la responsabilidad con las enfermeras y rivalizan menos con ellas. En segundo lugar, el hecho de que las enfermeras sean todavía mayoritariamente mujeres facilita la comunicación y el entendimiento con las

médicas, ya que ambas comparten ciertos códigos y valores. Ambas hipótesis deberían contrastarse para facilitar el trabajo presente y futuro en los equipos de atención primaria.

Ser médica tiene una influencia positiva sobre la conducta global, después de controlar el efecto de otras variables que son centrales para explicar la conducta, tales como el locus de control interno, la autoeficacia, las actitudes y la norma subjetiva. Se deduce, por tanto, que sí existen diferencias de conducta en la práctica profesional de los médicos y las médicas que trabajan en atención primaria en Andalucía y tienen formación posgraduada.

Estas conclusiones, obtenidas a través de la autodeclaración de los propios profesionales, necesitan mayor investigación con tres fines: ampliar el campo de estudio, contrastar los resultados utilizando otras técnicas de recogida de información, y profundizar en el significado de los hallazgos mediante metodologías cualitativas. Estas diferentes perspectivas de investigación son necesarias para conocer qué contribución hace el género, entre otros aspectos, a los diferentes estilos de práctica profesional de los médicos de familia y a la calidad de los servicios de salud.

### Agradecimiento

Al Instituto Andaluz de la Mujer por la ayuda concedida para la realización de este estudio y a los médicos y médicas que colaboraron con su tiempo y sus respuestas en esta investigación.

### Bibliografía

1. Delgado A, López Fernández LA, Luna JD. La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia sanitaria vigentes en Andalucía. *Gaceta Sanitaria* 1993; 7: 32-40.
2. Delgado A, López Fernández LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993; 31: 795-800.
3. Delgado A. El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación*

- Médica Continuada en Atención Primaria 1999; 6: 509-516.
4. Marion Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en al práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Gaceta Sanitaria* 1998; 110: 382-390.
5. McPherson K. Cómo debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica. *Var Pract Med* 1995; 7: 9-17.
6. Bucks RS, Willians A, Whitfield MJ, Routh DA. Towards a typology of general practitioners' attitudes to general practice. *Soc Sci Med* 1990; 30: 537-547.
7. Castell Rodríguez E, García Sevilla L. Las dimensiones básicas de la práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1988; 5: 12-16.
8. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 14-22.
9. Azjen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
10. Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Universitaria, 1987.
11. Maheux B, Dufort K, Beland F, Jacques A, Levesque A. Female medical practitioners. More preventive and patient oriented? *Med Care* 1990; 28: 87-92.
12. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Nueva York: Oxford University Press, 1994.
13. Langwell KM. Differences by sex in economics returns with physician specialization. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1982; 6: 752-761.
14. Willians AP, Dommink-Pierre K, Vayda E, Stevenson HM, Burke M. Women in medicine: practice patterns and attitudes. *Can Med Assoc J* 1990; 3: 194-201.
15. Fenton WS, Robinowitz CB, Leaf PJ. Male and female psychiatrists and their patients. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 358-361.
16. Bensing JM, Brink-Muinen A, Bakker DH. Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993; 31: 219-229.
17. Ellsbury K, Schneeweiss R, Montano DE, Gordon KC, Kuykendall D. Gender differences in practice characteristics of graduates of family medicine residencies. *J Med Educ* 1987; 62: 895-903.
18. Maheux B, Dufort F, Lambert J, Levesque A. The professional attitudes and practice characteristics of male and female specialists. *JAMA* 1989; 44: 154-158.
19. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Scaramucci A, Barnett RC, Szalacha L et al. Relation of family responsibilities and gender to the productivity and career satisfaction of medical faculty. *Ann Intern Med* 1998; 129: 532-538.
20. Riska E, Wegar K. Women physician. A new force in medicine? En: Riska E, Wegar K, editores. *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*. Londres: SAGE Studies in International Sociology, 1993.
21. Roter D, Lipkin M, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communications during primary care medical visits. *Med Care* 1991; 29: 1083-1093.
22. Meeuwesen L, Schaap C, Staak C. Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 1991; 32: 1143-1150.
23. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care* 1995; 33: 407-416.
24. Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988; 6: 579-586.
25. Miles A. *Women, health and medicine*. Filadelfia: Open University Press, 1991; 153-158.
26. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patient female physician have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med* 1997; 12: 34-43.
27. Lurie N, Slater JS, McGovern PG, Ekstrum J, Margolis KL. Preventive care for women. Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993; 329: 478-482.
28. Andersen MR, Urban N. Physician gender and screening: do patient differences account for differences in mammography use? *Women Health* 1997; 26: 29-39.
29. Kreuter MW, Streecher VJ, Harris R, Kobrin SC, Skinner CS. Are patients of women physicians screened more aggressively? A prospective study of physician gender and screening. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 119-125.
30. Osborn EH, Bird JA, McPhee SJ, Rodnick JE, Fordham D. Cancer screening by primary physician. Can we explain differences? *J Fam Pract* 1991; 32: 465-471.
31. Levy S, Dowling P, Boulton L, Monroe A,

- McQuade W. The effect of physician and patient gender on preventive medicine practices in patient older than fifty. *Fam Med* 1992; 24: 58-61.
32. Franks P, Clancy CM. Physician gender bias in clinical decision making: screening for cancer in primary care. *Med Care* 1993; 31: 213-218.
33. Backe B, Jacobsen G. General practitioners' compliance with guidelines for antenatal care. *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 100-105.
34. Gunn J, Lumley J, Young D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. *B J Gen Pract* 1998; 48: 1570-1574.
35. Bertakis KD, Robbins JA, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R. Physician practice style patterns with established patients: determinants and differences between family practice and general internal medicine residents. *Fam Med* 1999; 31: 187-194.
36. Sweet SJ, Norman IJ. The doctor-nurse relationship: a selective literature review. *J Adv Nurs* 1995; 22: 165-170.

### ANEXO 1. Preguntas de conducta, actitudes y norma subjetiva

1. ¿Hace usted las siguientes cosas con sus pacientes diabéticos, hipertensos o artrósicos?
    - Verificar si quedan puntos oscuros para el paciente.
    - Informar al paciente sobre libros buenos de divulgación sobre su enfermedad.
    - Revisar con el paciente durante la visita la documentación que le dio.
    - Dar al paciente los nombres de otros posibles recursos que pueda contactar para información suplementaria sobre su enfermedad.
  2. En referencia al mismo tipo de pacientes que en la pregunta 1, ¿hace usted las siguientes cosas?
    - Intentar conocer el ambiente del paciente.
    - Preguntar al paciente cómo vive su problema de salud.
    - Preguntarse sobre las inquietudes del paciente en cuanto a su enfermedad.
    - Informarse de los problemas personales que pueden inquietar al paciente.
    - Evaluar el apoyo que el paciente recibe de su familia.
  3. Cuando un fumador joven consulta por un problema de salud no ligado al tabaquismo, ¿hace usted las siguientes cosas?
    - Obtener información sobre los hábitos tabáquicos del paciente.
    - Verificar si el paciente ha intentado dejar de fumar ya.
    - Verificar si el paciente conoce los recursos (asociaciones, profesionales, etc.) susceptibles de ayudarlo si él decide dejar de fumar.
  4. En el caso de una persona joven obesa que consulta por un problema de salud no ligado a su obesidad, ¿hace usted las siguientes cosas?\*
  - Verificar si el paciente conoce los riesgos de su obesidad para su salud.
  - Indicar al paciente cuál sería para él el peso deseable.
  - Animarle a adelgazar.
  - Ofrecerle su ayuda si decide perder peso.
  - Verificar si el paciente conoce los recursos (asociaciones, profesionales, etc.) susceptibles de ayudarlo a adelgazar.
5. Cuando atiende a un paciente en la consulta, ¿le escucha usted y le da confianza para que se exprese?
  6. Cuando escucha los problemas de un enfermo en la consulta, ¿intenta ponerse en su lugar?\*
  7. Cuando en la consulta un paciente no se fía de su opinión, ¿siente agresividad hacia él?\*
  8. ¿Intenta captar a las mujeres en edad fértil no utilizadoras de planificación familiar para que acudan a ese programa?
  9. ¿Toma la tensión arterial en la consulta a demanda con el fin de identificar a hipertensos desconocidos?
  10. ¿Busca la colaboración de la enfermera para la atención de los enfermos crónicos?
  11. ¿Interroga a los hipertensos para ver si siguen el tratamiento correcto?
  12. Cuando un paciente falta a una visita programada a su consulta, ¿le recuerda de nuevo la cita?

#### Preguntas de locus de control

1. El tiempo que le dedico a cada paciente en la consulta es responsabilidad mía.
2. La Administración sanitaria es la responsable de que no se puedan atender debidamente los problemas psicosociales de los pacientes.

#### Preguntas de autoeficacia

1. En mi trabajo me siento seguro/a de las decisiones que tomo en:
  - Cirugía menor.
  - Interpretación radiológica.
  - Exploración ginecológica.
  - Tratamiento de infecciones.
2. Mi consejo como médico es efectivo para ayudar a los pacientes fumadores a dejar de hacerlo.

Redacción de las preguntas de actitudes: donde dice «hace» se sustituye por «debería hacer». Se incluyen todas las de conducta. Redacción de las preguntas de norma subjetiva: donde dice «hace» se sustituye por «los médicos de los centros de salud piensan que yo debo». Se excluyen las señaladas con un asterisco.