

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

# **EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CARDIOVASCULARES- 2DA PARTE.**

Lics. Débora Tajer, Ana María Fernández, Josefa Cernadas, María I. Barrera, Graciela Reid, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba, Nicolás Idígoras y Clara Attardo.

Cita:

Lics. Débora Tajer, Ana María Fernández, Josefa Cernadas, María I. Barrera, Graciela Reid, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba, Nicolás Idígoras y Clara Attardo (2004). *EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CARDIOVASCULARES- 2DA PARTE. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/202>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/2fY>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## 437 - EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CARDIOVASCULARES- 2DA PARTE

### **Autor/es**

Lics. Débora Tajer, Ana María Fernández, Josefa Cernadas, María I. Barrera, Graciela Reid, Alejandra Lo Russo, Mariana Gaba y Nicolás Idígoras, Clara Attardo

### **Institución que acredita y/o financia la investigación**

UBACyT

---

### **Resumen**

Esta investigación se ha propuesto identificar la existencia de sesgos en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de los/as médicos/as especialistas en enfermedades cardiovasculares relativas a la condición de género de los/as pacientes que pudieran afectar la equidad de la calidad de la atención de los/as mismos/as. Se analizaron los componentes médico/a-paciente en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas según: bagaje teórico- conceptual legitimado en la actualidad, representaciones personales de los/as profesionales acerca de la problemática, modalidad de la demanda de los pacientes que pudieran incluir una diferencial por género y sus implicancias en la toma de decisiones y en la conducta médica y también en relación al tipo de cobertura.

### **Resumen en Inglés**

This research aims to identify gender bias in the diagnosis and therapeutic decision making process of physicians specialized in cardiovascular diseases, which could affect equity in health care quality. An analysis of the doctor-patient component in the diagnostic and therapeutic decision making process has been

carried out, considering four dimensions: a. Legitimate theoretical and conceptual frame at the present time, b. Physician' s personal conceptions about this problematic issue. c. Aspects related to the patient' s way of consulting, which could include gender differences with consequences in the diagnostic and therapeutic decision making process d. Relation between therapeutic decisions and the patient' s health care coverage.

## **Palabras Clave**

cardiopatías calidad genero atencion

---

## **I. Metodología**

Cuali-cuantitativa. Cuantitativa: datos provenientes del "Estudio Comparativo de Infarto en la República Argentina" realizado los años 1996 y 2000 por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) que tomó como fuente los de los protocolos clínicos. Se eligieron para nuestra investigación como dimensiones marcadoras de toma de decisión diagnóstica y terapéutica: uso de coronariografía (diagnóstico), uso de trombolíticos (tratamiento), indicación de angioplastia (tratamiento).

Cualitativa: fuentes entrevistas semiestructuradas, eligiendo como unidades de análisis a médicos/as cardiólogos/as, segmentados en menos y más de diez años de matriculación provenientes de tres tipos de instituciones de la Ciudad de Buenos Aires: Hospitales Públicos, Clínicas que atienden seguridad social y prepagas y Hospitales de Comunidad. N= 26. Las entrevistas están divididas en tres componentes

1) Datos socio-demográficos. 2) Aspectos generales de calidad de atención de los servicios

3) Componentes médico/a-paciente en la toma de decisiones diagnosticas y terapéuticas. Este ítem contiene cinco dimensiones. 3.1-Aspectos relativos a la demanda de los pacientes que pudieran incluir una diferencial por género que

tendrían implicancia en la toma de decisiones y en la conducta médica. 3.2-Bagaje teórico- conceptual actual para el tratamiento de estos/as pacientes. 3.3- Representaciones personales de los/as profesionales acerca de la problemática. 3.4-Tipo de cobertura y efectos en las decisiones del tratamiento. 3.5-Lecciones aprendidas y expectativas a futuro

## **Resultados**

En relación a **los/as entrevistados/as**, se puede observar que las médicas menores de 10 años de matriculación trabajan menos horas que los médicos de la misma antigüedad, y que hay médicas en este segmento de estado civil solteras, mientras que hay mas varones casados, este hecho nos lleva a constatar que aun hoy es mas difícil para las mujeres profesionales combinar vida matrimonial con posibilidad de desarrollo profesional de primer nivel. Ambos grupos trabajan también fuera del hospital, pero solo los varones hacen posgrados fuera de la residencia. El 75% ha egresado de Universidades públicas, y el 25% de Universidades privadas. De las medicas con más de 10 años de matriculación, una presenta un tipo de ejercicio profesional con menor carga horaria para poder articular con su vida familiar y conyugal mientras que la otra médica presenta un tipo de inserción profesional mas pareja con sus congeneres varones, con mayor carga horaria y tareas docentes. Por otro lado es importante destacar que las jefaturas de servicios es ejercida por médicos varones y los mismos poseen títulos de postgrado. Por lo tanto podemos observar que: por un lado el grupo menos representado en la muestra son las mujeres con mas de 10 años de profesionalización, que hay igual cantidad en los servicios relevados, de mujeres y varones entre los mas jóvenes, pero que aun existen dificultades para que las mujeres puedan articular entre vida conyugal- familiar y profesión, teniendo que tomar opciones por una o por otra a diferencia de lo que acontece con los profesionales varones, como se ha observado en otras investigaciones (Fernández AM y col, 1987-91).

Por otra parte en términos de comparación generacional, los médicos y médicas mayores son egresados de la Universidad Pública, mientras que en los/as más jóvenes hay varios egresados de universidades privadas, concomitante al deterioro de la formación médica en las Universidades Públicas en las últimas dos décadas.

En cuanto a aspectos ligados a **la calidad de atención**, en lo relativo a los recursos humanos, todos los profesionales están de acuerdo y refieren la excelencia de los mismos en los diferentes servicios de cardiología seleccionados en esta investigación. Dicha excelencia se observa tanto en la formación de los/as profesionales como en la calidad de atención que brindan. También, coinciden en señalar la brevedad de los tiempos disponibles para dedicarle a cada paciente y presión que aumenta especialmente en las instituciones privadas. Por otro lado, las médicas, a diferencia de los médicos, están más disconformes con la falta de tiempo, lo cual puede vincularse con una tendencia ya identificada de que las mujeres médicas valoran especialmente dedicarle más tiempo a los pacientes por consulta, realizar más preguntas, motivo por el cual reciben más información tanto de los pacientes varones como de las pacientes mujeres. (Hall, J, Irish, J., Roter, D., Ehrlich, C., Miller, L 1994) (Tajer y col. 2003). La diferencia entre ambos sectores, se evidencia en la falta de insumos y tecnología del sector público. Con respecto a la **toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas** se pudo observar que el hecho de que la enfermedad coronaria sea más prevalente en varones, sumado a que la misma patología en mujeres tiene un modo de presentación más inespecífico son factores que inciden en el comportamiento médico. Esto se debe a que se tiende a adoptar una conducta única en relación a los síntomas coronarios y estos son en referencia a como se presentan los mismos en los varones. Motivo por el cual la diferencia tiende a transformarse en inequidad en la calidad de atención (Healey, 1991). Asimismo, se detectó que la "naturalización" del rol de los pacientes varones como proveedores familiares presente tanto en el imaginario médico, como en lo pacientes varones, determina que las conductas médicas focalicen sus esfuerzos en propiciar la pronta recuperación en los varones para que puedan reinsertarse muy rápidamente en el trabajo. Esta

naturalización invisibiliza el menor permiso que tienen los varones para jugar su "rol de enfermos", generando mayores riesgos diferenciales fruto de la presión social para los mismos (Tajer D y col,1998). Asimismo, los/as médicos/as detectan dificultad en las mujeres para realizar consultas precoces en esta área, puesto que no se piensan como grupo de riesgo y suelen estar más entrenadas para detectar y consultar por enfermedades del aparato reproductivo. Estos sesgos médicos sumado al modo de consulta referido de las mujeres redundan en un diagnóstico más tardío de la problemática coronaria en las mismas. Esto tiene como efecto un aumento del riesgo debido a que se trata de una patología donde la intervención precoz da como resultado mejores posibilidades pronósticas, constituyéndose en una fuente de inequidad en la calidad de atención para las mujeres . Esto evidencia la necesidad de capacitación específica en conocimientos sobre género y subjetividad ligados al proceso salud – enfermedad-atención en estos/as profesionales que pudieran colaborar con generar mejores grados de equidad de género en la calidad de atención. Tanto médicas como médicos suelen afirmar que las mujeres acatan y adhieren más al tratamiento que los varones. Las mujeres son más obedientes y tratan de cuidarse y mantener su calidad de vida para poder seguir desempeñando su rol femenino tradicional. Los varones son pacientes más difíciles y caracterizan las consecuencias del evento como invalidantes para el resto de sus vidas según su rol masculino tradicional. Los médicos con más de diez años de matriculación llegan a registrar algo de la diferencia por género, ya que notan que este impacto post evento sigue siendo menor en una mujer aunque ella sea sostenedora de hogar, es decir que existiría una especificidad de género más allá del rol laboral. Por otra parte se ha identificado una tendencia a la no promoción de hábitos de autocuidado y autonomía de los pacientes varones (Arango Y,2000) encomendando la responsabilidad a estas mujeres, argumentando que de esta forma se es más eficaz. En relación al **bagaje teórico conceptual** actual podemos decir que si bien en los últimos años las revistas cardiológicas internacionales han comenzado a publicar información ligada a las diferencias entre varones y mujeres (algunos escritos inclusive con perspectiva de género) en los modos de enfermar, consultar

y ser atendido/a, esta no es utilizada ni leída generalmente por los/as especialistas, por lo tanto no ha podido producir un quiebre en los imaginarios de los profesionales que tienen efecto en sus prácticas cotidianas. El imaginario cardiológico construye un perfil prototípico del paciente coronario tomando como ejemplo el modo de enfermar del paciente coronario varón ' ejecutivo' (Tajer, D. Y otros, 1998). Esta modelización del paciente típico, se constituye en un sesgo de clase y género que invisibiliza que las mujeres con roles más tradicionales y los varones menos privilegiados por el sistema económico-social también se enferman de cardiopatía isquémica pero presentando patrones propios de género y clase (Tajer, D. y otros, 2000), (Tajer, D.; 2001). Con respecto a las **representaciones personales de los profesionales** acerca de esta problemática, se observa una dificultad en la generación de médicos/as con menos de diez años de matriculación para detectar la especificidad de género en la presentación de los síntomas en mujeres. Esto nos llevaría a pensar en la necesidad de formación de género dirigida fundamentalmente a las generaciones más jóvenes, y la necesidad de sistematizar el conocimiento de la experiencia como bagaje simbólico de los/as cardiólogos/as, además de colaborarles a legitimarlo como suficientemente científico. En lo relativo a la diferencia entre profesionales de uno u otro género en cuanto a la atención de estos pacientes, se observó una tendencia a describir a las médicas como más sensibles, detallistas y "vuelteras", mientras que los médicos son más prácticos, rápidos e invasivos. Cuando se indagó sobre los **tipos de cobertura y los efectos en las posibilidades diagnósticas y las decisiones de tratamiento**, es clara la diferencia en la obtención de recursos entre el sector público y el privado. Todos los entrevistados/as acuerdan que en el sector público se tarda más en acceder a estudios de complejidad o en la obtención de medicamentos, mientras que en el sector privado esto está disponible, y la diferencia pasa por la calidad según el tipo de prepaga u obra social que se tenga. La literatura especializada (Arango,2000) destaca que las mujeres perciben y valoran la posibilidad de cuidar de sí, en la medida en que su cuidado sea funcional a las necesidades de los otros miembros de la familia. Deben estar sanas, ser cuidadas por otros (profesionales, médicos,

psicólogos, etc.), por "los que saben" (con los que sostienen un relación asimétrica), para mantener el equilibrio emocional de la familia.

Respecto de las **lecciones aprendidas y las expectativas a futuro**, los/as entrevistados/as coinciden en la necesidad de no subvalorar el diagnóstico de las mujeres y cambiar la actitud médica. Otros/as destacan que es importante incluir la vigilancia y promoción de la equidad de género, pero dentro de un paradigma más abarcativo de defensa de la equidad en salud a nivel general. Por otra parte, consideran muy significativo el efecto que les ha causado los datos de la encuesta SAC. Motivo por el cual, se evidencia la necesidad de contar con modelos de capacitación para médicos/as adecuados según la diversidad de punto de partida determinada por las diferencias en lo relativo a nivel de capacitación, edad y género.

## **V. Bibliografía**

-Arango Y, (2000) "Autocuidado de la Salud: reflexiones desde los aportes de género" Ponencia presentada Primer Simposio Internacional de Salud y Género. Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Santiago de Cuba, 25-28 de octubre 2000

-Fernández AM, López M, Martínez E, Dorola E, Kamkaghi V, Córdoba C, Borakievich S. Investigación "La mujer psicóloga. Obstáculos y posibilidades en el desarrollo de su doble rol". Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, 1987-1991.

-Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH (1994) "Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting" *Health Psychol Sep*;13(5):384-92

-Healey B. (1991) "The Yentl Syndrome" *New England Journal of Medicine*, July 25, 274-275.

-Tajer D., Cernadas J., Barrera M.I. y otros (1998). "Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la perspectiva de la Salud Mental



y la perspectiva de género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes". 6º Anuario de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA,

-Tajer D., Cernadas J., Barrera M.I.y otros (2000)." "Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes". VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA

-Tajer D. (2001) *Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en Adultos Jóvenes*. Proyecto de Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad de Buenos Aires.

-Tajer D, Fernández AM, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, Idigoras N, Soler V (2003) "Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares" En X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.