

Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares.

Tajer, Débora, Cernadas, J., Barrera, M., Reid, G., Lo Russo, A., Gaba, M. y Attardo C.

Cita:

Tajer, Débora, Cernadas, J., Barrera, M., Reid, G., Lo Russo, A., Gaba, M. y Attardo C. (2005). *Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/132>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/rUa>

EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CARDIOVASCULARES

Tajer, Débora; Cernadas, J.; Barrera, M.; Reid, G.; Lo Russo, A.; Gaba, M.; Attardo C
Proyecto UBACyT. Universidad de Buenos Aires.

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. Con dicho motivo se han realizado un análisis de los componentes médico/a-paciente en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, indagando cuatro dimensiones: bagaje teórico- conceptual legitimado en la actualidad para el tratamiento de estos/as pacientes, las representaciones personales de los/as profesionales acerca de la problemática, aspectos relativos a la demanda de los pacientes que pudieran incluir una diferencial por género que tendrían implicancias en la toma de decisiones y en la conducta médica y relación entre la toma de decisión médica y el tipo de cobertura en salud. Creemos que un análisis de estos componentes desde una perspectiva de salud mental y género puede contribuir al logro de la equidad de la atención de estos/as pacientes, mediante la utilización de esta información en la elaboración de un modelo educativo para la capacitación en servicio que permita la reflexión del personal médico acerca de este aspecto de su práctica cotidiana.

Palabras Clave

calidad de atención-equidad genero-cardiovascular

Abstract

GENDER EQUITY IN CARDIOVASCULAR DISEASE HEALTH CARE QUALITY

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. For this reason, an analysis of the doctor-patient component in the diagnostic and therapeutic decision making process has been carried out, considering three dimensions: a. Legitimate theoretical and conceptual frame at the present time regarding the treatment of these patients 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. We believe that an analysis of these components from a mental health and gender perspective can contribute to the achievement of these patient's health care equity, through the use of this information in the elaboration of a services training educational model, allowing medical personnel's reflection regarding this aspect of their daily practice.

Key words

care quality-gender -cardiovascular

Metodología

El tipo de diseño metodológico utilizado es cuali-cuantitativo. Se procesó con metodología cuantitativa los datos provenientes del "Estudio Comparativo de Infarto en la República Argentina" 1996 - 2000 de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). N° 943 y las unidades de análisis fue todo varón o mujer ingresado/a con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y angina inestable durante un mes cada uno de esos años. Las instituciones en las cuales se recabó la información provienen de todo el país. De la información 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) e indicación de angioplastia (tratamiento).

Por su parte se trabajó con metodología cualitativa utilizando como 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 (Santojanni y Fernández), Clínicas que atienden pacientes de seguridad social y de aseguradoras prepagas (Bazterrica y Santa Isabel) y Hospitales de Comunidad (Italiano y Francés), siendo la cantidad de entrevistas 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 diagnósticas y terapéuticas.

Conclusiones

La información analizada señala que existen sesgos de género en la toma de decisión diagnóstica y terapéutica que pudieran estar afectando la equidad de género en la calidad de atención de los pacientes con cardiopatía isquémica. Por otra parte se han encontrado diferencias en la percepción de este fenómeno según sexo y años de matriculación de los/as profesionales entrevistados/as.

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 las 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 sólo los varones hacen posgrados fuera de la residencia. De las médicas 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 más 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, A. M. y col, 1987-91).

En cuanto a aspectos ligados a **la calidad de atención**, podemos concluir que, en cuanto a los recursos humanos, los profesionales 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. Las médicas son las 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. 2002).

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 éstos son en referencia a como se presentan los mismos en los varones, desestimando muchas veces la especificidad que presentan las mujeres para la misma enfermedad. Se evidencia la dificultad para pensar y actuar clínicamente según la especificidad del modo de enfermar de cada grupo. Motivo por el cual la diferencia tiende a transformarse en inequidad en la calidad de atención. Esto se debe a lo que se describe como "Yentl Syndrom" (Healey, 1991) que determina que en salud las mujeres deban comportarse, enfermarse y consultar como hombres, como precio histórico para la equidad en la calidad de atención, pues ser o enfermarse diferente que los hombres es ser tratado como paciente de segunda clase. Porque la mera diferencia se transforma en inequidad siendo que las mujeres, como en el caso de las cardiopatías "debieran" enfermar de la misma manera que los varones para que sean tratadas equitativamente.

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). Por otro lado, la presentación inespecífica de los síntomas coronarios suelen crear subregistro de esta patología en las mujeres, sumado a que tanto los médicos como las médicas señalan que las pacientes mujeres son más quejas generalmente y eso dificulta el interrogatorio médico. 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 dado que el imaginario colectivo identifica a las enfermedades coronarias como privativa de los varones 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.

Por otra parte resulta significativo, que tanto los médicos como las médicas, carezcan de formación para utilizar información

relativa a aspectos ligados a características de personalidad y conducta relativa a la pertenencia a un colectivo genérico femenino o masculino que tiene impacto en la práctica médica, aun cuando en el nivel del relato de la experiencia utilizan este tipo de caracterización. 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.

El hecho de que las mujeres consulten más tempranamente a nivel general en los servicios de salud, es explicado en términos generales debido a una vivencia diferente de la mujer de su propio cuerpo, relacionado con una sensibilidad ligada a la conexión con los ciclos hormonales. Este fenómeno es atribuido a hechos de la "biología" femenina, no considerándose su relación con un aprendizaje temprano de acceso a los servicios de salud dado por el proceso de medicalización temprana del cuerpo femenino ligado al desarrollo de las capacidades reproductivas. Esta forma de visualizar el fenómeno no les permite captar la paradoja de que aunque consultan en general más y más temprano en los servicios de salud en general, esto no es así en los servicios de cardiología. Para explicar el hecho de los varones consulten más tempranamente, señalan que los varones tienen menor tolerancia del umbral del dolor que las mujeres. Pudiéramos plantear que estos hechos pudieran ser mejor explicados desde un paradigma de la complejidad que de cuenta de las multideterminación de este tipo de fenómenos, mas que de un paradigma biologicista (Tajer D, 2003). ¿Cómo sería posible explicar sino que los varones caracterizados como más miedosos y con más sensibilidad frente al padecimiento del dolor puedan estar tan desconectados con el cuidado por su cuerpo, tal como se describe usualmente? Y en ese sentido ¿Cómo sería posible entender qué las mujeres que se cuidan y consultan más en general, consulten menos en cardiología desde una explicación mas compleja que la de un umbral más alto para tolerar el dolor?

En general los/as entrevistados/as 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. Por otro lado los/as entrevistados/as acuerdan en la importancia del apoyo familiar al/a paciente enfermo/a, pudiendo registrar diferencias en quienes acompañan de acuerdo a si el/a paciente es varón o mujer. Identifican la existencia de más casos de hombres solos, sin familia, y que a diferencia de ellos, las mujeres "solas de familia" siempre están acompañadas por alguien, generalmente vecinas o amigas. Podemos señalar que lo "invisible" a modo explicativo es el modo de arreglo diferencial por género de las situaciones de carencia de vínculos familiares frente a la necesidad de cuidados en situación de internación. Otra explicación que se encuentra a que la mayoría de los/as acompañantes sean mujeres es que estas no trabajan, invisibilizando el hecho de que en países con arreglos patriarcales como el nuestro, los cuidados de los/as enfermos en las familias están a cargo de las mujeres de la familia sean éstas trabajadoras o no en el espacio de lo público (Tajer D, en prensa).

En relación al *bagaje teórico conceptual* actual para el tratamiento de esta patología, 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). Perfil desde el cual se crea la expectativa que las mujeres que enferman son las más parecidas a estos hombres. Esta modelización del paciente típico, fraguado en el modo de enfermar de los varones de clase media para arriba, 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).

Respecto de las lecciones aprendidas y las expectativas a futuro, los/as entrevistados/as coincidieron en referir la necesidad de no subvalorar el diagnóstico de las mujeres y cambiar la actitud médica, de incrementar la posibilidad de escucha y contención de los pacientes. Y 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 en términos del efecto que les ha causado a ellos de desnaturalización de las diferencias en las prácticas que presentan los datos de la encuesta SAC que hemos tomado para el análisis cuantitativo, y lo utilizamos como material de la entrevista para que ellos valoren. Estos/as profesionales sugieren que esta información debería sistematizarse y formar parte de la capacitación cardiológica.

Esto habilita a pensar el interés de estos/as especialistas por miradas y desarrollos que pueden contribuir a su práctica y que no son los habituales que reciben como formación para su especialidad, que esta principalmente basada en los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido se manifiestan ávidos/as de contar con elementos que les permitan incrementar la escucha y contención de los/as pacientes, tanto para establecer diagnósticos más precisos, como para contribuir al acompañamiento de los/as pacientes respecto de sus malestares y sus procesos curativos.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida, C. (2000) "Saúde nas reformas contemporâneas". En *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas*. Costa, A.M.; Tajer, D.; Hamman E. Organizadores. Editorial Universidad de Brasilia, Brasil

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.

Arroyo, J. (2001) "Interculturalidad en la Atención de la Salud" Edic. Ministerio de Salud, Lima, Peru.

Baume, E.; Juarez M.; Standing, H (2001) "Gender and Health Equity Resource Guide" Informe de IDS en la Universidad de Sussex, Inglaterra.

Bertakis, K.D.; Azari, R. y otros (2000) "Gender differences in the utilization of health care services". *J.Fam. Pract Feb*; 49(2): 147-52

Bruce, J. (1990) "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework". *Studies in Family Planning*. 1(2)

Calderón, R.; Mendoza, J.(1997) *Relatoria de la Oficina de Trabajo. Recursos Humanos en los Procesos de Reforma en Salud* Edit. ALAMES, Buenos Aires, Argentina.

Costa, A.M.; Tajer, D.; Hamman, E. Organizadores (2000) *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas*. Editorial Universidad de Brasilia, Brasil.

Dellborg, M. y Swedberg, K.(1993) "Acute myocardial infarction: difference in treatment between men and women" *Quality ass.in Health Care*, 5(3),261-265

De Souza, Minayo (1997) "El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud" Lugar Editorial, Bs. As.

Doval, H.; Tajer, C. (2000) "Evidencias en Cardiología. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas" Ed. GEDIC, Buenos Aires.

Doval, H.; Tajer, C. (2001) "Evidencias en Cardiología II. De los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas" Ed. GEDIC, Buenos Aires.

Fernández, A.M., 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, J.A.; Irish, J.T.; Roter, D.L.; Ehrlich, C.M.; Miller, L.H. (1994) "Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting" *Health Psychol Sep*;13(5):384-92

Hall, J.A., y otros (1994) "Satisfaction, gender and communication in medical visits" *Med. Care Dec*; 32(12): 1216-31

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

Howes, D.G. (1998) "Cardiovascular disease and women" *Lippincotts Prim Care Pract Sep-Oct*; 2(5): 514-24

ILO (1989) Special protective measures for women and equality of opportunity and treatment. DOC(MEPMW/1989/7), Geneva.

Inda, N. (1996) "Género Masculino, Número Singular". En *Género, Psicoanálisis y subjetividad* Burín M. y Dio Bleichmar E. (comp.) Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Kannel, W.B. y Abbot, R.D. (1984) "Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction: an update on the Framingham Study". *New Eng. J. of Med.*, 1144-1147

Kaplan R.M.; Anderson J.P.; Wingard D.L.; (1991) "Gender differences in health related quality of life" *Health Psychol* 10(2): 86-93

Kaplan, G.; Kell, J. "Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: a review of the literature" *Circulation*, Vol 88, N° 4, Part 1 October 1993, 1973-98

Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Atención Comunitaria (1998) "Situación de la Salud de la Mujer en Argentina".

Nunes, J.A. (1999) "Os discursos dos medicos ginecologistas e obstetras sobre a regulacao da fecundidade" II International Congress Women, Work, Health Rio de Janeiro 1999, Program, Abstracts 142.

OPS/OMS (2002) "Género, equidad y reforma de la salud en Chile" Ed OPS/OMS, Santiago de Chile.

Pittman, P. y Hartigan P. (1996) "Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers". *Health Care for Women International* 17: 469-186

Pittman, P.M. y col. (1998) "Informe Final de la Investigación: Equidad de Género en la Dimensión Socioemocional de la Calidad de Atención en Salud. El caso de la Hipertensión y Diabetes en Avellaneda, Pcia de Buenos Aires", Programa Mujer Salud y Desarrollo, OPS, Buenos Aires.

Pittman, P.M. "Gendered experienced of health care" *Int J Qual Health Care Oct*; 11(5): 397-405

Secretaría de Salud Pública de Rosario (1997) "Nuevos Escenarios. Nuevos modelos de atención" Actas del 6° Congreso La Salud en el Municipio de Rosario, 22-25 de abril.

Standing, H. (2000) " Impactos de género de las reformas en salud - el actual estado de las políticas y la implementación" Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, La Habana, Cuba 3 - 7 de julio.

Tajer, D.; Ynoub, R.; Huggins, M. (Compiladoras) (1997) "Relatoria de la Oficina de Género y Salud Colectiva". Edic. ALAMES-IDRC, Bs.As.

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". 6° 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. (2000) "Pagando 'a la americana'. Invisibilidad de Género en el Informe de la OMS 2000 y Propuesta para un Informe Alternativo género sensible". En *¿Equidad? El Problema de la Equidad Financiera en Salud* Ediciones Antropos, Bogotá, Colombia.

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, A.M.; Cernada, S J.; Barrera, M.I.; 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.

Tajer, D. (2003) "Latin American Social Medicine: Roots, development during the 90's and current challenges" En *American Journal of Public Health*, Vol. 93 Issue 12, 2023-27

Tajer, D. (en prensa) "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en "Políticas Públicas y Equidad de Género en Salud: Desafíos para Centroamérica y Caribe". Castillo A. (comp.), Edit. Universidad de Costa Rica.

Tobin, J.N. et al. (1987) "Sex bias in considering coronary bypass surgery". *Ann. Int. Med.*, 107,19-25

Whitehead, M.(1990) *Los conceptos y principios de la equidad en la salud* Serie Traducciones OPS, Washington D.C.,1990.

Wingard, D. L. (1989), "Sex differentials in morbidity and mortality risk examined and caused in the same cohort" *Am.J.Epidemiol Sep*; 130(3):601-10