

## Desigualdades que generan inequidades. Los factores sociales y las variaciones en la práctica médica

*Izabella Rohlf. Grup de Recerca en Gènere i Salut (GREGIS). Red de Investigación en Salud y Género (RISG). Universitat de Girona.*

Teóricamente, la práctica médica se basa en la adquisición de unos conocimientos y habilidades que deberían garantizar la aptitud profesional y su calidad. Sin embargo, el cuestionamiento crítico de las bases del conocimiento biomédico es un ejercicio saludable para la mejora no sólo de la praxis sino también de los paradigmas en que se fundamentan la investigación y la docencia. Así, la variabilidad en la práctica clínica se debe entender no sólo bajo el concepto de variaciones en los estándares de calidad sino también en el contexto ideológico y social de las personas, instituciones y culturas dónde se llevan a cabo estas prácticas.

De entrada, esta reflexión puede levantar suspicacias ya que hay unas reglas tácitas y ampliamente defendidas de que la “verdadera ciencia” (escrita con letras mayúsculas) está basada en la objetividad y en el empirismo cartesiano, que no da lugar a ideologías o interpretaciones más allá de los hechos pasibles comprobados experimentalmente. Sin embargo, cabe la reflexión de que la elección de los temas de estudio y el cómo se presentan y son aplicados los resultados de la investigación en la práctica clínica, no son realidades asépticamente aisladas de los contextos sociales, culturales, políticos y económicos en que están inmersas.

Eso que puede parecer una herejía no tiene necesariamente una connotación negativa o positiva; es más, la posibilidad de reconocer las influencias contextuales en la génesis del conocimiento biomédico y en la práctica médica puede servir tanto para corregir inequidades como para propiciar una interpretación crítica de la homogenización de la práctica clínica en realidades complejas o también para el cuestionamiento de los conceptos implícitos en la llamada “normalidad”<sup>1</sup>.

La propia definición de lo que es considerado un cuadro típico de una determinada enfermedad, frecuentemente obedece a la universalización del cuadro clínico del varón. Un ejemplo clásico es el infarto de miocardio. Aunque la mayoría de la población cursa con el cuadro clínico considerado como típico (dolor precordial desencadenado por el esfuerzo, con irradiación a la mandíbula y/o brazo izquierdo acompañado de síntomas vagales como náuseas y vómitos, y disnea), cabe destacar la mayor proporción de mujeres que presentan síntomas atípicos u otros mal definidos. Ésto debería llevar a un replanteamiento acerca de qué es el cuadro típico del infarto y ahondar en las especificidades de uno u otro sexo<sup>2</sup>.

La epidemiología social ha aprendido mucho de las ciencias sociales y actualmente es un instrumento esencial para la salud pública y la planificación sanitaria. La incorporación de los múltiples abordajes de las ciencias sociales a la investigación biomédica y a la salud pública es un punto de inflexión para entender la complejidad del proceso salud – enfermedad – atención.

El estudio de las desigualdades sociales en la salud puede – entre otras cosas – ayudar a entender los factores que condicionan la variabilidad en la práctica médica que sobrepasan a las decisiones individuales, a la disponibilidad de los recursos o a la propia organización sanitaria.

La investigación y constatación de las relaciones entre los aspectos sociales, culturales y psicológicos y el desarrollo, el diagnóstico y la atención sanitaria de las enfermedades cardiovasculares,

principalmente de la cardiopatía isquémica, ha generado desde hace varios años, una amplia bibliografía. Hay evidencias de que la cardiopatía isquémica es un proceso multifactorial relacionado con determinados factores de riesgo y a su vez que existen relaciones complejas entre estos factores y la clase social, el género, el apoyo social, y las características o acontecimientos psicológicos. Asimismo también hay estudios interesantes sobre las relaciones entre el diagnóstico y la práctica clínica en estas enfermedades y las características sociales y contextuales del entorno. Sin embargo, en España, hay relativamente poca bibliografía en este sentido. El presente atlas sobre las variaciones en la práctica médica en los ingresos hospitalarios por cardiopatía isquémica y procedimientos cardiovasculares ofrece una visión amplia de la situación asistencial de esta patología en España. Es una importante herramienta para constatar gráficamente que aunque la variabilidad en el ingreso por la cardiopatía isquémica aguda en su conjunto y más específicamente tras el infarto agudo de miocardio es baja, la variabilidad en los procedimientos como la angioplastia con *stent* o la cirugía de revascularización varían de moderada a alta. Asimismo es interesante observar que si los datos son presentados según su distribución geográfica por provincia de residencia o áreas de salud, emergen unos patrones de variabilidad mucho más acusados. En el caso del angor, por ejemplo las tasas estandarizadas de ingresos por 10.000 habitantes varían entre menores de 4 a mayores de 13.

Llama la atención que al desglosar estos datos según sexo el patrón tanto de ingresos como de realización de procedimientos es diferente para mujeres y hombres. Se observa que las tasas estandarizadas por edad de las mujeres en todos los procedimientos es bastante inferior a la de los hombres y que la razón de variación de todos los procedimientos y más especialmente la de las angioplastias o de la cirugía de revascularización cardiaca es más alta entre las mujeres. Desde el punto de vista del análisis de las desigualdades en salud los análisis geográficos han servido para poner de manifiesto la amplia variabilidad territorial de la mortalidad y de sus relaciones con la distribución de los determinantes socioeconómicos. Sin embargo en nuestro entorno son escasos los estudios que comparan las variaciones en la práctica médica según sexo y muy puntuales aquellos que buscan explicar las diferencias bajo la perspectiva de las construcciones sociales que conforman lo que entendemos por género. Quizás sea pertinente una explicación sobre qué es el análisis con perspectiva de género. Las relaciones entre género y salud pueden ser explicadas como “las relaciones de poder que interactúan con la biología para determinar las diferencias en cuanto a necesidades, capacidad y tratamiento”<sup>3</sup>. Este es un concepto transversal a todos los ámbitos de la salud y tiene relación tanto con los aspectos determinantes de la esperanza de vida, las causas de mortalidad y de enfermedades, como con aspectos de las conductas relacionadas con la salud, prescripción y utilización de los servicios sanitarios. Los análisis desglosados por sexo son importantes y son uno de los primeros pasos para realizar un análisis de género, no obstante no son suficientes para entender toda la complejidad que subyace tras los resultados.

El análisis de género es el proceso que hay que utilizar para conocer los diferentes impactos que pueden tener tanto la investigación como la política o los programas y planes en las mujeres y hombres. En el contexto de la salud debe servir para conocer el sexo y el género como determinantes de salud y las interacciones que pueden haber entre ellos. También sirve para conocer las relaciones del género con otros determinantes sociales de la salud como la clase social o el lugar de origen. Finalmente, es una herramienta útil para evaluar la eficacia y la efectividad de los programas o planes de salud, la práctica clínica y las omisiones e implicaciones de la investigación.

Es evidente que a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres se les puede atribuir (y así se ha hecho, ya que hay una amplia bibliografía en este sentido) una parte considerable de la variabilidad en la práctica médica al compararse los procedimientos y tratamientos en la cardiopatía isquémica recibidos según el sexo del o de la paciente. Son la mayor edad, gravedad de la isquemia o comorbilidad, las principales razones por las cuáles se justifican las menores tasas de trombolisis o de procedimientos diagnósticos o de revascularización entre las mujeres<sup>4</sup>.

Es importante intentar entender lo que hay más allá de los resultados para poder hacer un análisis con perspectiva de género, ya que actualmente se está utilizando de manera errónea y algunas veces interesada<sup>(1)</sup> el término género.

La enfermedad cardiovascular es un buen ejemplo para entender como la generalización de resultados en los estudios clínicos y epidemiológicos ha servido para invisibilizar las especificidades de las mujeres y de las desigualdades de género en el esfuerzo diagnóstico. Entre varios ejemplos podemos citar la no inclusión de las mujeres en los trabajos de investigación, principalmente los ensayos clínicos o los estudios de efectividad de procedimientos cardiológicos, la menor utilización de tratamientos trombolíticos y revascularización percutánea en ellas (incluso después de ajustar por la comorbilidad y la edad) o la menor derivación a la rehabilitación tras el infarto de miocardio.

Entre las hipótesis que se han barajado para la menor utilización de procedimientos intervencionistas en las mujeres podemos citar que según algunos estudios ellas prefieren tratamientos farmacológicos o menos intervencionistas, los sesgos en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico cuando la paciente es una mujer, o la influencia del sexo de la persona profesional que la atiende. En ese sentido el estudio de Rathore y colaboradores en el año 2001 concluye que la menor indicación de cateterismos entre las mujeres que habían padecido un infarto de miocardio era independiente del sexo de la persona que los prescribía<sup>5</sup>.

Las manifestaciones clínicas de la cardiopatía isquémica también se han estudiado más intensiva y específicamente en los hombres que en las mujeres<sup>2</sup>. Entre la población general y también entre los profesionales sanitarios, la cardiopatía isquémica es ampliamente identificada como una “enfermedad de

hombres”<sup>6</sup>. Eso repercute en que las mujeres no se consideren población de riesgo y tarden más en buscar atención médica en el caso de un infarto de miocardio. Hace ya más de 15 años que Bernardine Healy describía en un artículo ya clásico, publicado en el *New England Journal of Medicine*, los sesgos en el sistema sanitario al evaluar una mujer con aparentes síntomas de cardiopatía isquémica. Ponía así de manifiesto la mayor efectividad de la atención sanitaria para los hombres<sup>7</sup>.

Sin embargo aún queda un largo camino para que los y las profesionales relacionados/as con la salud conozcan y reconozcan las evidencias de las consecuencias de las inequidades de género en la salud. Estas inequidades existen incluso cuando el gradiente socioeconómico no es visible y siguen existiendo diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres en las mismas categorías socioeconómicas. Hay que tener cautela en no considerar como biológicas y “naturales” situaciones o variables que son el producto de desigualdades sociales o de no tener en cuenta las diferencias o similitudes existentes entre mujeres y hombres. Frecuentemente estos sesgos pueden producir variaciones en la práctica médica que en parte traducen inequidades<sup>8</sup>.

## Referencias

1. Goldberg N. *Women are not small men*. New York: Ballantine Books; 2003.
2. Mc Sweeney JC, Cody M, O’Sullivan P, Elberson K, Moser DK, Gavin BJ. Women’s early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2003;108:2619-23.
3. Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
4. Miller TD, Roger V, Hodge DO, Hopfenspirger MR, Baley KR, Gibbons RJ. Gender differences and temporal trends in clinical characteristics, stress test results and use of invasive procedures in patients undergoing evaluation for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 2001;38:690-97.
5. Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ, Vaccarino V, Krumholz HM. Sex differences in cardiac catheterisation. The Role of Physician Gender. *JAMA*. 2001;286:2849-56.
6. Davison C, Smith GD, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociol Health Illn*. 1991;13:1-19.
7. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med*. 1991;325:274-6.
8. Ruiz MT, Verdú M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*. 2004;18 (Supl 1):118-25.

*Agradecimiento*

*El GREGIS forma parte de la Red de Investigación en Salud y Género (G03/042).*

<sup>(1)</sup> La importancia de la perspectiva de género se ha puesto de manifiesto después de una larga trayectoria de estudios que señalan la necesidad de reconocer y visibilizar las diferencias entre mujeres y hombres, pero también las desigualdades generadas por las relaciones de poder que se traducirán en inequidades en la salud. Actualmente, varias agencias financiadoras de la investigación en salud pública y epidemiología, señalan en sus convocatorias la prioridad del género como línea de trabajo. Es un avance, pero sin embargo, lleva consigo el riesgo de que se promuevan algunas investigaciones que sólo utilizan el término género como un sinónimo políticamente correcto de sexo y sin ahondar en los paradigmas de la desigualdad de género. Frecuentemente, este tipo de estudios contribuyen para que se sigan invisibilizando y perpetuando las inequidades.