

EDITORIAL

Salud y género en las consultas de atención primaria

El concepto de género, entendido como la construcción social del sexo biológico, tiene ya una consolidada tradición teórica. Una de sus principales aportaciones es la de visualizar las desigualdades sociales entre varones y mujeres. Su utilización como herramienta metodológica es imprescindible para entender y mejorar el conocimiento sobre los factores que pueden explicar las desigualdades en la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida de mujeres y varones. Hoy día no podemos pensar que los factores biológicos expliquen por sí mismos por qué el sexo del paciente condiciona sus motivos de consulta en atención primaria (AP), su grado de utilización o los diagnósticos que una persona recibe cuando acude a su médico de familia (MF) con una queja.

Los MF cuentan, entre sus señas de identidad profesional, con un fuerte enfoque social sobre la salud y la enfermedad. Este enfoque lleva implícito, aunque aún no haya sido suficientemente desarrollado teórica y prácticamente, el objetivo de disminuir las desigualdades de salud que surgen de todas las formas de estratificación social: clase, género y grupo cultural (o etnia). A pesar de la complejidad de las interacciones entre esas tres variables sociales, es posible analizar separadamente sus efectos en la salud de las personas, como es ya conocido para las desigualdades de clase gracias al Blake Report o al Informe de la Comisión Científica de las desigualdades en salud en España.

Las desigualdades de género aún permanecen casi invisibles en España, y sólo contamos con alguna información procedente del campo de la salud pública, pero en (AP), donde trabajan los profesionales que más pueden intervenir sobre ellas, es aún un asunto «raro».

La Encuesta Nacional de Salud en España de 1997 (ENS) ofrece información sobre la morbilidad en varones y mujeres. A grandes rasgos, se encuentra que en las mujeres la salud percibida es peor, hay más restricción de actividades tanto en el tiempo libre como en la actividad principal de la persona; además hay mayor número de síntomas durante ambas situaciones, y las mujeres notifican más enfermedades crónicas diagnosticadas. En cuanto a la utilización de servicios, un 77,3% de los varones y el 71,9% de las mujeres no han visitado a su médico en las dos últimas semanas. No debemos olvidar, al interpretar la información de las ENS, que está basada en datos subjetivos de morbilidad, es decir, que las ENS lo que recogen son aspectos de la conducta de enfermar y autodeclaraciones de síntomas, y aún no está clara la relación entre percepción de síntomas y enfermedad.

En cuanto a los motivos de consulta al MF, existe un perfil similar en diferentes países^{1,2}. Las mujeres demandan más por enfermedades endocrinometabólicas, de la sangre y circulatorias, trastornos mentales, enfermedades genitourinarias y enfermedades musculosqueléticas, así co-

mo por ciertos procesos crónicos, como la hipertensión, la diabetes y la artrosis, mientras que los varones consultan más por enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, digestivas y hepáticas, así como por cardiopatía isquémica.

Este patrón de morbilidad descrito por los datos epidemiológicos procedentes de distintas fuentes no escapa a las observaciones del MF; las mujeres viven 7 u 8 años más que los varones, pero presentan peor salud que se traduce en más dolor, mayor número de síntomas y superior utilización de las consultas de AP. Este tipo de análisis ha llevado a la conclusión de que «las mujeres enferman y los varones mueren». Según Agnes Miles³, estas diferencias observadas en la forma de enfermar y morir ambos sexos se pueden atribuir a tres tipos de causas: a) existencia de un artefacto que haga aparecer en la información diferencias que no son reales; b) factores biológicos que condicione estas diferencias, y c) factores sociales que hacen más o menos vulnerables a varones o mujeres. Miles analiza detalladamente qué efecto tiene en los datos de morbilidad la conducta de enfermar. Por conducta de enfermar se entiende: a) la percepción y preocupación por los síntomas y la disposición a hablar de ellos al médico; b) las creencias y conocimientos sobre la enfermedad (las mujeres son las mayores consumidoras de información médica en todos sus formatos); c) los roles de género que prescriben el papel de cuidadora para la mujer, o d) la

mayor permisividad normativa hacia las mujeres para pedir ayuda a su médico por problemas emocionales o síntomas leves. Los médicos también contribuyen a las desigualdades de género en salud, y ello por una serie de causas, la mayor parte de las veces inconscientes, que condicionan una práctica clínica desigual entre varones y mujeres. M. Teresa Ruiz Cantero⁴ ha planteado un análisis muy útil para el estudio de los sesgos de género en medicina. Esta autora considera que existen dos mecanismos que inducen este tipo de sesgos: a) asumir que varones y mujeres son iguales cuando en la realidad son diferentes, lo cual es el resultado del androcentrismo de la ciencia médica, que considera al varón como modelo del ser humano (de hecho, se usa el término «hombre» para designar a las personas), y b) asumir que varones y mujeres son diferentes cuando en realidad son iguales. Veamos a continuación una serie de hechos y de problemas de salud que atiende el MF donde se pueden estar produciendo este tipo de sesgos.

El MF que atiende a sus pacientes, con frecuencia, no ha evaluado personalmente la información científica en que basa sus decisiones, pero debe saber que una gran cantidad de esta información sobre diagnóstico, tratamiento o factores de riesgo y de protección, procede de ensayos clínicos donde las mujeres han estado poco o nada representadas; sin embargo, en la práctica asistencial se extrae el conocimiento a ambos sexos. Esto ocurre, por ejemplo, con la aspirina en la protección para la angina de pecho, o con la asociación entre factores de riesgo y cardiopatía isquémica (CI), donde los médicos sólo consideran fundamentales aquellos que se han demostrado en los varones. La investigación epidemiológica se ha centrado hasta el momento en las enfermedades de mayor letalidad que son, a su vez, las más

frecuentes en los varones, y ha olvidado otros problemas de salud que producen más morbilidad y afectan de forma más importante a la calidad de vida y el bienestar, y que «casualmente» se dan en su mayoría en las mujeres. Entre estos problemas se encuentran los efectos físicos y psíquicos de la doble jornada (doméstica-extradoméstica), el impacto de la incapacidad crónica o la violencia, en sus distintas manifestaciones, a que están sometidas las mujeres. Un estudio riguroso de estos problemas y sus consecuencias en el bienestar de las personas generaría un nuevo perfil epidemiológico que relativizaría la importancia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y del cáncer, permitiendo definir nuevas prioridades y reasignar recursos. Esto no es en absoluto ajeno al quehacer de la medicina de familia ni de la enfermería, si pensamos en el tiempo que se dedica en los centros de salud a un tipo y otro de problemas. El acercamiento médico a las diferencias en la salud de varones y mujeres se ha limitado a las enfermedades del aparato reproductor de ellas, debido a que su especificidad y, por tanto, su salud se ha considerado dependiente de la reproducción. Bajo este prisma miope, otras enfermedades prevalentes en las mujeres han sido poco o nada estudiadas. Como señala Carmen Valls, el dolor es la primera causa por la que consultan las mujeres en AP. Este motivo de consulta se presenta por una variedad de enfermedades musculosqueléticas, como la artrosis entre las reumáticas, las autoinmunes y del tejido conectivo que con frecuencia son poco conocidas e infradiagnosticadas. Un ejemplo claro es la fibromialgia, diagnóstico que constituye un cajón de sastre y que se presenta en un 90% de veces en mujeres. Para esta enfermedad no existen pruebas diagnósticas válidas, por lo que puede estar ocultando otros diagnósticos clínicos que no se resuel-

ven con los antidepresivos con que, finalmente, son tratadas estas mujeres. Otros procesos infradiagnosticados en las mujeres son el hipotiroidismo, el hiperparatiroidismo o el déficit de vitamina D. Esto guarda relación con el hecho de que el diagnóstico «signos y síntomas mal definidos» sea más frecuente en las mujeres, tanto en datos de morbilidad como en los certificados de defunción. También ocurre que, en virtud de un artefacto, varones y mujeres parecen diferentes cuando en realidad son iguales. Con frecuencia este artefacto es el médico que lleva a cabo el diagnóstico y/o el tratamiento. McKinlay⁵ analiza el papel de la organización y de los médicos en la generación de las tasas (información epidemiológica) y, por tanto, en el conocimiento médico. Además de los factores del paciente, es bien sabido que la conducta del médico es el mayor determinante de los indicadores epidemiológicos. Para mostrar este efecto, estudia las ECV y la CI. Los médicos aún creen que hay diferencias entre varones y mujeres porque se piensa que los estrógenos protegen a las segundas, sin embargo, hoy día sabemos que: a) el aumento de las tasas de enfermedad coronaria en las mujeres se produce por efecto de la edad, igual que ocurre con los varones, y no como consecuencia de la menopausia; b) las ECV presentan tasas de mortalidad específicas de 359×100.000 en mujeres y 321 en varones y las proporciones son del 44% y 32%, respectivamente; c) la CI es la primera o la segunda causa de muerte en mujeres (patrón mediterráneo o patrón de los países nórdicos), y d) hay evidencias de que esta enfermedad en las mismas es silente en un 33% de casos y, por tanto, se halla infradiagnosticada. Los textos suelen describir como cuadro clínico típico del IM el que presenta el varón. Es también conocido que existe un sesgo de género al prestar la atención sanitaria, ba-

sado en la creencia de los médicos de que las ECV y la CI son menos frecuentes y menos graves en las mujeres. Los estudios publicados se refieren al medio hospitalario y, fundamentalmente, a las ECV, y evidencian que existe un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico, ante igual situación clínica, generalmente un IM, cuando el paciente es una mujer. En resumen, las mujeres reciben menos exploraciones como la angiografía coronaria entre otras, y menos intervenciones como la revascularización coronaria que los varones con igual diagnóstico.

En AP el sesgo de género en la asistencia está aún sin investigar, pero no debemos pensar que los MF se encuentran exentos de aquél. En la Universidad de Alicante, Elena Ronda Pérez ha realizado una tesis doctoral pionera, bajo la dirección de María Teresa Ruiz Cantero. En un centro de salud se estudió el esfuerzo diagnóstico y terapéutico que hacían los MF en 830 pacientes (318 varones y 512 mujeres), todos atendidos en primera visita por igual queja referida al aparato respiratorio. Los resultados que queríamos destacar son las odds ratio varón/mujer para: anamnesis del hábito tabáquico 1,63 (1,35; 1,96), exploración pulmonar 1,39 (0,90; 1,75), exploración faringoamigdalar 0,63 (0,41; 0,97), diagnóstico definido 1,77 (0,98; 3,22) –había doble proporción de mujeres que de varones que recibían el diagnóstico «signos y síntomas mal definidos»–, se da cita de seguimiento 1,48 (0,88; 2,45) y se prescribe baja laboral 5,43 (1,64; 9,96) –referido a mujeres con trabajo asalariado–. Los médicos consideraban que el problema era grave con más frecuencia en los varones que en las mujeres, mientras que no había diferencias en la gravedad autopercibida por los pacientes de ambos sexos. Desconocemos con qué magnitud se produce este fenómeno en la consulta del MF, pero considerando el sesgo en

los juicios médicos según el sexo del paciente, y la grave falta de conocimiento sobre factores de riesgo y sobre la semiología de las mujeres, tanto en procesos comunes a los 2 sexos como en enfermedades más frecuentes en las mujeres, es necesario estar alerta en la consulta sobre estas limitaciones a la hora de adoptar decisiones clínicas e intentar superarlas, entre otras formas, con una mayor investigación sobre ellas. Los trastornos psíquicos (TP), un motivo de consulta muy frecuente en AP, son afecciones en las que el género se convierte en categoría analítica imprescindible para entender su manejo en la consulta del MF. Es imposible desarrollar aquí una síntesis somera de la teoría que psicoanalistas y psicólogas feministas han desarrollado para explicar qué ocurre con la salud mental de las mujeres^{5,6}. Sólo vamos a señalar dos fenómenos que se dan en la práctica del MF. Por una parte, los diagnósticos de somatización son más frecuentes en las mujeres; la salud de éstas se ha psicologizado⁷, pero casi nunca se piensa que los varones tengan un componente psíquico en sus enfermedades. Por otra parte, estudios recientes indican que la prevalencia de TP es similar en ambos sexos (aunque las mujeres consultan más). Las mujeres presentan más trastornos depresivos y de ansiedad y los varones más abuso de sustancias y trastornos antisociales de la personalidad. Ambas son formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales frente a cada género.

Los roles de género y la construcción de la subjetividad femenina están en el origen de los TP de las mujeres (y también de los varones, porque el género está basado en el análisis de un sistema de relaciones). Los factores psicosociales que conducen a la depresión son el estereotipo mismo de la feminidad⁵: a) susceptibilidad a presentar depresión como conse-

cuencia de relaciones afectivas de pareja; b) dependencia del juicio del otro para el mantenimiento de la autoestima; c) restricción social: desempeño de un solo rol, y d) inseguridad en los vínculos y miedo a perderlos. El resultado de esto es lo que se ha llamado el malestar de las mujeres con su vida cotidiana debido a la insatisfacción, malestar que los médicos medicalizan con psicofármacos a falta de otros instrumentos terapéuticos para ayudar a sus pacientes. Este terreno del desempeño profesional del MF necesita, a mi juicio, un importante espacio de formación, tanto en el posgrado como continuada.

Al principio mencionábamos que hablar de la desigualdad de género es algo «raro» en nuestro medio. He tomado esa palabra de un residente de MF que, al acabar de escuchar mi ponencia sobre el tema en un congreso, interpeló: «Ana, ¿de dónde sacas esas cosas tan raras?». Lo que expongo aquí no es «raro» y desgraciadamente no es infrecuente; lo que desafortunadamente sí es aún «raro» es usar la teoría que permite identificar, explicar y buscar solución a este tipo de situaciones.

Los sesgos de género comentados aquí, y otros, deben incardinarse en una compleja realidad social que incluye la clase, o el grupo cultural, entre otras variables. Sin embargo, esta complejidad en la diversidad de las situaciones de las mujeres no debe desanimar para evidenciar y corregir los sesgos de género en la práctica asistencial. Los MF han de tenerlo en cuenta para no aumentar las desigualdades de género en la consulta, y tienen el reto de investigar sobre todo ello para mejorar el conocimiento y la salud de todas las personas.

A. Delgado Sánchez

Técnica de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Granada.
Miembro del Grupo de Atención a la Mujer de semFYC.

Bibliografía

1. McPherson A. Women's problems in general practice. Oxford: Oxford University Press, Oxford General Practice Series n.º 2, 1991.
2. Valls-Llobet C. Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de situación. Barcelona: Quadernos CAPS, 1991.
3. Miles A. Women, health and medicine. Buckingham: Open University Press, 1991.
4. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Commun Health* 1997; 51: 106-109.
5. McKinlay JB. Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease. *J Health Soc Behav* 1996; 37: 1-26.
6. Bleichmar ED. La depresión en la mujer. Madrid: Temas de Hoy, 1991.
7. Burin M, Moncarz E, Velázquez S. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós, 1991.
8. Wilkinson S, Kitzinger C. Mujer y salud. Una perspectiva feminista. Barcelona: Paidós, 1996.