

ARTÍCULOS ORIGINALES

BARRERAS DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y USUARIAS

Gender Barriers to Cardiovascular Prevention: Attitudes and Knowledge of Health Care Professionals and Women Users

Débora Tajer,¹ Ana Fernández,¹ Laura Antonietti,² Agostina Chiodi,³ Adriana Salazar,⁴ Isabel Barrera,¹ Lucero Juárez⁵

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La enfermedad cardiovascular en mujeres constituye un tema de relevancia epidemiológica en Argentina y debe ser abordada desde una perspectiva integral. OBJETIVOS: Indagar acerca de los imaginarios de profesionales y usuarias del sistema sanitario, que podrían operar como barreras para la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular en mujeres. MÉTODOS: Estudio descriptivo que incluyó: entrevistas a médicos/as e informantes clave, dispositivos grupales de cardiólogos/as y encuestas a usuarias de servicios de Cardiología de un centro público y uno privado. Se realizó un análisis cualicuantitativo de la información recogida. RESULTADOS: Se observó que los/as profesionales perciben especificidades y rasgos diferenciales de la enfermedad cardiovascular en mujeres, aunque tienen dificultad para conceptualizarlos y traducirlos en cambios en sus prácticas clínicas. Se observó vulnerabilidad de clase y género como determinante de riesgo cardiovascular, con predominio del paradigma de la igualdad de atención en los imaginarios. En las usuarias se identificó que hay percepción del riesgo psicosocial en enfermedad cardiovascular, aunque con brechas entre percepción y prácticas. Se observaron discordancias entre los imaginarios de los/as profesionales y el de las usuarias del sistema de salud. CONCLUSIONES: Los resultados muestran que existen sesgos en los imaginarios de género en relación con la salud cardiovascular que operan como barreras para adoptar estrategias preventivas eficaces en enfermedad cardiovascular dirigidas a mujeres. La revisión de estos imaginarios puede promover mayores grados de equidad de género en la calidad de prevención y en el acceso a la atención.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Cardiovascular disease in women is an issue of epidemiological relevance in Argentina, which should be approached from a holistic perspective. OBJECTIVES: To investigate the imaginary of health system professionals and women users, that could act as a barrier for the prevention and treatment of cardiovascular disease in this group. METHODS: Descriptive study that included: interviews to physicians and clue actors, group mechanisms for cardiologists, and surveys to users of public and private cardiology services. A qualitative and quantitative analysis was performed. RESULTS: Professionals perceived some specific features of cardiovascular disease in women, although there were still difficulties for conceptualize and make changes in clinical practices. Class and gender vulnerability was seen as a determinant of cardiovascular risk, under the prevalent paradigm of equality in health care. Female users showed psychosocial risk perception, with differences between beliefs and practices. Some differences were observed between imaginaries of professionals and health system female users. CONCLUSIONS: Some bias between gender-related imaginary regarding cardiovascular health are still present, and they can hinder the adoption of effective preventive strategies for manage cardiovascular disease in women. By reviewing this, it would be possible to achieve a higher degree of gender equity in terms of prevention quality and health care access.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad coronaria - Prevención - Mujeres - Género - Percepción social

KEY WORDS: Coronary heart disease - Prevention - Women - Gender - Social perception

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

² Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.

³ Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos.

⁴ Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno.

⁵ Colegio de Sonora, México.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de septiembre de 2013

FECHA DE ACEPTACIÓN: 9 de marzo de 2015

CORRESPONDENCIA A: Débora Tajer
Correo electrónico: dtajer@psi.uba.ar

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular constituye la segunda causa de muerte en mujeres de 35 a 54 años en Argentina.¹ Los imaginarios de profesionales y de la comunidad siguen considerándola una enfermedad de varones, pese a las evidencias de aumento de su incidencia en mujeres.²⁻⁵ Se han producido algunos avances para incorporar una perspectiva de género en el abordaje de la enfermedad coronaria, tanto a nivel internacional como nacional.⁵⁻¹⁸

Sin embargo, 20 años después de que se describieran diferencias de género en el manejo de esta patología^{6,7} y que afectan la equidad en la calidad de la atención, parecen persistir desigualdades en las prácticas preventivas y terapéuticas entre varones y mujeres.^{8,9}

Las asimetrías de género establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que pueden y deben cumplir los varones y las mujeres en el marco de las formas actuales del patriarcado. Esto determina distintos modos de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir.^{8, 17-22} Estas asimetrías se articulan con otras –edad, etnia, clase social– y definen perfiles de morbimortalidad específicos, así como modelos diferenciales de atención y prevención de la enfermedad. La incorporación de las dimensiones de la subjetividad⁴ en la enfermedad cardiovascular permite identificar y entender la especificidad de la vulnerabilidad de las mujeres, lo que contribuye a generar avances en la equidad de género⁸ y a formular políticas públicas más eficaces que consideren criterios preventivos diferenciales para varones y mujeres.

La hipótesis de este estudio es que existen sesgos de género en la identificación de los modos diferenciales de las mujeres de enfermar, consultar y ser atendidas por enfermedad coronaria, que operarían como barreras en la prevención de esta patología (entendiendo como barreras a los patrones, normas, obstáculos o valores que dificultan, limitan o impiden la capacidad de agencia para tomar decisiones y modificar su entorno).²³⁻²⁴

Estos sesgos en los modelos de atención llevarían a invisibilizar la complejidad biopsicosocial de la enfermedad y estarían presentes en los modos de promover medidas preventivas, en la falta de identificación de factores de riesgo específicos y en la escasez de recomendaciones preventivas para mujeres en etapa fértil, lo que aumentaría la vulnerabilidad coronaria en etapas vitales posteriores.

El objetivo de este estudio fue indagar los imaginarios de profesionales y usuarias del sistema sanitario, que podrían operar como barreras para la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular en mujeres.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el que se combinaron diversas herramientas para el trabajo de campo y recolección de datos: encuestas a usuarias, entrevistas a médicos/as e informantes clave, y dispositivos grupales de indagación a cardiólogos.²⁵

La población objetivo estuvo compuesta por profesionales de ambos sexos, informantes clave y mujeres usuarias de servicios de Cardiología de dos efectores de salud: el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC), establecimiento privado y ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y el Hospital El Cruce “Dr. Néstor Carlos Kirchner” (HEC), de carácter público y localizado en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires.

Se incluyó a médicos/as especialistas en Cardiología, Ginecología, Clínica, Medicina General y de Familia que realizaban atención ambulatoria y a mujeres de 35 o más años usuarias de los servicios de Cardiología de los efectores mencionados. Los informantes clave fueron profesionales considerados referentes en temas de Salud Pública, enfermedad cardiovascular y estudios de género.

Para las entrevistas a profesionales se definió un muestreo finalístico, mientras que para las encuestas a usuarias se efectuó un muestreo aleatorio por conglomerados según días de atención en cada centro. En ambos centros se realizaron dispositivos grupales de indagación a médicos/as cardiólogos/as -con ejes temáticos previamente establecidos- y entrevistas en profundidad a informantes clave, cuya información fue triangulada con los hallazgos de las entrevistas a profesionales y de las encuestas a usuarias.

Los instrumentos de recolección de datos fueron diseñados por el equipo de investigación, que se basó en estudios previos relacionados con el tema.⁵⁻²⁷ Se utilizó un formulario de consentimiento informado y se contó con la aprobación de los Comités de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y del HEC.

RESULTADOS

Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas a cardiólogos/as, con una edad media de 48 ± 11 años en CEMIC y 36 ± 4 años en HEC, y mayor proporción de varones en ambos efectores (70%).

La mayoría manifestó que no percibía diferencias en la relación médico/a-paciente entre pacientes mujeres o varones. Más de la mitad (60%) de los/as entrevistados/as de ambos efectores opinó que las mujeres registran en forma más tardía que los varones su propia vulnerabilidad coronaria; y que una gran proporción de pacientes cree que las mujeres mueren sólo de cáncer de mama o útero. Sin embargo, los/as cardiólogos/as observaron que en los últimos años hay una mayor conciencia (especialmente en la población femenina de sectores medios y altos) de que la enfermedad coronaria también las afecta.

El 50% de CEMIC y el 70% de HEC consideraron que las mujeres consultan más y más tempranamente en el sistema de salud en general, pero que esta conducta se invierte en la especialidad cardiológica.

En ambos centros consideraron que es más probable que un cuadro coronario en mujeres sea sub-diagnosticado en una guardia cuando no hay cardiólogos/as, y que existen sesgos en la identificación temprana de síntomas coronarios en mujeres aunque –una vez hecho el diagnóstico– no habría diferencias en el acceso al tratamiento. La mayoría reconoció que la sospecha de enfermedad coronaria es menos probable frente a síntomas inespecíficos en mujeres que en varones. Uno de los comentarios se centró en el reconocimiento de la existencia de un imaginario en el mundo médico vinculado a lo psicológico “las mujeres son histéricas” como contraposición a que “no tienen enfermedad coronaria”, vinculado a lo biomédico y que pese a que las mujeres son más difíciles de diagnosticar, son “más valientes”, no lloran en las intervenciones ni se quejan, algo que sí ocurre con los hombres consultantes. Identificaron una dificultad en incorporar las condiciones de vida y los factores psicológicos como parte de la vulnerabilidad coronaria. En una de las entrevistas se señaló que “una de las diferencias en las condiciones de vida es que

las mujeres se ocupan más del marido y de los hijos que de sí mismas". Asimismo, cuando se les plantearon casos hipotéticos, los/as profesionales asignaron menor alerta de riesgo y vulnerabilidad coronaria a todos aquellos que no incluían factores biomédicos, aun cuando los factores psicosociales eran de alto riesgo.

Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas a médicos/as clínicos/as, ginecólogos/as, de familia y generalistas, con una media de edad de 42 ± 12 años en CEMIC y 48 ± 9 años en HEC. La mayoría en el efector privado consideró que el riesgo de las mujeres se construye a lo largo de la vida y se dispara a partir del climaterio. Asimismo, afirmaron que las mujeres no suelen considerarse grupo de riesgo cardiovascular (por lo que sería necesario proporcionar más información en las consultas) y que las enfermedades más visibles para las mujeres son los tumores ginecológicos, la osteoporosis, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. La mayoría consideró que las mujeres con historia familiar coronaria y las fumadoras están más advertidas sobre su riesgo.

El 40% de los/as entrevistados/as en CEMIC consideró muy importante la detección y cuidado precoz de trombosis en relación con la anticoncepción prolongada por su asociación con la construcción del riesgo cardiovascular en mujeres en edad reproductiva; mientras tanto, en HEC, el 90% de los que se inclinaron por esta opción destacaron que "la experiencia clínica ha puesto de manifiesto casos de mujeres con trombosis que presentaban el antecedente de uso prolongado de anticonceptivos orales".

En lo que respecta a los riesgos psicosociales y la enferme-

dad coronaria para el género femenino, en ambos centros la mayoría manifestó estar advertido/a de la relación entre estado de ánimo, depresión y riesgo coronario.

Sin embargo, los comentarios realizados evidenciaron la dificultad para identificar los modos femeninos. Por ejemplo, un profesional de CEMIC reconoció su falta de "acuciosidad para identificar el diagnóstico en una paciente que tuvo un infarto después de enviudar". Otro entrevistado en HEC destacó la correlación entre depresión y violencia de género, que permite incorporar una línea de sentido entre esos fenómenos y las enfermedades coronarias, y que coincide con una recomendación del Informe de la Red de Conocimiento en Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud, que considera a la violencia de género como un determinante social de la salud específico para las mujeres.²⁴

Por otra parte, el 60% de los/as entrevistados/as en CEMIC y el 70% en HEC consideraron que tomaban en cuenta los aspectos de personalidad, la sobreadaptación y la sumatoria de roles que las mujeres adoptan en la sociedad como generadores psicosociales de riesgo coronario.

- Encuesta a usuarias

Se encuestó a 142 usuarias de servicios de Cardiología (74 de CEMIC, 68 de HEC) con una media de edad 7,6 años mayor en el primero (68,5 frente a 60,9). En ambos efectores, la mayoría de las usuarias que estaban laboralmente ocupadas se consideraron con un alto nivel de responsabilidad en sus tareas (Tabla 1). Con respecto a las tareas domésticas, mientras que en CEMIC más de

TABLA 1. Encuestas a usuarias: características sociodemográficas

	CEMIC (n=74) media(DE)	HEC (n=68) media(DE)
Edad (años)	68,5 ($\pm 10,4$)	60,9 ($\pm 10,9$)
	n (%)	n (%)
Nivel de estudios		
Primarios	8 (11)	46 (68)
Secundarios	25 (34)	18 (26)
Terciarios o más	41 (55)	4 (6)
Situación laboral		
Ama de casa	3 (4)	25 (37)
Ocupada	25 (34)	16 (24)
Desempleada	0 (0)	7 (10)
Jubilada	44 (59)	19 (28)
Otra	2 (3)	1 (1)
Quién realiza las tareas domésticas en el hogar		
Empleada doméstica	41 (55)	3 (4)
Yo sola	3 (4)	40 (59)
Mi/s hija/s y yo	24 (33)	7 (11)
Mi pareja/marido y yo	5 (7)	3 (4)
Todos colaboran	1 (1)	15 (22)
Nivel de responsabilidad laboral en el grupo de mujeres ocupadas	n (23)	n (16)
Alto	16 (64)	12 (75)
Intermedio	9 (36)	1 (6)
Bajo	0 (0)	2 (13)
Otro	0 (0)	1 (6)

Fuente: elaboración propia

la mitad dijo que las realizaba "la empleada" y un mínimo porcentaje respondió que las hacía "ella sola"; en el HEC esta relación era inversa.

En el efector privado el motivo principal de consulta fue por chequeo o propia iniciativa, mientras que en el hospital público la mayoría de las consultas fueron por derivación (Tabla 2).

Aunque las usuarias de ambos centros afirmaron que realizaban al menos un control médico al año, se observó mayor prevalencia en el efector privado (93% frente a 78%) y mayor demanda de consulta al cardiólogo, pese a que en este grupo la prevalencia de antecedente de dolor precordial y de diagnóstico establecido de enfermedad cardiovascular fue inferior al de las usuarias del efector público (42% frente a 60%).

Entre quienes tenían antecedentes de dolor precordial, el porcentaje de mujeres que consultaron fue mayor al de las que no lo hicieron, sin diferencias entre centros.

No se observaron diferencias sobre hábitos saludables, excepto en relación con la actividad física, que fue mayor entre usuarias del efector privado (57% frente a 29%).

Con respecto a los imaginarios sobre riesgo cardiovascular, se observó mayor percepción del propio riesgo como elevado en las usuarias del efector público, y en ambos centros identificaron a la enfermedad coronaria y cerebrovascular como causa de mayor mortalidad para mujeres (ver Tabla 3).

También se observó una percepción de la relación entre estrés y riesgo cardiovascular. No hubo diferencias en la identificación de factores condicionantes de estrés en mujeres, excepto en la percepción de la "necesidad de cumplir con todo", que fue mayor entre usuarias del efector privado.

El principal síntoma identificado por las usuarias como asociado a un problema coronario fue "dolor de pecho" en HEC y "palpitaciones" en CEMIC. En ambos centros, el síntoma "falta de aire" ocupó el segundo lugar (ver Tabla 4).

En el efector privado, todos los factores de riesgo biomédicos (excepto diabetes) fueron reconocidos por más del 80% de las usuarias. En el efector público, sólo el tabaquismo fue referido como factor de riesgo cardiovascular por más del 80% de las usuarias.

Más del 90% en ambos centros manifestó que era posi-

ble efectuar prevención de enfermedad cardiovascular en mujeres, y la etapa adulta joven fue seleccionada en primer lugar para comenzar la prevención (42% en CEMIC frente a 34% en HEC).

En lo que respecta a los dispositivos grupales de indagación, se realizaron dos encuentros, uno en cada centro, en los que intervino la mayor parte de los equipos de cardiólogos/as. Los imaginarios profesionales desplegados por los/as participantes rondaron en torno a los siguientes ejes: CEMIC

- Presentaron divergencias en la valoración sobre la magnitud y tipo de sobrecarga de las mujeres en relación con los varones cuando ambos trabajan fuera de casa y su impacto en la salud coronaria.
- Consideraron que las mujeres hacen más actividad física porque "andan todo el día" en las actividades domésticas, con ventajas sobre los estilos de vida masculinos.
- Observaron que las mujeres tienen gran capacidad de cuidar, pero no tanta de cuidarse; que acompañan a sus parejas y son las encargadas del tratamiento, pero sus propias parejas no las acompañan a ellas en las consultas.
- Notaron especificidades en las formas de presentación de la enfermedad cardiovascular/coronaria en mujeres.
- Sostuvieron la percepción de que hay igualdad en la atención de varones y mujeres.
- Manifestaron preocupación por ver a mujeres jóvenes y sanas que luego, muchos años después, ya están enfermas.
- Dejaron entrever la presencia de un intervalo "mudo", que sería el tiempo ideal para actuar en prevención.
- Observaron que las mujeres prestan más atención que los hombres a los medios de comunicación.
- Expresaron que los/as médicos/as tienen poco tiempo para destinar a la reflexión de los propios procesos intelectuales/afectivos de la atención y de su trabajo.

HEC

- Refirieron que las mujeres consultan más tarde y los varones manifiestan cualquier malestar inmediatamente. Según experiencias familiares (de los/las profesionales), las mujeres postergan las consultas médicas propias y prefieren cumplir primero las tareas domésticas y/o de acompañamiento familiar.

TABLA 2. Conductas de cuidado de la salud de las usuarias y antecedentes

Variable	CEMIC (n= 74) N (%)	HEC (n=68) N (%)
Consulta por chequeo de rutina/propia iniciativa	52 (70)	13 (21)
Realiza un control médico por lo menos una vez al año	69 (93)	53 (78)
Consulta habitualmente a un cardiólogo	60 (81)	37 (54)
Último control de presión arterial hace un año o menos	74 (100)	68 (100)
Último control de peso hace un año o menos	74 (100)	66 (97)
Fuma actualmente (uno o más cigarrillos/día)	3 (4)	9 (13)
Realiza actividad física deportiva o recreativa	42 (57)	20 (29)
Tiene diagnóstico de enfermedad cardiovascular	31 (42)	41 (60)
Tiene antecedente de dolor precordial	19 (26)	40 (59)
Consultó frente al síntoma dolor precordial (sólo en mujeres que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior)	14 (74)	30 (75)

Fuente: elaboración propia

TABLA 3. Percepciones e imaginarios de las usuarias en relación a riesgo cardiovascular

Variable	CEMIC (n= 74) N (%)	HEC (n=68) N (%)
Percepción del propio nivel de riesgo cardiovascular		
Alto	23 (31)	42 (62)
Medio	37 (50)	15 (22)
Bajo	9 (12)	1 (1)
No sabe/ No responde	5 (7)	10 (15)
Enfermedad asociada a mayor riesgo de muerte en mujeres*		
Enfermedad coronaria	23 (31)	29 (43)
Cáncer mama	20 (27)	22 (32)
Enf. cerebrovascular	18 (24)	20 (29)
Cáncer útero	13 (18)	19 (28)
Otra	2 (3)	3 (4)
El estrés se relaciona con la enfermedad coronaria		
Si	70 (96)	63 (93)
No	1 (1)	1 (1)
No sabe/No responde	3 (3)	4 (6)
Causas de estrés en la vida cotidiana de las mujeres*		
Necesidad de cumplir con todo	48 (65)	30 (44)
Problemas económicos/ laborales	37 (50)	36 (53)
Problemas con los hijos	29 (39)	32 (47)
Problemas con la pareja	24 (32)	28 (41)
Falta de tiempo libre	21 (28)	18 (26)
Problemas con los padres	11 (15)	12 (17)
Otra	3 (4)	15 (22)

*Variable de respuesta múltiple. Fuente: elaboración propia

- Consideraron importante iniciar acciones de prevención temprana de enfermedad coronaria desde la infancia, ya que observan obesidad y síndrome metabólico en niños/as y adolescentes, y plantearon la conveniencia de una interrelación con pediatría.

- Perciben que la población que atienden en Florencio Varela con diagnóstico de infarto es aproximadamente 10 años más joven que lo que surge de la bibliografía conocida.

- Refirieron que los/as pacientes vienen con alto riesgo, pero no lo saben. Además comentaron que observan grandes dificultades en el acceso a la salud en el sector socioeconómico más vulnerable, y lo vincularon a que la población atendida trabaja un promedio de 12 horas diarias.

- Destacaron la importancia de enfatizar el mensaje dirigido a las mujeres sobre los factores de riesgo cardiovascular, que afectan tanto a mujeres y varones.

- Manifestaron que es frecuente que se dé menos relevancia al cuadro coronario en las mujeres, aunque consulten precozmente. "La mujer consulta más, pero después le va peor". Comentaron que las mujeres son más obedientes en el tratamiento y también cuidan que sus allegados lo cumplan, pero relegan la propia salud al último lugar y a veces, cuando consultan, "no se llega al diagnóstico por culpa de los médicos".

- Comentaron que encuentran en sus prácticas habituales diversos obstáculos para la adecuada atención de los cuadros coronarios, específicamente en mujeres: falta de conocimiento de los datos, trabas en las guardias e inadecuada oferta de los servicios.

- Citaron numerosos relatos de casos atendidos en la

guardia donde a las mujeres con dolor de pecho se las presumía histéricas, y algunos atribuyeron la situación a lo atípico del cuadro en ese grupo.

- Destacaron la importancia de transmitir un mensaje adecuado dirigido a profesionales que trabajan en las guardias médicas, orientado a no subestimar síntomas en mujeres.

Entrevistas a informantes clave

Se realizaron seis entrevistas a informantes clave, que entre otros aspectos revelaron:

- La importancia de incluir una mirada preventiva y asistencial que dé cuenta de la diversidad geográfica y cultural de Argentina desde una perspectiva de género.

- La presencia de encuestas y campañas realizadas desde hace algunos años y destinadas a promover la toma de conciencia de la mujer.

- La necesidad de que los equipos médicos incorporen acciones preventivas dirigidas a mujeres en sus prácticas.

- Jerarquizar la importancia de la prevención precoz.

- Los comportamientos fisiopatológicos diferentes de mujeres y varones.

- La ausencia del tema en la actual agenda sanitaria.

- La existencia de una mirada de género en investigaciones, que sin embargo aún no está incorporada ampliamente a la práctica.

- Las dificultades diagnósticas y las diferencias de abordaje terapéutico.

- La falta de acciones en la educación universitaria.

- La necesidad de trabajar firmemente en campañas destinadas a las mujeres.

TABLA 4. Conocimiento de usuarias vinculado a enfermedad coronaria

Variable	CEMIC (n= 74) N (%)	HEC (n=68) N (%)
Síntomas percibidos como asociados a enfermedad coronaria*		
Palpitaciones	57 (77)	31 (46)
Falta de aire	52 (70)	41 (60)
Dolor de pecho	41 (55)	45 (66)
Desmayo/ Mareos/ Ausencias	34 (46)	19 (28)
Dolor de estómago/ Acidez	22 (29)	16 (23)
Otros	9 (12)	10 (15)
Factores de riesgo cardiovascular reconocidos*		
Hipertensión arterial	74 (100)	50 (73)
Tabaquismo	72 (97)	57 (84)
Obesidad	71 (96)	48 (71)
Estrés	71 (96)	39 (57)
Sedentarismo	70 (95)	39 (57)
Antecedentes familiares	64 (86)	34 (50)
Colesterol elevado	60 (81)	44 (65)
Diabetes	42 (29)	36 (53)
No sabe/ No responde	0 (0)	2 (3)
Es posible prevenir la enfermedad cardiovascular en mujeres		
Sí	69 (94)	66 (97)
No	0 (0)	2 (3)
No sabe/ No responde	5 (6)	0 (0)
Etapas de la vida de las mujeres en que se puede iniciar la prevención cardiovascular		
Etapas adulta joven	31 (42)	23 (34)
Adolescencia	15 (20)	16 (24)
Menopausia	12 (16)	5 (7)
Infancia	10 (14)	22 (32)
Después de los 65 años	1 (1)	0 (0)
No aplica/ No responde	5 (7)	2 (3)

*Variable de respuesta múltiple. Fuente: elaboración propia

- El escaso lugar otorgado a la planificación en salud pública, los atrasos continuos y la deuda de la planificación en el largo plazo.

- La importancia de los determinantes socioculturales y psicosociales.

- La necesidad de existencia de campañas como herramienta fundamental en educación poblacional en salud, con la necesidad de buscar campañas inteligentes y de incorporar la perspectiva de género.

- Las acciones por los derechos de la mujer que incluyen la prevención cardiovascular.

- La relevancia de la dieta y los hábitos saludables.

- El lugar de los/as ginecólogos/as en promoción de la salud cardiovascular de las mujeres.

- La importancia de la subjetividad en los procesos de salud/enfermedad/cuidados, con gran influencia en el riesgo cardiovascular de las mujeres.

DISCUSIÓN

Uno de los aportes originales de esta investigación es haber indagado las barreras de género en la prevención de la enfermedad cardiovascular en mujeres, analizándolas desde la perspectiva de los diversos actores involucrados en su posible solución.

Desde este entramado de puntos de vista se seleccionaron

algunos de los núcleos o ejes conceptuales indagados en la investigación, que forman parte de las barreras de género para la prevención.

En lo que respecta a las diferencias de género en la vulnerabilidad y enfermedad coronaria, se observó un mayor entrenamiento de los/as cardiólogos/as para identificar la importancia de la pertenencia a un sector social y su impacto en la enfermedad, con la simultánea subestimación del impacto de la dimensión de género, a la que cuesta identificar como un determinante social de la salud.

Esto se evidenció en varias oportunidades durante las entrevistas. Desde el paradigma de la igualdad, los/as cardiólogos hicieron hincapié en que no identifican diferencias de género en varios ítems de indagación, pero al mismo tiempo las reconocen en otras preguntas. De todos modos, se observaron avances en la visualización de esta temática con respecto a investigaciones anteriores, realizadas entre 1998 y 2004 (como una mayor atención sobre el impacto de las condiciones de vida y ciertas características psicológicas en el riesgo coronario).^{8,18} También aumentó la visibilización de las diferencias en la presentación del cuadro coronario en mujeres y en varones. El problema continúa siendo qué conducta tomar al respecto o cómo poner en práctica ese bagaje de nociones y pautas que provienen de otras disciplinas. Además, de acuerdo con los/as informantes clave, aunque

en la actualidad se han establecido criterios diferenciales acerca de la presentación de la enfermedad coronaria en varones y mujeres, la mayor parte de los estudios se han realizado en población masculina. Casi la totalidad de los/as entrevistados/as mencionan este hecho como indiscutible. Señalan que los estudios que incluyen varones y mujeres no han sido diseñados para comparar a unos y otras, sino que en general establecen descriptivamente la cantidad de sujetos de cada sexo. De este modo, los protocolos de atención y seguimiento basados en dichas investigaciones homogeneizan e invisibilizan las especificidades de género en relación con el riesgo, la vulnerabilidad y la enfermedad coronaria. Por lo tanto, la mayor parte de la información existente en la actualidad proviene de las experiencias, vivencias y observaciones personales de quienes asisten a las mujeres, sin que este conocimiento haya llegado a sistematizarse y comunicarse.

Asimismo, las entrevistas a los no cardiólogos evidencian que los/as profesionales tienen cierta información sobre factores de riesgo, vulnerabilidad y enfermedad coronaria en mujeres y que la cuestión está incorporada en sus discursos, pero muestran que en la lógica de la práctica²⁸ no suelen considerar las diferencias de género.

En relación a los modelos de consulta, las entrevistas a cardiólogos/as revelaron que las mujeres continúan siendo diagnosticadas tardíamente en su vulnerabilidad coronaria. Mientras que los/as profesionales en cuestión adjudicaron a los/as no cardiólogos/as parte de la responsabilidad porque las pacientes son referidas tardíamente a esa especialidad, los/as clínicos/as y ginecólogos/as afirmaban que practican rutinas de seguimiento y control de sus pacientes mujeres que podrían llevar al diagnóstico precoz de la enfermedad coronaria. Sin embargo, hay una discordancia entre la información, las prácticas y la derivación de las pacientes consignadas por los/as no cardiólogos/as, y la opinión al respecto de los/as cardiólogos/as.

También se observaron discordancias entre las creencias médicas de que las pacientes mujeres no consultan a tiempo y la información extraída de las encuestas a usuarias, que pone de manifiesto que en muchas consultas efectuadas oportunamente los síntomas no fueron diagnosticados como cardiovasculares.

Desde los imaginarios cardiológicos se considera que las mujeres tienden a retrasar la primera consulta. La comparación con las encuestas a usuarias reveló que los/as médicos/as presentan un subregistro de sus propias prácticas. Frecuentemente, cuando las mujeres consultan por síntomas inespecíficos o atípicos (en relación con los propios de varones); están muy expuestas a que se las envíe de regreso a su casa. Se les receta ansiolíticos, se les sugiere que descansen, se presume un problema digestivo, una alteración emocional, etc. Luego, en una ulterior consulta, con el cuadro más claro o ya definido, se considera que las mujeres "llegaron tarde".

Por su parte, los/as médicos/as no cardiólogos/as perciben que las propias mujeres, en general, no se consideran grupo

de riesgo coronario a edad temprana aunque si lo hacen después del climaterio. Cabe destacar que la información surgida de las encuestas a usuarias denota la aparición de un grupo de mujeres con conciencia de su riesgo coronario (70% de las usuarias del efector privado dijeron que consultaban por propia iniciativa o por control/chequeo).

Ambos grupos de profesionales coinciden en que las mujeres tienen una menor autopercepción del riesgo coronario, especialmente las que pertenecen al sector socioeconómico de menores recursos. No obstante, esto no se vio reflejado en los resultados de las encuestas a usuarias, ya que ambos grupos identificaron a la enfermedad coronaria como de mayor riesgo de muerte.

La discordancia entre los imaginarios de profesionales y usuarias podría constituirse en una barrera de accesibilidad al diagnóstico. Dentro de las perspectivas médicas, deconstruir la idea acerca de que el nivel socioeconómico es determinante de mayor o menor conocimiento sobre cuerpos y salud podría resultar relevante para mejorar los procesos de atención.

En este sentido, se verifica la importancia de adecuar los contenidos de información incluyendo perspectivas de contexto social, cultural y de género en relación a contenidos preventivos.²⁹

En cuanto a los modelos de subjetivación femenina en la modernidad tardía, sus impactos diferenciales y las biopolíticas de dominio,³⁰ en los sectores medios, medios-altos y altos se observa un predominio de la cultura *light*. En las entrevistas a cardiólogos/as y no cardiólogos/as surgen diversos aspectos relacionados con la subjetivación y disciplinamiento de este grupo de mujeres. De acuerdo con sus valoraciones, hay mujeres que asocian hábito tabáquico con conservación de la delgadez: prefieren seguir fumando para permanecer delgadas. Hacen referencia a la creciente proporción de mujeres que consumen productos *light* para alcanzar y mantener el estereotipo de figura femenina ideal, propuesto por los medios e incorporado por la sociedad. Sin embargo, consignan que aparentemente no se tiene en cuenta el alto contenido de sodio de dichos productos.

Uno de los hallazgos de la investigación es el posible impacto de la cultura *light* y del estereotipo de belleza asociado a la delgadez sobre la salud coronaria de las mujeres, que consumen ciertos productos "dietéticos" sin poder discernir si son los adecuados para su salud general, ya que en ellas tienen mayor presencia los imaginarios que asocian femineidad con delgadez. A su vez, los/as médicos/as también observan dificultades para que las mujeres incorporen rutinas de actividad física a su vida cotidiana.

En los sectores populares, se destacan la ferocidad de la pobreza y los cuerpos desgastados. La mayor prevalencia de amas de casa entre las usuarias encuestadas en el efector público indica una experiencia de vida ligada a un mayor número de hijos, con alta necesidad de que las mujeres trabajen en servicio doméstico o elevada probabilidad de que sus parejas no les permitan trabajar fuera de su casa. Estos cuerpos presentan un desgaste producido por con-

diciones socioeconómicas adversas, que se agudiza en momentos de crisis económica, tal como se ha observado en estudios anteriores.¹⁸

Los/as médicos/as no cardiólogos/as entrevistados consideran que la salud de las pacientes estaría fundamentalmente determinada por la pertenencia al sector social más vulnerable y no por su pertenencia de género. En este caso, se presenta una dificultad para articular ambos determinantes sociales de la salud.³¹

Los profesionales en cuestión también destacaron que las mujeres consultantes de este sector suelen relacionar la obesidad con abundancia-prosperidad y que eso generaría más problemas para cambiar sus hábitos alimentarios. De igual modo, remarcaron el impacto negativo de la "comida chatarra" en este sector social. Aquí se identifica el entrecruzamiento de género, salud e imaginarios sociales acerca de los sectores socioeconómicos de menores recursos. Sería importante que esto no se tradujera en una culpabilización de las mujeres por su obesidad, para poder desarrollar con ellas otras estrategias de valoración de una dieta relacionada con la buena salud.

Algunos profesionales del efector público refirieron que las consultantes que salen de sus casas para trabajar por salario han empezado a realizar actividad física, de acuerdo con las recomendaciones médicas. Por ello, consideraron que el ingreso al ámbito público hace a las mujeres más susceptibles de incorporar hábitos asociados a la valoración del autocuidado de la figura.

En lo que respecta a las coincidencias sobre el impacto del estrés (o factor psicosocial) entre ambos grupos de usuarias, resulta significativa su percepción como causa de vulnerabilidad coronaria en mujeres, sin que existan diferencias entre centros. Esto muestra que las mujeres de los sectores más vulnerables también consideran a su entorno psicosocial como factor de riesgo cardiovascular. Las usuarias del sistema de salud perciben incluso más (o al menos con antelación) que algunos profesionales la importancia del estrés como factor de riesgo psicosocial para sí mismas. En las entrevistas a cardiólogos/as se identificó una dificultad en incorporar las condiciones de vida y los factores psicológicos como parte de la vulnerabilidad coronaria, área en la cual en otros trabajos se evidenciaron grandes diferencias entre varones y mujeres.^{9,18,28} De esto se desprende que, si bien concuerdan con el consenso internacional en considerar a los factores psicosociales como uno de los determinantes de riesgo de la enfermedad coronaria reunidos en el indicador "estrés", en la práctica se los toma como una influencia pero no como un factor de igual índole que los factores biomédicos.

Esta información se refuerza con algunos comentarios en el mismo sentido expresados por informantes clave, quienes destacaron el impacto de la multiplicidad de roles en las mujeres como parte del estrés femenino y valoran su influencia en el marco de las variables psicosociales que afectan la salud coronaria. Refieren también que se han redefinido los modos de comportamiento y modelos de vida

de mujeres, hombres y familias. Sin embargo, aunque se ha incrementado el número de mujeres que trabajan fuera del ámbito doméstico, la mayoría sigue haciéndose cargo de sus hijos/as y su casa. En tal marco, es importante tener en cuenta que estos cambios inciden en los factores de riesgo. Los nuevos desafíos, las nuevas situaciones de estrés y la dificultad de tener tiempo disponible para el placer o la diversión plantean riesgos adicionales para las mujeres. Los informantes clave consideraron a estos asuntos como de gran importancia, ya que podrían repercutir en las actitudes femeninas respecto a los hábitos de cuidado de la salud y en la prevención, como la realización de actividad física, el cuidado de la dieta (autocuidado) y el cumplimiento de sus propios tratamientos. Destacaron que si bien el papel tradicional, establecido y habitual de las mujeres es el de cuidadora de la familia²¹ ("la mujer sabe cuidar muy bien a su familia, pero poco a ella misma"), "el hecho de saber cuidar a los otros implicaría que puede aprender a cuidarse a sí misma aunque aún no lo haya hecho". Consideraron que la etapa posterior a los 50 años, en la cual las mujeres en general ya no comparten el hogar con su prole, podría ser una oportunidad para prestar más atención a los eventos que pudieran sucederles. Sin embargo, observaron que las mujeres suelen verse afectadas por los acontecimientos en las vidas de sus hijos/as y nietos/as, con gran sufrimiento ante las situaciones complejas o trágicas que no pueden resolver (dificultades económicas, laborales, divorcios, fallecimientos). Sostuvieron que esa es la principal causa de estrés en la vida de las mujeres en esa etapa etaria, que a su vez es la de mayor riesgo.

Asimismo, la mayoría de los informantes clave destacó la invisibilidad de los temas de género en los abordajes cardiovasculares, particularmente en el trabajo clínico y en la prevención.

En relación con el uso de los protocolos en la atención a mujeres con vulnerabilidad coronaria, cabe preguntar si puede tornarse un obstáculo en vez de servir como herramienta. Los/as informantes clave refirieron que – pese al cambio en la incidencia de enfermedad coronaria en las mujeres – los estudios utilizados para llegar a los diagnósticos continúan siendo iguales para ambos sexos.

Dada esta situación, sería necesario incorporar los conocimientos adquiridos sobre la especificidad de los cuadros coronarios en mujeres y las modalidades diferenciales por género en la configuración de la vulnerabilidad de los protocolos de intervención.

También cabe poner en consideración la importancia de instituir Unidades de Dolor Torácico en la mayor cantidad de efectores, con dispositivos de guardia para recibir a los/as pacientes en observación durante unas seis horas. El uso extendido de estas unidades, diseñadas para la atención de cuadros que se presentan como "grises" o no claramente definidos, sería beneficioso para las mujeres.

En conclusión, según lo observado a través de las opiniones y las conductas referidas por los/as profesionales y las usuarias, los imaginarios de género en relación con

la salud y algunas modalidades vinculadas a la atención operan como barreras para adoptar estrategias preventivas eficaces en enfermedad cardiovascular dirigidas a mujeres. La revisión de estos imaginarios contribuiría a lograr mayores grados de equidad de género en la calidad de la prevención y en el acceso a la atención.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

En este trabajo se presentan hallazgos de utilidad para intervenciones sanitarias, educativas y de investigación. Entre ellos: la existencia de "barreras" en varios niveles que podrían interferir en la prevención; una brecha entre el saber y el hacer; las barreras en el acceso oportuno de mujeres en las guardias con presencia o ausencia de cardiólogos; el lugar de los/las ginecólogos/as en la atención en salud de las mujeres a lo largo de toda su vida; las dificultades en relación al escaso tiempo de la consulta y otros.

Esta información puede servir como materia tanto para profesionales como para sociedades científicas y decisores/as políticos/as, y ofrecida como insumo para jerarquizar en la agenda sanitaria la enfermedad coronaria de las mujeres y la incorporación del campo de la subjetividad a las políticas de promoción y prevención de la salud. Su abordaje a través de campañas, capacitaciones y otros dispositivos serviría para concientizar y desarrollar hábitos preventivos en mujeres, y en la población. Puede resultar conveniente considerar el efecto de la sobrecarga, la sobreadaptación y la sumatoria de roles en mujeres, en vistas a estimular modelos familiares más saludables, y el diseño de programas de empoderamiento para mujeres de sectores sociales más vulnerables.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Es esperable que los/as profesionales de la salud accedan a capacitaciones específicas en género y prevención cardiovascular, con hincapié en los/as ginecólogos/as, dado que se constituyen en los/as profesionales más cercanos en relación al cuidado de la salud de las mujeres a lo largo de sus vidas. Considerar y revalorizar al personal de enfermería como parte del equipo de salud para estas estrategias de prevención coronaria, así como reformular la capacitación médica, integrando conocimientos de las ciencias sociales en la atención de la salud, especialmente en lo referido a subjetividades y modos específicos de vulnerabilidad.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

En el mismo sentido y proyección futura de la temática, se identifica la conveniencia de profundizar diversos puntos como: la indagación sobre el lugar de la subjetividad en la vulnerabilidad coronaria, la incorporación de un marco de análisis de género en la investigación epidemiológica,³² el abordaje en prevención y atención cardiovascular en mujeres en la actualidad, la aplicabilidad de las experiencias y hallazgos en género, prevención y enfermedad coronaria. Además de la necesidad y conveniencia de avanzar en el conocimiento de las prácticas profesionales y el impacto de las modalidades y condiciones actuales de trabajo en salud. El auxilio de las ciencias sociales, la metodología cualitativa, la interdisciplinariedad y el trabajo en equipos son herramientas fundamentales a estos fines.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Tajer D, Fernández A, Antonietti L, Chiodi A, Salazar A, Barrera I, Juárez L. Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. Rev. Argent Salud Pública. 2014; Dic;5(21):14-23.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales.

Información básica año 2013. Sistema estadístico de salud. Ministerio de Salud de la Nación; 2014. Disponible en www.deis.gov.ar

² Garduño AM. Determinación genérica de la mortalidad masculina. Salud Problema. 2001;6(10-11):29-36.

³ Fernández AM. Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires: Biblos; 2007.

⁴ Fernández AM. El campo grupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión; 1986.

⁵ Fernández AM, et al. Instituciones Estalladas. Buenos Aires: Eudeba; 1999.

⁶ Redberg FR. Coronary Artery Disease in Women: Understanding the Diagnostic Management Pitfalls. Medscape Women's Health. 1998;3(5):1-14.

⁷ Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the Use of Procedures between Women and Men Hospitalized for Coronary Heart Disease. Engl J Med. 1991;325:221-5.

⁸ Healy B. The Yentl Syndrome. New England Journal of Medicine. 1991;325(4):274-275.

⁹ Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, Lo Russo A, Gaba M, et al. Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. En: Vega López MG, Cabrera Pivaral CE, González Pérez G. (compiladores). Desigualdades sociales y equidad en salud: perspectivas internacionales. México: Universidad de Guadalajara; 2010. P. 73-102

¹⁰ Mariani J, Antonietti L, Tajer C, et al. Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: Resultados del Registro Epi-cardio. Rev Argent Cardiol. 2013;81:307-315.

- ¹⁰ Knopp R. Risk Factor for Coronary Artery Disease in Women. *American Journal of Cardiology*. 2002;89(12)Supl.1:28-34.
- ¹¹ Kyker KA, Limacher MC. Gender Differences in the Presentation and Symptoms of Coronary Artery Disease. *Current Womens Health Report*. 2002;2(2):115-119.
- ¹² Jneid H, Thacker HL. Coronary Artery Disease in Women: Different, often Undertreated. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2001;68(5):441-448.
- ¹³ Brezinka V. Gender Bias in Diagnosis and Treatment of Women with Coronary Heart. *Z Kardiol*. 1995;84(2):99-104.
- ¹⁴ Keller KB, Lemberg L. Coronary Artery Disease - Ignored in Women. *American Journal of Critical Care*. 1998;7(1):77-79.
- ¹⁵ Alfredsson J, Swahn E. Management of Acute Coronary Syndromes from a Gender Perspective. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2010;24:719-728.
- ¹⁶ Risberg G, Hamberg K, Johansson E. Gender Perspective in Medicine: A Vital Part of Medical Scientific Rationality. A Useful Model for Comprehending Structures and Hierarchies within Medical Science. *BMC Medicine*. 2006;4:20.
- ¹⁷ Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.
- ¹⁸ Tajer D, Cernadas J, Barrera MI, Reid G, et al. Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares. *X Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Vol. 215-222. Universidad de Buenos Aires; 2002.
- ¹⁹ Garduño AM. Determinación genérica de la mortalidad masculina. *Salud Problema*. 2001;6(10-11):29-36.
- ²⁰ Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar; 2012.
- ²¹ Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
- ²² Fernández AM. La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. (Reimpr.) Buenos Aires: Paidós; 2012.
- ²³ Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11(5-6):327-334. [Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en&lng=es]. [Último acceso: 22 de octubre de 2014].
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. *Las Mujeres y la Salud*. 2009. [Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf]. [Último acceso: 22 de octubre de 2014].
- ²⁵ De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar; 1997.
- ²⁶ Dirección General de la Mujer, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Análisis de la Situación de Vulnerabilidad Coronaria y Género en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires; 2013.
- ²⁷ Ferrante D, et al. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Argentina: Estudio de corte transversal. *Rev Arg de Salud Pública*. 2011;2(6):34-41.
- ²⁸ Bourdieu P. El sentido práctico. México: Siglo XXI; 2009.
- ²⁹ Arouca S. El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva. Argentina: Salud Colectiva ; 2008.
- ³⁰ Fernández AM, Tajer D. "Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres". En: Checa S. (compiladora) "Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto". Buenos Aires, Paidós, 2006.
- ³¹ Sen G, Östlin P, et al. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS; 2009.
- ³² Ruiz Cantero T, Vives Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García M, Miqueo C, et al. A Framework to Analyse Gender Bias in Epidemiological Research. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:46-53.