



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

16.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

Washington, D.C., 27 al 29 de marzo de 1996

Tema 9 del programa provisional

MSD16/8 (Esp.)

8 febrero 1996

ORIGINAL: ESPAÑOL

**LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO:
INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE LA LABOR
DE LA OPS EN ESTE CAMPO**

El presente documento contiene una reseña del progreso realizado por el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo en lo que atañe a la promoción de la equidad de género en la prestación de servicios de salud. La primera parte presenta la justificación de un análisis de las formas en que los factores de género podrían influir en la calidad de la atención de salud, mientras que la segunda contiene un resumen de las investigaciones sobre este tema. En la tercera parte se exponen sucintamente las investigaciones que se están llevando a cabo en dos países de la Región con el propósito de desarrollar y ensayar una metodología para evaluar la equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de la prestación de servicios de salud. Se han seleccionado dos problemas de salud como temas de estas investigaciones: la diabetes y el embarazo de adolescentes. La selección de la diabetes permite analizar las similitudes y diferencias en el tratamiento que los hombres y las mujeres reciben para la misma enfermedad; el tema del embarazo de adolescentes se seleccionó en vista de la prioridad que los Estados Miembros han asignado a este problema sociosanitario. El anexo contiene un ejemplo de la aplicación de la metodología a un caso concreto, que muestra la complejidad intrínseca del suministro de atención de buena calidad que tenga en cuenta las dimensiones de género.

Se solicita al Subcomité que examine el documento y formule comentarios sobre su aplicabilidad a distintas situaciones en los países de la Región.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Justificación	3
1.1 Consideraciones institucionales	3
1.2 Consideraciones conceptuales	3
2. Investigaciones sobre la equidad de género en los servicios de salud	5
2.1 Examen de los artículos publicados sobre el tema	5
2.2 Desafíos de un enfoque basado en la equidad	7
3. Resumen de la propuesta de investigación	9
3.1 Unidad de análisis	9
3.2 Diseño y métodos	11
3.2.1 Nudos problemáticos de la atención de salud	12
3.2.2 Evaluación	13
Bibliografía	15
Anexo	

1. Justificación

1.1 Consideraciones institucionales

El principio fundamental que orienta este proyecto de género y calidad de la atención es el concepto de equidad. El interés de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la equidad en los servicios de salud se recalca en un documento reciente en el cual se establecen prioridades y estrategias para la reforma del sector de la salud en la Región de las Américas:¹ *Un requisito básico para alcanzar la equidad es que los servicios de salud se adapten a las necesidades y los problemas específicos de los distintos grupos* (OPS/CEPAL, 1994). En consecuencia, la acción basada en las investigaciones en este campo forma parte de un proceso de mayor alcance en la OPS que consiste en promover un análisis crítico de la forma en que se imparte atención de salud en los servicios, utilizando diversas técnicas de evaluación de la calidad. En América Latina y el Caribe se han usado varios instrumentos elaborados por la OPS, como el proceso de "acreditación de hospitales" (Paganini, 1993; Novães y Paganini, 1994), "condiciones de la eficiencia" (Suárez Ojeda, 1987), "oportunidades perdidas" (Suárez Ojeda, 1993) y "evaluación de la calidad en el campo de la salud reproductiva" (Mora et al., 1994).

Los antecedentes de esta iniciativa del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo figuran en un documento presentado por la Secretaría al Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo en abril de 1993, en el cual se propone la elaboración de un *modelo para evaluar los servicios de salud a fin de determinar los campos críticos en los cuales existen desventajas en el sistema y detectar los factores que es necesario abordar*. El Subcomité recomendó que se apoyara esta propuesta, llamada *servicios amigos de la mujer*, citando *la necesidad de reconsiderar el modelo de atención de salud con una perspectiva de género a fin de que sea más justo y eficaz*.

1.2 Consideraciones conceptuales

La justificación de un análisis de las formas en que los factores de género influyen en la calidad de la atención de salud emana de una premisa central: el género, uno de los principios organizadores de la sociedad, influye en todas las facetas de la interacción

¹ La inequidad en la salud, según la definición de Whitehead, consiste en diferencias que, además de ser injustas, son innecesarias y evitables (1990:3). Al describir la inequidad en la distribución de la calidad de los servicios de salud, Wyszewianski y Donabedian concentraron su definición en *la correlación entre los servicios que determinados subgrupos de la población necesitan y los servicios que reciben*. Además, señalan que eso causa *preocupación con respecto a las diferencias en el tratamiento, las cuales, por ser sistemáticas, son un indicio de discriminación* (1981:32).

social y crea en muchos casos un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres.² Este desequilibrio se manifiesta en el valor diferente que se atribuye a los papeles reproductivo y productivo³ y en la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al acceso a los recursos y el control de los mismos, en el hogar en particular y en la sociedad en general.

Desde el punto de vista de los servicios de salud, pocos negarían que en las decisiones clínicas influyen no sólo los conocimientos científicos, sino también una trama compleja de factores sociales que incluye, por ejemplo, experiencias de clase, educación, raza, edad e ingresos propias de cada cultura, así como el género. Según la definición de Ashmore y Del Boca, la presencia resultante de estereotipos podría o no constituir un problema, pero en algunos casos puede obstaculizar una respuesta apropiada a grupos determinados (1979).⁴ Por ejemplo, si el trabajo de la mujer en la esfera reproductiva se considera como algo "natural" y, por consiguiente, inalterable, en el diagnóstico, el tratamiento y el asesoramiento los proveedores de servicios podrían pasar por alto los riesgos conexos para la salud de la mujer. De esta forma existe la posibilidad no sólo de que se haga caso omiso de situaciones sociales perjudiciales, sino también de exacerbarlas al reforzar los papeles.

Como los servicios de salud tienen la responsabilidad de tratar de reducir el efecto de los factores que interfieren en la satisfacción de las necesidades sanitarias de distintos subgrupos de la población, se cree que el asunto de la equidad de género es pertinente a la investigación y la gestión de la evaluación de la calidad. En ese sentido, el desafío que se plantea consiste en determinar si los factores relacionados con el género tienen

² El "género" identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos, así como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. El "sexo" se refiere sólo a los aspectos biológicos de la masculinidad y la feminidad. Por lo tanto, el género puede utilizarse como categoría social que se interrelaciona con otras categorías del análisis social tales como étnica, etapas del ciclo vital y clase, mientras que el sexo es un atributo que en las investigaciones, por ejemplo, constituye una variable.

³ Los roles reproductivos incluyen la reproducción biológica de la especie y todas las actividades necesarias para garantizar la supervivencia y el bienestar de los integrantes de la familia, mientras que los roles productivos abarcan la producción de bienes y servicios remunerados en efectivo o en especie.

⁴ Según Ashmore y Del Boca, los estereotipos sexuales son *el conjunto estructurado de creencias sobre los atributos personales de hombres y mujeres* (1979:222).

efectos adversos en la calidad de la atención y, en caso de que los tengan, la modalidad y la magnitud de su influencia.

2. Investigaciones sobre la equidad de género en los servicios de salud⁵

2.1 *Examen de los artículos publicados sobre el tema*

Se han emprendido muy pocas iniciativas en lo que atañe a investigaciones de gran alcance sobre la equidad de género como problema de la calidad de la atención, incluso en los países desarrollados. Una explicación podría ser que ha habido una brecha entre las prioridades de las investigaciones sobre la evaluación de la calidad, que hasta hace poco ponían de relieve la competencia técnica y la productividad, y las prioridades de las investigaciones feministas en el campo de los servicios de salud, que se han centrado principalmente en la salud reproductiva de la mujer, campo en el cual es más difícil aplicar un enfoque comparativo de la equidad.^{6, 7}

En un artículo en el cual proponen un marco para considerar todos los problemas de la equidad en el ámbito de la calidad (clase, edad, carácter étnico, etc.) basado en las categorías de estructura, proceso y resultados (1981), Wyszewianski y Donabedian realizan un intento interesante de plantear el asunto de la equidad en general como componente de la calidad de la atención. Tal como señalan los autores, por lo general se ha considerado que la equidad es un problema de acceso a los servicios o un problema de resultados sanitarios, y se ha estudiado muy poco lo que ellos llaman la *distribución de la calidad*, particularmente en el proceso de suministro de servicios de salud en sí.

⁵ Un artículo en prensa de Patricia Pittman y Pamela Hartigan, que se publicará en *Health Care for Women International*, contiene un análisis más extenso de los artículos mencionados en este apartado.

⁶ Wyszewianski y Donabedian, por ejemplo, señalan que . . . *la equidad implica una preocupación por los niveles relativos de la calidad, en vez de los niveles absolutos... La información sobre un grupo demográfico determinado no basta para determinar si existe equidad o inequidad, independientemente de cuán buena o cuán mala sea la atención que el grupo recibe* (1981:32).

⁷ En América Latina se ha realizado un trabajo importante sobre la calidad de los servicios de salud reproductiva con una perspectiva de género, aunque su propósito no ha sido específicamente detectar la inequidad. Entre las investigaciones encabezadas por grupos no gubernamentales en este campo cabe señalar las de Malamata, Berlagosky, Salazar y Núñez en Chile (1994), Londoño en Colombia (1995), Davies en Perú (1995) y Pizarro en Nicaragua (1995).

López (1989), en un importante análisis de las investigaciones sobre lo que él llama *sesgos de la variable paciente*, se centra en un solo aspecto del problema: la distribución injusta de tipos iguales de atención; de esta forma, excluye implícitamente el problema de normas inadecuadas para distintos subgrupos de la población. Incluso en este ámbito restringido, llega a la conclusión de que no se dispone de suficientes datos y recomienda que se hagan más investigaciones.

Los grupos de estudios examinados en los cuales se aborda específicamente la inequidad de género corresponden en su mayoría a países industrializados. Los estudios abarcan diversos aspectos del problema, como los siguientes:

- 1) *Diferencias en la actitud de los proveedores de servicios con respecto a los pacientes según que estos sean hombres o mujeres*, las cuales se reflejan en situaciones "hipotéticas" formuladas con métodos de investigación análogos, como descripciones breves o cuestionarios (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel, 1970; Wallston, Nowacki y Poe, 1973; DeVellis y Wallston, 1983; Bernstein y Kane, 1981; McDonald y Bridge, 1991; McCranie et al., 1978; y Phillips y Gilroy, 1985).

Se ha comprobado que los proveedores tienden a atribuir a las mujeres una serie de características que podrían considerarse como "estereotipos", entre ellas excitabilidad excesiva, sumisión y emotividad. En un estudio se observó que 25 % de los proveedores de servicios pensaban que las mujeres les exigían demasiado tiempo, mientras que en otro se observó que las enfermeras creían que los hombres hospitalizados necesitaban más atención que las mujeres hospitalizadas. En dos de los siete estudios no se encontraron diferencias.

- 2) *Diferencias en las decisiones clínicas de los proveedores de servicios con respecto a la atención de los pacientes según que estos sean hombres o mujeres*, incluidos el contenido y la cantidad de la información obtenida y proporcionada, el diagnóstico y el tratamiento de determinados trastornos y el rigor del seguimiento. Estos estudios son contextuales, y los datos se obtuvieron mediante la observación directa o el examen de expedientes clínicos (Wallen, Waitzkin y Stoeckle, 1979; Broom, 1991; Tobin et al., 1987; Kannel y Abbot, 1984; Dellborg y Swedberg, 1993; Clarke et al., 1994; Kjellstrand y Logan, 1987; Wells y Feinstein, 1988; Armitage, Schneiderman y Bass, 1979; Greer et al., 1986; Verbrugge y Steiner, 1984; Cooperstock, 1976; y Burin, Wehkamp y Velázquez, 1990).

Dos de los estudios en este campo indicaron que la información que reciben las mujeres es menos y de menor calidad que la información que reciben los hombres. En cuanto al diagnóstico y al acceso al tratamiento se han señalado diferencias importantes en el caso de cardiopatías, cáncer de pulmón y trasplantes de riñón. Aunque estas

diferencias no pueden atribuirse automáticamente a sesgos de género, el Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales de la Asociación Médica Estadounidense llegó a la conclusión de que se necesitan más investigaciones sobre el tema.

- 3) *Diferencias en la actitud y el comportamiento de los hombres y las mujeres que proveen servicios con respecto a los pacientes* (Franks y Clancey, 1993; Levy, Dowling, Boulton, Monroe y McQuade, 1992; Roter, Lipkin y Korsgaard, 1991; Zambrana, Mogel y Scrimshaw, 1987; Majeroni, Karuza, Wade, McCreadie y Calkins, 1993; Self y Olivarez, 1993; West, 1993; Delgado, López-Fernández y Dios Luna, 1993; y Lurie, Margolis, McGovern, Slater y Van Horst, 1994).

Se han iniciado numerosos estudios en este campo en vista de la cantidad creciente de mujeres que estudian medicina en todo el mundo. En la mayoría de estos estudios se comprobó que las mujeres tienden a ser menos autoritarias que los hombres en las relaciones humanas y, por lo tanto, los pacientes les responden mejor en lo que atañe al cumplimiento.

- 4) *Diferencias en el grado de idoneidad de las normas y los protocolos para hombres y mujeres, en vista de que podrían existir tanto diferencias biológicas como diferencias creadas en el plano psicosocial con respecto a las necesidades sanitarias.* Los estudios en este campo incluyen una crítica de la asignación de recursos para la investigación y de los sesgos androcéntricos que se encuentran en gran parte de las investigaciones biomédicas, así como un caudal considerable de investigaciones sobre protocolos para servicios de salud mental (LaRosa y Pinn, 1993; Stacey y Oleson, 1993; Clancey y Massion, 1992; Carmen et al., 1981; Dennerstein, 1993; Jarvis, 1992; Wallen, 1992; y Lennane y Lennane, 1973).

Este cuarto campo es vasto y continúa extendiéndose. Aunque el enfoque de la equidad es más complejo si se tienen en cuenta las diferentes necesidades, protocolos y normas para hombres y mujeres, indudablemente es el más importante de los cuatro campos examinados debido a sus ramificaciones en cuanto a las oportunidades perdidas de promover la salud de la mujer.

2.2 *Desafíos de un enfoque basado en la equidad*

Los dos primeros grupos de estudios examinados son los que López ha denominado "estudios de la variable paciente", es decir, que el sexo del proveedor de servicios o del paciente se utiliza como variable a fin de descubrir una posible discriminación. En los estudios del tercer grupo, que son similares en el sentido de que la principal variable independiente es el sexo, se aborda el efecto de las diferencias en la interacción de los hombres y mujeres que proveen servicios con los pacientes.

Sin embargo, este último grupo de estudios se concentra en las diferencias en el grado de satisfacción de las necesidades, preguntándose si las normas y protocolos son más apropiados para los hombres que para las mujeres. Aunque el enfoque de la equidad es más complejo, puesto que abarca dos niveles de investigación (en vez de uno solo), también es indudablemente el más importante de los cuatro campos examinados desde el punto de vista del efecto que podría tener en la calidad de la atención. El enfoque de la equidad se centra en el peligro de utilizar normas que, como son producto de procesos de investigación en los cuales a menudo se ha hecho caso omiso de la mujer, en realidad podrían ser inadecuados para las mujeres. Si las normas son inadecuadas y la equidad se mide solamente como "variable paciente" en términos cuantificables, las similitudes de la atención que parecen mostrar que no existe un problema en realidad podrían revelar la existencia de un problema de inequidad.

Uno de los problemas más difíciles de encarar al tratar de incorporar un enfoque basado en la equidad de género en el campo de las investigaciones sobre la calidad de la atención es la selección de pautas con las cuales se pueda medir la calidad. ¿Quién establece las pautas de calidad? Tal como señala Donabedian, la calidad es un concepto relativo, percibido de distintas formas por diferentes grupos (administradores, pacientes, proveedores de servicios, etc.).

Parecería que la incorporación de problemas que anteriormente se habían pasado por alto, como la equidad de género, en las investigaciones y la gestión de la calidad exige no sólo una reflexión crítica sobre lo que se mide y el motivo por el cual se mide, sino también la incorporación de nuevos grupos con intereses determinados, como mujeres usuarias, en el proceso de evaluación en sí.

Refiriéndose a los estudios de la equidad en general, Wyszewianski y Donabedian señalan lo mismo con respecto a la formulación de normas:

. . . hay indicios de que los indicadores tradicionales de la calidad de la atención, y en particular los indicadores de procesos basados en listas de criterios, a pesar de ser útiles en muchos sentidos tal vez no sean suficientemente sensibles para detectar los tipos de inequidad que nos interesan. . . . Podemos imaginar fácilmente resultados que no muestran ninguna inequidad, cuando en realidad dicha inequidad existe pero no se detectó porque los criterios para la evaluación no incluían la consideración explícita de las necesidades clínicas especiales y de otras necesidades derivadas de la edad, los ingresos, la educación. . . [o, en este caso, el género] (1981:49).

Una de sus recomendaciones para los investigadores que abordan el tema de la inequidad es que no se concentren exclusivamente en la competencia técnica, sino que también pongan de relieve la dimensión de las relaciones humanas, en la cual los problemas del sesgo de las normas podría constituir un obstáculo menor.

Se ha realizado un trabajo importante en este sentido en el campo de la salud reproductiva y sexual de la mujer. El modelo de evaluación de la calidad introducido por Judith Bruce (1990), del Consejo de Población, por ejemplo, hace hincapié en elementos que generalmente los pacientes consideran más importantes que los proveedores de servicios, como la *información* y la *opción* en la selección de métodos anticonceptivos. Evidentemente es necesario progresar más en otros campos de la atención de salud.

3. Resumen de la propuesta de investigación

En mayo de 1995 se formuló una propuesta de investigación y capacitación, cuyo primer componente, la investigación, fue aprobado al inicio de 1996 por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID) del Canadá.⁸

El propósito de la investigación es desarrollar y probar una propuesta metodológica para evaluar la equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de atención médica.

3.1 *Unidad de análisis*

Conceptualmente, entenderemos a la equidad como las diferencias en el grado de satisfacción de necesidades sentidas de hombres y mujeres usuarios en relación a la atención médica que reciben. Se destacará en estos patrones de necesidades las diferencias que surgen a partir de las condiciones de género de cada uno.

Se limitará la investigación a la dimensión socioemocional de la calidad de atención, por considerar que es más probable encontrar diferencias en esta área, y porque

⁸ Al concluir la investigación, se ha programado una etapa de diseño de una guía para la capacitación del equipo de salud. La misma se formulará a partir de las conclusiones de la investigación y aprovechará los materiales producidos en la misma. También se tendrá en cuenta una experiencia similar generada por el Equipo de Trabajo de Género del Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales de la OMS. Ellos apoyaron la elaboración de una metodología basada en talleres participativos, para sensibilizar a los trabajadores de salud en cuestiones de género, y promover la formulación de estrategias locales para mejorar la calidad de atención para las mujeres. La misma ha sido probado con éxito en cinco países africanos. HDW ha traducido y adaptado el manual para América Latina, y se espera poder hacer una experiencia piloto en la Argentina en marzo 1996.

es esta la dimensión de la atención priorizada por los usuarios.⁹ Vale destacar que la dimensión socioemocional, como contra-cara de la dimensión técnica, ha sido descrita por Wyszewianski y Donabedian (1981) en una revisión de la literatura sobre evaluación de la calidad de atención médica como de "una importancia aproximadamente igual (que la técnica) en la evaluación de la atención médica".¹⁰

Se han definido dos países en los cuales se realizará el estudio, Argentina y Perú. Estos países presentan amplio contraste en cuanto al nivel socioeconómico y el sistema de salud. Sin embargo, dada la gran heterogeneidad que caracteriza a las Américas, no se pretende extender las conclusiones del estudio al resto de la Región, sino ofrecer una propuesta metodológica que puede ser adaptada y aplicada en otros lugares de la Región para evaluar y mejorar esta dimensión de la calidad de atención médica.

Se tomará como universo de la investigación la población urbana de extrema pobreza que se atiende en los servicios públicos de salud. La selección de este segmento de la población responde a una cuestión de prioridades. Si bien los problemas en el vínculo socioemocional existen en todos los subsistemas de salud, no cabe duda que la problemática se agudiza en los sectores más desprotegidos.

Se abarcará la atención de salud en dos situaciones: diabetes y embarazo en la adolescente. La selección de la primera, como una enfermedad crónica, responde a varios criterios. En primer lugar, en la mayoría de los países de la región los programas que promueven mejoras en la calidad de atención se focalizan fundamentalmente en el área materno-infantil, lo que genera menos conocimiento de la atención de enfermedades crónicas. En la Argentina, el perfil epidemiológico demuestra un peso creciente de las crónicas, lo que aumenta aún más la necesidad de promover mejoras en su prevención y atención. Tal como señalado anteriormente, el vínculo socioemocional en la consulta por hipertensión y diabetes es crítico, ya que sin la satisfacción del usuario, y en consecuencia la continuidad de atención, estas enfermedades son casi imposibles de

⁹ El término *vínculo socioemocional* ha sido utilizado por Roter y Hall (1989) en su trabajo sobre comunicación médico-paciente, y se refiere a los mismos elementos comunmente atribuidos la relación interpersonal. Para los fines de esta investigación, se ampliará el término para incluir también el intercambio de información y participación en la toma de decisiones (la posibilidad de escoger libremente entre alternativas).

¹⁰ Wyszewianski y Donabedian toman como definición del *desempeño técnico*: "La aplicación de conocimiento médico y tecnología de tal manera que maximice sus beneficios y minimice sus riesgos, tomando en cuenta las preferencias de cada paciente". En cambio, definen el manejo de la *relación inter-personal* con "el cliente" como "la actitud, estilo y conducta del proveedor en la entrega de atención y en la comunicación con el/la paciente" (1981:34).

controlar. Los afectados recurren a las guardias en momentos de crisis, generando un costo (días de trabajo perdidos, medicamentos, internaciones, etc.) mucho mayor.

La segunda situación del estudio, embarazo en la adolescente, fue seleccionada por su prioridad epidemiológica en la Región. Algunos autores la han denominado "la puerta de entrada al ciclo de pobreza", llegando en la población del Gran Buenos Aires, por ejemplo, a componer aproximadamente un 30% del total de embarazos. Además, visto en términos de morbimortalidad y costos de atención, se sabe que existe una relación directa entre la baja edad de la madre, el bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal de su hijo. En cuanto a la atención socioemocional en las consultas médicas, será particularmente interesante explorar la visión de los padres jóvenes, ya que la mayor parte de los proyectos para adolescentes embarazadas se focalizan en la mujer exclusivamente.

Estas dos situaciones elegidas para estudiar proveerán un contraste, permitiendo tener una primera aproximación a la utilidad relativa de un enfoque de equidad de género en la atención de enfermedades crónicas y en salud reproductiva. El hecho de involucrar a dos grupos etarios tan diferentes también dará elementos de análisis, ya que surgirán del proceso de investigación los puntos de coincidencia y de divergencia en cuanto a las áreas problemáticas de la calidad de atención identificadas por los distintos actores sujetos del estudio.

3.2 *Diseño y métodos*

El proceso de investigación consistirá en dos partes. En la primera se explorará lo que dicen hombres usuarios, mujeres usuarias y médicos de los nudos problemáticos de la atención. En la segunda se formularán los instrumentos de evaluación basados en las conclusiones de la primera etapa, y se procederá a su aplicación y al análisis de sus resultados.

Se sostiene, como hipótesis generales de trabajo, que:

- Existen desencuentros en los discursos¹¹ de necesidades entre usuarias-equipo de salud, y usuarios-equipo de salud en torno a nudos problemáticos específicos;

¹¹ Se entiende por *discurso* una práctica lingüística que da cuenta del universo simbólico o de valores del que habla. Con una metodología interpretativa, se intentará acceder a dicho universo.

- Esos desencuentros¹² están influidos por la construcción social de las relaciones de género.

3.2.1 *Nudos problemáticos de la atención de salud*

Tiempo estimado: 10 meses (marzo-diciembre 1996)

A partir de la revisión bibliográfica, se definirá un grupo de nudos problemáticos de la dimensión socio-emocional de la atención médica. Ejemplos de posibles nudos son: 1) cumplimiento de recomendaciones médicas, 2) satisfacción, y 3) intercambio de información. En relación a cada nudo, se analizará 1) los discursos de hombres usuarios, 2) los discursos de mujeres usuarias, ambos en referencia a sus propias necesidades en la atención, y 3) el discurso médico en referencia a las necesidades de mujeres y hombres usuarios.

A partir de la construcción de esos tres discursos, se buscará identificar las áreas de encuentros y desencuentros entre los mismos. Las áreas de desencuentros de discursos serán considerados como el contenido de los nudos problemáticos de la atención, y guiarán la formulación de indicadores de calidad de atención para la evaluación que se llevará a cabo en la segunda parte del estudio.

La metodología utilizada en esta primera etapa será cualitativa, consistiendo en tres técnicas: entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación participativa. Se ha incluido la observación participativa con el fin de complementarse con las entrevistas, ya que surgen diálogos de médico/paciente en la consulta misma, e inclusive de investigadora/médico entre la atención de uno y otro pacientes, que enriquecen y complementan lo que puede ser expresado en una entrevista.

En las entrevistas con usuarios se abordarán fundamentalmente los aspectos negativos de las experiencias vividas, mientras en los grupos focales se trabajarán los elementos positivos, inclusive con una clasificación de acuerdo con la atención.

- 1) Entrevistas en profundidad a usuarios, hombres y mujeres en sus hogares, en las cuales se indagará sobre sus experiencias negativas en los servicios de salud;

¹² Cuando de los discursos de los (las) usuarios(as) se diferencian de los discursos de los integrantes del equipo de salud, con órdenes de valores distintos, se estará en presencia de lo que denominamos "desencuentros".

- 2) Grupos focales con hombres y mujeres por separado en los cuales se explorará aspectos positivos vividos de la atención médica;¹³
- 3) Entrevistas en profundidad con integrantes del equipo de salud, preferiblemente fuera de su horario de trabajo, en las cuales se explorarán sus visiones de la relación con los usuarios hombres y mujeres, lo que ellos consideran como necesidades no satisfechas de los mismos, y los factores que identifiquen como facilitadores y obstaculizadores de una mejora de la atención;
- 4) Observación directa de la consulta, con el fin de conocer las reglas generales del sistema de atención, y el tipo de interacción más común que ocurre en la consulta.

3.2.2 Evaluación

Tiempo estimado: 11 meses (febrero-diciembre 1997)

La segunda fase del estudio será la evaluación de la calidad de la atención médica propiamente dicha. La definición de categorías de la evaluación nacerá de las conclusiones de la primera etapa. Los indicadores que la componen serán, en la medida de lo posible, cuantificables (ver ejemplos en sección 4 del anexo).

Las técnicas de la evaluación serán dos: la observación directa, con una guía de indicadores y entrevistas semiestructuradas a los usuarios, para ser aplicada a la salida de su consulta. Estas técnicas serán complementarias, incluyendo en algunos casos los mismos indicadores en ambos. Estas técnicas se han seleccionadas teniendo como criterio la necesidad de estandarizar la metodología para permitir su fácil adaptación y aplicación a otros lugares en el futuro.

Esta segunda fase incluirá como actividades:

- 1) La formulación de indicadores en cada una de las categorías propuestas;
- 2) El diseño de los dos instrumentos de la evaluación;
- 3) La prueba previa de los instrumentos y su reformulación;

¹³ Se ha considerado que el grupo focal tendría dos componentes: a) la técnica de psicodrama, que respeta la percepción holística de la atención, y b) la técnica de clasificación de importancia de los elementos surgidos del mismo.

- 4) La evaluación y el análisis de sus resultados;
- 5) La formulación de una propuesta metodológica para ser adaptada a otros lugares en los cuales puede haber interés.

Se le solicita al Subcomité que comente sobre el contenido de este documento, la metodología propuesta y la aplicabilidad de la misma a los contextos específicos de sus países.

BIBLIOGRAFÍA

- American Medical Association (AMA), Council on Ethical and Judicial Affairs (1991). Gender Disparities in Clinical Decision-Making. *Journal of American Medical Association*, 266(4), 559-562.
- Armitage, K.J., Schneiderman, L. & Bass, R. (1979). Response of the Physicians to Medical Complaints in Men and Women. *Journal of American Medical Association*, 241(20), 2186-2187.
- Ashmore, R.D. & Del Boca, F. (1979). Sex Stereotypes and Implicit Personality Theory. *Sex Roles*, 5(2) 219-249.
- Barrig, M. & Wehkamp, A. (1994). *Sin Morir en el Intento: Experiencias de Planificación en el Desarrollo*. Lima, Peru: NOVIB.
- Bernstein, B. & Kane, R. (1981). Physician's Attitudes Towards Female Patients. *Medical Care*, 19(6), 600.
- Broverman, I., Broverman, D., Clarkson, F., Rosenkrantz, P. & Vogel, S. (1970). Sex-role Stereotypes and Clinical Judgements in Mental Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1-7.
- Broom, Dorothy. (1991). *Damned if we do: Contradiction in Women's Health Care*. North Sydney, Australia: Allen and Unwin, p.40.
- Bruce, J. (1990). Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning*, 21(2).
- Bruner, J.S. & Tagiuri, R. (1954). The Perception of People. In G. Lindzey (ed.) *Handbook of Social Psychology*, Vol. II. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley.
- Burin, M., Moncarz, E. & Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada* (Illness of women: prescribed tranquility). Paídos: Buenos Aires, Barcelona, México.
- Carmen, E., Russo, N. & Miller, J. (1981). Inequality and Women's Mental Health: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 138(10), 1319-1330.
- Clancy, C. & Charlea, C. (1992). Commentary. *Journal of American Medical Association*, 268(14), 1918-1919.

- Clarke, K. et al. (1994). Do Women with Acute Myocardial Infarction Receive the Same Treatment as Men? *British Medical Journal*, Vol. 309, 6954:563-566.
- Cooperstock, R. (1976). Psychotropic Drug Use Among Women. *Canadian Medical Association Journal*, 115, 760-763.
- Davies, G. (1995). Servicios Alternativos de Salud Reproductiva y Calidad de Atención: Una Experiencia del Centro Flora Tristan (Alternative Services for Reproductive Health and Quality of Care; An Experience of Flora Tristan). Unpublished paper presented in Conference "Gender and Quality of Care in Reproductive Health," San Salvador: Pan American Health Organization.
- Delgado, A., Lopez-Fernandez, L. & Luna, J. (1993). Influence of the Doctor's Gender in the Satisfaction of the Users. *Medical Care*, 31(9), 795-800.
- Dellborg, M. & Swedberg, K. (1993). Acute Myocardial Infarction: Difference in Treatment between Men and Women. *Quality Assurance in Health Care*. 5(3), 261-265.
- Dennerstein, L., Astbury, J. & Morse, C. (1993). *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. Geneva: World Health Organization.
- Franco, L.M., Newman, J., Murphy, G. & Mariani, E. (1993). *Achieving Quality Through Problem Solving and Process Improvement*. Quality Assurance Methodology Refinement Series, Bethesda, Md.: Quality Assurance Project.
- Franks, P. & Clancy, C. (1993). Physician Gender Bias in Clinical Decision-Making: Screening for Cancer in Primary Care. *Medical Care*, 31(3), 213-218.
- Gómez, E. (ed.) (1993). Introduction. *Gender, Health, and Women*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Greer, S. et al. (1986) Responses of Male and Female Physicians to Medical Complaints in Male and Female Patients. *Journal of Family Practice*, 23(1), 49-53.
- Held, P. et al. (1988). Access to Kidney Transplantation. *Archives of Internal Medicine*, 148: 2594-2600.
- Jarvis, T. (1992). Implications of Gender for Alcohol Treatment Research: A Quantitative and Qualitative Review. *British Journal of Addictions*, 87, 1249-1261.

- Kannel, W.B. & Abbot, R.D. (1984). Incidence and Prognosis of Unrecognized Myocardial Infarction: An Update on the Framingham Study. *New England Journal of Medicine*, 311(18), 1144-1147.
- Kjellstrand, C. & Logan G. (1987). Access to Kidney Transplantation. *Nephron*, 45, 257-263.
- LaRosa, J. & Pinn, V. (1993). Gender Bias in Biomedical Research. *Journal of the American Medical Association*, 48(5), 145-151.
- Lennane, K.J. & Lennane, R.J. (1973). Alleged Psychogenic Disorders in Women - A Possible Manifestation of Sexual Prejudice. *The New England Journal of Medicine*, 288, 288-292.
- Levy, S., Dowling, P., Boulton, L., Monroe, A. & McQuade, W. (1992). The Effects of Physician and Patient Gender on Preventive Medicine Practices in Patients Older than Fifty. *Family Medicine*, 24(1), 56-61.
- Londoño, M.L. (1995). Servicios de Salud para la Mujer: Enfoque Humanista (Health Services for Women: A Humane Focus). Unpublished paper presented in Conference "Gender and Quality of Care in Reproductive Health," San Salvador: Pan American Health Organization.
- Lurie, N., Margolis K., McGovern P., Slater, J. & Van Horst, K. (1994). Doctors and Preventive Care for Patients of the Opposite Sex. Unpublished abstract. *Women's Health Weekly*, Nov. 16.
- Majeroni, B.A., Karuza, J., Wade, C., McCreadie, M. & Calkins, E. (1993). Gender of Physicians and Patients and Preventive Care for Community-Based Older Adults. *Journal of the American Board of Family Practice*, 6, 359-365.
- Malterud, K. (1987). Illness and Disease in Female Patients I and II. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 5, 205-209 and 211-216.
- Matamala, M.I., Berlagosky, F., Salazar, G. & Nuñez, L. (1994). Calidad de Atención en Salud Reproductiva Desde un Enfoque de Género: Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicios de salud metropolitana occidente (Quality of Care in Reproductive Health from a Gender Focus: Qualitative Research with Women Beneficiaries of Western Metropolitan Health Services), unpublished paper.

- McCranie, S., Horowitz, A. & Martin, R. (1978) Alleged Sex-role Stereotyping in the Assessment of Women's Physical Complaints: A Study of General Practitioners. *Social Science and Medicine*, 12, 111.
- McDonald, D.D. & Bridge, G. (1991). Gender Stereotyping and Nursing Care. *Research in Nursing and Health*, 14, 373-378.
- Mora, G. et al. (1993). *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Moser, C. (1993). *Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training*. New York: Routledge, pp.2-4.
- Muller, C. (1990) *Health Care and Gender*. New York: Russell Sage Foundation, pp.30, 32, 38.
- Novaes, H.M. & Paganini, J.M. (1994). Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en America Latina y el Caribe (Standards and Indicators for the Accreditation of Hospitals in Latin America and the Caribbean). Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Nowacki, C. & Poe, C.A. (1973). The Concept of Mental Health as Related to Sex of Person Perceived. Brief Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 160.
- PAHO/ECLAC (1994). *Joint Report on Health, Social Equity, and the Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, p.29.
- Paganini, J.M. (1993). Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria (Quality and Efficiency in Hospital Care), HSS/SILOS-30. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, p.12.
- Phillips, R.D. & Gilroy, F.D. (1985). Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgements of Mental Health: The Brovermans' Findings Revisited. *Sex Roles*, 12(1/2), 179-193.
- Pizarro, A.M. (1995). La Experiencia de Sí Mujer Nicaragua (The Experience of Yes Woman Nicaragua). Unpublished paper presented in Conference "Gender and Quality of Care in Reproductive Health," San Salvador: Pan American Health Organization.

- Nogueira, R.P. (1993). La Gestión de Calidad Total en la Perspectiva de los Servicios de Salud (Management of Total Quality in the Perspective of Health Services). *Qualidade na Perspectiva dos Serviços de Saúde*, Rio de Janeiro.
- López, S.R. (1989). Patient Variable Biases in Clinical Judgement: Conceptual Overview and Methodological Considerations. *Psychological Bulletin, APA*, 106(2), 184-202.
- Roter, D. & Hall, J. (1989). Studies of Doctor-Patient Interaction. *Annual Review of Public Health*, 10:163-80
- Roter, D., Lipkin, M. & Korsgaard, A. (1991). Sex Differences in Patients' and Physician's Communication During Primary Care Medical Visits. *Medical Care*, 29(11), 1083-1093.
- Self, D. & Olivarez, M. (1993). The Influence of Gender on Conflicts of Interest in the Allocation of Limited Critical Care Resources: Justice Versus Care. *Journal of Critical Care*, 8(1), 64-74.
- Stacey, M. & Oleson, V. (1993). Introduction to Special Issue on Gender. *Social Science and Medicine*, 36(1), 1-5.
- Suarez Ojeda, N. & Miravet de Defagó, M. (1987). Condiciones de Eficiencia: Evolución observada en evaluaciones sucesivas de los países de America Latina, (Conditions of Efficiency: Evolution Observed in Successive Evaluations in the countries of Latin America). Evaluación de servicios de salud materno-infantiles (Evaluation of Maternal and Child Health Services). Washington, D.C: Pan American Health Organization.
- Suarez Ojeda, N. & Giurgiovich, A.J. (1993). Oportunidades Perdidas en Atención preperio (Lost Opportunities in Puerperium Care). Unpublished paper. Washington, D.C.
- Tobin, J.N. et al. (1987). Sex Bias in Considering Coronary Bypass Surgery. *Annals of Internal Medicine*, 107, 19-25.
- U.S. Public Health Service (1991). PHS Action Plan for Women's Health, Appendix C. *Recommendations of the PHS Task Force in Women's Health*. Washington D.C.
- Verbrugge, L.M. & Steiner, R.P. (1984). Another Look at Physician Treatment of Men and Women with Common Complaints. *Sex Roles*, 11(11/12), 1091-1109.

Wallen, J., Waitzkin, H. & Stoeckle, J.D. (1979). Physician Stereotypes About Female Health and Illness. *Women and Health*, 4(2), 135-146.

Wallen, J. (1992). A Comparison of Male and Female Clients in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 243-248.

Wallston, B.S., DeVellis, B.M. & Wallston, K. (1983). Licensed Practical Nurses' Sex Role Stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 7(3), 199-208.

Wells, C. & Feinstein, A. (1988). Detection Bias in the Diagnostic Pursuit of Lung Cancer. *American Journal of Epidemiology*, 128(5), 1016-1026.

West, C. (1993). Reconceptualizing Gender in Physician-Patient Relationships. *Social Science and Medicine*, 36(1), 57-66.

Whitehead, M. (1990). Los Conceptos y Principios de la Equidad en la Salud, Serie Traducciones #1, (Concepts and Principals of Equity in Health) Washington, D.C.: Pan American Health Organization/World Health Organization, pp.6,9.

Wyszewianski, L. & Donabedian, A. (1981) Equity in the Distribution of Quality of Care. *Medical Care*, XIX(12) 28-56.

Zambrana, R., Mogel W. & Scrimshaw S. (1987). Gender and the Level of Training Differences in Obstetrician's Attitudes towards Patients in Childbirth. *Women and Health*, 12(1), 5-24.

UNA APROXIMACIÓN PRELIMINAR: LA HISTORIA DE NORA

Con el fin de ajustar la propuesta metodológica, durante los últimos meses del año 1995 se realizó una primera aproximación a la unidad de análisis. La misma se realizó en una clínica municipal en una zona de extrema pobreza del Gran Buenos Aires.¹ Las técnicas utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas y observación participativa.

Se entrevistó a nueve médicos y cuatro usuarios (tres mujeres y un hombre) y —durante los horarios de trabajo de los mismos médicos entrevistados— se observó el sistema de atención en guardia y en consultorio externo de clínica médica. Las entrevistas con los médicos se realizaron en el mismo lugar de trabajo durante sus momentos de descanso.

En el caso de los usuarios, las entrevistas se realizaron en sus hogares. Los usuarios fueron identificados a través de una organización comunitaria ubicada en un asentamiento cercano al hospital de referencia para el estudio. Los criterios de selección de las personas entrevistadas fueron que 1) padezcan hipertensión o diabetes, y 2) que se atiendan, o hayan consultado por lo menos varias veces por esas enfermedades en el servicio objeto del estudio.

No es posible extraer conclusiones a partir de una muestra tan pequeña de entrevistas y observación. Sin embargo, se propone exponer uno de los ejes que surgió como resultado de esta experiencia de campo, con el fin de ejemplificar la metodología del estudio de la primera etapa, en la cual se busca identificar los encuentros y desencuentros en los discursos de los proveedores de atención y los usuarios en referencia a los llamados nudos problemáticos de atención.

El siguiente ejemplo se extrae de las entrevistas al equipo médico y a una usuaria. Se tomará, para los fines de este ejemplo, el nudo problemático del tema cumplimiento de recomendaciones médicas. El cumplimiento ha sido considerado un indicador de la calidad de atención, ubicándose dentro de lo que se denominan "indicadores de resultados". Roter y Hall, por ejemplo, lo incluyen como indicador de la calidad de comunicación en la consulta (1989).

¹ El servicio cuenta con siete camas, una guardia de tres médicos y dos enfermeras, que atiende a un promedio diario de 80 pacientes, y consultorios externos que reciben diariamente un número aproximado de 100 pacientes. El servicio abarca casi todas las especialidades médicas, salvo ginecología, pediatría y obstetricia, que se atienden en un hospital maternoinfantil ubicado al lado de la clínica. Un servicio completo de laboratorio y radiografía se comparte con el hospital maternoinfantil.

A los efectos de la ejemplificación del abordaje metodológico, el interés radica en 1) la construcción del discurso médico sobre la cuestión del no cumplimiento de recomendaciones médicas, y 2) la construcción del discurso de las usuarias sobre la misma. El análisis de ambos será orientado por una perspectiva de género.

1. El discurso médico

El no cumplimiento de recomendaciones médicas por parte de los usuarios, en general, parecería producir una sensación de impotencia e impaciencia en los médicos. En todas las entrevistas, los médicos lo identifican como un problema central de la atención, y depositan en el/la paciente la responsabilidad por el mismo. Las frases más frecuentes eran:

No les importa su salud.

Vienen solo cuando las papas queman.

Yo les digo a los familiares (cuando traen un paciente con un ataque de hipertensión) si quieren que se ahogue, que no lo traigan acá. Uno pretende que hagan algo por sí mismos. Te da ganas de bajar los brazos.

Al plantear un interrogante general (no específicamente en relación al cumplimiento) sobre las diferencias entre su relación con pacientes femeninos y masculinos, la mayor parte de los entrevistados opinaron que no existe diferencia. Sin embargo, cuando se introdujo el tema del cumplimiento en relación a pacientes hipertensos y diabéticos, el discurso cambió. En ese contexto, varios de ellos expresaron la opinión de que la mujer es más difícil como paciente que los hombres. Citando a una de las médicas, la fundamentación se construye de la siguiente manera:

A pesar de que la mujer es más proclive a revelar datos sobre su vida familiar que el hombre, las mujeres son mas mentirosas.

Las explicaciones ofrecidas por los médicos entrevistados de los posibles determinantes de esta situación tuvo dos vertientes cuando se trataba de una mujer usuaria. La primera reacción en una de las médicas fue (sin reconocerse ella como mujer) reírse y decir que *es así, las mujeres son así*, con lo cual se naturaliza el problema, atribuyendo la mentira a la esencia del ser mujer.

La misma médica amplió la explicación al invitarla a seguir reflexionando. Ella explica, en referencia específicamente a las diabéticas, que no solo es más probable que el hombre diga que no puede hacer una dieta, sino que, en muchos casos, concurre a la consulta acompañado por su esposa, quien se pone a denunciar ante el médico que su

marido —pese a que ella le prepare la comida como indica la doctora— come de todo, sigue tomando o sigue fumando. La mujer, según la doctora, en cambio, generalmente concurre a la consulta sola.

La segunda vertiente fue ofrecida por otra médica, quien cuenta que:

Las mujeres muchas veces dicen que no tienen plata; pero, no es tan así. Hay muchas que son cómodas.

La misma médica señala a una señora recostada sobre una camilla en la guardia, y dice:

¡Mirá que gorda que está! ¿Como querés que esté (de presión)?

De esta manera, como explicación del problema del no cumplimiento y la mentira posterior por parte de las mujeres, el discurso médico identifica 1) la esencia del ser mujer, incluyendo la función unilateral de cuidar a su pareja, y 2) la comodidad.

A estos dos elementos, se sobrepone otro, que parecería ser concebido por los médicos como una limitación inamovible del sistema de atención médica, e inclusive de su responsabilidad profesional en un medio social de extrema pobreza. Cuenta un médico:

Tenemos muchos casos sociales que, bueno las perdemos, porque nosotros no podemos cambiar todo. Atendemos solamente la parte médica.

2. El discurso de las usuarias

Situada la enfermedad crónica, y el cumplimiento frente al no cumplimiento de recomendaciones médicas, en la complejidad de una vida real, la mujer usuaria visualiza el entretrejido de condiciones que la conducen a no poder cumplir y a mentir en la consulta. Como se observará en los fragmentos de esta entrevista expuestos abajo, los hilos de género forman parte ineludible de ese enredo.

2.1 *El caso de Nora*

Nora tiene 42 años y sufre hipertensión. En sus tres crisis de presión alta, se atendió en la guardia del servicio objeto del estudio. Tiene siete hijos, y surge en la entrevista que también tiene quistes en el útero que le provocan una inflamación que parece del tamaño de un embarazo de siete meses. Relacionada con la inflamación y sus múltiples embarazos, tiene, además, fuertes dolores de la columna.

Aunque la unidad de análisis se había planteado como la atención por diabetes e hipertensión, Nora aborda la enfermedad desde una vivencia integral. Señala Nora:

Todo se relaciona. Porque mi hipertensión yo no la puedo desligar de mi problema ginecológico, porque mi problema ginecológico me causa angustia al no poder remediarlo, al no poder hacerme el láser ahora.

2.2 La madre no se enferma

A pesar de sufrir una multiplicidad de problemas de salud, Nora sigue viéndose como el sostén de su casa a través de un espejo que le presenta su familia, tal como revela la siguiente frase:

Si yo estoy enferma, ya te digo, es que me estoy haciendo la loca. Claro, no les conviene. Mientras yo estoy sana, ellos tienen la ropa limpia, tienen la casa ordenada. La casa no funciona cuando yo no funciono.

Ella cuenta que su marido nunca la acompaña al médico; en otro momento de la entrevista cuenta que cuando él estuvo "mal del corazón", ella siempre lo acompañó a la consulta. Su verdadero motivo, ella confiesa entre risas, es recurrir al médico para aumentar la presión sobre él para que deje de tomar.

2.3 Los hijos primero

Uno de los primeros problemas que plantea Nora en su intento de cumplir con los médicos en cuanto a los alimentos que puede consumir, es que, como madre, le es imposible reservar para ella comida especial.

Los primeros días hago la dieta, o porque mis hijas, mi hermana o mis vecinas vienen y me traen. Tenés que hacerlo, y bueno. Pero llegado el momento, un cuarto de galletitas no alcanza. No podés estar comprando a cada rato. Si yo cocino sin sal (los chicos) quieren sin sal. Hago una verdura hervida, ellos quieren verdura hervida. . . .

Asimismo, también prioriza las necesidades de los chicos frente a su propia necesidad de buscar atención médica.

Lo que pasa es que mientras los chicos no van al colegio yo puedo gastar ese dinero en el viaje, pero cuando los chicos empiezan el colegio yo necesito esas monedas para ellos.

2.4 *El control de los recursos y de actividades*

Las decisiones sobre el manejo interno de los recursos en la familia, solo en parte, depende de Nora. Mientras su marido trabaja como portero en un edificio de la Capital Federal —*un buen empleo* dice ella; sarcásticamente añade que *de los 12 meses del año, lo asaltan a él siete*. Nora explica que los días de cobro su marido no vuelve a casa; sale a tomar cerveza con sus amigos, llegando a veces a gastar el sueldo entero en una noche.

Durante años, cuenta Nora, sufrió el problema de violencia sexual cuando él volvía borracho. Ella cuenta que finalmente tomó la decisión de dormir en la pieza de sus hijos.

Yo, desde febrero, duermo en una cama separada, y es el año que no tengo para comer. Es como que vos tenés que vender tu cuerpo a tu propio marido para . . . ¿viste? . . . su violencia ahora es no darme plata.

Del mismo modo que el control sexual se vincula con el dinero, ella cuenta que su marido también condiciona sus actividades con el premio/amenaza del dinero. Ella antes ayudaba en el comedor infantil del barrio.

Si yo me voy a hacer un trámite para el comedor, es que 'tenés otro', y esas cosas. Me cansé; no salgo, pero igual no me da la plata.

Como tal, Nora ha destacado tres elementos que condicionan su control sobre los recursos en su casa: que el marido gaste dinero en alcohol, que su marido le quite dinero por no acceder a sus exigencias sexuales y que el marido le niegue dinero si ella sale a participar en actividades barriales. Esta situación afecta la capacidad de Nora de gastar en transporte, medicamentos y alimentos especiales, todos los cuales son necesarios para el llamado cumplimiento.

2.5 *La consulta*

La visión de Nora sobre la consulta misma ofrece otros elementos de análisis. Ella cuenta que sabe que no va a poder cumplir muchas de las recomendaciones que le dan los médicos. Pero cuenta que:

. . . no te dan la oportunidad de decir —Doctor, esta dieta no la voy a poder hacer— porque es como que se ponen en un nivel tan arriba. . . . Te dan la receta y no se preocupan si vos la podés comprar.

Al no haber podido cumplir con algo, Nora cuenta sus emociones y sus estrategias:

Y, yo pienso que a nadie le gusta que lo reten, o tener que volver al mismo médico sin que hayas podido hacer un estudio. Por eso generalmente no volvemos al mismo hospital y nosotras tenemos historia clínicas en todos los hospitales, y decimos —ay, no voy más a ese hospital porque me manda hacer tal cosa y yo no puedo hacerlo. Por ejemplo, con el médico de la columna. Yo, al traumatólogo, ¿sabés cuanto que no voy? Porque yo tengo anotada en mi historia clínica que no puedo barrer, que no puedo hacer fuerza, que no me puedo embarazar. . . A ese traumatólogo no volví, porque tuve tres embarazos más.

Al preguntarle qué piensa que hubiera pasado si hubiera contado al traumatólogo lo que le pasa en su vida, Nora reflexiona:

No sé si es así para todas, pero a la mayoría de las mujeres que yo conozco nos pasa lo mismo. No es por religión o por miedo, es que nunca a veces decimos las mujeres qué es lo que nos pasa realmente. Yo mentí muchos años por toda la parte sexual con mi marido. Sabés que cuando lo hablé con mis hijas, lo pude hablar para afuera. Pero para eso tuve que esperar a que mis hijas fueran grandes. Hoy me hace que yo puedo contártelo a vos. El año pasado yo no te lo hubiera contado ni mamada. Porque uno vive mal.

3. Desencuentros

A partir de la construcción del discurso de Nora, se visualiza claramente cómo el no cumplimiento se relaciona a las circunstancias económicas de Nora, y cómo esas, a su vez, están atravesadas de manera múltiple y permanente por su situación de género. El no tener quién la cuide a ella, la priorización de los hijos, el control de los recursos son construcciones de su género. Estos factores, obviamente, no le impiden a su marido que cumpla con recomendaciones médicas; serán, en todo caso, otros factores, quizás también cruzados por su situación de género, que le faciliten o le impidan cumplir a su marido.

Los desencuentros con el discurso médico comienzan con la misma concepción del proceso salud/enfermedad, ya que Nora visualiza la interrelación de sus múltiples enfermedades cuando considera las posibilidades de recuperación, al parecer siendo el cumplimiento de una dieta para reducir su presión arterial un tema menor. El médico que la recibe con una crisis de presión en cambio, centra su respuesta en el control de esa enfermedad exclusivamente.

Avanza el desencuentro al considerar la visión del equipo médico de la "paciente enferma" en yuxtaposición con la identidad que Nora expone de si misma, en la cual ella cumple con la demanda de su familia de ser "madre" sostenedora de ésta. Pero el rol de madre que sostiene a los demás es visto por su familia, y por ende, por Nora, como incompatible con el rol de "enferma". Su marido, inclusive, la trata de loca si asume el rol de enferma y pide atención.

Nora sabe que esta situación no es justa. Dice claramente que solo puede hacer la dieta cuando su hermana o vecinas la acompañan los primeros días. Pero su vida está inmersa en conflictos. Frente a esta situación vivida por Nora, el discurso médico no da cuenta de la contradicción entre el rol que el equipo de salud le propone: la enferma que busca recuperarse bajo la supervisión del equipo de salud; y su rol de género tradicional: madre que responde a las necesidades de sus hijos y su marido.

Como extensión del mismo, se ve la importancia para Nora de ser "cuidada", ya que solo puede hacer la dieta cuando su hermana o sus vecinas la acompañan los primeros días.

Otra ruptura aparece al considerar el discurso médico de los casos sociales como fuera de su esfera de influencia. Nora, en contraste, concibe a los médicos como una instancia de autoridad superior a su marido ante la cual ella puede recurrir y denunciar que él toma.

El problema de la priorización de los hijos resulta definitiva en cuanto a las posibilidades de cumplir para Nora. Sin embargo, el tema no aparece en el discurso médico en este caso, a pesar de que se podría suponer que desde el servicio de pediatría existe una coincidencia fuerte y reforzadora del rol de sacrificada que debe cumplir la madre frente a sus hijos.

En cuanto al acceso a recursos, el discurso médico refleja la sospecha, (probablemente relacionada con la idea de la mujer mentirosa), que la paciente, al plantear que no puede cumplir por falta de dinero, está presentando una excusa para encubrir su falta de responsabilidad. En cambio, el discurso de Nora vislumbra los mecanismos del sistema de género que la subordina a su marido, quién utiliza el dinero para ejercer poder sobre ella.

Finalmente, al considerar la situación de la consulta misma, Nora identifica el estilo unilateral de la comunicación médico-paciente —en el cual el médico imparte ordenes— como un impedimento a un preaviso por parte de ella de que no podrá cumplir.

Al encontrarse en la situación de no haber podido cumplir, Nora percibe que tiene dos opciones: 1) no volver a ese médico, o 2) mentir.

El círculo de desentendimientos se completa cuando dicha actitud por parte de una usuaria como Nora es entendida por los médicos como "típicamente" femenina, o como prueba de que no le importa su salud.

4. Conclusiones

A partir del nudo problemático del cumplimiento, se identifica una serie de desencuentros entre los discursos de una usuaria con hipertensión, y un grupo de médicos generalistas. Se vio también claramente la influencia de las relaciones de género en estos desencuentros.

Mientras el caso presentado aquí constituye solo un ejemplo de la metodología propuesta, y faltaría incorporar a ello 1) el análisis del discurso de los usuarios masculinos y 2) los datos recolectados desde la observación participativa de la consulta, vale seguir el ejemplo para explorar la articulación entre esta primera etapa cualitativa y la segunda etapa en la cuál se formulará los instrumentos para la evaluación de la calidad de atención.

Al pasar a la segunda etapa de la investigación, el nudo problemático de cumplimiento se convierte en una categoría de análisis para la evaluación. Los desencuentros específicos guiarán la definición de los indicadores de esa categoría. En este caso se hace referencia a los indicadores de calidad de atención construidos para las mujeres. También se construirán para los hombres.

En base del ejemplo del caso de Nora, entonces, se puede imaginar tres tipos de indicadores.²

² La guía de observación contará con definiciones y ejemplos de cada indicador lo más concretos posibles, de manera tal que los indicadores que exigen interpretación por parte del observador, como son, por ejemplo, el referido a "sarcasmo" e "indiferencia", sean lo menos subjetivo posibles. Por otra parte, tal como se señala en el resumen de "diseño y métodos", estos mismo indicadores serán medidos desde dos ángulos diferentes: en la observación y en la encuesta a los usuarios. De este modo, al coincidir los valores de un indicador en ambos instrumentos, se aumentará su validez.

- 1) La situación al entregar las recomendaciones, por ejemplo:
 - Numero de mujeres que recibieron explicaciones del "porqué" de las recomendaciones (medicación, análisis, dieta, ejercicio, etc.)
 - Total de mujeres atendidas en la muestra
 - Numero de mujeres preguntadas: a) si iban a poder cumplir las recomendaciones, o b) que factores podían impedir el cumplimiento
 - Total de mujeres atendidas en la muestra

- 2) La situación de sanción, ya sea por no cumplir, o por mentir, expresada en distintas formas, por ejemplo:
 - Numero de mujeres retadas por no cumplir
 - Total de mujeres atendidas en la muestra
 - Numero de mujeres tratadas con sarcasmo en relación a no-cumplir
 - Total de mujeres atendidas en la muestra
 - Numero de mujeres tratadas con indiferencia en relación al no cumplir
 - Total de mujeres atendidas en la muestra

- 3) La situación de buscar soluciones. Si conversaron sobre posibles obstáculos y estrategias de solución a los problemas que obstaculicen el cumplimiento, que en el caso de las mujeres, incluirían por ejemplo:
 - Numero de mujeres invitadas a contar su situación con respeto al acceso y control de dinero en su casa
 - Total de mujeres atendidas en la muestra
 - Numero de mujeres invitadas a contar la situación en referencia a ser la última en comer
 - Total de mujeres atendidas en la muestra

Numero de mujeres invitadas a contar la situación en relación con posibles fuentes de apoyo familiar o vecinal para cumplir

Total de mujeres atendidas en la muestra

Estos ejemplos de posibles indicadores, se formularon, entonces, a partir de un análisis de género, y se interpretarían, posteriormente, en ese mismo marco.

Es importante destacar que el criterio central en el proceso de formulación de indicadores será la selección de aquellos elementos surgidos de los desencuentros de discursos que reflejan mejoras posibles de la calidad de atención. Dicho de otro modo, el fin último, que en todo momento guiará la investigación, será la disminución de la brecha que existe en la comunicación entre usuarios y usuarias y el equipo de salud, y, en términos más generales, un mayor grado de satisfacción de un conjunto las necesidades —compartidas y específicas— de hombres y mujeres del grupo poblacional sujeta del estudio.