

La mujer profesional y la mujer paciente

The Female Doctor and the Female Patient

La medicina es una ciencia milenaria, y uno de los primeros registros que se conocen de la participación de la mujer como médica hace referencia a Merit Ptah, en el 2700 A. C. en el Antiguo Egipto, pero esto es una excepción, ya que esta profesión le estaba vedada a la mujer. En Grecia, las leyes lo prohibían específicamente y fue en el siglo IV A. C. que Agnodice, una dama perteneciente a la alta sociedad ateniense, se sublevó ante esta injusticia. Para poder estudiar necesitó un aspecto “masculino”: debió cortar su cabello y vestirse de hombre, y así logró convertirse en la primera ginecóloga de la Antigüedad. Su práctica fue de tal nivel de excelencia que generó la envidia de sus colegas y fue denunciada por seducir a sus pacientes. Sometida a juicio, se vio obligada a revelar su verdadera identidad. La rebelión en su apoyo encabezada por sus fieles pacientes logró que se derogara la prohibición de ejercer la medicina a las mujeres.

Desde aquellos tiempos, muchos cambios se produjeron en la sociedad, pero algunos sesgos persisten, a pesar de las declaraciones de igualdad. Debieron transcurrir varios siglos antes que Elizabeth Blackwell –nacida en Bristol, Inglaterra– superara en los Estados Unidos las reiteradas negativas y comenzara los estudios de medicina en Nueva York. En 1849 obtuvo su título de doctora en medicina.

En Argentina, Cecilia Grierson ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas en 1883, luego de sucesivos rechazos, los que la obligaron a peticionar ante el entonces denominado Consejo Nacional de Educación. Sufrió permanentes burlas y agresiones (que hoy definiríamos como “bullying”) durante sus años de estudio, pero su tenacidad y perseverancia fueron más fuertes. Se graduó el 2 de julio de 1889 y fue la primera mujer en obtener el título de médica en nuestro país.

Las barreras de la discriminación fueron cayendo de a poco y el ingreso femenino creció exponencialmente, tanto que en las aulas de hoy, su número supera al de hombres.

Pero queda un largo camino por recorrer. No se trata solamente de obtener un título o ejercer la profesión. Aún hoy, los hombres tienen que enfrentar menos obstáculos para lograr el desarrollo profesional pleno que las mujeres. El acceso a los puestos de liderazgo y toma de decisiones sigue siendo prioritariamente masculino. Las mujeres son minoría en los cargos jerárquicos, como la dirección de hospitales, jefaturas de servicio, etc.

En 2018, la Universidad de Columbia presentó estadísticas en las que mostró que la jefatura de división era ejercida por mujeres solo en el 26% de los casos y este valor descendía a 13% y 11%, para jefaturas de departamento y dirección de centros asistenciales, respectivamente. En las sociedades científicas, la situación no es diferente. En un relevamiento realizado en España en 2015, solo el 22% de las sociedades médicas estaban presididas por mujeres.

A pesar de los grandes avances en materia de inclusión que caracterizaron a la segunda mitad del siglo XX y al actual, el género sigue siendo una de las maneras que tenemos para enmarcar el mundo y un sesgo muchas veces involuntario. Los roles específicos atribuidos a los hombres como proveedores de bienes y alimentos y a las mujeres como cuidadoras y educadoras están fuertemente arraigados. Desde pequeños estimulamos a los niños a juegos activos, a no llorar y defenderse, en tanto que a las niñas las instamos a jugar con las muñecas y a adquirir las habilidades que necesitarán para ser madres y amas de casa más adelante. Tan naturalizados están estos roles que para muchos resulta extraño aceptar el intercambio de dichas tareas, en ambos sentidos.

Con frecuencia aún hoy, como en la Antigüedad, se pretende que la mujer adquiera una “actitud masculina” para considerarla apta para desempeñar cargos de responsabilidad, en lugar de estimular la expresión de lo mejor de cada individuo.

La creación de puestos de trabajo con un clima social inclusivo para los distintos sexos es una necesidad. El valor agregado de la diversidad es un bien invaluable, que contribuye al enriquecimiento. La información procedente de sectores de los negocios y la administración destaca la mayor innovación, productividad y satisfacción logrados entre los empleados cuando se contempla la diversidad de género.

El cambio hacia la equidad requiere de un esfuerzo conjunto, ya que para alcanzarlo no son suficientes las políticas formales (como leyes laborales, discriminación positiva, etc.), sino que es necesario abordar también las prácticas informales que promueven la jerarquía y la exclusión.

En cardiología, recién a fines del siglo XX se tomó conciencia de la importancia de comprender las particularidades sintomáticas, diagnósticas, pronósticas y terapéuticas de cada sexo. Movimientos como Go Red for Women fueron pioneros en este campo y replicados

luego en muchos países. En nuestra sociedad, la creación de la comisión “La Mujer y la Cardiología” por iniciativa de la Dra. Liliana Grinfeld y que posteriormente cambió su nombre a “Corazón y Mujer” marcó un punto de inflexión en la visión de género, que es vital en la era de la medicina individualizada.

Abunda la evidencia que relaciona la desigualdad de género con peores estándares de calidad en la salud y mayor morbilidad y mortalidad.

La diversidad de la fuerza laboral en la salud puede traducirse en mejores resultados. Preocupa la demora en la búsqueda de atención médica, la disparidad en la asistencia, el menor uso de métodos diagnósticos y de tratamientos de probada efectividad, y la subrepresentación de la mujer en los protocolos de investigación, capaces de ofrecer evidencia robusta para la toma de decisiones.

Paradójicamente, hace más de 50 años atrás, cuando se veía a la cardiopatía isquémica casi como una patología propia de hombres, fue una mujer la primera persona en el mundo en ser sometida a un *by-pass* aortocoronario, realizado en Houston por el Dr. René Favaloro, el 9 de mayo de 1967

El respeto al paciente incluye aceptar las elecciones individuales y muchos pacientes prefieren ser asistidos por profesionales de un sexo determinado.

Algunos estudios mostraron un peor pronóstico en la evolución del infarto de miocardio en las mujeres cuando el profesional que las asistió fue un hombre,

pero la brecha se acortó cuando ellos tenían contacto permanente con pacientes y colegas mujeres. Las estadísticas muestran un mayor apego a las guías por parte de las médicas mujeres, así como ventajas en la comunicación y el tiempo dedicado a la consulta.

Descubrir las potencialidades de cada ser humano y estimular su expresión suman calidad al acto médico. Esta nueva revolución cultural es una oportunidad para el crecimiento.

Como Sociedad de Cardiología, nuestra misión de ser líderes en la promoción de la salud cardiovascular nos obliga a reflexionar sobre estas diferencias y a tomar una posición proactiva, para asegurarles a las profesionales la igualdad de oportunidades para su formación y desarrollo, y a las pacientes el acceso a la medicina de la mejor calidad existente.

“El capital humano, el potencial de cada individuo va a ser a futuro la mejor inversión que un país pueda hacer para lograr la prosperidad y calidad de vida de sus ciudadanos”. Estas fueron palabras del presidente del Banco Mundial en 2018. Es muy impactante que expresiones provenientes del sector financiero apliquen tan acabadamente a una actividad tan humana como la medicina. En ese sentido deberíamos dirigir nuestros esfuerzos.

Ana Salvati

Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología