



## **AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES**

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 4 – Invierno 1996-97

### **La práctica profesional de médicos y médicas**

*Ana Delgado Sánchez* (1)

En diversos estudios se ha encontrado que los pacientes (hombres y mujeres) muestran más satisfacción cuando el médico que les atiende es mujer (1, 2). Concretamente, ésto fue así en un estudio que llevamos a cabo en centros de salud del medio urbano andaluz (3, 4). Este hallazgo nos hizo pensar que debían existir algunos factores que diferencien el estilo de la práctica profesional de médicos y médicas, su manera de relacionarse con los pacientes, y que estos aspectos son percibidos como tales por los mismos.

Para probar esta hipótesis hemos desarrollado una investigación en la que estudiamos las actitudes y conductas de los médicos de familia/médicos generales que trabajan en los centros de salud urbanos de Andalucía. En este artículo me propongo analizar algunos resultados de ese trabajo así como del resto de la bibliografía que existe sobre el tema, procedente, en su mayoría, del ámbito de los países anglosajones.

La revisión de la literatura muestra que se han investigado las diferencias en las actitudes, creencias, intereses e incluso ideología entre los médicos y las médicas, tanto en atención primaria (5, 6, 7), como en otras especialidades médicas (8, 9), así como en estudiantes de medicina (10, 11), encontrándose en la mayoría de los estudios cierto tipo de diferencias que deben influir en la relación médico-paciente modulando algunos resultados de la misma (12, 13).

Aunque el género es sólo una de las variables que condicionan la variabilidad existente en la práctica clínica, y resulta necesario relativizar su importancia, parece claro que las distintas experiencias de socialización a lo largo de la vida de hombres y mujeres así como su diferente posición en la estructura social, deben 'condicionar sus actitudes y su relación con los pacientes.

---

<sup>1</sup> *Ana Delgado Sánchez es médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.*

Uno de los aspectos que caracterizan el nuevo modelo de atención primaria en nuestro país es la incorporación a la consulta diaria de actividades de prevención y promoción de la salud. Entre los argumentos en que se fundamenta la necesidad de la prevención, está la reducción de las desigualdades sociales, y recientemente las debidas al sexo están alcanzando un lugar de coprotagonismo junto al estudio de las desigualdades debidas a la clase social (14).

En diferentes estudios se ha encontrado que las médicas tienen una mayor orientación preventiva que sus colegas hombres. Los hallazgos en este terreno son de dos tipos. Hay trabajos en los que se evidencia que las médicas ejercen una mayor actividad preventiva independientemente del problema de salud de que se trate (15, 16), pero es más frecuente que las médicas desempeñen más actividades de prevención cuando se trata de problemas ligados a su género, y en ese sentido es frecuente encontrar que realizan con más frecuencia algunos test de screening relacionados con el sexo, como el test de papanicolaou, el examen físico de las mamas y la mamografía, pero no realizan más otros procedimientos neutros respecto al género como la toma de la tensión arterial (17, 18).

En nuestro estudio hemos medido cuatro conductas que expresan el interés de los profesionales por la prevención; éstas han estado referidas a la obesidad, la planificación familiar, la tensión arterial y el consumo de tabaco.

Las dos conductas preventivas que se han visto favorablemente influidas en el caso de las medicas han sido las relacionadas con los problemas de obesidad y con la planificación familiar, pero no ha habido diferencias en el caso de la detección precoz de la hipertensión arterial ni en la prevención del tabaquismo, evidenciando que también en nuestro medio existe un sesgo en la toma de las decisiones clínicas debido al género del médico. A mi juicio esto puede significar que las médicas comprenden mejor la necesidad de atender problemas unidos culturalmente a su género, y valoran más positivamente sus consecuencias positivas o sus beneficios, así como su coste de oportunidad.

Un profesional sólo puede hacer una prevención eficaz si comprende el por qué de la conducta de las personas y los mecanismos que podrían modificarla; por otro lado debe sintonizar con la necesidad sentida de los pacientes de solucionar o prevenir el problema. Posiblemente esto ayude a entender por que las mujeres son más preventivas en problemas que les conciernen directamente. Así ocurre con la obesidad, que socialmente es considerada un asunto de mujeres, y con la planificación familiar cuya responsabilidad se ha depositado culturalmente en ellas.

Se ha encontrado con frecuencia que **las médicas dan más importancia que los médicos a la dimensión psicosocial** de la atención, tanto en atención primaria como en la especializada, apareciendo también en nuestro estudio que las mujeres evalúan más durante la consulta el apoyo que el paciente recibe de su entorno y de su familia. Cuando la atención que se presta utiliza un enfoque biopsicosocial significa que el profesional investiga no sólo los síntomas biológicos, sino que también se interesa por el entorno del paciente y por el conocimiento que el mismo tiene de su enfermedad o motivo de consulta, mostrando una mayor sensibilidad frente a los aspectos sociales y relacionales del problema. El clínico orientado al modelo biopsicosocial tiene en cuenta que el componente emocional de la relación

asistencial es intrínsecamente terapéutico y que está basado, en parte, en el intercambio de información. Tanto la comprensión del proceso de enfermar de cada paciente como su adecuado tratamiento requieren un abordaje que integre las tres esferas: biológica, psíquica y social. Además de encontrarse, en estudios sobre la práctica clínica, que las médicas atienden más a los aspectos sociales, desde el campo de la psicología social se ha señalado que el proceso de socialización de las mujeres hace que éstas muestren más interés y se impliquen más en las relaciones con los otros. En otro estudio se vio que las médicas atendían más problemas sociales (también más problemas metabólicos) en pacientes de ambos sexos (20), y ésto puede guardar relación con el hecho de que las mujeres en la consulta permiten y/o facilitan, más que los hombres, que el paciente exprese sus sentimientos y expectativas, centrandolo más en el otro el proceso de comunicación (21).

Una de las áreas del trabajo asistencial en que hay un interés creciente es en la mejora de las habilidades de comunicación, ya que ésta es el elemento central de la relación médico-paciente.

Las relaciones entre comunicación y género son motivo de análisis sobre todo en el campo de la psicología (22) y de las ciencias de la comunicación, pero también tienen un gran interés en el marco de la calidad de los servicios sanitarios, porque el estilo de comunicación del médico se refleja en su conducta y ésta afecta significativamente los resultados de la atención.

Por ejemplo, se ha comprobado que la calidad de la comunicación se relaciona positivamente con la disminución de la tensión arterial, el control de la diabetes o la disminución de la ansiedad. Así mismo los niveles de satisfacción con la atención recibida guardan estrecha relación con la comunicación y la información que se recibe en la consulta (23), y la mayor parte de las quejas de los pacientes no se refieren a la competencia técnica del médico sino a aspectos relacionados con la comunicación.

Si además de existir mejor entendimiento entre médico y paciente, tenemos en cuenta que el hecho de "contar al otro" es terapéutico podemos entender en parte los mecanismos que explican que la buena comunicación se relacione con mejoría de la salud.

En la relación asistencial se ha encontrado con frecuencia que **las mujeres dedican mayor tiempo de consulta** a sus pacientes (20, 24, 25, 26). Ambos, médica y paciente, hablan más durante la consulta (27), resultando que las médicas interrogan más al paciente sobre sus problemas, dan una mayor información (5), y utilizan una estrategia de comunicación centrada en el paciente como ya se ha comentado. También en nuestro estudio, el ser mujer influye positivamente en la conducta de información. Algunos autores han señalado que el estilo comunicativo de las mujeres busca establecer lazos con el paciente y mantener el propio proceso comunicativo, lo que se traduce en la duración, el contenido y la estructura de la visita médica (27).

Parece que en otros aspectos de la comunicación como la empatía, la escucha y el lenguaje no verbal también se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres (22, 28), que de nuevo expresan el proceso de socialización de este aprendizaje. A mi juicio sería

importante que las médicas no renunciaran a su estilo de comunicación como mujeres, aunque este no sea considerado tradicionalmente el más "válido" en el mundo profesional.

Otro resultado de nuestra investigación es que **las médicas buscan más la colaboración de los profesionales de enfermería** que los médicos. Esta característica de la forma de trabajar es coherente con el hallazgo de que las mujeres prefieren el trabajo en equipo (25, 26), y puede guardar relación con el hecho de que la mayoría (85%) de las enfermeras son mujeres (29).

Este resultado tiene a nuestro juicio dos posibles explicaciones que pueden influir por separado o conjuntamente. La primera es que el entendimiento entre enfermeras y médicas sea más fácil porque, debido a su género, comparten códigos y significados en el proceso de comunicación. La segunda es que las mujeres ejerzan menos una posición de poder en las relaciones que sus colegas varones, efecto que se ha comprobado en la relación médico-paciente (30, 31), lo que facilitaría la solución de los conflictos disminuyendo la rivalidad profesional.

En algún estudio se ha visto que las mujeres realizan menos procedimientos técnicos en su consulta que los hombres (32). Nosotros no hemos medido esto directamente, pero sí la percepción de autoeficacia que tienen los médicos y las médicas acerca de cuatro procedimientos técnicos que incluyen la cirugía menor y la exploración ginecológica, y no hemos encontrado diferencias entre ellos. No conocemos hallazgos que relacionen la percepción de autoeficacia con la práctica de las técnicas, y por tanto no sabemos si se trata de una cuestión de habilidad profesional o de preferencia por determinado tipo de prácticas.

Hay un aspecto que no se refiere directamente a la actividad clínica en el que se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres que ejercen la medicina, aunque éstas no siempre concuerdan, y es en el terreno de la actividad investigadora medida a través de las publicaciones y comunicaciones a congresos (16). **Sí hay diferencias en los especialistas en medicina de familia andaluces en el sentido de que las mujeres publican y presentan menos comunicaciones a congresos que los hombres**, no sabemos si porque se distribuyen su tiempo de otro modo o porque tienen menos incorporada la necesidad de investigar.

En los países en que las características del sistema sanitario lo permiten, se han encontrado algunos aspectos que diferencian la forma de organizar el trabajo que tienen médicos y medicas, pero que no son susceptibles de variabilidad en nuestro país, en que la gran mayoría de los profesionales de la medicina trabajan en el sector público, lo cual homogeneiza su situación laboral. **En otros países las médicas trabajan más en grupo (25, 26) y los médicos más de manera aislada, las mujeres trabajan más en centros públicos (5), reciben menos ingresos por la misma ocupación (9) y eligen un perfil de especialidades distinto al que eligen los hombres (9, 16, 33).**

También en nuestra Comunidad Autónoma es desigual la elección que hacen hombres y mujeres de las distintas especialidades médico-quirúrgicas, tal y como evidencian los datos que nos ha proporcionado la Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación de la Consejería de Salud. Esta información se refiere a las 2.125 plazas ofertadas para el MIR en

los últimos 4 años en Andalucía. Sin ser exhaustivos, comentaré algunas cifras al respecto: del conjunto de especialidades que en su totalidad o de forma importante giran en torno al laboratorio, el 64% de las plazas son elegidas por mujeres; para la especialidad de pediatría la proporción es muy parecida, el 66% son mujeres. Por el contrario, del total de plazas para especialidades quirúrgicas, sólo el 30% las eligen mujeres, y concretamente en traumatología o neurocirugía este porcentaje disminuye al 10%. Algo parecido ocurre con las especialidades médicas tradicionalmente más prestigiosas, como la cardiología, la neumología o la neurología.

Aunque parece que la tendencia se está rompiendo, **las licenciadas en medicina siguen eligiendo especialidades cuyo estereotipo de aptitudes se identifica con atributos femeninos, y/o en las cuales el conflicto entre obligaciones familiares y laborales puede ser minimizado.**

Cuando se pregunta a los pacientes sobre sus preferencias acerca de los médicos, con todos los estudios la mayoría de las mujeres prefieren médicas (20, 26), y la pequeña proporción que prefiere médico alega para ello razones de costumbre o tradición. En algunos casos tanto la mayoría de los hombres como de las mujeres prefieren médicas (34, 35).

Se ha encontrado con frecuencia que **la preferencia no es función directa del género del médico, sino fundamentalmente del tipo de problema que se va a consultar** (2, 20). Se comprueba que los problemas sociales y familiares, tanto de hombres como de mujeres, los problemas metabólicos (por ejemplo relacionados con la comida) y los problemas ginecológicos son más frecuentes en la consulta de las médicas. Los pacientes aducen que prefieren médicas porque tienen una conducta más humana (2), y entre las características del profesional que más positivamente valoran están las cualidades personales, que su trato sea humano y que den suficiente información.

Con la creciente incorporación de las mujeres a la profesión médica (25, 36), es presumible que la feminización progresiva de este estamento afecte la prestación de cuidados de salud. Es conocido que las mujeres desempeñan, en el marco del sistema informal de salud, una proporción de cuidados mucho más elevada que la que presta el sistema sanitario formal, el cual solo dispensa un 10% del tiempo total de cuidado que requiere un enfermo, el resto se recibe en el hogar (37). Las mujeres son las primeras proveedoras de cuidados de salud (38), ya que tradicionalmente el concepto de cuidado se ha asociado al de trabajo doméstico, por lo que las mismas gastan un 50% más de su tiempo en cuidados que los hombres (39). Esta capacitación cultural de la mujer para cuidar a los demás en su vida personal, parece que se traslada, en cierto modo, a las relaciones con los otros en el mundo del trabajo, desarrollando sus roles "femeninos" allí donde se encuentre.

Cuando analizo las diferencias entre la forma de relacionarse de médicos y médicas y, por tanto, de prestar atención médica, no pretendo establecer, a priori, una jerarquía de valores entre los rasgos que pueden caracterizar a ambos, sino analizarlos desde una posición de igualdad y no desde la perspectiva de subordinación en la que clásicamente se han situado los valores del mundo femenino. Conocer en profundidad las diferencias en el estilo de práctica profesional y cuáles son sus repercusiones en la relación médico-paciente, es esencial para evaluar el impacto de la creciente feminización de la profesión médica.

Los resultados de los estudios sobre el tema parecen sugerir que la progresiva incorporación de las mujeres a la asistencia va a facilitar el desarrollo de innovaciones importantes en la práctica de la medicina general, sobre todo el cambio de paradigma desde el modelo biomédico centrado en la enfermedad (disease) o centrado en el médico, a un modelo biopsicosocial centrado en la dolencia (illness), entendida ésta como la vivencia que el paciente tiene de la enfermedad, y la incorporación, como parte esencial de este modelo, de las habilidades que mejoran el proceso de comunicación médico-paciente.

## Bibliografía

1. LINN, L.S.; COPE, D.W.; LEAKE, B. 'The effect of gender and training of residents on satisfaction rating by patients". *J Mea Educ.* 1984; 59: 964-966.
2. FENNEMA, K.; MEYER, D.L.; OWEN, N.: "Sex physician patients' preferences and stereotypes". *J Fam Pract.* 1990; 30: 411-446.
3. DELGADO, A.; LOPEZ FERNANDEZ, L.A.; LUNA, J.D.: "La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia sanitaria vigentes en Andalucía". *Gaceta Sanitaria.* 1993; 7: 32-40.
4. DELGADO, A.; LOPEZ FERNANDEZ, L.A.; LUNA, J.D.: "Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users". *Med Care.* 1993; 31: 795-800.
5. MAHEUX, B.; DUFORT, K.; BELAND, F.; JACQUES, A.; LEVESQUE, A.: *Female medical practitioners. More preventive and patient oriented?*. 1990; 28: 87-92.
6. ELLSBURY, K.; SCHNEEWEISS, R.; MONTANO, D.E.; GORDON, K.C.; KUYKENDALL, D.: "Gender differences in practice characteristics of graduates of family medicine residencies". *J. Med Educ.* 1987; 62: 895-903.
7. GREER, S., DKERSON, V.; SCHNEIDERMAN, L.J.; ATKINS, C.; BASS, R.: "Responses of male and female physicians to medical complaints in male and female patients". *Fam Pract.* 1986; 23: 49-53.
8. ZAMBRANA, R.E.; MOGEL, W; SCRIMSHAW, S.C.M.: "Gender and level of training differences in obstetricians' attitudes toward patients in childbith". *Women and Health.* 1987; 12: 5-24.
9. BUTTER, I.H.; CARPENTER, E.S.; KAY, B.J.; SIMMONS, R.S.; "Gender hierarquies in the health labor force". *International Journal of Health Services.* 1987; 17: 133-149.
10. DRALE, P.W.; DAUN, D.V.; HEIM, D.D.; ELSTON, R.C.: "Sex role stereotypes in freshman medical students" perceptions of self and physicians". *J. Am. Med. Wom. Assoc.* 1987; May: 75-81.
11. MAHEUX, B.; DIFORT, F; BELAND, F.: "Professional and sociopolitical attitudes of medical students: gender differences reconsidered". *J. Am. Med. Wom. Assoc.* 1988; 43: 7376-7384.

12. LINN, L.S.; DIMATTEO, M.R.: "Humor and other communication preferences in physician-patient encounters". *Med. Care.* 1983; 21:1223-1231.
13. KAPLAN, S.H.; GREENFIELD, S.; WARE, J. E.: "Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease". *Med. Care.* 1989; 27:110-127.
14. ÁLVAREZ-DARDET, C.; RUIZ, M.T.: "Salud y desarrollo del planeta, las mujeres y otros subsidios". *JANO*; 1994, XLVII: 60-73.
15. SCHWARTZ, J.S.; LEWIS, C.E.; CLANCY, C. et al.: "Internist's practices in health promotion and disease prevention. A survey". *Am. Intern. Med.* 1991; 144: 46-53.
16. MAHEUX, B.; DUFORT, F.; LAMBERT, J; LEVESQUE, A.: "The professional attitudes and practice characteristics of male and female specialists". *J. Am. Med. Wom. Assoc*; 1989; 44: 154-158.
17. FRANKS, P.; CLANCY, C.M.: "Physician gender bias in clinical decision making: screening for cancer in primary care". *Med. Care.* 1993; 31: 213-218.
18. HALL, J.A.; PALMER, R.H.; ORAV, E.J. et al.: "Performance quality, gender and professional role. A study of physicians and nonphysicians in 16 ambulatory care practices". *Med. Care.* 1990; 28: 489-501.
19. ARNEDO, E.: "Fragilidad y fortaleza de la mujer". *JANO*; 1993; XLV: 35-40.
20. BENSIN, J.; BRINK-MUJINEN, A.; BAKKER, D.H.: "Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners". *Med. Care*; 1993; 31: 219-229.
21. LAW, S.A.; BRITTEN, N.: "Factors that influence the patient centredness of a consultation". *B. J. Gen. Pract.* 1995; 45: 520-524.
22. PEARSON, J.C., TURNER L.H.; TODD-MANCILLAS, W.: *Comunicación y género*. Ed. Paidós. Barcelona, 1993.
23. BRODY, D.S.; MILLER, S.M.; LERMAN C.E.; SMITH, D.G.; LAZARO, C.G.; BLUM, M.J.: "The relationship between patient satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received". *Med. Care.* 1989; 27: 1027-1035.
24. LANGWELL, K.M.: "Differences by sex in economics returns with physician specialization". *Journal of Health Politics, Policy and Law.* 1982; 6: 752-761.
25. WILLIAMS, A.P.; DOMMINK-PIERRE, K.; VAYDA, E.; STEVENSON, H.M.; BURKE, M.: "Women in medicine: practice patterns and attitudes". *Can. Med. Assoc. J.* 1990; 3: 194-201.
26. FENTON, W.S.; ROBINOWITZ, C.B.; LEAF, P.J.: "Male and female psychiatrists and their patients". *Am. J. Psychiatry.* 1987; 144: 358-361.
27. ROTER, D.; LIPKIN, M.; KORSGAARD, A.: "Sex differences in patients' and physicians' communications during primary care medical visits". *Med. Care.* 1991; 29: 1083-1093.
28. WASERMAN, R.C.; INVI, T.S.; BARRIATURA, R.D.: "Pediatric clinicians, support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinicians-parent interaction". *Pediatrics*; 1984; 74: 1047-1053.

29. CORTES MAJO, M; GARCIA GIL, C.; ALBERDI CASTELL, R.M.: *Participación de las mujeres en el sistema sanitario. En: La mujer y la salud en España. Informe básico. Vol. 4.* Instituto de la Mujer. Madrid, 1992.
30. MILES, A.: *Women, health and medicine. Open University Press.* Phyladelphia, 1991.
31. LEICHNER, P.; HARPER, D.: "Sex Role ideology among physicians". *Can. Med. Assoc. J.* 1982; 127: 380-388.
32. ELLSBURY, K.; SCHNEEWEISS, R.; MONTANO, D.E.; GORDON, K.C. KUYKENDALL, D.: "Gender Differences in practice characteristics of graduate of family medicine residencies" *J. Med. Educ.* 1987; 62: 895-903.
33. ALEXANDER, D.A.; EAGLES J.M.: "Attitudes of men and women medical students to psychiatry". *Med. Educ.* 1986; 20: 449-455.
34. NICHOLS, S.: "Women preferences for sex of the doctor, a postal survey". *J. Gen. Pract.* 1987; 37: 540-547.
35. SHLICHT, S.M.; DUNT, D.R.: "Women's perceptions of female general practitioners". *Community Health Studies;* 1987; XI: 176-182.
36. ORTIZ, T.: *Médicos en Andalucía del siglo XX. Número, distribución, especialismo y participación profesional de la mujer*". Fundación Averroes. Granada, 1987.
37. DURAN, M.A.: *The contribution of domestic work to development. "A meeting of aspects on social development indicators"*. Moroco. Rabat, 1991.
38. PIZURKI, P.: *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria.* O.M.S. Ginebra 1988.
39. ARBER, S.; GINN, J.: "The meaning of informal care: gender and the contribution of elderly people". *Ageing and Society.* 1990. 10: 429-454.

