

“¡No te lo dicen!”
El derecho a la información de mujeres con enfermedad coronaria.
Un estudio en el norte de México

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo®

Pediatra-neonatóloga
 Candidata a doctora en Ciencias Sociales
 Estudios socioculturales en salud
 El Colegio de Sonora

María del Carmen Castro Vásquez

Doctora en Ciencias Políticas y Sociales
 Profesora-investigadora
 Centro de Estudios en Salud y Sociedad
 El Colegio de Sonora

En México, como en otros países, las enfermedades del corazón tienen un peso creciente en la carga de la enfermedad y en la mortalidad general. En el país, los primeros reportes sobre la tendencia al incremento de las enfermedades crónicas y las enfermedades del corazón surgieron en la última década del siglo XX.¹ En este mismo periodo, en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Ayanian y Epstein reportaron diferencias en el manejo médico hospitalario de mujeres y hombres con enfermedad coronaria (EC) y señalaron que es más letal en ellas.² Por su parte, Healy evidenció que cuando las mujeres con EC llegaban a los servicios de salud tenían que demostrar que también podían padecer este tipo de enfermedades para recibir los tratamientos aplicados a los hombres, lo que denominó “síndrome de Yentl”.³

Debido a estos reportes se realizaron investigaciones en otros países, las cuales confirmaron que el personal de salud desarrollaba menos esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en mujeres que en hombres con EC y se evidenció que para ellas existía un notorio sub-registro de los primeros síntomas coronarios de ellas, que con frecuencia se les medicalizaba con ansiolíticos y que esto sucedía aún más en aquellas menores de 50 años. Estos sesgos de género y edad también se observaron en la prescripción de medicamentos utilizados para la prevención secundaria de la EC.⁴⁻⁷ Los estudios mostraron que la ciencia médica no había generado suficiente conocimiento acerca de las particularidades del cuadro clínico en mujeres, de las diferencias en los factores de riesgo cardiovascular respecto a los hombres y de los tratamientos idóneos para ellas.

En este sentido, la invisibilización de las mujeres en la investigación inicial de la EC ha derivado en la construcción de la enfermedad como “masculina”,^{5,6,8} idea que persiste a pesar de que es la primera causa de muerte para ellas.¹ Esto las coloca en desventaja, pues no se benefician del mismo modo que los hombres de los avances en la prevención y tratamiento de este problema

de salud. Lo anterior incide en repercusiones sociopolíticas y económicas, además de que constituye un proceso violatorio de sus derechos en salud.

En México se ha privilegiado la investigación biológica de la EC de mujeres y se han soslayado los estudios socioculturales y de género, a pesar de que los reportes de otros países demuestran la necesidad de un abordaje contextual para identificar desigualdades de género, edad, etnicidad, clase y otras condiciones sociales específicas,^{6,8,5} entramado que es posible analizar con la propuesta teórica de la perspectiva de género y de los derechos, como un acercamiento a la construcción de ciudadanía.⁹⁻¹⁰

Desde esta perspectiva, y con una mirada sociológica, realizamos esta reflexión y partimos de la premisa sobre la distancia que media entre la normatividad (el deber ser) y las posibilidades de apropiación, ejercicio y exigencia de derechos. En el ámbito de la salud, la traducción de los conceptos de ciudadanía y derechos es complicada debido al carácter normativo y de control de la Medicina,¹¹ ya que la estructura de autoridad del orden médico refuerza la visión de las mujeres como “sujetas” a tutela –“las pacientitas”–, más que como ciudadanas con procesos de autodeterminación.¹² Asimismo, la tardanza en reconocer “los problemas de salud que afectan a las mujeres en particular”, más allá de los eventos reproductivos, conforma sesgos de género en la atención y una limitante estructural en la construcción de ciudadanía en salud.¹³

En el país, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes compila diversos derechos contemplados en la normatividad jurídica nacional e internacional, como el referente a recibir y/o exigir información suficiente, clara, oportuna y veraz.¹⁴ Cabe señalar que no omite que las mujeres son un grupo heterogéneo: hay diferencias entre ellas en la percepción de riesgo, sus posibilidades de acción, la manera

© Correo electrónico: ljuarez@posgrado.colson.edu.mx

ⁱ Para su elaboración participaron la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Subsecretaría de Innovación y calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Federación Nacional de Colegios de Profesión Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud (SSA).

en que es vivida la EC, el proceso de apropiación y sus condiciones para ejercer derechos en salud ante factores de vulnerabilidad y exclusión social que las fragiliza de manera diferencial.¹⁵

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es mostrar cómo las mujeres con EC viven su experiencia en la atención, en específico en lo referente a recibir información oportuna y accesible. Además, esto se vincula con el derecho a la información en salud. En contraparte, se busca aportar evidencia sobre la percepción que tiene el personal médico que las atiende acerca de su papel como usuarias de los servicios de salud.

Metodología

La investigación se realizó en la ciudad de Hermosillo, Sonora, y se desarrolló un estudio cualitativo con dos herramientas metodológicas: la entrevista en profundidad y la semiestructurada. De esta forma, primero se enfocó en mujeres afectadas por EC y entre enero y junio del año 2014 se realizaron nueve entrevistas en profundidad, en las que se incluyó a mujeres de 30 a 85 años de edad, lo que permitió contar con información del desarrollo y vivencia de una enfermedad crónica. Por lo tanto, se seleccionaron a aquellas afectadas por cardiopatía isquémica con infarto (infarto agudo al miocardio) y sin infarto (angina de pecho). Asimismo, se diversificó la selección por edad, modalidad de protección en salud -seguridad social y usuarias de la SSA-, escolaridad, estrato socioeconómico y situación laboral.

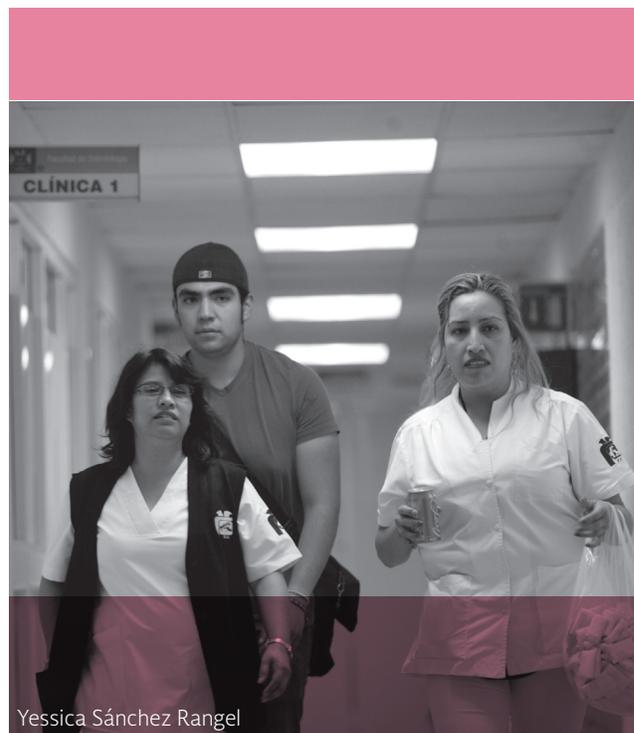
El contacto fue a través de la técnica “bola de nieve”, que consiste en que las primeras informantes remiten a otras más, quienes a su vez proporcionan los datos de otras mujeres en situación similar.¹⁶ En este caso, las primeras se conocieron a través de una encuesta, un grupo de autoayuda para hipertensión y diabetes y en áreas de consulta externa de unidades médicasⁱⁱ. Cabe señalar que en el grupo participaron dos mujeres que laboran como personal de salud.

El número de entrevistas se estableció con base en el muestreo teórico, el cual es un proceso de ida y vuelta entre las entrevistas y los datos, hasta el punto en que no es posible obtener información nueva (saturación).¹⁶

Con el fin de garantizar los aspectos éticos de la investigación, todas las entrevistas se realizaron bajo consentimiento informado, la participación fue voluntaria, gratuita y confidencial, y se ofreció la posibilidad de retirarse en cualquier momento y sin ningún tipo de repercusiones. Asimismo, las conversaciones fueron grabadas con el permiso expreso de cada mujer y fueron transcritas por una de las investigadoras (Lucero Juárez). Además, se utilizaron seudónimos para asegurar el manejo de los datos y el anonimato de las mujeres y del personal médico participantes. Finalmente, se contó con la aprobación del Comité de Ética de El Colegio de Sonora.

La guía de entrevista se diseñó previa identificación de temas nodales, los que se obtuvieron en una encuesta aplicada previamente y se profundizaron en las entrevistas individuales. Para el análisis se identificaron núcleos de significados y se construyeron códigos para comparar las expresiones, generar temas y subtemas y dar sentido a ejes de análisis situados contextualmente.¹⁷ En este artículo se presentan dos de ellos:

1. “¡Lo tienes que preguntar!”. El derecho a la información en salud
2. “Porque debemos de tener más... ¿Cómo te diré?”. El derecho a la salud



Yessica Sánchez Rangel

ⁱⁱ Secretaría de Salud de Sonora: Hospital General del Estado y Clínica Lomas de Madrid. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del estado de Sonora: Policlínica CIAS Sur.

La segunda herramienta fue la entrevista semiestructurada, que se aplicó entre julio y diciembre del año 2014 a ocho integrantes del personal médico, a quienes se contactó a través de la técnica “bola de nieve” y se tomó en cuenta que estuvieran en trabajo asistencial y laboraran en las mismas unidades de salud a las que acudían las mujeres entrevistadas. Asimismo, se diversificó la selección por sexo, lugar de trabajo, tiempo de ejercicio de la profesión médica y grados de especialización. De esta forma se eligieron dos médicas y dos médicos generales, y el mismo número de cardiólogas y cardiólogos (de Clínica y Hemodinamia). La información que se obtuvo fue amplia y permitió el análisis con técnicas de la Teoría Fundamentada.

Así, se presentan dos ejes que abordan la forma en que el personal médico percibió a las mujeres que atendía, en relación con el ejercicio del derecho a la información y a la atención oportuna, así como respecto al derecho a tomar decisiones informadas.

Resultados

“¡Lo tienes que preguntar!”. El derecho a la información en salud.

Las entrevistadas coincidieron en señalar que hace falta informar a las mujeres acerca de la EC; independientemente de su edad, estrato socioeconómico, nivel educativo y situación laboral, refirieron que las indicaciones médicas son puntuales, centradas en el cambio de su manera de vivir y en que sigan el tratamiento con diversos fármacos. Sin embargo, coincidieron en afirmar que no se les ofrece suficiente información sobre la enfermedad y las limitaciones que trae consigo en su vida cotidiana:

[...] pues es que en realidad a ti como paciente no te dicen mucho. [...] cuando fui a consulta... ¡nada, nada!... El cardiólogo me decía ¡que no!, ¡que sí! [...] me decía: “yo quiero que te vea el otro cardiólogo”, que porque fue el que me dio de alta y ya cuando fui con X nomás me dijo: “es que, ¡no, señora! ¡Usted tuvo algo muy serio!”, pero nomás.

Investigadora: ¿Has tratado de entender lo que te pasó, exigiéndoles información?

Lorena: Pues sí de repente... Yo les digo a mis hermanas, o sea, ¡yo no tengo miedo, pues! Yo digo... yo digo... Cuando te toque, te va a tocar, pues, independientemente de lo que sea y... ¡no!

Lorena. 56 años. Infarto agudo al miocardio

En otros casos, la desinformación se suma a subestimar los malestares de las mujeres, ya sea por ellas mismas o por el personal de salud, como fue el caso de Josefina, que tras un año y cinco meses cambió en diversas ocasiones de unidades médicas y narró su última experiencia:

¡No! ¡Nunca he recibido información! ¡Nunca me han dado! Ahorita es lo que estoy haciendo en el Seguro, haciéndome estudios porque la doctora me mandó hacer estudios y me mandó hacer un electro y una radiografía, pero no la pudo ver porque se fue la luz. Dijo: “te voy a poner cita para el 13 de junio, a ver si te mando con el cardiólogo”; pero no sé porqué me siento como si tratara... ¡Me siento como desesperada! ¡Así! ¡Ay! ¿Por qué? Y en la noche me pongo a rezar y me duermo a gusto, nomás en la mañana... Así, a mi hora, tempranito, todavía oscuro, ¡ya estoy despierta! Y pienso y... ¡Me tengo que calmar y dormirme otro rato!

Josefina. 75 años. Angina de pecho

En las entrevistas las mujeres expresaron serias dificultades que aparentan una contradicción: por una parte, a nivel discursivo reconocen que tienen el derecho a exigir información del personal médico; por otro lado, no reclaman su cumplimiento:

[...] antes no tenía casi conocimiento (sobre EC), lo conozco “como médico”, ¡pero no! ¡Pero no! Nadie me dijo que si seguía así. [...] ahora porque también yo le busco y porque aparte mis colegas me... Yo les pregunto por interés, sin ser, ¿cómo te diré?, obsesiva, porque luego entras en ansiedad, ¿eh? Porque a veces ellos quieren, ¡tas, tas, tas! O sea, ya te toca otro estudio... pero, ¿información? ¡No, no, no! A fin de cuentas yo lo pregunté, más bien mis hijas: “Doctor, mi mamá, ¿qué tanta chanza tiene? ¿Mi mamá se va a morir?”, “pues se va a morir como cualquier persona mi hijita”, les contestó el doctor. Pero la clínica te dice que es bien &?%@& la recuperación. Yo fui un hilacho por meses, ¿eh? ¡Pero no te lo dicen! ¡Lo tienes tú que preguntar! (golpeando la mesa) y a veces uno le saca por... ¡por lo que quieras! Por miedo o por comodidad, pero ahora como mis hijas lo preguntaron, yo lo terminé de preguntar, ¡pero no te dicen!

Irene. 57 años. Infarto agudo al miocardio

En el plano discursivo, todas las entrevistadas responden que tienen derecho a la información,ⁱⁱⁱ pero no se atreven a exigirla, aun cuando consideren

ⁱⁱⁱ A excepción de Irene, quien es médica y se apoyó en sus hijas para realizar preguntas puntuales.

que necesitan conocer más acerca de la enfermedad y evitar que “sus (hijas e) hijos” sigan “sus patrones” respecto a esta condición de salud.

“Porque debemos de tener más... ¿Cómo te diré?” El derecho a la salud

Además, si bien todas las mujeres narraron diversos problemas relacionados con la atención médica por la EC, no exigían mejoras en la atención que reciben:

[...] al Seguro... ¿Atención? ¡No! ¡Se puede morir ahí la gente! [...] Pobrecita la gente que no tiene dinero para pagar un “Similares” o algo, tienen que ir a fuerzas o jaguantarse! [...] ¡Es cierto! ¡Muy cierto! Es que uno lo ve, [...] pero dicen: “¡ah! ¡Es muy ignorante la gente! ¡No se da cuenta! No saben que nosotros también pensamos y vemos... es que ¡es cierto!...”

Josefina. 75 años. Angina de pecho

Josefina asume lo que el personal médico opina sobre la población que atiende, particularmente en el IMSS. Ella se suma a la clasificación de “ignorante”, como justificando el proceder de las y los médicos para no ofrecer información. En este mismo sentido, algunas entrevistadas refieren que la desatención de la que fueron objeto obedece a que el personal médico no tiene con qué trabajar, pues les falta más tiempo para la consulta y/o reciben sueldos bajos, con lo que se reproduce el discurso médico. Sin embargo, varias de ellas afirmaron que prefieren “no volver” a la unidad médica donde recibieron malos tratos, referidos como “regaños”, lo que representa un riesgo serio para las diagnosticadas con EC.

Asimismo, la mayoría considera que la atención médica debe ser garantizada por el personal y por las y los directivos de las unidades médicas; pero con excepción de las que trabajan en el sector salud, las otras mujeres difícilmente reconocen la responsabilidad del Estado como garante de derechos.

De igual forma, se aprecia que si bien las entrevistadas incorporan de forma discursiva parte de las indicaciones médicas, no hay líneas argumentativas que evidencien el proceso de apropiación del derecho a la salud:

Investigadora: ¿La salud es un derecho?

Emma: Pues yo digo que sí

Investigadora: ¿Por qué?

Emma: Porque debemos de... de... tener más... ¿Cómo, cómo te diré? [...] pues de cuidarnos más, a veces para no enfermarnos tanto, porque si no... si no quieres tú, pues nunca te vas a cuidar, te va a suceder todo lo que... las cosas malas a veces, ¿no?

Emma. 55 años. Angina de pecho

Como se observa, Emma no responde de forma clara sobre lo que se le pregunta, a pesar de afirmar que sí tiene el derecho y también se observa que reproduce el discurso médico dominante que escucha en las consultas, el cual la responsabiliza de su propio cuidado. Este tipo de expresiones reflejan los esquemas incuestionables de la prescripción médica, lo que dificulta el reconocimiento y el proceso de apropiación de derechos en este espacio.

En cuanto al personal médico y su percepción acerca de las mujeres con EC a quienes atienden, se presentan dos ejes de análisis vinculados con el ejercicio de derechos, los cuales se detallan a continuación.

Ejercicio de derechos: a la información y a la atención oportuna

A partir de esta investigación, se encontró que la mayoría del personal médico entrevistado de Medicina General consideró que las mujeres conocen los riesgos cardiovasculares porque se le informa en la consulta y también a través de pláticas en las salas de espera. Sin embargo, afirman que ellas no “absorben” las recomendaciones debido a cuestiones culturales.

Otro señalamiento es que la búsqueda de información por parte de las mujeres varía dependiendo de su edad y por lo general lo hacen hasta que inician la menopausia y consideran que les preocupan más otros problemas de salud, como los cánceres relacionados con la reproducción, la obesidad y la osteoporosis.

El personal de salud también manifestó que las mujeres priorizan cumplir con sus roles de género sobre sus propios cuidados en salud, por lo que tienden a responsabilizarlas por ello:

Investigadora: De acuerdo con tu experiencia, ¿hay alguna etapa o alguna edad de la mujer en que acuda a consulta para obtener información acerca de su propio riesgo coronario?

Hugo: Sí, cuando ya empiezan a tener los síntomas del climaterio, [...] las mujeres jóvenes no hay problema, se vienen a hacer estudios, [...] las mujeres mayores, las que tienen 40, 45 años, ¡todavía se resisten! [...] En nuestros días todavía hay gente... mujeres que llegan y que les preguntas: ¿con qué se cuida para no tener embarazos? y (dicen:) “mi esposo me cuida”. Entonces digo, ¡a pesar de toda la información que recibimos, seguimos oyendo todavía esos comentarios! [...] entonces no hay... ¡Esa gente no tuvo educación! Sus papás, sus familiares, ¡no le dieron la educación pertinente! ¿No? [...] por

su rol como madre, como esposa y encargada de un hogar... ¡Le ponen más prioridad a eso que a su autocuidado!

Hugo. Médico general



Yessica Sánchez Rangel

Cabe señalar que en este mismo grupo hay diferencias sobre la información que consideran tienen las mujeres:

¡No!, está muy deficiente la información que ellas tienen (sobre la EC). Se sabe que los hombres, ¡sí! Porque le dan más fama a los hombres... (las mujeres) vienen en cuanto a obesidad, que quieren información de nutrición y de control de peso, ¡nada más!

Nicolás. Médico general

De acuerdo con las palabras de Nicolás, entre las mujeres y el personal de salud persiste la idea de la EC como una enfermedad masculina. Este médico general también comentó que uno de los programas preventivos prioritarios en su área de trabajo es el control de la obesidad, pero que a las mujeres no les queda claro que esta pudiera tener relación con la EC.

Mientras que el personal médico de Cardiología señaló que las mujeres llegan a su servicio sin tener conocimientos sobre la enfermedad que las aqueja y tampoco tienen información clara acerca de los riesgos cardiovasculares.

Ejercicio de derechos: toma de decisiones informadas

En la investigación se apreció que al personal médico se le dificulta identificar el derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre la EC. Cuando se les preguntó al respecto, los discursos enfatizaban la responsabilidad individual y conductual de ellas para mantenerse saludables:

Pues las mujeres tienen toda la responsabilidad de tener un cuerpo y manejarlo saludablemente, en la dieta, en el ejercicio, [...] la mayoría de los factores, acudir al médico cada cierto tiempo a exámenes generales, hacer caso de su organismo; si tiene un dolor, ver de qué se trata, no dejarlo para lo último, sobre todo en los de origen cardíaco. ¡Es su responsabilidad ver como maneja los colesterolos! ¡Cuál es su metabolismo! ¡Cuál debe de ser su peso ideal! Si fuma, pues dejar de fumar, porque en el radio... eso sí, el tabaquismo sí tiene bastantes programas (preventivos), se ha implementado mucho, pero (para) la cardiopatía isquémica, ¡no! Entonces... eh, pues depende (de) muchos factores, ¿no?

Elena. Cardióloga

Sin embargo, el personal médico no identifica qué tipo de decisiones compete a las mujeres con EC. Por ejemplo, la médica entrevistada refirió que este tipo de atención es muy cara y que el Estado no ofrece toda la cobertura necesaria. Al igual que el resto de las y los médicos, insistió en que hacen falta campañas específicas para la EC en mujeres y señaló la necesidad de involucrar en los programas de detección de riesgos cardiovasculares a gineco-obstetras, pues es la especialidad más concurrida para ellas a lo largo de la vida.

En las narrativas se observó que las mujeres no sienten los derechos en salud como propios, aunque discursivamente los reconocen, en especial aquel que indica que deben recibir información sobre su enfermedad y los riesgos que conlleva,¹⁸ por lo tanto si no los consideran, tampoco pueden exigirlos.

La información se contempla en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se indica que debe ser completa y expresada en forma clara, comprensible y que favorezca el conocimiento pleno sobre el proceso salud-enfermedad, pero en los testimonios no se observa que se haya posibilitado su ejercicio. Además, las entrevistadas consideran que las decisiones son competencia de quien tiene el “conocimiento científico” y por ello confían en que sea el personal médico el que indique los cuidados y ofrezca información entendible sobre su diagnóstico. Sin embargo, como hemos confirmado con las experiencias de las mujeres, tal expectativa no se cumple.

En la investigación se observa que la subordinación de las mujeres a la autoridad médica excluye sus voces, tal como se ha reportado en otras investigaciones.⁹ Así, se realiza de facto que las directrices, el control y las decisiones sobre la enfermedad y sobre las mujeres con EC, son tomadas por el personal médico que las atiende.^{19,20}

Las entrevistas evidenciaron que los procesos necesarios para la apropiación de derechos, en particular el referido a la información, no constituye una condición de posibilidad para el ejercicio de derechos en salud, situación identificada en otros estudios.^{9,11,12}

En este sentido, enfatizamos que esto se presenta más entre las mujeres de sectores populares, ya que la desigualdad y la pobreza en que viven las coloca en mayor vulnerabilidad, con estigmas y estereotipos que tienden a excluirlas del “tipo de paciente” que padece EC, lo que coincide con otros reportes.^{6,8} De igual forma, en estudios con mirada feminista^{iv} desde hace varias décadas se ha señalado que la pobreza

estructural es una limitante para la construcción de ciudadanía de las mujeres, especialmente en el cuidado de su salud, por lo que la toma de decisiones autónomas queda descartada.^{21,22}

Por lo anterior, las mujeres no exigen sus derechos debido a la falta de información sobre la EC, los problemas en la calidad de la atención y los retardos para realizar los estudios y los tratamientos específicos de la enfermedad. Además, también se agrega que el proceso de apropiación de derechos requiere el paso de las mujeres de objeto a sujetas de derechos y el reconocimiento de los “otros” significativos.²¹

En este caso de las y los médicos, quienes expresan diferentes opiniones sobre la información que ofrecen y que tienen las mujeres acerca de este problema de salud, la cual depende del nivel de atención en que se encuentran ubicados, de los programas y/o protocolos vigentes en cada área y de su propia experiencia. En general, consideran que son ellas quienes tienen la responsabilidad de cuidarse y el “deber” de buscar la información.

Asimismo, reconocen que las decisiones le competen en primer lugar al personal médico, pues tiene el saber y la verdad sobre la EC. También consideraron que toman las determinaciones para beneficio de las enfermas; sin embargo, se afecta la autonomía de las mujeres en su calidad de usuarias de los servicios de salud.

Los hallazgos muestran que el personal médico no visualiza plenamente los derechos a la información y a la toma de decisiones de las mujeres con EC. Además, el discurso médico tiene una función normativa y de control que trasciende el espacio de la consulta y se entromete en la cotidianidad con el fin de imponer cambios en los estilos de vida, señalándolos como “deberes” y asume que si no se obedece es por “falta de cultura”. Al mismo tiempo emite juicios de valor que culpabilizan o responsabilizan a las mujeres por “no cuidarse”, lo que se sustenta en la idea predominante en el ámbito médico de que “educar en salud” es suficiente para que las personas lleven a cabo prácticas de cuidado¹² o que esta educación es única y necesariamente la información biomédica que se ofrece en la consulta.

^{iv} La mirada feminista se refiere a la utilización de herramientas analíticas de la teoría feminista, con la finalidad de examinar cómo se construyen social, cultural e históricamente las diferencias y desigualdades de poder entre mujeres y hombres, así como el impacto de esas diferencias en la concreción de los derechos.

Por lo tanto, es importante enfatizar que hay discursos de las mujeres y del personal médico que se refieren a problemas macroestructurales que involucran al Estado y/o las instituciones de salud. En particular se mencionaron la falta de campañas y programas preventivos específicos para la EC de mujeres y de políticas sociales que cubran todas las necesidades de la población femenina en una enfermedad que implica gastos importantes en salud.

Las entrevistas permitieron conocer la voz de diferentes “actores sociales” y en específico de quienes tienen menos espacios para ser escuchadas: las usuarias de los servicios de salud. Así, se reconoce que el discurso es un modo de comunicación y representación del mundo que se genera de manera contextual y a la vez refleja el contexto de donde proviene.²³

Finalmente, se reconoce que esta investigación tiene limitaciones, las cuales se trataron de evitar para controlar posibles sesgos y que tuvieran siempre presente el objetivo propuesto. Las autoras subrayamos que no se pretende generalizar los resultados para toda la población, pero sí se presenta una aproximación a los grupos sociales más amplios, como a los que pertenecen las personas entrevistadas.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y El Colegio de Sonora (COLSON). A las mujeres y al personal médico que participaron en este proyecto.

Recomendaciones

Para concluir, presentamos algunas propuestas derivadas de la experiencia investigativa, como buscar innovaciones en género que señalen prioridades para atender discriminaciones e inequidades en salud,²⁴ profundizar en estudios multidisciplinarios que integren aportes de las ciencias sociales a las investigaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención de la EC y difundir esos reportes entre el personal de salud.

También se recomienda continuar con la capacitación sobre los derechos en salud con enfoque de género entre el personal médico. Asimismo, es fundamental transversalizar la perspectiva de género en las políticas sectoriales, programas de salud y campañas específicas para la EC de mujeres, de manera general y sostenida.

Finalmente, se afirma que la capacitación y difusión de los derechos de las pacientes debe ser una tarea regular y cotidiana en las instituciones de salud, así como en los medios de comunicación masivos.



1. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-La Torre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón J, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pub de Mex* 2013; 55(6): 580-94.
2. Ayanian J, Espstein A. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart diseases. *NEJM* 1991; 325: 221-25.
3. Healy B. The Yentl syndrome. *The New England Journal of Medicine* 1991; (Julio): 274-75.
4. Ruiz MT, Verdú D. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(1):118-25.
5. Rohlfs I, García M, Gavalda L, Medrano M, Juvinyà D, Balstasar A, et al. Género y Cardiopatía Isquémica. *Gac Sanit* 2004; 18 supl(2): 55-64.
6. Tajer, D. Mujeres y enfermedad cardiovascular: Género y subjetividad en la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en mujeres jóvenes. Anu. investig. [en Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2006, vol.13 [consultado abril 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-1686200600010002.
7. Williams D, Bennet K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 55: 604-8.
8. Tajer D, Fernández AM, Antonietti L, Salazar A, Chioldi A, Barrera MI, Juárez L. Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarios/as pacientes. *Rev Arg de Salud Pub* 2014; 5(2): 14-23.
9. Castro-Vásquez, C. Habitus lingüístico y el derecho a la información en el campo médico. *Rev Mex de Sociol* 2011; 73 (2 abril-junio): 231-59.
10. Castro-Vásquez C, Arellano M, Gil C, Aranda P. Ciudadanía y salud. Revisión bibliográfica para el estado del arte. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2011.
11. Castro R. Sociología de la salud en México. *Política y sociedad* 2011; 48(2): 295-312.
12. Herrera, C. "De "pacientita" a ciudadana: el largo sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En: Castro R, Gómez A, editores. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Comité Sectorial de Investigación Científica; 2010.
13. Sen G, Asha G, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y la política. Boston: Organización Panamericana de la Salud-Harvard Center for Population and Development Studies; 2005.
14. Secretaría de Salud. "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes". *Revista de Enfermería IMSS*. 2002 (10): 103-5.
15. Nichiata L, Bertolozzi M, Takahashi R, Fracolli L. La utilización del concepto "vulnerabilidad" por enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(5) (stembro-outubro): 1-7.
16. Taylor J, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En Taylor J, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós: Buenos Aires; 1987.
17. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
18. Arendt H. Los orígenes del totalitarismo. Madrid: Editorial Santillana; 1998.
19. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
20. Clavreul, J. El orden médico. Barcelona: Argot; 1983.
21. Correa, S, Petchesky R. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Mujeres al timón. Cuadernos para la incidencia política feminista*. Perú: Flora Tristán; 1983.
22. Cerón-Mireles P, Sánchez-Carrillo C, Robledo-Vera C, Del Río Zolezzi A, Pedroza-Islas L, Reyes-Zapata H et al. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud. *México* 2000-2003. *Salud Púb de Méx* 2006; 48(4): 332-40.
23. Menéndez E. El punto de vista del actor, homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 1997; XVIII(69): 270-327.
24. Schiebinger L, Klinge I, Sánchez de Madariaga I, Paik HY, Schraudner M, Stefanick M, editores. (2011-2013). *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment (genderedinnovations.stanford.edu)*. [Consultado abril 2015]. Disponible en: <https://genderedinnovations.stanford.edu/>