

COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR

# **Las representaciones de las mujeres montevideanas en torno a su salud cardiovascular**

---

**Aportes desde un enfoque cualitativo**

**Laura Garré, Marcia Barbero Portela, Franco González Mora**

La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular tiene entre sus principales cometidos la promoción, coordinación y desarrollo de acciones para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardiovasculares en un contexto de alta prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Es una institución que contribuye a la generación de nuevas evidencias sobre esta temática, contribuyendo al acervo de conocimiento existente y a las posibilidades de diagnósticos e intervenciones más efectivas.

## **INFORME EJECUTIVO**

**Año 2019**



# **Las representaciones de las mujeres montevidéanas en torno a su salud cardiovascular. Aportes desde un enfoque cualitativo**

## **INFORME EJECUTIVO**

### **Equipo de investigación**

Laura Garré

Franco González Mora

Marcia Barbero Portela

### **Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular**

Creada por Ley 16.626 de 22 de Noviembre de 1994

Bvar. Artigas 2358 – CP 11800 - Montevideo – Uruguay

Telefax (+598) 24802715 – 24815929

[info@cardiosalud.org](mailto:info@cardiosalud.org) - [www.cardiosalud.org](http://www.cardiosalud.org)

## Introducción

Culminada la segunda década del siglo XXI, las Enfermedades No Transmisibles<sup>1</sup> (en adelante ENT) están claramente posicionadas como uno de los principales problemas de la salud pública mundial. Se las asocia con una proporción importante de la morbimortalidad y están entre los factores que más incrementan las necesidades asistenciales de los individuos. Si bien en gran parte del mundo las personas viven más años en comparación con generaciones anteriores, esta realidad no ha tenido como correlato un aumento de los años vividos sin discapacidad. Las consecuencias fisiológicas que generan las ENT pueden afectar seriamente la autonomía física y la salud mental de las personas y pueden implicar enormes esfuerzos a nivel individual, familiar y social para sobrellevar tales padecimientos.

Buena parte de las instituciones nacionales y supranacionales vinculadas a la salud de las poblaciones apuestan, por un lado, a la prevención de estas enfermedades a través de acciones de promoción de la salud, y por otro, al diagnóstico y tratamiento oportuno para mitigar sus impactos.

Para el diseño de más y mejores acciones en tal sentido, es importante señalar que las personas no están igualmente expuestas a las ENT. Es decir, existe un patrón de desigualdad asociado a factores demográficos, sociales, culturales, económicos (edad, género, nivel socioeconómico, entre otros) que intervienen en la prevalencia de estas enfermedades y que hacen a algunos grupos sociales más vulnerables que otros. Este estudio está centrado en la salud cardiovascular de las mujeres a partir de la importancia relativa que ha ido adquiriendo en las últimas décadas su incidencia y mortalidad en el género femenino.

Entre las enfermedades crónicas, la enfermedad isquémica del corazón es una de las principales causas de muerte entre las mujeres a partir de los 45 años. Las mujeres con enfermedades coronarias, en comparación con los hombres, tienen menos probabilidad de recibir una consulta cardiológica de urgencia pese a que tienen mayor probabilidad de muerte en el primer año luego de un infarto agudo de miocardio (en adelante IAM). Los hombres son dos veces más diagnosticados de IAM en

---

<sup>1</sup> Se consideran como ENT más prevalentes a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

comparación con las mujeres. Esta situación se explica en parte debido a la baja asociación que hacen, tanto los profesionales de la salud como la población en general, entre la condición de mujer y la posibilidad de padecer una enfermedad coronaria. (Soto Morales, 2007)

En nuestro país se estima que las ENT son responsables del 60% de todas las muertes y del 62% de las muertes entre los 30 y los 69 años (mortalidad precoz)<sup>2</sup>. Al año 2000 la mortalidad por causas asociadas al sistema circulatorio observada según sexo daba cuenta de una situación similar a la experimentada en países de la región, es decir, una mayor prevalencia en el caso de los varones<sup>3</sup>. Sin embargo, esta situación, tal como ocurre en la región, se ha ido modificando en el transcurso de los años. A partir del año 2010 se registra un descenso más pronunciado en la tasa de los varones, lo que marca un incremento de la brecha por sexo (en perjuicio de las mujeres) que se mantiene hasta el último dato disponible<sup>4</sup>. Asimismo, en los últimos años, se ha reducido la brecha de género -también en detrimento de las mujeres- en aquellos factores considerados de riesgo para las ENT (esto es tabaquismo, consumo problemático de alcohol, consumo excesivo de sal y grasas saturadas, entre otros)<sup>5</sup>. Por estos motivos, la indagación en torno a los significados que los individuos atribuyen a las ENT es especialmente relevante, en tanto éstas suelen acompañar a las personas en el curso de su vida y, de alguna u otra forma, suponen restricciones o cambios de importancia en su vida cotidiana. Existe amplia evidencia de que las pautas de comportamiento y los estilos de vida de las personas son importantes al momento de identificar los factores de riesgo de estas enfermedades. Ahora bien, también está ampliamente documentado de que la mera información sobre los riesgos o los factores protectores no son suficientes para el cambio de prácticas y hábitos. Las acciones de salud pública que se basan fundamentalmente en la difusión de información suelen registrar bajos niveles de efectividad.

---

<sup>2</sup> Informe Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. MS 2013

<sup>3</sup> La tasa por sexo era de aproximadamente 307 fallecidos cada 100.000 varones y de 303 fallecidas cada 100.000 mujeres según datos sobre mortalidad del Ministerio de Salud.

<sup>4</sup> En el año 2015 la tasa de mortalidad por causas del sistema circulatorio según sexo era de aproximadamente 242 cada 100.000 varones y de aproximadamente 259 cada 100.000 mujeres.

<sup>5</sup> Para el caso uruguayo, consultar Informes de la Primera y Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Ministerio de Salud, 2006 y 2013.

Abordar los estilos y hábitos de vida relacionados con la salud mediante enfoques cualitativos permite adentrarse en la vivencia subjetiva de la salud y la enfermedad y explorar las posibles barreras u oportunidades para la adopción de prácticas de cuidado de la salud.

En este marco, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular llevó adelante una investigación con el objetivo de comprender los procesos de cambio en torno a la salud de las mujeres. El propósito principal fue contar con insumos para el diseño de acciones (de promoción de salud y prevención de enfermedad) que tomen en cuenta la perspectiva de las mujeres y el marco en el que se desarrollan sus prácticas. Se conformó un equipo multidisciplinario integrado por sociólogos y profesionales de la medicina familiar y comunitaria. El trabajo de campo de la investigación se llevó a cabo en el año 2016 en la ciudad de Montevideo.

Las dimensiones analíticas que estructuraron el análisis de la investigación fueron las siguientes:

- i) representaciones en torno a los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares,
- ii) percepciones sobre los factores de protección,
- iii) barreras y obstáculos para el cambio de prácticas y
- iv) disposición para modificar prácticas.

### **Principales conclusiones**

El análisis de la información permitió identificar al menos cuatro factores que resultan de gran interés para el propósito del estudio:

1. la centralidad que adquiere los asuntos de la vida cotidiana al momento de sopesar opciones y tomar decisiones en torno al cuidado de su salud
2. la importancia de la dimensión económica y los usos del tiempo para la adopción de comportamientos saludables
3. las desigualdades sociales de género en el ámbito familiar como marco estructural que limita la búsqueda de alternativas de las mujeres en torno a las mejoras en el cuidado de su salud

4. el sistema de creencias y nociones predominantes sobre la salud y la enfermedad.

### ***Centralidad de la vida cotidiana***

El estudio permitió dimensionar la importancia que adquiere el mundo de la vida cotidiana de las personas como ámbito para problematizar las prácticas asociadas a la salud. Las prácticas que generan gratificación y/o tienen el propósito de simplificar aspectos de la vida diaria se sostienen mediante pautas, consensos y contratos implícitos entre la persona y su entorno más cercano, tanto sea en la familia, en el trabajo o en cualquier otro ámbito de sociabilidad cotidiana. La disposición a revisarlas y modificarlas implica la búsqueda de consensos en cada uno de esos ámbitos y con cada una de las personas o grupos que los conforman. Esta búsqueda de consensos implica muchas veces confrontar intereses y motivaciones entre quienes integran esos espacios. Estos procesos de negociación para la revisión y el cambio de prácticas y de pautas de convivencia ocurren entre personas con diferentes capacidades y recursos (de poder) para incidir en el grupo, sea este la familia, el grupo de pares o en el entorno laboral.

En el caso de la familia, resulta clave considerarla como un espacio en el que se aprenden conductas relacionadas con la salud, en el que se definen y se implementan estrategias para su cuidado y en el que se pueden generar las condiciones para la evitación o precipitación de la enfermedad. Ello se torna aún más evidente con la presencia de niños y niñas en la familia, dado que, en ocasiones, por ejemplo, provoca en los adultos la necesidad de revisar ciertas prácticas asociadas a estilos de vida (hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de alcohol, ejercicio físico, entre otros).

### ***La dimensión económica y el uso del tiempo***

Las decisiones en torno a la salud están condicionadas por la disponibilidad de recursos, tanto económicos como de tiempo. La investigación muestra que en algunos casos ambos aspectos son indisociables. Ciertas estrategias vinculadas al cuidado de la salud e incluso a la atención médica, implican “costos” que algunas mujeres no están en condiciones de afrontar. Al margen de si la idea asociada al alto costo económico que conlleva adoptar estilos de vida más saludables se corresponde o no con datos empíricos, es importante subrayar que es una noción muy impregnada en el relato de las mujeres, especialmente entre las de nivel educativo bajo.

A ello se suma la persistencia de arreglos familiares y estrategias domésticas de uso del tiempo que reproducen los roles de género tradicionales. Las mujeres son identificadas como importantes proveedoras de cuidado y atención de salud en el ámbito familiar y esta realidad puede en ocasiones condicionar sus decisiones en relación a la atención y cuidado de su propia salud. Ello va en línea con la evidencia sobre la baja predisposición de las mujeres al tratamiento oportuno de los síntomas de enfermedades coronarias cuando se encuentran en ciertos contextos sociofamiliares. Esto es, la presencia de hijos e hijas menores, la inexistencia de redes de cuidado a las que acudir y/o una participación a tiempo completo en el mercado de empleo.

### ***Perspectiva de género***

Tal como se desprende de los comentarios y análisis ya puntualizados, el estudio evidencia la relevancia de las relaciones sociales de género -especialmente en el ámbito familiar- para dar cuenta del tipo de experiencia de las personas en torno al cuidado y atención de su salud. La multiplicidad y superposición de tareas y responsabilidades, el déficit de tiempo y los altos niveles de estrés que tales situaciones generan, repercuten en las prácticas de cuidado de la salud adoptadas por las mujeres, así como en la disposición y viabilidad para modificarlas. El recurso “tiempo”, es decir, las horas disponibles para diversas actividades que conforman la trayectoria vital de las personas, se ha transformado en un bien altamente cotizado, que pasa a administrarse en función de las prioridades asignadas a responsabilidades y proyectos de vida. Sin embargo, la administración de este recurso, en general,

adquiere connotaciones y dimensiones muy distintas según se trate de adultos varones o mujeres en el ámbito familiar. En el caso de las mujeres, surge con énfasis la necesidad de articular la vida profesional y académica con las actividades domésticas y el cuidado de los demás integrantes del hogar.

Por otra parte, las valoraciones sobre determinadas afecciones, dolores y/o síntomas orgánicos y su asociación -o no- con una enfermedad, reviste elementos que responden a estereotipos de género. Las enfermedades cardiovasculares son un claro ejemplo de ello, dada la predisposición tanto a nivel de la comunidad como de los profesionales de la salud de asociarlas con los varones. Asumiendo, como se hace aquí, una perspectiva que atribuye relevancia a la forma en que las personas perciben, evalúan y actúan en relación a su salud, la dimensión de género adquiere una preponderancia significativa.

### ***Las construcciones sociales en torno a la salud y la enfermedad***

En Uruguay, a pesar de que las mujeres manifiestan conocer los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (así como sus síntomas y los comportamientos de prevención), tienden a subestimar la enfermedad. Una encuesta realizada en el año 2014 mostró que sólo una minoría de mujeres identifica a las enfermedades cardiovasculares como un problema de salud importante que las afecta, pese a que tres cuartas partes de las encuestadas afirma haber accedido a información sobre las enfermedades del corazón. En la encuesta mencionada, casi dos tercios de las mujeres calificaron como falsa la aseveración de que las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte entre las mujeres. Asimismo, un porcentaje similar (60%) expresó no sentir preocupación en padecer una enfermedad del corazón. El estudio señaló que, si bien este fenómeno también se advertía en otros países de la región, las mujeres subestimaban el problema en mayor medida en Uruguay (Artucho, 2014).

Estudios sociológicos (Boltanski, 1975) han demostrado que la aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales (sensación como síntoma) también dependen de la capacidad para verbalizarlos, en tanto las sensaciones mórbidas no pueden expresarse sin lenguaje. En ello juegan un papel relevante las desigualdades de clase. Del mismo modo, la percepción y valoración de las prestaciones en salud

están determinadas por expectativas, experiencias pasadas, cercanía social al mundo intelectual sanitario, a la cultura y por la propia frecuencia en el intercambio con médicos y personal sanitario.

La presente investigación arroja elementos que van en una misma línea. Se advierte sobre la necesidad de reconocer que las representaciones, creencias y mitos en torno a la salud y la enfermedad se posicionan a un nivel similar a la medicina científica como orientadores de prácticas. Ello supone el reconocimiento de que las construcciones colectivas en torno a la salud y la enfermedad orientan las prácticas y acciones diagnósticas y terapéuticas de las personas, desde la codificación de signos y síntomas hasta la adopción de estilos de vida y hábitos que pueden ser más o menos saludables.

## Bibliografía consultada

- ✓ Boltanski, L. (1975). Las clases sociales y el cuerpo. Los usos sociales del cuerpo. (edición Rio de Janeiro: Graal, 1984, en portugués)
- ✓ Castro, R. (2011). Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. (edición de México: UNAM, 2011)
- ✓ Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (2013). Segunda edición, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.
- ✓ Hernández Sampieri, R., Baptista Lucio, P., y Fernández Collado, C. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- ✓ Lupton, D. (2012). La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquia.
- ✓ Organización Mundial de la Salud (2019). Informe sobre factores de riesgo de ENT. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

## **ANEXO METODOLÓGICO**

### **Sobre la investigación**

#### ***Objetivo***

El objetivo del estudio fue conocer las representaciones de las mujeres adultas (25 a 64 años) en relación a su salud cardiovascular.

Salud y enfermedad son concepciones socialmente construidas y las percepciones de bienestar que tienen las personas están atravesadas por significados culturales y sociales. En tal sentido, este estudio buscó contribuir a desarticular la linealidad entre acceso a más y mejor información y cambio de prácticas, sacando a luz posibles barreras, resistencias y re-traduccionés de las nociones que adoptan las personas en torno a la salud y la enfermedad.

#### ***Metodología***

Se optó por un estudio de corte cualitativo adoptando la técnica de grupos de discusión. La investigación cualitativa abre el camino para conocer de manera holística por qué los individuos no adoptan las recomendaciones médicas, tanto en relación con la prevención como con el tratamiento.

Se realizaron grupos de discusión con mujeres adultas<sup>6</sup> (entre 25 y 64 años) residentes en Montevideo y de nivel educativo bajo y alto<sup>7</sup>.

Las mujeres convocadas se dispusieron a participar y autorizaron el uso de la información mediante la firma de un consentimiento informado. Los grupos fueron grabados, transcritos y procesados en un software para el análisis cualitativo de datos.

---

<sup>6</sup>Para evitar introducir sesgos y/o factores que hubiesen inhibido el funcionamiento adecuado de los grupos de discusión, no se consideraron mujeres con los siguientes perfiles: i) ser profesionales de la salud y/o tener vínculos laborales/ académicos en el área de la salud; a modo de minimizar la predominancia del discurso “excesivamente técnico” y “políticamente correcto”, ii) formar parte de agremiaciones políticas, sindicales, o de instituciones de características similares; a modo de evitar la predominancia del discurso de éstas personas por sobre los demás integrantes del grupo, dada su alta capacidad para el manejo de la palabra, iii) tener vínculos familiares, laborales o de amistad con algún integrante del equipo de investigación, para evitar sesgos en las declaraciones de estas personas, dada su proximidad con algún integrante del equipo investigador.

<sup>7</sup>El nivel educativo es usado como “proxi” de nivel socioeconómico: por un lado, mujeres con nivel primario o menos, es decir, nivel educativo bajo y por otro, mujeres con formación terciaria o nivel educativo alto.