

OPM-411 535 - 1900-1995 - Solotina  
note

43595

V193

# La Salud y la Enfermedad de la Mujer Adulta.



Ministerio de Bienestar  
Social

Consejo Federal de  
Inversiones

Febrero de 2003

Lic. Edith Vivona

**AUTORIDADES PROVINCIALES**

**GOBERNADOR**

**DR RUBEN HUGO MARÍN**

**VICEGOBERNADOR**

**HERIBERTO MEDIZA**

**MINISTRA DE BIENESTAR SOCIAL**

**SRA MARTA CARDOSO**

**SUBSECRETARIO DE SALUD**

**DR ALBERTO PONDS**

## **INDICE**

**1- Denominación del proyecto**

**2- Introducción**

**3-Objetivos**

**4-Metodología**

**5--Marco Teórico**

**6-Antecedentes**

**7--Morbi-mortalidad**

**7.1-Mortalidad en la Argentina**

**7.2-Enfermedades no trasmisibles.**

**8-Análisis cuali-cuantitativo de los instrumentos**

**8-Conformación de la Muestra**

**8.2-Elaboración y puesta a prueba de los instrumentos en campo.**

**8.3-Aplicación de entrevistas semiestructuradas y del grupo focal**

**8.4-Entrevistas a informantes claves**

**8.5-Aplicación de entrevistas a informantes claves**

**9-Conclusiones**

**10-Anexo**

## **1- Denominación del proyecto**

### **LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN MUJERES ADULTAS EN EL CONGLOMERADO SANTA ROSA -TOAY .PROVINCIA DE LA PAMPA**

## **2- Introducción**

De acuerdo a la información relevada en las diferentes áreas del contexto provincial, que abordan la problemática de la salud de la mujer, se observó que la mayoría de los planes y programas sanitarios están dirigidos a la mujer en la etapa reproductiva.

Se elaboran propuestas programáticas referidas a la procreación responsable, a la sexualidad, al embarazo adolescente, a las enfermedades de transmisión sexual, la mortalidad materna. Temas que sin duda son de vital importancia y deben seguir abordándose en el marco de lo que implica la salud integral de la mujer.

¿Que sucede con las problemáticas de las mujeres que no se encuentran en la etapa reproductiva?

¿Cuál es la percepción que de la salud y enfermedad poseen? Por otra parte de qué enferman y mueren y cuál es la relación que con los servicios de salud públicos establecen...?

La ausencia de una información sistematizada con respecto a estas temáticas motiva la realización de este estudio exploratorio.

Se creyó oportuno indagar sobre la salud-enfermedad de la mujer en esta etapa de la vida teniendo en cuenta la perspectiva de género y las representaciones que en torno al tema salud y enfermedad poseen.

El universo en estudio estará constituido por mujeres mayores de 40 años que residen en el conglomerado Santa Rosa-Toay (Provincia de la Pampa).

### **3- Objetivos**

El trabajo tiene como objetivo general:

Realizar un diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la salud-enfermedad de las mujeres adultas mayores de 40 años, en el conglomerado Santa Rosa-Toay, durante el periodo 1998-2000.

Como objetivos específicos se procurará relevar las principales causas de morbimortalidad, identificar los servicios de salud más consultados, conocer desde la perspectiva de las mujeres, sus representaciones en torno de la salud-enfermedad y explorar los determinantes culturales y de género que influyen en las representaciones y prácticas de salud-enfermedad.

### **4- Metodología**

Con respecto a la metodología se tomará una doble perspectiva cuantitativa y cualitativa. La primera consistirá en la recopilación de datos estadísticos referidos a la morbi-mortalidad femenina en esta etapa de su ciclo vital durante el periodo 1998-2000 provenientes del CESIDA.

Por otra parte se consideró necesario realizar una recopilación bibliográfica con el objeto de investigar los antecedentes que sobre el tema se han elaborado en otros países, en Argentina y en la Provincia de la Pampa

La segunda perspectiva se refiere a un estudio cualitativo en profundidad, a fin de captar la perspectiva de los actores sociales en su contexto socio-sanitario.

El método cualitativo en un sentido amplio se refiere a la investigación que produce datos descriptivos. Se pretende estudiar los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del sujeto, examinar el modo en que se experimenta el mundo, la realidad que importa es lo que las personas

perciben como más significativo, se busca una comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de las personas.

Las personas, los escenarios y los grupos no son reducibles a variables, son estudiados en el contexto de su pasado y de las situaciones en que se hallan, y se las trata de entender dentro de su propio marco de referencia.

De este modo, es posible obtener un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias. En el análisis cualitativo es necesario entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del autor. Se puede conceptualizar y comprender partiendo de pautas que ofrecen los datos recogidos, y no a la inversa, recogiendo datos para evaluar hipótesis o teorías preconcebidas.

Teniendo en cuenta esta perspectiva se elaboraron y aplicaron los siguientes instrumentos para la recolección de datos cualitativos.

Entrevistas semiestructuradas individuales para ser aplicadas a mujeres que efectúan consultas en los centros de salud y servicios hospitalarios, entrevistas individuales a informantes claves y grupos focales integrados por mujeres que concurren a los servicios de salud.

Con posterioridad se conformó la muestra para la aplicación de dichos instrumentos y se realizó la prueba de los mismos en el campo ( Ver anexo)

##### **5- Marco teórico conceptual**

Para realizar este trabajo se parte del modelo que afirma *el carácter social del proceso salud enfermedad*. La salud constituye un derecho humano fundamental, un componente básico del bienestar social y del desarrollo humano.

Se ha demostrado la relación que existe entre el estado de salud de una población y las características biológicas y psicosociales, la organización económica y política, la historia cultural y los procesos demográficos. Todos estos factores deberán ser tenidos en cuenta como determinantes del proceso salud-enfermedad.

Existe una fuerte relación entre esperanza de vida y la condición social, medida a través de los indicadores de ingresos, educación, calidad y tenencia de la vivienda libertad y equidad social.

La salud es entonces un fenómeno muy complejo y difícil de ser medido por su variabilidad y por el hecho de que está enmarcada en el contexto socio económico y cultural, que es cambiante y pautado por la posición que cada persona o familia tiene en la estructura social.

Hablando de enfermedad podría afirmarse que simbólicamente “la enfermedad es una de las encarnaciones privilegiadas de la desdicha individual y colectiva de este modo exige una explicación que enuncie una verdad acerca del orden y cuerpo del enfermo. Es en este sentido que se puede decir que la enfermedad es una metáfora”.<sup>1</sup>

Los estudios relacionados con las condiciones de salud de la mujer, pertenecen a un campo de investigación reciente que parte por lo menos de dos ejes fundamentales: uno es el concepto del proceso salud –enfermedad a la cual ya se ha hecho referencia.

La otra consideración se refiere al género, y sostiene la hipótesis que considera que según sea el significado social que se atribuye a ser hombre o mujer, influye *de manera diferente* en la salud, porque genera comportamientos y actitudes que determinan grados de riesgo y posibilidades de acceso a los recursos de atención sanitaria.

Es así como dentro de la multiplicidad de factores que determinan el estado de salud de una población, el **género** se incorpora como una categoría más, una categoría de análisis de lo social, que adjudica a mujeres y a varones funciones diferenciadas en la vida.

---

<sup>1</sup> Sontag S ( 1996) “ La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas”

Se debe distinguir el sexo, en tanto condición biológica de los individuos del género, como categoría analítica construida social e históricamente.

Así es que a los varones tradicionalmente les corresponden las funciones ligadas a la producción manual e intelectual, mientras que a las mujeres las funciones de la reproducción: embarazo, lactancia, cuidado de los hijos y del grupo familiar, y estaría destinada exclusivamente a la esfera de lo doméstico.

Los estudios de género en los últimos tiempos buscan establecer un análisis de la salud de la mujer que contemple aquellos aspectos, que vinculados a sus condiciones de vida, inciden en los procesos de salud y enfermedad.

Es en este sentido que este trabajo incorpora, como se planteara con anterioridad, un enfoque cualitativo que permita conocer cuál es la concepción de salud y enfermedad que posee la población objetivo, sus comportamientos habituales con respecto al tema y entrelazar dichas conductas con el conocimiento que posean de los problemas sanitarios y las prácticas que pudieran llegar a realizar para el cuidado y promoción de su salud.

Por otra parte, se advierte un desequilibrio marcado entre los datos que maneja el sistema asistencial por un lado, y los que se refieren al estado de salud de las personas por el otro. Se observa una disociación entre las bases de datos administrativos referidos a utilización de servicios, diagnóstico y tratamiento, y la necesidad de contar con la información que pueden ofrecer las personas sobre sus problemas de salud, y la relación de éstos con su situación socio-económica y cultural.

## **6- Antecedentes**

Se considera pertinente realizar un análisis bibliográfico de la temática planteada en la región de América Latina y el Caribe, en la Argentina, y por último en la provincia de la Pampa.



Así, en “Las Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe” (co-publicación realizada por la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación de Personas Jubiladas)<sup>2</sup>, se plantea que los problemas y consideraciones específicas de las mujeres de mediana edad han sido ignorados, no sólo en el campo de la investigación, sino también en el de las consideraciones políticas.

Hasta el momento se ha prestado poca atención a este grupo etéreo. Recientemente se han comenzado a desagregar por sexo y edad las estadísticas y los servicios para las mujeres continúan orientados más hacia los problemas de la maternidad que aquellos que se refieren a enfermedades crónicas.

Las investigaciones que se realizaron refieren que estos grupos de mujeres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo económico y en la estabilidad familiar. A pesar de estas contribuciones están infravaloradas”:

Con respecto al nivel educativo en la mayoría de los casos su educación ha sido tan limitada que se ven relegadas a los empleos menos remunerados, pero si se tiene en cuenta que el número de mujeres jefas de hogar aumenta con la edad sus ingresos pueden constituirse como única fuente de ingreso de un grupo familiar.

Atendiendo a otra variable deberá considerarse que tanto las mujeres de América Latina y el Caribe, como de otras partes del mundo continuarán teniendo una esperanza de vida mayor a la de los hombres, la población anciana continuará siendo predominantemente femenina. Actualmente se espera que las personas que sobrevivan los 60 años vivan 15 años más si son hombres y 17 años en el caso de las mujeres, los demógrafos consideran que esta esperanza de vida diferente entre hombres y mujeres continuará durante el siglo XXI, por lo que los problemas sociales, económicos y de salud de la población de mayor edad serán principalmente los problemas de las mujeres.

---

<sup>2</sup> OPS. 1990 Asociación Americana de Personas Jubiladas. 1990

No obstante, para entender por completo la magnitud del problema, se requiere algo más que números, se precisa una visión de lo que podrá ser la vida para las mujeres de edad media y avanzada si no se reconocen y comprenden pronto sus necesidades.

Analizando los aspectos referidos a la salud este estudio dice “el uso de la palabra salud en un sentido médico limitado no es útil en el contexto de este estudio”.

Tal como se explicitara con anterioridad se coincide que hablar de salud es hablar de un proceso íntimamente ligado a la calidad de vida de las personas. Por lo tanto es necesario plantear que en esta etapa de la vida, factores como residencia, estado civil, número de hijos, nivel educacional, ingresos, nutrición y servicios médicos interactúan permanentemente y son solo parcialmente comprendidos, “el resultado es un estado de bienestar relativo que es mucho más que la simple presencia o ausencia de enfermedad”.

En 1995 en Beijing ( China) se realiza la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en el discurso introductorio la Jefa de la Delegación Argentina Zelmira Regazzoli entre otros conceptos refiere: “En esta Conferencia Mundial nos convoca el tema Mujer.

El tema de la mujer no es solo un tema, es un Problema, y como tal requiere creatividad y operatividad.

Históricamente fue considerado tan solo como un tema, y por eso fue postergado ante otros problemas que se consideraron prioritarios. Cuando los temas se transforman en problemas, hay que buscar caminos para el cambio...”.

En el apartado “La Mujer y la Salud” el texto mencionado refiere “La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”, y plantea que el acceso a los recursos básicos de salud, incluidos los servicios de atención primaria es diferente y desigual en lo relativo a la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Las oportunidades de las mujeres también son diferentes y desiguales en lo referido a la protección, promoción y mantenimiento de la salud. Sufre discriminaciones por motivo de género y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se les presta.

Otro aporte de interés se considera el planteado en el texto " La Salud-Enfermedad de las Mujeres Centro americanas a inicio de la década de los Noventa. Un enfoque de género. " <sup>3</sup>

Esta investigación tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de las políticas de salud referidas a las mujeres, incorporando el enfoque de género y como propósito actualizar la información existente con el fin de construir un perfil epidemiológico y aportar las recomendaciones correspondientes para el desarrollo de estrategias y propuestas de atención de la salud de las mujeres.

A pesar de reconocer la importancia del análisis exhaustivo que se realiza de cada uno de los países centro americanos y en el intento de no alejarse de los objetivos que se propone el trabajo propuesto inicialmente se considera relevante entonces rescatar los conceptos generales que plantea el texto referidos al tema Salud, Género y Sociedad. Al respecto refiere que la salud, la enfermedad y la muerte implican un proceso en el cual la categoría de género incorpora la dimensión de los factores sociales que lo explican.

Las diferencias sociales que existen entre hombres y mujeres no dependen de las características sociales de cada sexo. Reconocer esta realidad ha consolidado el concepto de género que según Scott (1990) "ha pasado a ser una forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de las ideas sobre los roles apropiados para hombres y mujeres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es según esta definición, una categoría sexual impuesta sobre un cuerpo sexuado".

---

<sup>3</sup>Scott,J.(1.990 )" El género una categoría útil para el análisis histórico" en AMELANG y Nash,Mary (comps)

Se plantea además en el mencionado texto que para profundizar el conocimiento de la salud y la enfermedad se hace necesario reconocer que además de los aspectos biológicos y el ambiente contaminado, existen aspectos socio culturales que explican formas específicas de enfermar y morir para cada sociedad.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que las muertes y las enfermedades no se presentan de la misma manera y magnitud en todos los individuos y sociedades, dado que existe una relación con el lugar que ocupan las personas en un grupo social, las funciones que realizan y las relaciones interpersonales capaz de establecer.

Cuando se intenta comparar los problemas de salud que presentan las mujeres en relación con la de los hombres, en general las diferencias existentes se las refiere al sexo y no se tiene en cuenta la perspectiva de género, que entre otros aspectos permite la comprensión de los determinantes de muertes y enfermedades que se relacionan con las interacciones sociales que establecen ambos sexos.

¿Cuáles son los antecedentes con los que se cuenta en nuestro país y en la Provincia de la Pampa de la temática que nos ocupa?

Se creyó oportuno tener en cuenta los trabajos realizados por el Consejo Nacional de la Mujer en sus diversas publicaciones y las realizadas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Lo que se advierte en este material es que el tema referido a la Salud y Enfermedad de la Mujer Adulta, *no está considerado específicamente*, los temas más desarrollados son los referidos a la Mortalidad Materna, la Salud Sexual y Reproductiva, la Maternidad Adolescente, Salud Materno Infantil, Procreación Responsable, es decir problemáticas de las mujeres en edad fértil.

Por otra parte y de acuerdo al relevamiento realizado en diferentes áreas del contexto provincial que abordan esta problemática, se advirtió que la mayoría de los planes y programas sanitarios elaborados también están dirigidos a la mujer en su función reproductiva. En la actualidad en el

marco del programa de “Salud Integral de la Mujer” existe un material gráfico denominado “Después de los 40” (se incluye en el anexo) que ha servido de disparador para que se realizaran algunas experiencias grupales, siendo por el momento aisladas y no sistematizadas.

Un abordaje posible y tradicional en el sector salud consiste en analizar los datos disponibles sobre la morbilidad y la mortalidad por lo que se considera pertinente indagar en estos aspectos.

### **7- Morbilidad- Mortalidad**

La evaluación de la situación de la salud de la población implica la medición de una compleja serie de circunstancias relacionadas con la *morbilidad* y la *mortalidad*, como también de distintos factores asociados, tales como factores de riesgo o de acceso a los servicios de salud, entre otros.

Sin embargo, y según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud, la disponibilidad y calidad de la información sobre *morbilidad* y factores de riesgo, es limitada. Analizar la morbilidad es difícil por todas las restricciones que suponen el conocer “cuándo y de qué” se enferman realmente las personas.

Las estadísticas de morbilidad en el país corresponden a los egresos hospitalarios; sin embargo, debe considerarse que los egresos informan *sólo de la demanda* satisfecha a las enfermedades que requieren hospitalización. Las causas de consulta más frecuente dependen del servicio, lugar y grupo socio-económico que se analice y no necesariamente las causas de la consulta son coincidentes con una enfermedad de base en los casos que la misma existiese.

En este contexto, la información sobre *mortalidad* cobra importancia a la hora de evaluar la situación de la salud de la población.

No obstante ello, el Programa de Desarrollo Humano plantea que el estudio de la mortalidad para entender la salud, es observar sólo “la punta del iceberg”. Es posible, a partir del conocimiento de la

morbilidad y mortalidad de un país, conocer acerca de su economía y organización social, como también de su salud promedio.

Los indicadores utilizados para realizar las mediciones de salud pueden ser de dos tipos: directos o indirectos.

Los esfuerzos realizados para medir la salud en forma directa han fallado, dada la inabordable dificultad para establecer criterios objetivos para la medición de crecientes gradaciones de salud positiva. El empleo de la mortalidad como indicador indirecto supera esa dificultad, estableciendo valores cuantitativos negativos de salud.

Continúa este informe, planteando que la utilización de la mortalidad *es una forma indirecta* para conocer la salud de la población.

Los indicadores negativos -como las muertes- sirven para medir y corregir la salud; sin embargo, el medir la totalidad de muertes no es suficiente. Si un país tiene población añosa, muchas muertes pueden ser el indicador exitoso de su política; han logrado que sus habitantes vivan hasta viejos. En cambio, si esas muertes se refieren a jóvenes, se ha producido un gran fracaso.

La obtención de datos cuantitativos ha resultado muy dificultosa, se obtuvieron datos del año 1997 del Programa Nacional de Desarrollo Humano y datos del año 2000 (los últimos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación)

A partir de los mismos se creyó conveniente trabajar los referidos a las Principales Causas de Muerte en la Argentina -Años 1995/1997; y dada la prevalencia de las enfermedades del aparato circulatorio, se adjunta un cuadro referido a la Mortalidad Proporcional por Enfermedades del Aparato Circulatorio, Países seleccionados para los años 1980/1990 que permite visualizar el lugar que ocupa Argentina y realizar inferencias posteriores. Con posterioridad se trabajan las últimas estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación, por región, edad y sexo, más sistematizadas las que se ha podido tener acceso tales como

- Defunciones según grupo de edad, por agrupamiento de causas de muerte y sexo – Argentina Año 2.000
- Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo –Argentina Año 2000.
- Defunciones por grupo de edad, según división política territorial de residencia y sexo — Argentina Año 2000.
- Causas de mortalidad en la Prov. de la Pampa. Grupo etáreo de 45 hasta 85 y más años.

### **7.1- Mortalidad en la Argentina**

La Argentina, como otros países de América Latina y el Caribe, está experimentando cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición.

Las enfermedades no transmisibles explican cerca de los dos tercios de toda la mortalidad. En el caso de Argentina, conviven con las enfermedades asociadas a la pobreza, que no han podido ser totalmente combatidas: desnutrición cólera, tuberculosis.

Estas enfermedades no transmisibles se han transformado en las epidemias de la modernidad y están asociadas a las conductas y a los estilos de vida.

En la Argentina, una de cada tres muertes, se debe a enfermedades cardio-vasculares en primer término (según las Estadísticas Sanitarias de 1997), al cáncer, a enfermedades cerebro-vasculares, accidentes y otras como diabetes, hipertensión, respiratorias y enfermedades crónicas.

**Principales Causas de muerte en la Argentina Años 1995/1997**

Principales causas de defunción	1995			1996			1997		
	Casos	Tasa 0/0000	%	Casos	Tasa 0/0000	%	Casos	Tasa 0/0000	%
Enfermedades del corazón	79164	227.7	29.5	76940	218.5	28.6	70652	198.0	26.0
Tumores malignos	49223	141.6	18.3	51650	146.7	19.3	53947	151.2	19.9
Enfermedades cerebrovasculares	24052	69.2	8.9	22936	65.1	8.5	22855	64.0	8.4
Accidentes	9740	28.0	3.6	9785	27.8	3.6	10193	28.5	3.7
Diabetes mellitus	7452	21.4	2.9	6812	19.3	2.5	7720	21.6	2.8
Afecciones originadas en periodo perinatal	7125	20.5	2.6	6764	19.2	2.5	6296	17.6	2.3
Neumonía e influenza	8949	25.7	3.3	9198	26.1	3.5	8830	24.7	3.2
Septicemia	6506	18.7	2.4	6884	19.5	2.6	7645	21.4	2.8
Resto de las causas	76786	220.9	28.5	77746	220.7	28.9	82772	232.0	30.5
<b>Totales</b>	<b>268997</b>	<b>773.7</b>	<b>100</b>	<b>268715</b>	<b>762.9</b>	<b>100</b>	<b>270910</b>	<b>759.4</b>	<b>100</b>

Fuente: Sobre la base de datos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Años 1995, 1996 y 1997.



La etiología de estas enfermedades tiene su origen en entornos sociales negativos y en el padecer psíquico.

Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en la Argentina, son elevadas en comparación con otros países, y no han sufrido modificaciones en el transcurso de la década 80/90.

**Mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio,  
países seleccionados, 1980-1990**

<b>País</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>
Argentina	46.6	46.4
Belice	29.7	24.7
Brasil	32.1	34.4
Canadá	47.6	40.1
Chile	29.4	29.0
Colombia	27.4	30.9
Costa Rica	27.6	28.9
Cuba	43.4	43.5
República Dominicana	23.9	27.2
Ecuador	14.9	20.7
El Salvador	8.5	20.6
México	17.6	20.3
Panamá	27.8	29.3
Paraguay	30.3	36.9
Perú	11.8	19.4
Puerto Rico	40.5	34.0
Suriname	31.8	33.5
Trinidad y Tobago	45.9	38.4
Estados Unidos	50.6	43.3
Uruguay	44.1	41.4
Venezuela	27.3	29.3

\* Porcentaje sobre las defunciones por causas definidas.

Fuente: adaptado de Las condiciones de salud en las Américas, OPS/OMS, edición 1994,

Cuadro 39, Pág. 219 Referencia 2.

## **7.2- Enfermedades no transmisibles en las Mujeres**

Es necesario considerar, en el abordaje de las enfermedades de las mujeres, su función materna, su condición de subordinación cultural, las características orgánicas de su cuerpo, las funciones que se le asignan socialmente y los valores circunscritos a su vida como mujer.

En el área de la salud, observamos que las mujeres tienen tasas de mortalidad más bajas que los varones en todos los grupos de edad.

Estos factores de riesgo son comunes a todas las enfermedades no transmisibles, aunque su importancia relativa sea diferente para cada una de ellas. El mecanismo específico de acción de cada uno no está totalmente esclarecido, pero ello no es necesario para tomar medidas y evitar el daño que producen. Los más importantes para las enfermedades cardio-vasculares han sido identificados, y son:

- el consumo de tabaco,
- el consumo de alcohol,
- el sedentarismo,
- la obesidad,
- la hipertensión,
- la hipercolesterolemia,
- la ansiedad aguda persistente.

Hay otros factores de riesgo que también son importantes, como dieta inadecuada, osteoporosis, diabetes, estrés, factores genéticos, edad, sexo y raza, que participan en la génesis de las enfermedades cardio-vasculares y de otras enfermedades crónicas no transmisibles. Pero su

contribución al daño es más difícil de evaluar, es menos conocida; o simplemente, no son modificables.

El tabaquismo y el consumo de alcohol son más frecuentes en las mujeres más jóvenes, pero todos los demás aumentan con la edad.

En comparación con los varones, la prevalencia del sedentarismo y la obesidad en las mujeres es especialmente alta.

Otro elemento de importancia es el hecho de que la presencia simultánea de dos o más factores de riesgo tiene efecto sinérgico. Proporciones muy elevadas de la población, concentran dos o más factores, siendo las combinaciones más frecuentes, el sedentarismo con tabaquismo y el sedentarismo con obesidad. Esta situación es alarmante y podría reflejarse en un aumento de las tasas de mortalidad.

Esta información pone en evidencia la necesidad de implementar programas de prevención, que permitan a la población adoptar estilos de vida sanos, favoreciendo la abstención en el consumo de tabaco, el consumo moderado de alcohol, el ejercicio físico regular y el control del peso, la dieta adecuada, el control de la presión arterial.

La enfermedad cardio-vascular constituye la primera causa de muerte en la Argentina. Durante los años 1995 y 1996, las enfermedades del corazón tuvieron una incidencia de alrededor del 46% entre las mujeres, con una tendencia en aumento en relación con los años anteriores.

La segunda causa de muerte es el cáncer, que representa el 19,2% de las defunciones en el año 1996. Además de los tumores propios de cada sexo, como el de mama y útero en las mujeres y el de próstata en los varones, los de esófago, laringe y vejiga son más frecuentes entre los varones; y el tumor de vesícula, lo es entre las mujeres.

La mortalidad por cáncer de colon es alta en ambos sexos, debido quizá al alto consumo de carnes rojas, sin el necesario complemento de alimentos con alto contenido de fibras.

La mayor cantidad de muertes por cáncer de cuello uterino se produce en las mujeres de entre 35 y 60 años.

Teniendo en cuenta la distribución de las tasas de mortalidad por regiones de los principales grupos de causas, se evidencian distintos patrones.

Las mayores tasas de muerte por enfermedades cardio-vasculares se concentran en las regiones del Centro, Noroeste y Cuyo; mientras que las provincias de Santa Cruz y La Pampa, presentaron tasas muy superiores a las restantes provincias patagónicas.

Una distribución más homogénea, se presenta en las tasas de mortalidad por tumores, destacándose las altas tasas de Santa Cruz, La Pampa, Chubut y Chaco.

Las muertes por enfermedades infecciosas fueron más frecuentes en el Norte del país, con tasas casi un 50% más elevadas que en la zona Sur.

Por último, las defunciones por accidentes se dieron mayoritariamente en las provincias del extremo Norte, Santa Cruz y Chubut.

**Tasas de Mortalidad ajustadas por edad según grupos de causas por  
100 mil habitantes. Argentina 1997**

	<b>Enf. Cardiovasculares</b>	<b>Enf. Tumorales</b>	<b>Enf. infecciosas</b>	<b>Causas externas</b>	<b>Todas las demás</b>
<b>Total País</b>	<b>261</b>	<b>151</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>229</b>
<b>Centro</b>	<b>270</b>	<b>153</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>210</b>
<b>Cuyo</b>	<b>245</b>	<b>142</b>	<b>68</b>	<b>58</b>	<b>235</b>
<b>Noroeste</b>	<b>193</b>	<b>126</b>	<b>77</b>	<b>58</b>	<b>318</b>
<b>Noreste</b>	<b>254</b>	<b>143</b>	<b>73</b>	<b>61</b>	<b>295</b>
<b>Patagonia</b>	<b>206</b>	<b>167</b>	<b>52</b>	<b>57</b>	<b>221</b>

**Fuente: Informe de Desarrollo Humano. Programa Argentino de Desarrollo Humano.**

DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS DE EDAD, POR AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE Y SEXO  
 REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2000

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN	TOTAL	GRUPOS DE EDAD										Sin esp.	
		< de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84		85 y más
<b>TODAS LAS CAUSAS</b>	125953	5018	878	781	1478	1991	3545	7084	11705	22667	36499	34203	104
<b>SUBTOTAL DE CAUSAS DEFINIDAS</b>	117295	4735	792	738	1393	1874	3340	6716	11016	21286	33925	31389	91
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6103	208	94	34	122	285	255	326	515	1011	1738	1510	5
Enfermedades infecciosas intestinales	212	58	24	3	3	2	3	5	7	27	40	40	0
Tuberculosis, inclusive secuelas	288	1	10	5	20	27	29	35	42	52	48	19	0
Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	13	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Infecciones meningocócicas	22	7	5	0	0	1	3	2	1	1	2	0	0
Tétanos	8	0	0	0	0	1	0	2	0	2	2	1	0
Hepatitis virales	117	0	4	2	6	3	5	15	29	30	21	2	0
Septicemia	4726	99	38	14	55	77	110	132	365	819	1554	1408	5
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	351	11	3	7	34	158	82	34	16	3	2	1	0
Enfermedad de Chagas	247	0	1	0	1	3	14	43	46	65	49	25	0
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	119	20	9	3	3	13	9	3	9	12	20	13	0
<b>Tumores</b>	25237	18	62	138	159	390	1283	2910	4237	6387	6453	3185	15
<b>Malignos</b>	24212	14	54	114	140	373	1246	2825	4103	6125	6162	3042	14
Tumor maligno de estómago	1004	0	0	0	4	17	41	88	158	262	263	149	1
Tumor maligno de colon	2245	0	0	0	2	13	46	171	306	575	723	408	1
Tumor maligno de páncreas	1612	0	0	0	0	4	21	111	243	467	522	244	0
Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo	2933	0	0	3	7	13	77	241	455	811	698	427	1
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1718	0	1	0	3	6	76	241	335	458	416	180	0
Tumor maligno de la mama	5015	0	0	0	4	58	345	303	973	1246	1040	540	5
Tumor maligno de útero	2422	0	0	0	7	112	316	454	458	537	386	182	0
Los demás tumores malignos	7263	14	52	111	113	148	323	716	1175	1799	1894	912	6
Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1025	4	8	24	19	17	37	85	134	262	251	143	1
Diabetes mellitus	4357	1	5	4	11	26	54	190	589	1260	1488	725	4
Desnutrición	71	40	34	9	2	8	11	20	31	68	193	294	1
Meningitis	198	40	7	9	6	15	10	11	22	39	32	6	1
Trastornos mentales y del comportamiento	1011	0	0	1	5	4	9	34	31	93	348	486	0

AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MORTALIDAD POR DIVISIÓN POLÍTICO-TERRITORIAL

DE RESIDENCIA, EDAD Y SEXO.

REPÚBLICA ARGENTINA - AÑO 2.000

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARIA DE POLÍTICAS Y REGULACIÓN SANITARIA

DEFINICIONES SEGUN GRUPOS DE EDAD, POR AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE Y SEXO  
 REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2000

MUJERES

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN	TOTAL	GRUPOS DE EDAD										85 y más	Sin esp.
		< de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84		
TODAS LAS CAUSAS	125953	5018	878	781	1478	1991	3545	7084	11705	22667	36499	34203	104
SUBTOTAL DE CAUSAS DEFINIDAS	117295	4735	792	738	1393	1874	3340	6716	11016	21266	33925	31389	91
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6103	208	94	34	122	285	255	326	515	1011	1738	1510	5
Enfermedades infecciosas intestinales	212	58	24	3	3	2	3	5	7	27	40	40	0
Tuberculosis, inclusive secuelas	288	1	10	5	20	27	29	35	42	52	48	19	0
Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	13	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Infecciones meningocócicas	22	7	5	0	0	1	3	2	1	1	2	0	0
Tétanos	8	0	0	0	0	1	0	2	0	2	1	0	0
Hepatitis virales	117	0	4	2	6	3	5	15	29	30	21	2	0
Septicemia	4726	99	38	14	55	77	110	182	365	819	1554	1408	5
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	351	11	3	7	34	156	32	34	16	3	2	1	0
Enfermedad de Chagas	247	0	1	0	1	3	14	45	46	65	49	25	0
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	119	20	9	3	3	13	9	3	9	12	20	13	0
Tumores	25237	18	62	138	159	390	1293	2910	4237	6387	6453	3185	15
Malignos	24212	14	54	114	140	373	1246	2825	4103	6125	6162	3042	14
Tumor maligno de estómago	1004	0	0	0	4	17	41	36	158	262	263	149	0
Tumor maligno de colon	2245	0	0	0	2	13	46	171	306	575	723	408	0
Tumor maligno de páncreas	1612	0	0	0	0	4	21	111	243	467	522	244	0
Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo	2933	0	0	3	7	13	77	241	455	811	898	427	1
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1718	0	1	0	3	8	76	241	335	458	416	180	0
Tumor maligno de la mama	5015	0	0	0	4	58	346	303	973	1246	1040	540	5
Tumor maligno del útero	2422	0	0	0	7	112	316	454	458	507	385	182	0
Los demás tumores malignos	7263	14	52	111	113	148	323	718	1175	1799	1894	912	6
Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1025	4	8	24	19	17	37	95	134	262	251	143	1
Diabetes mellitus	4357	1	5	4	11	26	54	190	589	1260	1488	725	4
Desnutrición	71	40	34	9	2	8	11	20	31	68	193	294	1
Meningitis	198	40	7	9	6	15	10	11	22	39	32	6	1
Trastornos mentales y del comportamiento	1011	0	0	1	5	4	9	34	31	93	348	486	0

DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS DE EDAD, POR AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE Y SEXO  
LA PAMPA - AÑO 2000

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCION	TOTAL	GRUPOS DE EDAD										
		< de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más
		904	32	6	8	12	14	20	44	89	148	285
<b>TODAS LAS CAUSAS</b>												
<b>SUBTOTAL DE CAUSAS DEFINIDAS</b>	<b>878</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>89</b>	<b>146</b>	<b>233</b>	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	24	0	1	0	0	1	0	0	3	5	5	
Enfermedades infecciosas intestinales	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Septicemia	20	0	0	0	0	1	0	0	2	5	5	
Enfermedad de Chagas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
<b>Tumores</b>	<b>200</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>39</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	
<b>Malignos</b>	<b>199</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>39</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	
Tumor maligno de estómago	11	0	1	0	0	1	0	0	2	2	0	
Tumor maligno de colon	13	0	0	0	0	0	3	2	2	3	3	
Tumor maligno de páncreas	12	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	
Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo	28	0	0	0	0	0	0	2	10	6	6	
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	13	0	0	0	0	0	0	2	2	3	1	
Tumor maligno de la mama	34	0	0	0	0	0	4	5	8	9	3	
Tumor maligno del útero	15	0	0	0	0	0	1	1	4	3	2	
Los demás tumores malignos	73	1	0	1	0	1	5	5	11	18	8	
Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Diabetes mellitus	34	0	0	0	0	0	0	3	5	7	9	
Desnutrición	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Meningitis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Trastornos mentales y del comportamiento	12	0	0	0	1	0	1	1	0	1	5	



El total de defunciones en mujeres para el año 2000 fue de 125.953 casos para la Argentina de los cuales 904 corresponden a la provincia de La Pampa.

### Causas de Defunción de Mujeres en la Provincia de La Pampa.

Por grupo de edad de 45 a 85 y más.

Grupo de causas defunción	Total	Grupos de edad				
		45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	85 y más
Enferm. Sistema Circulatorio	326	11	25	54	130	102
Tumores	184	17	39	50	54	24
Tumores Malignos	184	17	39	50	54	24
Tumores Malignos de Mama	30	5	8	9	5	3
Enferm. del. Sistema Respiratorio	88	0	4	6	29	49

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos del Ministerio de Salud.

La primer causa de muerte en las mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio, con un total de 326 casos.

La segunda causa la constituyen los tumores malignos con 184 casos de los cuales 30 corresponden al de mama.

Las enfermedades respiratorias aparecen en tercer lugar con 88 casos. A medida que aumenta la edad de las mujeres, aumenta el número de casos de esta enfermedad.

adulta y avanzada. El origen de las mismas se ha explicado por la carga hereditaria y las conductas, no obstante las grandes diferencias entre las regiones de un mismo país

Se obtuvo el número de consultas que se realizaron en el periodo 1998- 2000 en el establecimiento de mayor complejidad de la provincia "Dr. Lucio Molas"

De las cuales 12.927 se realizaron al Servicio de Clínica Medica estas consultas superan a las realizadas en la guardia de Medicina General donde se realizaron 11.927.

Al Servicio de Nutrición consultaron 5.826 mujeres y un número de casos muy similar se produjo en el Servicio de Salud Mental donde se registraron 5.242 consultas.

A posteriori el número de las mismas a disminuyendo a Oncología le corresponde 3.378, a Oftalmología 3.368, Cirugía 3.307, Cardiología 286 y a Traumatología 3.269.

Lo que se obtiene con esta información solo permite identificar donde las mujeres de este grupo etareo realizaron el mayor número de consultas pero no existen datos procesados que indiquen el motivo de las mismas.

## 8. -ANÁLISIS CUALITATIVO DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS

De acuerdo a los objetivos planteados en este trabajo, para el estudio cualitativo se elaboraron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

Guías de las entrevistas semiestructuradas y cuestionario de datos básicos para el grupo familiar

Entrevistas a informantes clave

Grupos focales

- La *guía de las entrevistas* se elaboró sobre los siguientes ejes temáticos:

Organización de la vida cotidiana, poniendo especial énfasis en la organización doméstica, el grupo familiar, el área laboral y el cuidado de la salud.

Saberes y prácticas con relación al cuidado de su salud, evaluando la información de que dispone, sus fuentes y referentes para la obtención de esa información.

Etapas evolutivas por las que atraviesa y percepción de los cambios del proceso salud-enfermedad.

Percepción del cambio en las prácticas personales referidas a la salud-enfermedad con el paso del tiempo, focalizando en el ciclo vital actual.

Percepción de la incidencia de los cambios macro-sociales en la salud de las entrevistadas.