

OPM-411 535 - 1900-1903 - 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 transmisibles.

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”.¹

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.

¹ 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)², 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.

² 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. " ³

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".

³Scott,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
Totales	268997	773.7	100	268715	762.9	100	270910	759.4	100

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**

País	1980	1990
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**

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

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
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	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
Tumores	25237	18	62	138	159	390	1283	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	38	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	35	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	56	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
TODAS LAS CAUSAS												
SUBTOTAL DE CAUSAS DEFINIDAS	878	30	6	8	12	14	20	43	89	146	233	
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	
Sepicemia	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	
Tumores	200	1	1	1	0	3	10	17	39	50	24	
Malignos	199	1	1	1	0	2	10	17	39	50	24	
Tumor maligno de estomago	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	6	1	
Tumor maligno de otros organos 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	0	1	0	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.

Entrevistas a informantes claves.

Los ejes temáticos priorizados son:

Prevalencia de enfermedades en este período evolutivo

Factores de riesgo identificados.

Cuál es la percepción de la salud -enfermedad que supone el informante tienen las mujeres en este grupo etáreo.

Relación entre las características sociales, estilos de vida y la salud enfermedad.

Características de la población atendida y demandas realizadas.

Grupos Focales.

Como ejes temáticos, se considera relevante profundizar en los siguientes aspectos

Concepto salud-enfermedad

Explorar los determinantes culturales y de género que influyen en las representaciones y prácticas de salud-enfermedad.



8.1 Conformación de la muestra para la aplicación de instrumentos cualitativos

Para las entrevistas semi-estructuradas se seleccionará una muestra no probabilística, integrada por 20 mujeres que realicen solo tareas domésticas y tareas domésticas y extra-domésticas.

El segundo requisito es que se atiendan en los Centros de Salud ubicados en distintos barrios de la ciudad de Santa Rosa, o concurren al Hospital “Dr. Segundo Taladriz” de la localidad de Toay.

Las entrevistas se realizarán en el domicilio de las entrevistadas o en el Centro de Salud.

El contacto se establecerá a través de los/las profesionales, enfermeras o mucamas de los Centros de Salud, a quienes se los visitará previamente explicando las características del trabajo.

8.2-Elaboración y prueba de los instrumentos en campo

Los instrumentos se elaboraron teniendo en cuenta los ejes antes mencionados. Con respecto a la entrevista semiestructurada se comienza indagando datos personales y del grupo familiar posteriormente se creyó oportuno indagar en:

-Organización de la vida doméstica.

-Alimentación

-Hábitos.

-Percepción de la salud –enfermedad

Para la prueba del instrumento se entrevista a una mujer de 45 años, casada, con 5 hijos cuyas

edades oscilan entre los 28 a los 9 años, trabajadora doméstica, educación primaria incompleta.

Se la contacto según las indicaciones de la Asistente Social que trabaja en el centro de salud donde la mujer realiza las consultas Esta entrevista tuvo una hora de duración.

Realiza controles periódicos mensuales dado que presenta hemorragias debido a un quiste ovárico

Define a la salud de este modo “ Es estar contentos, *felices, hacer ejercicios(se traslada en bicicleta) tener trabajo y estar todos juntos* ”

.Considera que lo que enferma es la angustia, en un primer momento no puede establecer otra relación. Este síntoma lo remite a un pasado reciente donde le resultaba imposible encontrar trabajo y se sumaban otros síntomas como taquicardia e hipotensión.

“Hacia tres años que buscaba trabajo, mi marido tampoco trabajaba por que estaba enfermo, me anotaba en los planes trabajar y nada.....

salía todos los días, eso me decayó mucho, me sentía muy triste, pedía a los patrones de antes a veces me daban pan, pero no trabajo por que no lo podían pagar.

A medida que avanza la entrevista va aportando más datos “*A veces me duelen mucho los huesos, pero pienso que voy a trabajar (consiguió trabajo recientemente como empleada domestica) y se me pasa, antes cuando no tenía trabajo, no me quería levantar pero tenía que buscar cosa para los chicos*”

Reconoce realizar controles más frecuentes en esta etapa de su vida, si bien nunca recibió información de tipo preventiva, “*por que tengo más edad, pienso que vas creciendo y te enfermas más, pero para estar sana trabajaría más me alimentaría mejor y estar tranquila*” y agrega

“cuando me enfermo no me tengo lastima a mi misma me veo más mal cuando veo a otro de mi familia enfermo, pero si yo me enfermo no me da lastima, no me sé explicar ni yo misma, no pienso tampoco si no te agarras una depresión y chau.....”

Con respecto a su rol como mujer dice”*Para las mujeres es distinto pensá que cuando tenés hijos*

nos toca hacer todo, más a la mujer que al hombre, nosotras tenemos que hacer todo en la vida. A mí me gusta hacer todo" Acepta su rol y no le resulta conflictivo

En general aporta muchos datos de los que es posible realizar variadas inferencias. Esta entrevista fue grabada con su consentimiento y se advierte que en el comienzo de la misma solo se limitaba a responder preguntas en forma muy acotada, pudo aportar más datos cuando se le hablaba de un tema de manera más informal

Esta experiencia fue muy útil para analizar el modo de administrarla, tal vez se puedan obtener más datos sin seguir de manera sistemática los interrogantes planteados. Con respecto a los contenidos se cree que los temas planteados son adecuados

8.3- Aplicación de entrevistas semiestructuradas individuales y realización del grupo focal

Las entrevistas fueron realizadas a mujeres de 42 a 76 años de edad, en diferentes barrios de las ciudades de Santa Rosa y Toay

Se tomó una muestra no probabilística y las entrevistadas fueron contactadas por personal perteneciente a los centros de salud de los distintos barrios y mediante la información brindada por integrantes de los mismos.

Se vuelve muy difícil clasificar las familias analizadas según los modelos familiares tradicionales. Asistimos a una multiplicidad de situaciones: mujeres separadas que se han convertido en jefas de hogar, abuelas que cuidan a sus nietos asumiendo el rol de madres, matrimonios que viven con sus hijos ya grandes que sienten la necesidad de irse pero no pueden hacerlo por carecer de trabajo, mujeres que han enviudado y ahora viven con sus hijos y nietos, matrimonios que viven con sus hijos ya casados y con los hijos de sus hijos. Así se observa un panorama complejo en el cual la diversidad de los casos particulares vuelve necesario intentar buscar constantes y explicaciones sin caer en el encasillamiento de realidades dinámicas, en tipos estables y forzados.

Las múltiples situaciones presentan una relación muy marcada con la búsqueda de estrategias para poder afrontar la actual situación de crisis.

Comenta Imelde, 68 años, jubilada, quien vive con su hijo varón de 35 años, una nieta y su hija mujer de 34 años quien tiene un bebé y ahora está embarazada: *"...uno trae una cosita el otro consigue otra y así, de a poquito de a poquito, es como que juntos las cosas nos rinden más"*

Aparece la unión de los recursos individuales como alternativa, pero la unión bajo un mismo techo implica, al mismo tiempo, la fractura de los otros núcleos familiares.

Agrega Imelda: *"mi hija se tuvo que ir al campo, atrás del trabajo, entonces por otro lado se separan las familias porque mi nieta no está con la madre"*.

En la casa de Imelda las separaciones entre habitaciones prácticamente no existen o están representadas por cortinas, y duermen 6 personas en dos habitaciones.

En el caso de Mirta, las hijas mujeres de 23 y 21 años y el hijo de 18 duermen en la misma habitación y cuando tienen que traer a la abuela porque se enferma muy seguido alguno debe ir a dormir a otro lado. Finalmente, podemos mencionar, que el hogar de Inés consta de un único ambiente que comparten ella y sus dos hijos varones de 21 y 14 años.

Aparece una constante referida a los hombres, la ausencia de los mismos en aquellos casos de mujeres abandonadas por sus maridos o separadas por voluntad propia y en las situaciones de los niños que van a vivir con sus abuelos porque su madre está trabajando o enferma.

Llama la atención el hecho de que en estos casos la figura del hombre no se mencione y de hacerlo aparece la crítica *“Yo me separé hace 17 años... mi marido me dijo que me iba a mandar plata, pero nos tuvimos que arreglar entre nosotros”*

Hay una ruptura de los ritmos domésticos relacionada con horarios de trabajos inusuales o con horarios laborales corridos. Refiere Miguela, 48 años, separada, 4 hijos: tres varones de 24, 17 y 13 y una mujer de 21

“Me levanto a las 5:30 y salgo caminando para el trabajo (vive a 40 cuadras del Colegio donde trabaja de portera por un Plan Trabajar), entro en la escuela a las 7, vuelvo al mediodía y como con los chicos, después me voy a trabajar limpiando por horas y si me toca quedarme con la abuela que cuida de noche ya no vuelvo (..) cuando nos quedamos en el trabajo como allá en el trabajo (..) no me gusta pero lo tengo que hacer. Me gustaría trabajar todo el día pero no quedarme de noche porque tengo que dejar a los chicos solos, cuando puedo me llevo al más chico conmigo, yo hice el trato con ella (la mujer que cuida) porque no lo puedo dejar tanto tiempo solo”.

A la sobreocupación se suman las consecuencias de la subocupación, el trabajo precario y la

desocupación. Muchas familias deben esperar hasta último momento para ver si comen o tratar de pasar el día con lo poco que hay. La mujer de la huerta que espera hasta las dos de la tarde porque su hija hace guardia. Aparece también la espera y la desolación, las ollas quietas, las mujeres sentadas en la vereda, el vagar por la casa”: Me levanto, estoy acá, cuido los perros y estoy acá (..) cuando hay que lavar, lavo y no hay mucho para hacer” (Inés 52 años)

Con respecto al nivel de instrucción Prácticamente la totalidad de las mujeres encuestadas ha hecho el primario completo, e incompleto o no ha estudiado.

El trabajo predominante de la mayoría (fuera de la casa) es el servicio doméstico o cuidar ancianas. Salen de su casa para cuidar a otras casas y familias.

La falta de trabajo provoca una ansiedad intensa, deteriorándose la salud de todo el grupo familiar debido a la inseguridad y provisoriedad de las condiciones de vida.

Con respecto a la alimentación se advierte un predominio del consumo de carbohidratos y verduras.

A la pregunta qué tipo de alimentos consume habitualmente respondieron.....

Irma, 52, ama de casa. “Poca carne, hoy en día no se puede. ,verduras pastas papas y esas cosas.....”

Aidé, 58, empleada domestica “Compras lo que podes o lo más esencial... dentro de eso siempre lo mismo, papas, arroz, está difícil... la carne está cara el pollo también...

Elida ,60, ama de casa “ No tenemos trabajo, comemos lo que nos da la huerta, lechuga, zanahoria. cuando mamá cobra compra pollo...”

Acá son todos carniceros... entonces compró menudos de pollo y me hago guisitos y fideos...”

En algunas mujeres la alimentación aparece como una necesidad básica a satisfacer donde por las problemáticas económicas que atraviesan deben poner el énfasis en la cantidad más que en la

variedad.

Con respecto a la salud refieren:

Teresa, 52 ama de casa, "No: recuerdo la última vez que fui a control. voy poco al médico, voy cuando tengo algún problema. Pero la verdad voy cuando me siento mal controles no por que sé yo... me siento bien....."

Aidé " Dejé de ir al médico cuando tuve mis hijos(hace 30 años) no me hago controles me siento bien así.."

Otro testimonio de Inés, 59 hipertensa"*Voy cuando necesito que me receten pastillas me hago controles para qué voy a estar esperando si yo lo que necesito son los medicamentos, tantos años... yo ya conozco mi organismo"*, no

Interrogadas acerca de si reciben información referidas a temas de salud *la totalidad de las entrevistadas responden no recibirla de parte de los centros de salud.*

Inés dice " No recibo ninguna información, me gusta cuando habla algún médico que sabe, por Ej. El Dr. Favaloro lo escuchaba siempre, pero yo sé, no soy médica ni fui a la universidad pero a veces me siento más capacitada que los que andan hablando por ahí, o que tienen título por Ej. en la televisión hay tanto chanta... "

En lo que se refiere *al estar sanas* se transcriben algunos testimonios

Maria Angelica 77 años"La actividad te hace mantenerte sano pero igual mi marido trabajó hasta los 79 y después igual empezó con problemas de los pulmones y se me murió"

Imelda dice " Tener trabajo y más ahora..." agrega Teresa... "Para estar sana hay que comer bien caminar y cuidar los estados de ánimo, por que yo decaigo."

No hay conciencia de la necesidad de autocuidarse, hay percepción del malestar y por ello se consulta.

Hablando de la enfermedad... Miguela expresa *"La enfermedad la provoca la tristeza y la preocupación..."*

Para Teresa.... *"Enfermarse que sé yo, ahora me pone mal que viene las fiestas y no tengo plata para comprar cosas a los chicos, pero por el carácter mío. yo tengo problemas pero no me enloquezco " en cambio Aidé se enferma" cuando no tengo trabajo y tengo que pagar las cuentas..."*

Interrogadas acerca de la incidencia de la crisis por la que atraviesa el país Inés refiere:

"La pasamos malísimo hasta el pan me ha faltado, afecta mi salud en todo sentido, afecta a los nervios a todos los argentinos les pasa lo mismo"

Mitra.. *"Me pongo mal antes a los chicos le compraba bolsitas de caramelo o zapatillas pero por ahí andan con los deditos afuera..."*

Frente a esta temática pueden manifestarse más ,es probable que esto obedezca a que además del impacto subjetivo sufrido, perciben las carencias materiales de manera más intensa y pueden expresarlas.

Analizando las respuestas con respecto a la salud y la enfermedad cabe preguntarse si las preguntas no las remiten a temas que impliquen un grado de abstracción, que para quienes como estas mujeres viven buscando estrategias de sobrevivencias, no hayan podido conceptualizar.....

Respuestas obtenidas en el grupo focal

Tal como se explicitara con anterioridad para favorecer la dinámica grupal se citaron ocho mujeres pertenecientes a diferentes barrios de la ciudad de Santa Rosa, concurren cinco. Con respecto a los ejes temáticos planteados solo fue posible abordar los referidos a salud y enfermedad y los cuidados de la salud. En un comienzo mostraron cierto grado de inhibición que no possibilitaba la interacción por lo que se consideró necesaria aplicar una dinámica específica y se lograron los siguientes resultados.

"Tener salud es sentirse bien, sin preocupaciones, con deseos de hacer cosas y tener trabajo"

"Estar enfermo es sentirse mal, no estar en condiciones de trabajar o tener preocupaciones por cuestiones de dinero"

"La salud se cuida con:

-una buena alimentación

-visitando periódicamente al médico

-descansando adecuadamente

-haciéndose periódicamente un chequeo-

-haciendo gimnasia.

Ha estas conclusiones llegaron grupalmente durante cincuenta minutos de intercambio y como en toda producción grupal los resultados fueron más precisos y sistematizados que en las respuestas individuales, pudieron construirlos en forma conjunta

8.4 Entrevistas a informantes claves

Esta entrevista fue elaborada sobre la base de los ejes temáticos priorizados, por lo tanto se indaga a cerca de las problemáticas más frecuentes por la que consultan las mujeres de este grupo, causa de las enfermedades, posibilidad de detectar factores de riesgo y las características de la población atendida.

Otros puntos se refieren a la percepción que de la salud y enfermedad supone el informante que tienen. En el ítem características socioeconómicas y estilos de vida se tendrá en cuenta la visión del informante en cuanto a la concepción de la salud -enfermedad, dado que la misma puede ser de corte netamente individual o ser percibida como un particular interjuego de lo individual y lo colectivo.

Lo mismo deberá ser tenido en cuenta en el último punto donde se trata de establecer la relación existente entre este proceso y la categoría de género. Lo que se ha podido observar que esta categoría es tenida poco en cuenta y es más cuando se la menciona provoca una intensa resistencia

Para probar este instrumento se entrevista a una médica que desde un largo tiempo atiende consultorio externo en un centro de salud de un barrio periférico de la ciudad de Santa Rosa

Una vez explicitada la consigna y planteado los primeros temas le resulta muy dificultoso responder acerca de las problemáticas más frecuentes por las que le consultan las mujeres refiere *“a grandes rasgos por hipertensión, obesidad, dislipidemia diabetes tipo II, lo más común la osteoporosis. Cuando se va avanzando en la edad consultan por anemia y cáncer. Con respecto a las causas dice”: No se puede hablar en general algunas están relacionadas con la edad otras son multifactoriales, para contestar a ese tema se necesita un compendio de Clínica Médica...*

Hablando de la detección de factores de riesgo refiere *“ Se buscan los factores de riesgo pero si después la paciente no hace nada ahí aparecen las conductas de riesgo”* con respecto a la

idea, es demasiado esto supera la consulta, a no ser que lo investigues.....”

Interrogada por la relación que cree existe entre las características socioeconómicas, estilos de vida y la salud-enfermedad responde” *cuando la gente es pobre se enferma más, por Ej. Consulta una obesa le indicas dieta te dicen no tengo plata para comprar esa comida entonces... se enferman de enfermedades de la pobreza”...*

Por último en lo relacionado con el tema genero refiere”los hombres se enferman más que las mujeres existe mayor alcoholismo entre ellos, fuman más, las mujeres tienen una conducta de salud mayor que los hombres, se cuidan más están a cargo de los hijos, de los nietos, son los puntales entonces se tienen que cuidar... ”

8.5- APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES

Se entrevistaron médicos generalistas de diferentes centros de salud de barrios de la ciudad de Santa Rosa y al director del Establecimiento Hospitalario Dr. Segundo Taladriz de la localidad de Toay.

Se tuvieron en cuenta los ejes temáticos propuestos con anterioridad:

- Características de la población atendida. Demandas realizadas.
 - Prevalencia de enfermedades en este periodo evolutivo.
 - Factores de riesgo identificados.
 - Percepción de la salud y enfermedad.
 - Relación entre características sociales, estilos de vida y la salud y la enfermedad
- y el instrumento elaborado en función de los mismos.

Los médicos generalistas consultados refieren que para responder a los interrogantes de esta investigación, deberían poder cuantificar los datos que tienen de las consultas de los centros. No

obstante sostienen que las mujeres consultan con más frecuencia que los hombres, por su condición de mujer (léase anticoncepción, embarazos, partos, cuidado y atención de los hijos.) Esto se traslada también a las mujeres que superan los 40 años que tienen el hábito de la consulta.

Con respecto a las características de la población atendida relatan que sus actividades diarias están centradas en las tareas del hogar, la ocupación que les ofrece el gobierno a través de los "planes trabajar" y "jefas de hogar", la limpieza doméstica y (en su momento) actividades de producción mínima para llevar al "trueque".

Su vida se centra en la preocupación de poder darles de comer a sus hijos y/o nietos, no tienen actividades recreativas, no realizan actividades físicas, su alimentación está basada en los hidratos de carbono y grasas. En cuanto a la educación, la mayoría tienen un nivel primario, o saben leer y escribir solamente.

En términos generales la población asistida presenta niveles de extrema pobreza, alto porcentaje de personas desocupadas, quienes en su mayoría están asistidos por los programas sociales de la provincia. (apoyo alimentario brindado por la municipalidad, comedores infantiles, jardines maternos, programas de empleos, jefas y jefes de hogares, etc..)

El Director del Establecimiento Hospitalario de la localidad de Toay refiere que la población que allí se atiende es una población con un alto grado de necesidades básicas insatisfechas, una población con pocos recursos, y con un gran índice de desocupación.

Otro médico generalista relata (pero cabe aclarar que la ubicación del centro donde se desempeña presenta otras características): "En este barrio las mujeres son de clase media-baja, mujeres con varios hijos, la mayoría son amas de casa, no son demasiadas las que tienen trabajo, habitualmente el que trabaja es el esposo y son las que vienen más a la consulta."

Puede advertirse que también en ese establecimiento las mujeres realizan más consultas que los hombres, analizando las problemáticas más frecuentes por las que concurren las mujeres de más de

40 años, podría encontrarse la explicación de esta conducta dado que señalan que las mujeres de éste grupo etáreo son las que más asisten ya que no sólo van por problemas personales, sino también acompañan a su pareja, a sus hijos o llevan a los nietos.

Los problemas más frecuentes son: cervialgias, cefaleas, lumbalgias, control ginecológico, control y tratamiento de enfermedades crónicas (Hta Dbt, Dislipemia, Hipotiroidismo), trastornos de ansiedad y depresión.

Pueden recibir terapias de reemplazo hormonal, y tratar la osteoporosis.

Muchas veces la consulta está encubierta, y el verdadero motivo es contar sus problemas emocionales o económicos que les produce sin duda un gran malestar.

Consultado otro médico refiere que las problemáticas por las que frecuentemente asisten las mujeres de más de 40 años son:

- síndromes reumatoideos.

- patologías gástricas (úlceras, hernias, gastritis.

- hipertensión arterial.

- por síntomas perimenopaúsicos

- metrorragias disfuncionales

- anticoncepción

El Director del establecimiento de Toay también afirma no tener estadísticas de ese grupo etareo, no obstante refiere:

“En general, la mujer de más de 40 años consulta por cuestiones ginecológicas, ya que todavía menstrúa. No quiere quedar embarazada, por lo tanto es una persona que consulta mucho por anticoncepción. Otras consultas están relacionadas con problemas artríticos, consultas por várices, lo cual tiene que ver con su vida cotidiana. Observamos una gran cantidad de consultas sobre problemas familiares, diría que en un gran porcentaje estamos hablando de hogares donde esta la

mujer al frente, más del 30% de hogares en los que esta a cargo la mujer sola, que ha tenido fracasos en su pareja, se ha separado.

También se observan muchas consultas por problemas familiares que se expresan a través de dolores gástricos, dolores de cabeza, problemas de presión arterial. Cuando un hospital es hospital de la comunidad no solamente hay consultas médicas, también hay consultas sobre la problemática social que viven: no tienen trabajo, tienen los hijos a su cargo... ellas esta pendiente de todos y no están pendientes de su salud.

Dejan de lado la cuestión de atenderse en temas importantes como la prevención del cuello uterino, la mama, por estar metidas en lo cotidiano de atender a sus familias. Podemos incluir entre los factores de riesgo el tabaquismo y el sedentarismo. Respecto a la postmenopausia, la mujer en esa edad se iguala en los factores de riesgo con los hombres”.

Teniendo en cuenta otra opinión: “Consultan por una cuestión de temas preventivos y de síntomas relacionados con su cuestión laboral. Por ejemplo, las amas de casa tienen generalmente problemas de tipos articulares, lumbares, de espalda pero son puramente dolores de tipo mecánico relacionados con las actividades que hacen a diario o con la sobre carga tensional que tienen, dolor de cintura... después de todo tipo de consultas, en realidad no hay un sintoma que me parece a mí que priorice sobre otro.

Esta muy interesada la mujer en el tema anticoncepción, tratamos de hacer pie en eso, esta interesada en el tema de que existe la posibilidad de hacer terapias de reemplazo hormonal en aquellas mujeres que dejan de menstruar.

Se las va preparando, pasan los 40 años y empiezan a aparecer algunos trastornos hormonales que se manifiestan en ciertos síntomas y ya se las va alertando que es una etapa normal, no es una enfermedad sino una etapa de la mujer y hoy la mujer tiene muchas posibilidades más que las que había hace algunos años. Con el reemplazo hormonal y el seguimiento del climaterio las mujeres

pueden seguir siendo jóvenes”.

Realizando las entrevistas individuales a las mujeres se observó que experimentaban rechazo para realizar una consulta por temor a "que le encuentren algo malo". Interrogado el profesional mencionado anteriormente acerca de esta conducta refiere..."Y muchas veces uno dice es la falta de información y la falta de información... ya nacieron con falta de información.

Nosotros ahora estamos bregando y luchando por el tema este de la prevención del embarazo adolescente y el embarazo no deseado, prevención de las enfermedades de transmisión sexual, hablar de HIV, organizamos una jornada de HIV y la convocatoria fue de mediana para abajo, o sea que a pesar de que se le ofreció una información adecuada, invitación casa por casa... ese día no se logró lo que se buscaba.

Entonces es como que la mujer toma lo que quiere y lo que no quiere lo deja porque también tiene su problemática personal. Uno a veces entra en la vida de la mujer queriendo llevarle un bienestar o eventualmente información, pero en ese momento por ahí para ella es más importante su problema laboral, su problema familiar, la crianza de sus hijos.

Consultados por las causas de estas patologías se obtuvieron los siguientes testimonios:

Las causas de estas enfermedades están directamente relacionadas, en su mayoría, con los estilos de vida, las tareas que realizan y la falta de concientización colectiva de cómo cuidar la salud, inciden además otros factores como la edad, socioeconómicos e higiénico-alimentarios.

Esta última está relacionada con las problemáticas que atraviesan este grupo etareo si poseen empleo y en forma simultánea se hacen cargo de la actividad doméstica, están desbordadas y consultan por cansancio, depresión, trastornos en el sueño, etc.

Si no realizan tareas fuera del hogar, están preocupadas por la situación familiar, la crianza de los hijos, su escolaridad, esto incide en la visualización de diferentes síntomas que las acercan a la consulta.”

Otra opinión mencionada es que los factores de riesgo que inciden en estas patologías están vinculados con:

factores hereditarios

tabaquismo

obesidad

neuropatías (ansiedad, angustia, depresión.)

Otros testimonian... "Ser mujer es un factor de riesgo en una sociedad como la actual".

"Factores de riesgo... creo que uno es el tabaquismo, el tabaquismo se ha incrementado muchísimo en la mujer, no solamente acá sino en el ámbito mundial, es como que el hombre ha tomado conciencia en la necesidad de abandonar el hábito de fumar y la mujer no. Y es una lucha diaria porque muchas veces la mujer que fuma a la vez esta tomando anticonceptivos y uno le explica que es una contraindicación, que eso aumenta muchísimo los riesgos de sufrir enfermedades asociadas con el tabaquismo y la anticoncepción. Y el alcoholismo, lo que pasa que es difícil detectarlo porque socialmente... ser alcohólico medio que te discriminan, por ser fumador nadie te discrimina, ahora esta en boga esto de separar sectores o las campañas mundiales contra el tabaquismo pero si vos vas fumando por la calle nadie te va a decir nada, si vas tomando una cerveza por la calle te van a mirar con mala cara. Yo creo que es un problema también, por ahí hay que tener la perspicacia para detectarlo.

Bueno, pero los problemas son básicamente tabaquismo, en menor medida el alcoholismo, otro tema que a mí me parece que uno vive de cerca es la violencia. Violencia familiar... es una cosa increíble, no sé si se ha incrementado, no tengo datos para medir... porque yo para decirte hay más violencia que el año pasado tendría que tener los datos. Pero siento que hay violencia, la sociedad está inmersa en la violencia. Esto no respeta clases sociales, desgraciadamente son violentos los chicos, son violentos los adultos, si la violencia familiar... la mujer golpeada es otro tema

pendiente”.

Con respecto a la percepción de la salud enfermedad que tienen las mujeres en esta etapa del ciclo vital refieren que la percepción de salud-enfermedad en las mujeres de este grupo etareo, es bastante oportuno y lo demuestra el hecho que es el grupo que más consulta, aunque a la gran mayoría no les podemos cambiar su historia natural del proceso salud-enfermedad.

Justamente, no podemos cambiar la historia del proceso de salud-enfermedad, porque en la mayoría de los casos, lo que necesitan no es el medicamento, sino educación y verdadero recurso económico, para modificar hábitos y estilos de vida.

Otro testimonio... “En términos generales perciben los síntomas, razón por la que efectúan la consulta (problemas o trastornos con el sueño, menstruaciones reiteradas.

No poseen real conciencia por la etapa que atraviesan. Solo saben que algo les pasa, con posterioridad a la consulta, se les explica los trastornos relacionados con la menopausia (referidos a la anticoncepción, a la vida sexual, posibilidades de osteoporosis, etc..

En general, le dan mucha importancia a lo que le pasa a los niños, a lo que le pasa al marido y no le dan mucha importancia a lo que le pasa a ella. Ella percibe más las enfermedades de los demás y no tanto si hay un deterioro de su propia persona. Perciben también, tienen no sé si una percepción o representación, de que el varón no se enferma

Habría como una naturalización de la mala calidad de vida que hace que la mujer no registre su propia enfermedad, su propia gravedad, daño o riesgo o vulnerabilidad. Esto no le permite verse a sí misma pero sí ver lo que le pasa al otro”.

Otro médico refiere: “Yo creo que la mujer se basa mucho en los síntomas, en la percepción de estar enferma. Siente síntoma y se siente enferma, de hecho que a veces consulta al médico y a veces uno no descubre ninguna enfermedad orgánica. Cuando yo digo enfermedad es que uno no encuentra orgánicamente ningún motivo para que tenga los síntomas, da la sensación de que son

somatizaciones. Pero la mayoría de las consultas las realizan porque sienten síntomas. Por otro lado a lo mejor tenemos al lado una mujer que no tiene síntomas y no consulta... o sea siempre vemos la parte visible del problema pero debajo de esto hay una parte no visible que es la parte más importante a lo mejor. Tenemos esa dificultad, ese problema o esa incapacidad nosotros para poder detectarlo a lo mejor, porque yo no le echo la culpa a la gente, yo pienso que también nosotros somos responsables, yo me siento responsable de lo que hago diariamente, yo me voy y sigo pensando en los problemas de la gente. Y a veces te sentís decepcionado por no poder resolverle los problemas a la gente pero uno tampoco tiene la solución a todos los problemas.

Pero yo creo que muchas consultan porque tienen síntomas, no necesariamente esos síntomas van asociados a una enfermedad.

Han aumentado las consultas psicológicas, derivamos mucho al psicólogo y los tratamientos psicológicos dan resultados. Uno charla con la psicóloga y ve que hay cambios, las mujeres consultan menos al médico.”

Con respecto al impacto que ocasiona la crisis socioeconómica actual en la salud refieren: “Las variables socio-económicas, estilos de vida y el proceso de salud están íntimamente relacionadas. Dos o tres décadas atrás las mujeres consultaban solamente por embarazos, partos, eventualmente anticoncepción. A partir de los años noventa y con la agudización de la crisis económica, social, educacional, etc., se amplían las consultas por otras patologías, que están vinculadas con el stress, la falta de trabajo, alimentos para los niños, adolescentes en riesgo, etc. Poseen el síntoma, en realidad la demanda encubierta está planteada en la necesidad de una escucha, sin determinar si es un profesional de la medicina, el pediatra o la enfermera.

Los hábitos higiénicos dietéticos tienen incidencia directa en patologías como la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, etc., sea por ingesta de alimentos inapropiados, por la crisis económica imperante.

Dice un psicólogo que trabaja en uno de estos centros: “el impacto de este cuadro social y económico y de violencia, tiene como consecuencias trastornos del sueño, trastornos relacionales, trastornos de personalidad, enumerando lo que se manifiesta fenomenológicamente independientemente de las estructuras de personalidad en juego, aparecen cuadros de angustia masiva, trastornos al nivel de las relaciones sexuales, es decir, desde la anorgasmia hasta cuadros dolorosos.

Estos síntomas presentan un efecto colateral que es un enorme consumo de ansiolíticos. Se observa también una gran cantidad de consultas en función de los hijos, con trastornos escolares de violencia, de hiperquinesia, de falta de concentración. Existe una tendencia marcada a la somatización, cuadros conversivos, parálisis facial, trastornos endocrinos³³.

Responde un médico generalista: “A mí el impacto me parece que ha sido general, no sé si hablar específicamente de la mujer mayor de 40 años. Yo creo que este año, sobretodo, ha sido un año muy particular. Realmente agotador, con las luchas que hay, la desocupación, que nos agobia a todos en realidad porque a nosotros no nos resbala porque nosotros estamos diariamente en contacto con la gente. Acá la mujer viene a contarte los problemas que tiene y de todo eso surge un montón de cosas. ¿Pero quién es el que pone el oído? El médico o la enfermera, quien le preste atención esa es la persona con la que va a hablar. Pero la ha impactado. Ahora tienen que buscar mucho más la posibilidad de cómo poder mantener su familia, cómo cuidar a los hijos, cómo alimentarlos correctamente con mucho menos. O sea qué comida voy a hacer... aquí funcionó en un momento un grupo de mujeres que se encargaba de fabricar alimentos a base de soja, dentro del cual había chicas del centro de salud que participaban.

O sea la mujer empezó a buscar otro lugar de inserción y buscarle la vuelta a esto, porque en realidad no se han alterado, al contrario, se han ido modificando las tareas. Son luchadoras las mujeres”.

Interrogado acerca de si existen enfermedades específicamente relacionadas con esta situación de crisis el mismo responde: "Que sé yo, obviamente que es probable que si no tienen trabajo y el marido no tiene trabajo, es probable que ello lleve a que el ingreso alimentario no sea el adecuado para toda la familia. Lo que pasa es que en los adultos por ahí se nota menos que en los niños, en los cuales se hace más hincapié... pero obviamente que se debe ver afectada. La falta de alimento influye directamente en la vida de las personas por mas que tengas 30, 40 o 60 años. Pero también esta el otro extremo. En esta provincia estamos bastante bien, a las personas que no pueden comprar alimentos se le brindan, los centros de salud están abiertos. Todavía estamos bien, me parece, en esta provincia, a diferencia de otras acá todavía se pueden hacer cosas, lo que pasa es que requiere el esfuerzo de todos y no solamente el esfuerzo de los que estamos de este lado. Yo creo que la gente, vos me hablas de las mujeres mayores de 40 años pero en general, si hay algo que les recalco a las personas, es el sentido de la autoresponsabilidad.

La gente vuelca la responsabilidad de su salud en el sistema de salud, que cumple una función en preservar la salud de las personas pero cada uno tiene que ser responsable de su salud. Uno tiene que cuidar su salud y ser responsable por lo que hace con su salud, pero la gente cree que tomar la pastilla le soluciona los problemas y no es así, ojalá fuese así porque entonces no habría los problemas que hay.

Si la gente tuviera conciencia que el sistema de salud esta para protegerlos pero no para solucionarle todos los problemas sino que ellos mismos tienen que tomar responsabilidad directamente... la gente debería tomar más responsabilidad ella misma en el cuidado de su salud pero no es así. No sé si va a cambiar, ojalá cambie. Para eso uno trabaja todos los días, para que la gente acepte que tiene que cuidar su salud, que le va a salir mucho mas barato".

9- ANALISIS Y CONCLUSIONES

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: una es el concepto del proceso salud –enfermedad. ,la otra consideración se refiere al genero 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 por que genera comportamientos y actitudes que determinan grado de riesgo y posibilidades a los recursos de atención sanitaria.

La falta de educación, información y apoyo social para las mujeres tiende a hacer más vulnerable su situación en salud.

La vinculación entre las condiciones de género y la salud es tan clara que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han sugerido que lo importante para la salud de las mujeres es la alfabetización y el acceso a la educación general, ya que esto último se asocia con procesos de empoderamiento que redundan en su salud .

De que enferman y mueren las mujeres de este grupo etareo en la Provincia dela Pampa

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 en el momento de evaluar la situación de la salud de la población

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.

La primera causa de muerte corresponde a las **enfermedades del aparato circulatorio**, con un total de **326 casos** para toda la provincia

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. Como se puede observar y de acuerdo a los datos recopilados las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en las mujeres de edad 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 indican la gran influencia que tienen los rasgos sociales, culturales y económicos de cada sociedad. Los factores afectivos no pueden dejar de tenerse en cuenta cuando se señalan los factores de riesgo en estas patologías.

Con respecto a las estadísticas en la Provincia de La Pampa, sólo se obtuvieron hasta el momento las pertenecientes al año 2.000.

Estos datos no están desagregados por localidades, ni tampoco elaborados por grupos de edad, sexo, ni causas de la mortalidad.

Lo antes expuesto permite un análisis muy parcial, y no posibilita totalmente el logro de los objetivos planteados en cuanto a la posibilidad de obtener los datos de mortalidad del conglomerado Santa Rosa Toay

Teniendo en cuenta que en el país no existen antecedentes sistematizados de la problemática de la salud y enfermedad de las mujeres en esta etapa de la vida, este informe debe ser considerado como un primer acercamiento a este tema, sin duda resta continuar investigando.

No obstante se advierte que las primeras causas de muertes corresponden a enfermedades no transmisibles. Las mujeres han adquirido estilos de vida y hábitos llamados factores de riesgo que han modificado negativamente sus perfiles de morbimortalidad .

Esta información pone en evidencia la necesidad de implementar programas de prevención que permitan a la población adoptar estilos de vida más saludables.

Rescatando el material de las entrevistas realizadas a las mujeres de los distintos barrios de la ciudad de Santa Rosa con respecto a la percepción que poseen de la salud aparecen constantes reiteradamente tales como la ausencia de controles preventivos ,a pesar de contar con servicios sanitarios donde viven o la falta de información .

No poseen interiorizada una conducta preventiva, el autocuidado no es lo habitual y si en algunas mujeres existe es para poder continuar cuidando a los demás miembros de la familia

Podría interpretarse que perciben a la salud como ausencia de enfermedad, y presentan cierta imposibilidad de establecer relaciones entre la salud y la alimentación, hábitos y controles preventivos

informantes claves consultados confirman este hecho al referir que las causas de estas enfermedades están directamente relacionadas en su mayoría con los estilos de vida, las tareas que realizan y la falta de concientización colectiva de cómo cuidar su salud.

Los informantes claves consultados respecto a la percepción de la salud y enfermedad que tienen las mujeres en esta etapa dan opiniones disímiles, algunos entrevistados opinan que es “oportuna” y lo demuestra el hecho de que es el grupo que más consulta admitiendo que en la mayoría de los casos lo que necesitan más que medicamento es educación y recursos económicos, posibilidades de trabajo para modificar hábitos y estilos de vida.

Otros informantes visualizan que en términos generales perciben los síntomas, razón por la cual efectúan una consulta y no poseen general conciencia por la etapa evolutiva que atraviesan, “solo perciben que algo les pasa”. Con posterioridad a la consulta reciben información individual referido a los trastornos relacionados con la menopausia.

En general se acuerda con el hecho de que perciben más las enfermedades de los miembros del grupo familiar y no tanto si hay un deterioro en su propia persona.

Mucho se ha escrito acerca de la relación que establece la mujer con su cuerpo, en general este es un cuerpo negado, olvidado dado que fundamentalmente responden a un mandato cultural “de ser para los otros”, el mandato de cuidar y curar.

Habría una naturalización de la mala calidad de vida que hace que la mujer no registre su propia enfermedad, su gravedad daño o vulnerabilidad. Esto no le permite verse a sí misma, dado que para preocuparse debe tener un registro de algunos síntomas y de este modo percibe la enfermedad.

“Es importante señalar que la percepción de la enfermedad tiene distintos condicionantes así la percepción de lo patológico se inscribe en el proceso general de la percepción que es selectiva. dado que no se perciben todos los estímulos a lo que se está expuesto.

Por otra parte la posibilidad de percibir está socialmente condicionada y desigualmente distribuida en la población.

También cabe considerar que esta función se da en distintas etapas así es como en la percepción de la enfermedad primero se registran las molestias, luego el área afectada ubicando el lugar la

intensidad del dolor y el sistema comprometido(óseo, muscular entre otros) estos síntomas posteriormente son remitidos a un cuadro patógeno y se arriba a un diagnóstico "casero"

La gravedad que se le adjudique a éste condiciona el lugar y la posibilidad de realizar la consulta médica. (Durán, 1983 y Prece y Shufer.1991)⁴

En síntesis, sin un análisis de las circunstancias en las que viven las mujeres muchas de las políticas y programas de salud no pueden tener éxito.

En la formación de los recursos humanos en salud es necesario desarrollar un marco conceptual que identifique y organice de manera diferente la educación y la salud de las mujeres es decir que recupere tanto en investigación como en docencia, una perspectiva de género perspectiva que se verá enriquecida si se incorpora además un abordaje fenomenológico donde se reconozcan las experiencias de vida de las mujeres donde se pueda valorar su diversidad y complejidad y donde las preguntas de investigación también se basen en la identificación de las necesidades de las mismas.

⁴ Durán, *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid. Tecnos.

Prece, G y Schufer "Diferente percepción de enfermedad y consulta médica según niveles socioeconómicos en las ciudades de Buenos Aires y San Salvador de Jujuy" *Medicina y Sociedad*, xiv, 4, Buenos Aires.

Anexo

Cuestionario para las entrevistas semi –estructuradas

Lugar de Nacimiento:

Nivel de instrucción:

Ocupación Actual:

Composición del Grupo Familiar

Integrantes :

Edad

Sexo:

Nivel de Instrucción:

Ocupación:

Características de la Vivienda

Vivienda propia o alquilada:

Cantidad de Habitaciones

Servicios que posee.

Ubicación

Servicios que posee en el barrio:

Organización de la vida domestica

Cuentéeme como es un día de su vida:

¿Que tareas realiza habitualmente en su casa?

Alimentación

¿Que tipo de alimentos consume con mayor frecuencia?

¿Considera que son sanos y nutritivos?

¿Que alimentos no consume?

¿Donde come habitualmente

¿Todos los integrantes de la familia comen los mismos alimentos?

Trabajo

¿Dónde trabaja?

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en ese lugar?

¿Cuántos días trabaja por semana?

¿Cuántas horas por día?

¿Se siente a gusto en su trabajo?

¿Que otras personas de su familia trabajan

¿Donde?

¿Cuanto tiempo hace que trabajan en ese lugar

Salud, Hábitos.

¿Realiza alguna actividad física?

¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?

¿Toma alcohol? Cuanto?

¿Cómo duerme?

¿Realiza controles de salud a menudo?

¿Toma medicamentos?

¿Quién se los recetó?

¿Cuándo hizo la última consulta en el centro de salud?

Percepción de la salud enfermedad

¿Que le parece que ayuda a mantenerse sano?

¿Recibe información sobre temas de salud?

¿Donde?

¿Cómo cuidan la salud en su familia?

¿Cual?

¿Toma remedios por su cuenta?

¿Qué cosas le parecen a Ud. que provocan enfermedades?

¿Cómo es su salud actualmente?

¿Nota cambios con respecto a años atrás?

¿Cuáles?

¿Se controla más o menos que antes?

¿Con relación a la situación de crisis que se vive en la actualidad, qué cambios a notado en su vida cotidiana?

¿Cómo incide en su salud la situación actual?

¿Quisiera agregar algo más?

Elaboración de la guía para la entrevista a los informantes claves

Consigna.

Problemáticas más frecuentes por las que consultan las mujeres de más de 40 años.

Características generales

Causa de estas enfermedades.

Identificación de factores de riesgo.

Prevalencia de enfermedades en este grupo etareo.

Percepción de la salud enfermedad que supone el informante en esta etapa de la vida.

Que relación supone que existe entre las características socioeconómicas, estilos de vida y la salud enfermedad

Relación entre salud enfermedad y la categoría de género.

Después de los 40



- Las menstruaciones me vienen cada vez más tarde.
- Yo siento calores (sofocos).
- A mi me sacaron el útero.
- Estoy ansiosa, irritable.

Entre los 45 y 50 años de edad nuestro cuerpo tiene algunos cambios.

¿Qué pasa en nuestro cuerpo?

- Los ovarios comienzan a producir menos óvulos y hormonas.
- Los ciclos menstruales se alargan. Aún podemos tener un embarazo.
- Hay síntomas de cambios:
 - 1- Insomnio.
 - 2- Irritabilidad.
 - 3- Sofocos, sudoración.
 - 4- Hipersensibilidad.

Hay un 20 % de mujeres que no tienen ninguna molestia.

¿Qué es el Climaterio?

Climaterio es la época de la vida (de los 45 a los 65 años), donde disminuye el funcionamiento de los ovarios, que transcurre desde unos años antes y hasta unos años después de la última menstruación.

¿Qué es la menopausia?

Es la última menstruación.

¿Qué pasa cuando el ovario no funciona?

- Disminuyen las hormonas (especialmente los estrógenos) entonces el corazón pierde protección.
- Aumenta el riesgo de sufrir:
- Infarto.
 - Angina de Pecho.
 - Trombosis.
 - Arterioesclerosis.
 - Los huesos se vuelven frágiles (osteoporosis).
 - La piel y mucosas pierden humedad (sequedad de la piel, sequedad vaginal).

Con la menopausia cambia también la vida

- Los hijos crecen y se van de casa.
- Tengo más tiempo para mí. Finalmente!
- Puedo disfrutar más con mi pareja!
- Puedo hacer lo que no podía antes: estudiar, hacer cursos, viajar, divertirme.
- Puedo gozar de las relaciones sexuales sin temor al embarazo.

¿Se puede vivir bien este período? **Si**

- Manteniendo el peso adecuado.
 - Manteniéndonos activas: es buena la actividad física.
 - Comiendo bien (ver dieta más abajo).
 - Teniendo proyectos donde nos sintamos útiles.
 - Teniendo una plena vida sexual.
- Hacer ejercicio equilibra el estado emocional.

¿Hay que hacer controles médicos? **Si**

- Concurrir al médico/a generalista.
- Concurrir al ginecólogo/a.
- Controlar la presión arterial.

No siempre es necesario el tratamiento hormonal, en todo caso el profesional lo indicará.

El climaterio no es una enfermedad, es un cambio biológico, un nuevo equilibrio hormonal.

La dieta de la prevención:

- Productos lácteos descremados.
- Pescados.
- Legumbres.
- Frutas frescas y secas.
- Levadura de cerveza.
- Fibras de salvado y vegetales (acelga, espinaca).
- Lecitina de soja, germen de trigo.
- Agua mineral, jugos de frutas recién hechos.
- Granos enteros (arroz integral, trigo integral).
- Verduras (de color amarillo y anaranjado: zapallo, zanahoria, batata, etc.)

Con una alimentación sana evitamos enfermedades.



Plan Provincial Materno Infantil

Recuerda tus Derechos

Derecho a recibir trato cordial y respetuoso de todas las personas que te atienden; en lugares adecuados y cómodos.

Lugares de atención:

Consultorias, Centros de Salud y Hospitales de toda la provincia.