



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Programa Uruguay

Maestría en Género y Políticas de Igualdad
Promoción: 2018-2020

**SALUD INDIFERENCIADA:
ESTUDIO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO SOBRE LA POLÍTICA
PÚBLICA CARDIOVASCULAR DE MONTEVIDEO**

Tesis que para obtener el grado de Maestría en Género y Políticas de Igualdad

Presenta:

Presenta: Lic. Daiana Moyano Maldonado

Directora de tesis: Dra. Erika Van Rompaey

Co-Directora: Dra. Jacqueline Ponzo

Montevideo, octubre 2020

Esta investigación se desarrolló gracias al apoyo y aporte del Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur (CESCAS).

A la red que sostiene...dadora de apoyo y contención, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible...Red de mujeres que abrazan, abren ventanas y aportan paciencia, luz y creatividad a este proceso. Tantas son las mujeres de esta red que me dan aliento, que mi gratitud hacia todas y cada una de ellas, es inconmensurable...

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA ACTUAL POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN URUGUAY	14
I.1. El proyecto de transformación del sector salud en Uruguay: coyuntura socio-histórica	14
I.2. El proceso de institucionalización de la nueva política pública de salud	18
I.3. El contexto internacional reciente	22
I.4. La política pública de Salud Cardiovascular	24
CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES	30
II.1. La Política Pública y su análisis desde la perspectiva de género	30
II.2. El proceso de salud-enfermedad como objeto de estudio	36
CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	44
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD CARDIOVASCULAR	53
IV.1. Análisis de los valores y modelos culturales de género presentes en la actual normativa de salud cardiovascular	53
IV.2. Análisis de las concepciones de género de los y las representantes de las distintas fases de la política de salud cardiovascular	63
CONCLUSIONES	103
Reflexiones finales	103
Recomendaciones para la mejora de la política y líneas de pesquisa a futuro	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	119

RESUMEN

Las Enfermedades Transmisibles (ENT) son responsables del 54,5% de las muertes registradas en el país y se destaca entre ellas el predominio de las Cardiovasculares y su variabilidad en relación al sexo - 52% femenino y 48% masculino (MSP, 2019)-. Entre éstas, la Cardiopatía Isquémica -Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Ángor y Revascularización coronaria- encabeza las estadísticas. El problema público de desigualdad de género en salud abordado en la presente investigación, consiste en que varones y mujeres cisgéneros, con eventos clínicos de IAM, acceden de manera desigual a la práctica sanitaria cardiovascular- diseño/planificación normativa, acciones preventivas y atención médica-. En este sentido, esta investigación busca comprender de qué manera la política pública de salud cardiovascular en todas sus fases, permite -u obtura- el acceso equitativo a las prácticas sanitarias de varones y mujeres cisgéneros, con eventos clínicos de IAM en Montevideo, durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2019. Para tal fin, se orienta a analizar las concepciones sobre salud y género presentes en el marco normativo/protocolar del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP respecto al IAM, en las acciones públicas de promoción de salud y prevención del IAM y en el abordaje que hace de este padecimiento, la práctica médica pública. Debido a que el propósito de esta investigación estriba en comprender, desde una perspectiva de género los significados latentes y manifiestos de las producciones discursivas y prácticas de la política pública cardiovascular, la estrategia metodológica es de carácter cualitativo, basada fundamentalmente en entrevistas semiestructuradas y análisis documental-normativo.

Palabras claves: Enfermedades No Transmisibles, Género y Salud, Cardiopatía Isquémica.

ABSTRACT

Non-Communicable Diseases (NCDs) are responsible for 54.5% of registered deaths in the country and the prevalence of Cardiovascular Diseases and their variability in relation to sex stand out among them - 52% female and 48% male (MSP, 2019). Among these, Ischemic Heart Disease - severe myocardium infarct (SMI), Angor and coronary revascularization- leads the statistics. The public problem of gender inequality in health addressed in this research consists in the fact that cisgender men and women, with clinical events of SMI, have unequal access to cardiovascular health practice-normative design / planning, preventive actions and medical care-. In this sense, this research seeks to understand how the public policy of cardiovascular health in all its phases allows - or obturates - equitable access to health practices for cisgender men and women, with clinical events of SMI in Montevideo, during the period between 2005 and 2019. For this purpose, it is aimed at analyzing the conceptions about health and gender in the normative framework / protocol of the Non-communicable Diseases Program Area of the MSP about SMI, in public actions to promote health and prevention of SMI and in the approach that makes of this disease, the public medical practice. Because the purpose of this research is to understand, from a gender perspective the latent and manifest meanings of the discursive practical and cardiovascular public policy productions, the methodological strategy is qualitative in nature, based fundamentally on semi-structured interviews and documentary analysis. -normative.

Keys words: Non-communicable Diseases, Gender and Health, Ischemic Heart Disease

INTRODUCCIÓN

Las **enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**, son enfermedades de larga duración y generalmente de progresión lenta. Representan un verdadero problema de salud pública a nivel nacional e internacional, en la medida en que su incidencia en el perfil de morbi-mortalidad de las sociedades va en aumento. Este crecimiento sostenido de las ECNT se debe en parte, a la tendencia de envejecimiento de la población (OPS, 2020). Aspecto demográfico que está en relación con las dimensiones estructurales de cada sociedad, que moldean los modos de vivir de los diferentes grupos sociales y, por ende, condicionan el proceso de salud y enfermedad de las personas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT son las principales causas de mortalidad en el mundo -41 millones de defunciones anuales-, siendo responsables del 71% de las muertes que se producen en el mundo (OMS, 2018). En Uruguay, las ECNT representan el 54,5% de la mortalidad - determinan 7 de cada 10 muertes registradas-, según fuentes de datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2019).

Las ECNT están constituidas por la diabetes, las **enfermedades cardiovasculares (ECV)**, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal. Este conjunto de enfermedades, se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: tabaquismo, mala alimentación, sedentarismo y consumo excesivo de alcohol.

Dentro de la carga global de muertes por ECNT, las ECV son las más prevalentes en todo el mundo -17,9 millones cada año-, seguidas del cáncer -9,0 millones-, las enfermedades respiratorias -3,9 millones- y la diabetes -1,6 millones- (OMS, 2018). En nuestro país, también representan la mayor causa de muertes, 26,3% -luego sigue el cáncer con un 24,6% y las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio con 10,0% (CHSCV, 2017). Las ECV son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos y entre ellas se incluyen las siguientes problemáticas: **cardiopatía coronaria o isquémica (infarto de miocardio con ST)**; hipertensión arterial; enfermedad cerebrovascular; enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías. Según la OMS (2018), para el año 2012 las muertes por ECV representaron el 30% de las defunciones registradas en el mundo y de éstas, aproximadamente 7,4 millones, se debieron a cardiopatías coronarias, y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares.

Antes de describir las formas de adquirir las respuestas sanitarias a este problema

de salud pública, se cree necesario definir lo que es el **infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAM)**. El mismo es un problema de salud producido por la formación de un trombo que ocluye la circulación coronaria del músculo cardíaco. Como consecuencia, se produce una isquemia prolongada y necrosis de las células del miocardio.

Partiendo de considerar la magnitud del problema de la enfermedad coronaria en general y del IAM en particular en el perfil de mortalidad y morbilidad de Uruguay, y su relevancia en materia de salud de la población, es que, en el año 2004, la Sociedad de Cardiología de Uruguay y el Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas, a través de un ciclo de talleres, elaboraron un “Consenso Uruguayo de manejo del IAM con elevación del segmento ST” (SUC, 2005).

El Consenso señala que, en la fase prehospitalaria las medidas deberán estar orientadas especialmente a evitar la muerte precoz. En este sentido, las personas con dolor torácico sugestivo de un IAM deberán recibir de modo inmediato por sus implicancias diagnósticas y terapéuticas: traslado a un centro hospitalario -en una ambulancia equipada con recursos técnicos y humanos adecuados-, una dosis de ácido acetilsalicílico -aspirina-, una vía venosa por punción de vena periférica, un electrocardiograma y oxígeno suplementario. Asimismo, y de modo complementario, según esta fuente de información, en la actualidad existen dos tipos de tratamiento: la fibrinólisis -inyección de una medicación intravenosa que rompe y disuelve el coágulo- y la Angioplastia Primaria -que es la realización de un cateterismo cardíaco, que permite la visualización de la arteria ocluida por el trombo y la resolución de dicha obstrucción mediante el implante de una pequeña prótesis endovascular conocida como *stent* coronario (SUC, 2005).

Retomando la idea de que el perfil demográfico de Uruguay, presenta una población envejecida configurada por las bajas tasas de natalidad y mortalidad (OPS, 2020). Cabe resaltar que, en ese contexto, las ENT y dentro de ellas ECV, adquieren una importancia primordial al constituir la principal causa de muerte y discapacidad en la vida adulta (Brunet & Márquez, 2016). Según los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2019), para el 2018 las ECV tuvieron un saldo de 8.614 muertes, de las cuales se identifican 4.457 para el sexo femenino y 4.157 para el masculino. Si se observan las principales causas de muerte en 2018 según sexo, las ECV son la primera causa de muerte para el femenino y la segunda para el masculino -la primera la constituye el cáncer-. Queda así evidenciado que, las ECV representan un importante problema de salud para las mujeres cis en Uruguay, dando como

resultado que, de 26 fallecimientos diarios 14 son mujeres y el 18% de estos los fallecimientos se registran en menores de 55 años (MSP, 2017).

A pesar de este panorama poco alentador, las ECV son evitables. En este punto, cobra relevancia el análisis de las acciones que, desde la política pública se ha generado en el país en torno a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad.

Al respecto, en el año 2017, se publica un estudio¹ que tuvo como objetivo identificar las diferencias, según sexo, en la presentación clínica, tratamiento y mortalidad de los pacientes tratados con angioplastia coronaria primaria (ATC1^a) en el IAM. Esta investigación, permitió conocer el perfil de riesgo de la población femenina con IAM y mostró las variaciones en la adherencia del personal médico, a las guías de práctica clínica en el Uruguay de acuerdo al sexo del paciente (Barranco & Artucio, 2017).

El estudio parte de resaltar que, entre los años 2004 y 2012 se realizaron 7.742 ATC1^a dentro de las primeras 24 horas del IAM. En términos generales, la cohorte estaba constituida por 69,1% sexo masculino y 30,9% sexo femenino². Al mismo tiempo, el debut de la enfermedad se presenta a los $60,78 \pm 11,66$ años y $67,92 \pm 12,08$ años respectivamente.

En cuanto al tratamiento, el trabajo señala que se realizaron fibrinolisis (FBL) en 567 pacientes a los que posteriormente se les efectuó ATC1^a. Empero, el uso de FBL fue significativamente menor en el sexo femenino -131 versus 436 para el masculino-. Lo mismo ocurrió con la angioplastia multivaso 175 para el sexo femenino frente a 482 para el masculino. En el análisis de la mortalidad según sexo, se observó que la mortalidad del sexo femenino fue significativamente mayor en todos los períodos de tiempo analizados³ como así también, demuestra que, tiene peor evolución que el sexo masculino a corto, mediano y largo plazo.

Para los y las autoras, las razones comúnmente sostenidas para explicar la

¹ Este trabajo es un subestudio de un análisis realizado en el año 2014, por Mayol y colaboradores, sobre los resultados de las ATC1^a realizadas dentro de las 24 horas luego de iniciado el IAMST en el período comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2012, con cobertura del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

² La mayoría de los IAM en la mujer ocurren luego de los 65 años, pero no es despreciable el número de mujeres que tienen su primer evento por debajo de esta edad e incluso menores de 56 años, en el estudio citado, representan el 18,0% del total.

³ Las mujeres recibieron menos tratamiento con fibrinolíticos (FBL) (5,5% vs 8,1%, $p < 0,001$) y menos angioplastia multivaso (7,3% vs 9,0%, $p < 0,013$). Su mortalidad fue mayor para el mismo día del procedimiento (2,9% vs 1,7%, $p < 0,001$), a 30 días (10,4% vs 6,5%, $p < 0,001$), al año (15,4% vs 10,8% $p < 0,001$) y a los cinco años (27,9% vs 26,6%, $p < 0,001$), (Barranco & Artucio, 2017).

mortalidad intrahospitalaria más elevada son: retraso en la consulta de las pacientes, edad avanzada, mayor número de factores de riesgo cardiovascular, menor uso de tratamientos médicos y mayores complicaciones hemorrágicas después de las intervenciones -puede ser atribuido a una mayor actividad trombotica y mayor prevalencia de enfermedad microvascular-. Sin embargo, resaltan que los registros locales -en consonancia con reportes internacionales- muestran que, en las personas de sexo femenino son más frecuentes los errores diagnósticos y reciben con menor frecuencia un tratamiento acorde a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Dicho esto, el problema público de desigualdad de género en salud identificado y que es abordado en esta tesis consiste en que, varones y mujeres cis⁴ con eventos clínicos IAM, acceden de manera desigual a la práctica sanitaria cardiovascular. Es en este contexto que, se hace manifiesta la pregunta que guía esta investigación: ¿de qué manera la política pública de salud cardiovascular en la actualidad permite -u obtura- el acceso equitativo a las prácticas sanitarias de varones y mujeres cis, con eventos clínicos de IAM? Del mismo modo, otros interrogantes han orientado, además, el análisis de este estudio ¿Cuáles son las concepciones predominantes sobre salud cardiovascular? ¿Cuáles son las concepciones predominantes sobre las desigualdades entre los géneros en la salud cardiovascular?

Esta investigación tiene como objetivo general, aportar a la comprensión del problema sobre el acceso equitativo a la práctica sanitaria cardiovascular, para la generación de políticas públicas con una mirada de género. Para tal fin, se propone tres objetivos específicos:

1. Analizar las concepciones sobre salud y género, presentes en el marco normativo/protocolar del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP, en lo relativo al IAM.
2. Reconocer y dilucidar las concepciones sobre salud y género, presentes en las acciones públicas de promoción de salud y prevención del IAM.
3. Identificar e interpretar las concepciones sobre salud y género, presentes en el abordaje que hace de este padecimiento, la práctica médica pública.

Debido a que el propósito de esta investigación estriba en comprender los

⁴ La abreviatura cis, deviene del término cisgénero. Propio del campo interdisciplinario de los estudios de género, es utilizado para hacer referencia a aquellas personas cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual.

significados latentes en las producciones discursivas y prácticas de la política pública cardiovascular; la estrategia metodológica es de carácter cualitativo. Estrategia basada, por un lado, en entrevistas semiestructuradas a informantes calificados que están vinculados a la fase de diseño, implementación y evaluación de la política pública cardiovascular durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2019. Por otro lado, y de modo paralelo, se apoya también, en el análisis documental y normativo. Se analiza en este plano, la actual normativa sanitaria y lineamientos de acción en lo tocante a la salud cardiovascular del Ministerio de Salud Pública. Estrategia ésta que, permitió indagar en el complejo de ideas subyacentes y concepciones relativas a los estereotipos de género que moldean la política pública de salud cardiovascular. Asimismo, permitió comprender cómo estas ideas se integran en la sociedad. Por ello, este estudio prevé aportar a la comprensión de la práctica sanitaria cardiovascular y su incidencia en la tasa de mortalidad de mujeres cis por IAM.

Ha sido ya mencionada la importancia de la definición del tema de investigación en cuestión y el apremio de dar respuesta a las desigualdades en el acceso a la práctica sanitaria cardiovascular. En esta línea, es necesario aclarar que esta investigación forma parte de incipientes esfuerzos orientados a hacer visible una concepción de salud universal que no contempla las diferencias ni las desigualdades de género como moldeando dicho proceso. Teniendo esta constelación de esfuerzos como telón de fondo este estudio busca, además, identificar las definiciones, explicaciones y estrategias de los diferentes actores sociales que inciden en el campo⁵ de la salud cardiovascular. Especie de mirada panorámica, donde el campo de juego muestra las tensiones y disputas por definir y explicar los problemas de salud. Campo que también delimita el grado de apertura a la opinión pública que juzga la efectividad de la política pública y propone opciones alternativas de abordaje. Es así como, la política pública de salud cardiovascular, es concebida como forma específica que adquieren los acuerdos entre actores sociales que rodean al Estado. Acuerdos que se apoyan en diversos elementos de la cultura, que discurren en lo local, en lo regional e internacional. Acercarse a esta dimensión cultural, posibilita identificar los valores e ideas que funcionan como factores de integración de la política pública cardiovascular y de las instituciones

⁵ Pierre Bourdieu (1985), lo entiende como un espacio de relaciones, fuerzas, capitales -como lo es el campo de la salud-; lugar en donde se llevan a cabo, luchas determinantes de poder. Espacio de varias dimensiones, construido sobre la base de principios de diferenciación o distribución de un conjunto de propiedades. Estas propiedades son capaces de conferir poder a aquellos que las poseen. La sociedad es un espacio social y sus campos se organizan en función de los capitales -propiedades en disputa-.

centrales presentes en el Estado, y como aspectos que dotan -o no-, de coherencia a los acuerdos generados en su interior.

En pocas palabras, esta investigación no parte de una tabla rasa, sino que tiene la intencionalidad de potenciar los bríos que hasta ahora han impulsado la reciente incorporación de la perspectiva de género en la agenda gubernamental vinculada a la salud. La salud cardiovascular de las mujeres cis, es un tema aun emergente en el país y la importancia de profundizar su estudio radica en producir conocimiento científico. Se trata de una disputa ontológica en el corazón mismo del quehacer científico y la práctica médica. Redefiniciones éstas que, devienen en transformaciones epistemológicas sobre el proceso de salud-enfermedad cardiovascular. Transformaciones discursivas que no están exentas de conflictos, pero que señalan el apremio de tratamiento, considerando que las formas de entender el proceso de salud-enfermedad y la incidencia del género en él, delimitan las posibilidades de vivir o de morir de las mujeres cis con eventos de IAM.

Teniendo esto en cuenta, en el *primer capítulo* se desarrolla el proceso sociohistórico de configuración del sector salud en Uruguay. Asimismo, se describe el proyecto de transformación e institucionalización de la política pública de salud cardiovascular imbricada en la coyuntura socio-histórica que contextualiza al actual objeto de investigación. En el *segundo capítulo*, se despliegan las consideraciones teórico-conceptuales que guían la definición, explicación y el abordaje del problema y objeto de estudio analizado. A su vez, dando cuenta de distintos niveles de análisis, se hace explícita la concepción de política pública que se sostiene y las consideraciones para su análisis, así como también se plasma la idea que, sobre el fenómeno de salud que se sustenta. Por su parte, en el *tercer capítulo*, se da a conocer la estrategia y las decisiones metodológicas que, sobre el trabajo de campo se han tomado. Esto para confluir en el *cuarto capítulo* donde, se da tratamiento a la información recogida, presentando la sistematización y análisis de los documentos y entrevistas. Este capítulo se encuentra estructurado en función de la matriz de análisis adaptada en base a la propuesta de Birgit Pfau-Effinger (2005). Finalmente, el apartado de *conclusiones*, recoge los principales hallazgos que responden a los objetivos planteados y presenta recomendaciones puntuales respecto a la política pública cardiovascular en el Uruguay.

Luego de brindar una descripción densa sobre la salud cardiovascular y en particular del IAM en tanto tema de esta investigación, justificar la relevancia de estudiar los modos en

que la política pública sanitaria puede estar incidiendo en el acceso desigual a la práctica médica, exponer la pregunta que guía el presente estudio y el argumento central propuesto para resolverla. Cabe ofrecer en el *Capítulo I* que se presenta a continuación, un panorama del estado actual de la política pública sanitaria y específicamente la cardiovascular. Se desarrolla el contexto sociohistórico en la que se gesta, se detallan los actores sociales que incidieron en su devenir, se ofrece una descripción del diseño normativo e instrumental, como así también las características del proceso de implementación y monitoreo.

CAPÍTULO I. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA ACTUAL POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN URUGUAY

Cuando lo que se pretende es realizar un análisis de las políticas públicas en general y de las sanitarias en particular, es menester enmarcar dicho análisis en un contexto histórico determinado y en las relaciones sociales que lo configuran como tal⁶.

I.1. El proyecto de transformación del sector salud en Uruguay: coyuntura socio-histórica

El actual sistema de salud en Uruguay deviene de un proceso de transformación⁷ sanitaria que se inicia en Uruguay en el año 2005 y culmina en el año 2007, con la aprobación de la Ley 18.211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este hito supone una transformación estructural del sistema sanitario en base a nuevas formas de organización de los modelos de: atención a la salud, gestión y financiamiento.

Cabe señalar que la redefinición sanitaria se inscribe en un proceso de orden mayor, la construcción de una matriz de protección social como estandarte de transformación social. Cambios sociales dirigidos a la superación de un modelo alineado a una organización socioeconómica liberal, aperturista, concentrada y excluyente y cuyo marco conceptual se basaba en los lineamientos del Fondo Monetario Internacional (FMI), modelados en los años 80 en el llamado Consenso de Washington (Fernández Galeano, Levcovitz, & Olesker, 2015).

En este contexto, el sistema sanitario antes de su transformación estructural, se caracterizaba por la profunda fragmentación institucional que se expresaba esencialmente en

⁶ Este apartado se construye en base a seis estudios realizados entre los años 2012 y 2014, en el marco del proyecto interinstitucional sobre “Avances y consolidación del Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay” de los autores: Fernández Galeano, Levcovitz y Olesker (2015).

⁷ Continuando con la intención de los autores, intencionalmente se evita en este texto el uso de la expresión “Reforma” del sector salud, por su identificación con las iniciativas promovidas e incentivadas por las Instituciones Financieras Internacionales en los años 80’s y 90’s, en el contexto de los ajustes estructurales y reformas macroeconómicas basadas en la reducción del tamaño y rol del Estado, privatización de organizaciones públicas y profundo recorte de los gastos sociales, que ni de lejos caracterizan el proceso en curso en Uruguay (ídem).

la jerarquización de la cobertura⁸, en la calidad y estratificación de servicios, así como también en el incremento sostenido de los costos (Fuentes, 2010). Esta segmentación del sistema sanitario, se extendía sobre un mapa delineado por las disparidades de infraestructura e inequidades salariales entre el subsector público y el privado, que configuraba una base financiera estrecha y frágil. Al mismo tiempo, el modelo de atención hospitalocéntrico centraba las estrategias de respuesta en la enfermedad y la muerte, relegando el cuidado y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propios de la estrategia de atención primaria (Fleury, 2003). Por ello, el horizonte trazado por la transformación sanitaria, fue la eliminación de las desigualdades en el campo de la salud, en tanto universalización de la protección social de la población uruguaya en lo que refiere a la atención médica -fuerte interdependencia entre sistema sanitario y el de seguridad social-.

Esta transformación estructural del sistema sanitario, se llevó a cabo en base a nuevas formas de organización de los modelos de: atención a la salud, gestión y financiamiento. Sucede que, a través de esta transformación del modelo de financiamiento, se buscó minar las desigualdades en los aportes para financiar el sistema. Estas desigualdades de base, creaban accesos diferenciales al sistema, profundizando la fragmentación y duplicación de los servicios en los diferentes niveles de atención.

Respecto al nuevo modelo de atención, en el año 2007 se crea la “Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)”, cuya competencia queda circunscripta a la prestación de servicios de salud, marcando así una clara distinción con el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien sostiene y fortalece su rol de rectoría. Esto promueve el robustecimiento de una red de efectores estatales, en condiciones de competencia y complementariedad con los prestadores privados sin fines de lucro, garantizando la asistencia a los sectores más vulnerables.

Por otro lado, la redefinición del modelo de gestión se dirigió a conformar un organismo de conducción del SNIS -con competencias y capacidades de conducción y administración del fondo público obligatorio-; la Junta Nacional de Salud (JUNASA). La misma emerge como organismo rector del sistema en su conjunto, garantizando el derecho al acceso de las y los usuarios del sistema de salud.

⁸ Si bien Uruguay presentó históricamente altos niveles de cobertura formal, lo cierto es que el acceso no alcanzaba a ser universal, y justamente las personas que quedaban por fuera del sistema eran en su gran mayoría pertenecientes a los colectivos más vulnerables de la población: niños, adolescentes y ancianos.

Estas reestructuraciones, dan lugar a aspectos novedosos que caracterizan hasta hoy, al SNIS. El nuevo modelo de gestión ejecutado, habilita distintos niveles de participación social y abre las puertas a los aportes de la sociedad civil organizada para la construcción de su viabilidad institucional. La creación del Consejo Consultivo para los cambios en Salud, impulsó el diálogo con representantes de trabajadores, usuarios y prestadores, organismos sociales, organizaciones sindicales, académicas, entre otras; que fueron nutriendo el proceso de transformación. Además, cabe señalar que tanto en ASSE, como en JUNASA garantizan y legitiman la representación de las y los usuarios.

De hecho, esta propuesta estuvo ligada a los impulsos de las organizaciones de trabajadoras y trabajadores. Es, desde la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) que emerge la propuesta de un modelo de financiamiento mancomunado, solidario, público y obligatorio. Propuesta que fue evaluada y apoyada en la VIII Convención Médica del año 2004.

Al mismo tiempo, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), acompañan y ofrecen formas de cooperación técnica al proceso de consolidación del SNIS, haciendo énfasis en el aseguramiento de la cobertura y el acceso universal a una atención integral, oportuna y de calidad para toda la población.

La transformación del sector salud se caracterizó, además, por priorizar una lógica de integración y una visión sistémica del mismo. Se orientó a gestar e integrar una red articulada de prestadores de servicios de salud públicos y privados sin fines de lucro, sobre la base de recursos financieros mancomunados en un fondo público, obligatorio y solidario. Este fondo adoptó en el marco legal vigente el nombre de FONASA. Supuso, además, la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS), con la intención de garantizar justicia distributiva y universalidad de la cobertura, sobre la base de un nuevo modelo de atención con regulación estatal.

En este contexto socio-histórico la concepción de salud que subyace diseño de la política pública es, la salud entendida como un constructo social, como socialmente determinada. El proceso de salud-enfermedad deviene síntesis de múltiples factores interrelacionados que condicionan determinadas maneras de nacer, vivir, trabajar, enfermar y morir. Del mismo modo, configuran las formas de responder -sistema sanitario-, a los

problemas de salud de la población en la medida que son resultado de relaciones de fuerzas políticas, sociales, culturales y económicas.

La salud es una realidad construida socialmente. La justicia social es el determinante primordial de la salud de los individuos y las poblaciones. Impacta en el modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir [...] Ya en 1946 Uruguay y los demás estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron un principio internacional fundamental: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Fernández Galeano y Benia, 2013, p.5).

Por otro lado, la revisión de los antecedentes bibliográficos da cuenta que; en el proceso de transformación estructural del sistema sanitario, la incorporación de la perspectiva de género o su transversalización en la política pública sanitaria, fue acotada al proceso de institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos⁹. El fragmento de entrevista dispuesto a continuación, refleja el grado de conocimiento sobre la temática:

[...] entonces en el 2004, las que estaban en la bancada bicameral nos preguntaron a las feministas ¿quién se animaría o quien quisiera entrar en el gobierno? [...] entonces cuando el nuevo gobierno me llamó [...] y me dijo “estamos llamándote para que te encargues del programa de mujer y niñez” yo le dije, no, yo mujer y niñez no [...] Yo aceptaría algo que fuese salud de la mujer y género... “¿qué es género?” dice él, año 2004 te estoy diciendo (Ex Representante del MSP, 2019).

En esta línea cabe mencionar que, en el periodo 2005-2009 se ejecutó el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, dentro de la Dirección General de Salud del MSP. Su propósito queda expresado en la siguiente cita: “Si se ponen en consideración las desigualdades históricas entre hombres y mujeres, la perspectiva de género se constituye en uno de los factores determinantes de la salud, y, por tanto, deben ser consideradas integralmente en la formulación de políticas públicas (MSP, 2005, p.4). Este programa tuvo por objeto: a) fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres y, b) disminuir la inequidad de género que existe en la salud y en la sociedad, para el ejercicio de derechos hacia una ciudadanía plena. En esta línea se

⁹ El proceso de institucionalización se cristaliza en el Área de Salud Sexual y Reproductiva. La misma, es una de las cuatro áreas del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) -unidad organizativa dependiente de la Dirección General de Salud-. Tiene como marco de referencia la Ley 18.426 y suscribe a los Protocolos de Cairo 1994 y Beijing 1995 (MSP, 2014).

orientó a trabajar: anticoncepción, la violencia de género, condición del varón, el cáncer en las mujeres y asesoría en investigación y gestión continua¹⁰.

En este contexto, la comunión de todos los elementos desarrollados, significó crear nuevas reglas de juego. Es decir, construir una nueva institucionalidad sobre la que va a sostenerse el actual SNIS. Se trata de una política pública de salud posicionada desde la determinación social de la salud-enfermedad, que considera la situación epidemiológica de la población y que se cristaliza en los Objetivos Sanitarios Nacionales del periodo 2015-2020.

I.2. El proceso de institucionalización de la nueva política pública de salud

Una vez puesta en marcha la transformación del sector salud, a través de la transformación de los modelos de atención, gestión y financiamiento; entran en juego otras interrogantes, tales como ¿para qué todos estos esfuerzos? O, ¿qué mejoras en la salud de la población se quieren lograr? Se inicia el proceso de concreción de la nueva política pública de salud.

Como ya se mencionó, a partir del año 2005, en un escenario nacional orientado a instaurar una nueva matriz de protección social, se desarrolla la política de salud y la mencionada transformación del sector. Comienza a gestarse una nueva política de salud pública, apoyada en cinco principios estratégicos (Rodríguez Buño, 2014): coordinación interestatal y complementariedad instauradas a todo nivel -desde la formulación de las políticas hasta la puesta en práctica de sus acciones y programas, pasando por la definición del presupuesto-. Descentralización territorial y funcional orientada a adaptar la oferta estatal a las particularidades poblacionales, con un doble propósito: comprometer a las gestiones locales y a la sociedad civil -objetivo político- e impulsar la gestión social -objetivo práctico-. Paralelamente, se fomenta la redistribución de competencias a nivel sectorial -aspectos operativos, de conducción política, de regulación, de control y de seguimiento-. Nuevas modalidades de relación público-privado; una que refiere al vínculo con el sector empresarial y otra con el privado social -sin fines de lucro-. El fomento a la participación ciudadana en sus diversas expresiones -territoriales y sectoriales-, deviene del proceso de descentralización institucional. Y finalmente, en el contexto de expansión estatal, los cambios sociales

¹⁰ Entre los años 2010-2015, este programa quedó diluido junto al Programa de Violencia y Salud, dentro del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. Desde el año 2015 hasta marzo 2020, se encuentra dentro del área independiente de Violencia Basada en Género y Generaciones.

encauzados, requirieron una profunda alteración presupuestal que fue sostenida con una política económica de rigor fiscal y compromiso con la preservación de los equilibrios económicos para garantizar su sustentabilidad.

En función de estos principios señalados, es que en el año 2010 se crea el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES). El DPES tuvo como objetivos: establecer los objetivos de salud pública a corto y mediano plazo, unificar acciones de salud colectiva y articular los planes nacionales en salud. Asimismo, se estructuró a partir de cuatro áreas: Ciclos de Vida, Salud Sexual y Reproductiva, Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Problemas Prevalentes, y Promoción de Salud y Determinantes Sociales.

Dicha organización del DPES estaba en consonancia con la noción de salud entendida como socialmente determinada. Es que el nuevo SNIS, partía de los modos de vida y los contextos sociales donde se desarrollan las personas, para desplegar sus acciones de salud colectiva. Como resultado, cada área del DPES desarrolló y ejecutó programas específicos, contribuyendo de este modo a los planes nacionales en salud comprendidos en el periodo 2005-2010¹¹.

No obstante, el auge alcanzado por estas decisiones y acciones políticas, marca su techo al señalar la necesidad de una política de salud ampliada -en términos de accesibilidad- e integral -respecto a su concepción-, que transversalice el resto de las políticas públicas en procura de garantizar la salud como derecho fundamental (Fernández Galeano, Levcovitz, & Olesker, 2015).

El viraje en este proceso guarda relación con políticas públicas intersectoriales más amplias, tendientes a resolver las desigualdades sociales existentes en el territorio nacional. Sucede que el diseño de la política sanitaria nacional a largo plazo, requirió considerar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad e identificar y priorizar los problemas de salud pública que atravesaban el territorio. En esta línea es que los procesos socio-epidemiológicos de mayor prevalencia comenzaron a cobrar relevancia en la definición de un plan nacional de salud.

¹¹ A modo de ejemplo, y haciendo foco en el objeto de estudio; el Área de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Problemas Prevalentes contuvo en sí misma los siguientes Programas Nacionales: Prevención del Tabaco, Cuidados Paliativos, Lesiones, Consumo Problemático de Sustancias y Cáncer.

Tal es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Estos eventos constituyen un perfil poblacional significativo de morbi-mortalidad -tienen una profunda incidencia en la salud colectiva en tanto son generadores de mortalidad prematura o de discapacidad significativa, hecho que hace a la calidad de vida de las personas-. Asimismo, al tratarse de eventos evitables, exigen acciones y estrategias de prevención y control tal y como lo demuestra el siguiente fragmento de la normativa.

[...] se buscará reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables, fortaleciendo al mismo tiempo sus capacidades para tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas para su pleno desarrollo (MSP, 2015, p.20).

Es de este modo que, a partir de un trabajo interinstitucional e intersectorial¹², se definieron líneas estratégicas para el período 2015-2020, conocidas como **Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN)**: 1) alcanzar mejoras en la situación de salud de la población, 2) disminuir las desigualdades en el derecho a la salud, 3) mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud y 4) generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

A su vez, estos OSN abarcan 15 problemas de salud pública identificados como problemas críticos prioritarios¹³: 1) Embarazo no deseado en adolescentes, 2) Prematurez y bajo peso al nacer, 3) Elevado índice de cesáreas, 4) Transmisión vertical de sífilis y VIH, 5) Alteraciones del desarrollo en la primera infancia, 6) Problemas nutricionales críticos en la

¹² El establecimiento de los OSN es un proceso de construcción colectiva impulsado desde el MSP que involucró a una multiplicidad de actores en cada área priorizada. Dicho proceso fue sostenido por un Comité Coordinador integrado por las diferentes Direcciones Generales del MSP. En una primera etapa, se constituyeron 12 equipos técnicos interdisciplinarios orientados a caracterizar aquellos problemas de salud identificados. Asimismo, se realizó en el mes de mayo del 2015, una Consulta Pública de carácter técnico -con más de 200 expertas/os para analizar la viabilidad técnica del proyecto, avanzar en la definición de los OSN y las líneas de intervención para alcanzarlos. Posteriormente, en julio del mismo año, con el apoyo de OPS/OMS, se llevó a cabo una jornada sobre las principales herramientas institucionales para la rectoría disponibles en el MSP para analizar la viabilidad operativa de los mismos. Luego, en septiembre se convocan a los directores departamentales para contemplar el proyecto desde un enfoque territorial. Finalmente, el Comité Coordinador y el Gabinete Ministerial, analizan conjuntamente la validación y los ajustes necesarios al proyecto (MSP, 2015, p.94).

¹³ La definición de los OSN se ha concebido como un proceso con fuerte conducción tecnopolítica caracterizado por: el sustento del conocimiento sistematizado de la situación sanitaria y los determinantes sociales de la salud, la priorización colectiva y participativa de los principales problemas de Salud Pública que afectan a la población y al Sistema de Salud, la identificación de las rutas de mejoría de las situaciones identificadas con proyectos y acciones concretas definidos por parte de los diferentes actores gubernamentales, de la sociedad civil y de la comunidad organizada que se expresa a través de las múltiples organizaciones, y el abordaje intersectorial que da cuenta de una concepción integral de la salud, con involucramiento de]: MIDES, MVOTMA, MEC, Interior, JND, Intendencias, departamentales, municipios, entre otros (MSP, 2015, p.93).

primera infancia, 7) **Morbimortalidad por ENT, cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica**, 8) Morbimortalidad por cáncer, 9) Morbimortalidad por VIH/Sida, 10) Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental, 11) Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral, 12) Violencia de género y generaciones, 13) Dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y adultos mayores vulnerables, 14) Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas, 15) Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria. Estos problemas de salud pública identificados como críticos y prioritarios, fueron caracterizados para definir así: áreas de intervención, metas a alcanzar e indicadores de monitoreo.

Respecto a las áreas de intervención, se delinearon acciones estratégicas dirigidas a caracterizar los problemas de salud colectiva identificados y priorizados. A su vez, se buscó visibilizar los factores que, en su interrelación, están condicionando dichos problemas de salud colectiva. Estas áreas de intervención fueron llamadas Objetivos Estratégicos -nivel operativo articulan acciones tendientes a alcanzar conjuntamente, los cuatro grandes OSN. Estos Objetivos Estratégicos son: 1) favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo, 2) disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad, 3) mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida, 4) construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud y finalmente y, 5) avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas.

Por otro lado, las metas en tanto resultados a alcanzar, son horizontes que permiten no sólo orientar los recursos, sino también los estímulos y articular así, las acciones y relaciones entre los actores sociales que constituyen el campo de la salud¹⁴.

Los OSN 2020 pueden oficiar como hoja de ruta general, organizando la tarea de todos los actores con una mirada nacional, pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión ni las particularidades del nivel local y el territorio (MSP, 2015, p.13).

Finalmente, la relación entre Objetivos Estratégicos, factores condicionantes y las áreas de intervención; se hace manifiesta a través de Programas de Salud, a saber: **1) Enfermedades No Transmisibles**, 2) Salud de la Niñez, 3) Adolescencia y Juventud, 4)

¹⁴ En Anexos, se presenta la estructura que relaciona los Objetivos Estratégicos definidos, los factores condicionantes y las áreas de intervención sobre las que se trabaja (Tabla 1).

Violencia Basada en Género y Generaciones, 5) Nutrición, 6) Programa Nacional para el Control del Tabaco, 7) Salud Sexual y Salud Reproductiva, 8) Control de Cáncer, 9) ITS-VIH/SIDA, 10) Adulto Mayor, 11) Cuidados Paliativos, 12) Adulto Mayor 13) Discapacidad y Rehabilitación, 14) Programa Nacional de Salud Bucal y 15) Salud Mental.

Es a través de la descripción de la política pública de salud, queda de manifiesto el cometido que expresa el MSP (2020), a saber; contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes del país, elaborando las políticas de promoción de salud y prevención, normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad¹⁵, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia. Resta complementar esta descripción con una lectura más amplia del campo de la salud, el contexto internacional.

I.3. El contexto internacional reciente

En el año 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. La misma, está constituida por 17 objetivos y 169 metas, alrededor de tres dimensiones: la económica, la social y la ambiental. Se los conoce como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los 17 ODS son transversales y están interrelacionados, lo que significa que el éxito de uno afecta el de otros, se trata de: a) Responder a la amenaza del cambio climático repercute en la forma en que gestionamos nuestros frágiles recursos naturales, b) Lograr la igualdad de género o mejorar la salud ayuda a reducir la pobreza y c) Fomentar la paz y sociedades inclusivas reducirá las desigualdades y contribuirá a que prosperen las economías.

Los antecedentes de los ODS son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) planteados en el año 2000, encaminados a abordar la indignidad de la pobreza. Empero, los

¹⁵ La noción de equidad, bajo esta cosmovisión, refiere al impacto económico de las enfermedades. En esta línea de pensamiento, la principal fuente de equidad, es garantizar el acceso a la protección social. Es por ello que el desafío primero es, generar normas que faciliten la complementación, establecer precios de referencia que garanticen la equidad en la complementación y mecanismos de compensación de prestaciones entre prestadores. El concepto de cobertura universal y el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, y por ende la importancia del principio de equidad en salud (Fernández, Levcovitz y Olesker, 2015), son premisas básicas del análisis presentado en la normativa analizada.

ODS, tienen un puente hacia una intención más contundente, hacia un horizonte más sostenible. En este contexto, Uruguay asume la responsabilidad de orientar sus políticas públicas en torno al cumplimiento de los ODS. La adherencia y compromiso de Uruguay a la agenda 2030, implica la realización de informes voluntarios. Con la elaboración del tercer Informe Nacional Voluntario, Uruguay en 2019 completa el seguimiento de la situación país en cada uno de los 17 ODS.

Respecto al campo de la salud, puede mencionarse el 3er. ODS 2020: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Respecto a éste, queda de manifiesto que los 4 objetivos sanitarios nacionales (OSN) están en estrecha vinculación con las metas de los ODS. Del mismo modo, las principales políticas a través de las que se expresan: 1) uso social de los recursos (FONASA), 2) abordaje integral de políticas hacia primera infancia, infancia y adolescencia -Estrategia Nacional para la infancia y la adolescencia- y 3) estrategia intersectorial de prevención de embarazo no intencional en adolescentes; comulgan con los mismos esfuerzos orientativos.

En este escenario que tejen las relaciones nacionales e internacionales, se encuentran algunas menciones a la transversalización de la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas sanitarias. Al respecto, cabe señalar el Mecanismo de Género del MSP¹⁶, el cual tiene como propósito de:

[...] difundir, asesorar y promover la implementación de la política de género y garantizar el cumplimiento de las responsabilidades del MSP en el marco de la Ley 18.104 de Igualdad de Oportunidades y Derechos [...] la Ordenanza N° 205/2013 la cual dispone introducir en toda normativa, política, plan y/o programa de este ministerio, la perspectiva de género” (MSP, 2014:15).

Si bien la obligatoriedad de integrar el enfoque de género en todas las políticas del MSP, a través de la Ordenanza N° 205/2013 representa un hito en el campo de la salud, su traducción en planes, programas y acciones concretos y orientados a trascender la salud sexual y reproductiva de las mujeres cis¹⁷ es tema pendiente.

¹⁶ Su conformación se enmarca en el Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos del año 2005 como herramienta de transversalidad de género en el Estado (MSP, 2014:15)

¹⁷ Una concepción ampliada buscaría trabajar, además, la salud sexual y reproductiva en varones y disidencias.

I.4. La política pública de Salud Cardiovascular

Una vez descrito el proceso de construcción socio-histórica de la política pública de salud de Uruguay, señalar sus principales características, los actores sociales -locales e internacionales- que incidieron en su devenir; resta adentrarse en el objeto de estudio de esta investigación, la política pública de salud cardiovascular (en adelante PPSCV).

Para tal fin, se presentan los principales actores sociales de la arena política que, junto al MSP -a través del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles- definen, ejecutan y monitorean los problemas públicos de salud cardiovascular (Figura 2).

Entre los actores sociales, se resalta el rol de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular (CHSCV), los aportes de la Sociedad de Cardiología Uruguaya (SUC) y en particular el impulso en su interior, del Comité de Cardiopatía de la Mujer.



Figura 2. Elaboración propia.

La CHSCV¹⁸ es una organización de referencia nacional para el diseño y ejecución de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades cardiovasculares en el SNIS. En alianza con organismos similares, configura el eje principal de control de las ECNT del Sistema Integrado de Salud (CHSCV, 2020). Asimismo, organiza anualmente la Semana del Corazón, con el propósito de impulsar la campaña nacional de promoción de salud cardiovascular.

En el entramado de organizaciones dedicadas a los problemas de salud cardiovascular, se encuentra la SUC¹⁹. En tanto sociedad científica de salud cardiovascular, además de atender a las necesidades gremiales de dicha especialidad médica, fomenta la producción de conocimiento sobre salud pública cardiovascular y la actualización del saber-quehacer médico especializado. Al mismo tiempo, la SUC está constituida por Comités de subespecialidades y/o áreas temáticas, entre éstos; el Comité de Cardiopatía de la Mujer.

El desarrollo del devenir y cometidos del Comité de Cardiopatía de la Mujer²⁰, merece principal atención, dado la convergencia de su objeto de trabajo y los propósitos de esta investigación.

¹⁸ El 22 de noviembre de 1994, a través de la Ley N° 16.626, se crea la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV), con carácter de persona jurídica de Derecho Público no estatal. La ley prevé que, se declaren de interés nacional sus actividades orientadas a controlar los factores de riesgo para la salud cardiovascular. Son cometidos y atribuciones de la CHSCV: a) promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas expuestas o afectadas por enfermedades cardiovasculares en el marco de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles; b) proporcionar en forma sistemática información destinada a la población y aportar y requerir informes técnicos a organismos nacionales e internacionales de salud; c) Impulsar programas de difusión coordinando las acciones pertinentes con entidades oficiales o privadas, asistenciales, sociales, sindicales, culturales, deportivas, cooperativas, fundaciones, etc.; d) promover la educación de la población acerca del necesario control de los factores de riesgo cardiovascular, recurriendo fundamentalmente a los sistemas formal e informal de educación pública; e) estimular, con la participación de los servicios correspondientes, planes de investigación -básica, epidemiológica y operativa- impulsando los esfuerzos científicos nacionales para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares; f) propiciar, a través del intercambio con centros y organismos internacionales especializados, el adiestramiento de personal afectado a los programas, así como su actualización; g) programar y presupuestar anualmente su plan de actividades, realizar inversiones y aplicar recursos, informando al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y, h) concertar con el Banco de la República Oriental del Uruguay y demás Bancos del Estado fórmulas de asistencia financiera para ejecutar sus programas.

¹⁹ La SUC se funda el 9 de septiembre de 1948, con el objeto de profundizar y fomentar el estudio científico de los problemas de salud que plantean las enfermedades cardiovasculares en el Uruguay. El coronario de este propósito es la elaboración y difusión de la Revista Uruguaya de Cardiología, la cual edita tres números anuales. Además, atender y resolver los aspectos sociales, profesionales, laborales de la especialidad o de las subespecialidades. En este sentido, es una organización gremial y científica que promueve la educación médica continua, la participación de sus integrantes en congresos locales y suscita interacciones con Sociedades Cardiológicas de la región.

²⁰ La fundación del Comité de Cardiopatía en la Mujer en Uruguay, ha sido nutrida por varios motivos. La participación de sus integrantes, desde el año 2005, en los Congresos Americanos de Cardiología a través de *Women in Cardiology Section (WIC)- American College of Cardiology (ACC)*, fue gestando el anhelo de replicar en el país el estudio de la cardiopatía en la mujer. Otro mojón en este devenir, le corresponde al Congreso de la

En el mes de agosto del año 2013 la SUC funda el Comité de Cardiopatía en la Mujer, grupo heterogéneo y representado por todas las subespecialidades de cardiología. La misión planteada fue, la de estudiar las diferencias de género de las ECV, con el objetivo de promocionar la prevención, lograr detección precoz y el correcto tratamiento de dichas enfermedades en las mujeres.

A finales del año 2013, el Comité genera su primer aporte en materia de evidencia científica, mediante el diseño e implementación de una encuesta nacional que procuró medir el grado de percepción de las mujeres cis sobre la importancia de las ECV en las posibilidades de enfermar y de morir²¹.

Algunos hallazgos a resaltar de este estudio; el *primero* es que, señala que, respecto a la relación entre percepción y nivel de conocimiento de las mujeres cis sobre la ECV, no hay diferencias significativas según regiones del país, ni por nivel socioeconómico. Empero, existen tendencias dentro de franjas etarias más jóvenes -20 a 39 años-, con escasos conocimientos que las llevan a subestimar los padecimientos cardiovasculares²². En su lugar, perciben el cáncer como el problema de salud de mayor importancia y la principal causa de muerte. Esta asociación conduce a considerar como principales exámenes médicos

Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI) llevado adelante en el año 2011 en Chile. En esta ocasión, el encuentro permite a las representantes de Uruguay que asistieron, observar que tanto Chile como Argentina muestran avances en la problemática, que a nivel local no se había incursionado. Un año más tarde (2012), el mismo Congreso se realiza en Montevideo, habilitando la oportunidad de instalar una nueva mesa temática: *Woman in Innovation* (WIN). En esta mesa se presenta un estudio piloto sobre la percepción sobre la principal causa de muerte en las mujeres, estudio que sería el puntapié de una serie de futuras investigaciones. Posteriormente en el año 2013, a instancias del Consejo de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Sudamericana de Cardiología, se acuerda que todos los países de la región deberían de tener un Comité de Cardiopatía de la Mujer.

²¹ Con el apoyo de Bayer se realizó la encuesta de “Percepción, Conocimiento y Conducta de Prevención de Enfermedades Cardíacas en la Mujer por la Mujer”. Fue ejecutado por la empresa Mercoplus Latin America. El estudio partió de considerar que las ECV representan un importante problema de salud para la población uruguaya, y que los diferenciales por sexo muestran que la tasa de mortalidad arroja 13 muertes diarias para el sexo femenino y 11 para el masculino. Al respecto, señala que, si bien en la última década en Uruguay se ha observado un descenso sostenido de la mortalidad por esta causa, este descenso ha sido menor en las mujeres que en los varones. La hipótesis que lo guía es que “existe en la mujer de los países occidentales, una identificación inadecuada acerca de cuál es su principal problema de salud y primera causa de muerte” (Artucio *et al.*, 2017, p3). La muestra del estudio estuvo compuesta por 300 personas de sexo femenino que respondieron a una encuesta telefónica -con edades entre 20 y 70 años-, y seleccionadas al azar. Se buscó sostener una distribución similar a la de la población general en cuanto a nivel socioeconómico y edad. En el año 2019, se replica la encuesta de percepción, pero al momento de sistematizar la información de esta investigación, no es posible acceder a sus resultados.

²² Los resultados del estudio de 2013, arrojaron que el cáncer fue percibido el 52% de las veces, como el principal problema de salud y por el 62% como primera causa de muerte. Respecto a la ECV el 17% de las veces fue percibida como principal problema de salud y por el 12% como primera causa de muerte. Para el 2017, el 10% percibe a la ECV como principal problema de salud, mientras que el 18% percibe a la ECV como principal causa de muerte.

preventivos, al PAP y a la mamografía. Ahí es donde, se evidencia que las particularidades en el PSE quedan circunscritas a la SSR, cuando de mujeres cis se trata.

Esto ha tendido a invisibilizar la problemática de las enfermedades cardíacas entre las mujeres, observándose una notoria subestimación de las mismas como principal causa de muerte, atribuyéndoles baja importancia relativa a las mismas enfermedades como a los exámenes para detectarlas. Esta subestimación obedece tanto al punto anterior como a la tradicional asociación de este tipo de enfermedades con los hombres (Artucio *et al.*, 2017, p.13).

El *segundo*, refiere al conocimiento sobre síntomas y prevalencia de enfermedades cardíacas en la mujer, el estudio muestra que, las mujeres tienen un alto nivel de conocimiento (>90%) de los síntomas típicos -dolor precordial, disnea-, siendo los síntomas atípicos de conocimiento más bajo (<70%). Asimismo, sus conocimientos sobre prevalencia de enfermedades cardíacas arrojan que: ocho de cada diez mujeres asumen que la enfermedad cardíaca en la mujer se produce de la misma forma que en el varón, y siete de cada diez mujeres desconocieron que las enfermedades cardíacas fueran la principal causa de muerte entre ellas. El *tercero* versa sobre la importancia asignada a factores de riesgo y medidas de prevención de enfermedades cardíacas. Al respecto, presenta que las mujeres, en general, conocen la importancia de los factores de riesgo tradicionales y principales. Empero sus preocupaciones por contraer enfermedades, muestran que el cáncer ocupó el primer lugar. En *cuarto* lugar, se destaca de esta investigación que, visibiliza una tensión en la relación médica/o-paciente. Las personas que participan de la encuesta, señalan que poco hablan del tema cardiovascular con sus médicas/os²³. Sexto y finalmente, el análisis del acceso a información acerca de enfermedades cardíacas, señala el 75% de las veces, haber escuchado o leído información acerca de las enfermedades del corazón en el último año y que, el medio privilegiado para acceder a dicha información fue la televisión y no el consultorio (76%). Este estudio ratifica la necesidad de generar acciones de educación para la salud, dirigidas a las mujeres, con el fin de fortalecer la toma de conciencia y el conocimiento del riesgo de la ECV en su género y promover así, una conducta preventiva.

²³ Al respecto, el 50% menciona no haber hablado con su médica/o sobre medidas de prevención y el 77% señala no haber recibido información sobre los síntomas de ECV -considerando la importancia de conocer y dar a conocer las diferencias en la sintomatología-. En el análisis de subgrupos se observó que las mujeres mayores de 40 años, sin distinción de NSE o de educación, tienen mayor inquietud sobre el tema y reciben más información de los médicos. Entre las menores de 40 años se observa una brecha en la información que brindan los médicos, favorable a quienes provienen de hogares de NSE más alto.

Estos resultados orientan el accionar del Comité hacia la comunidad, tal y como lo señala el fragmento de entrevista que se presenta a continuación: “Es allí, trabajando y manteniendo acciones en la comunidad, donde nos damos cuenta de que no era solo un tema de percepción, sino también que, había problemas en la atención médica” (Representante del Comité de Cardiopatía en la Mujer en Uruguay, 2020).

Estos impulsos coronan en el proyecto de Ley de Concientización. Precedente que se apoya en la experiencia de otras ciudades de Iberoamérica. Contando con el apoyo de la Bancada Bicameral Femenina, el Comité logra que se apruebe la Ley N° 19.744 declara que el día 9 de marzo, como el Día Nacional de Concientización de la Salud Cardiovascular de la Mujer²⁴. Mediante este recurso parlamentario, el Comité materializa su propósito de promover el compromiso de los distintos efectores de atención de la salud, a que cada 9 de marzo, realicen actividades de información, difusión y concientización sobre la temática. Esta intención ha llevado aparejado que, al interior de cada comisión de trabajo de la SUC, se iniciaran actividades científico-académicas para la acumulación de conocimiento, tal y como lo refleja el siguiente relato:

Este proceso, al principio fue muy resistido, ser científica y feminista parecía incompatible. De a poco, las barreras van cediendo, pero aún persisten [...] la participación de los colegas en las actividades propuestas por el Comité, es prácticamente nula [...] el impedimento a que transversalice la perspectiva de género en el posgrado de cardiología [...] que la cátedra de cardiología o las instituciones, se comprometan verdaderamente con la causa. El Comité no cuenta con apoyo financiero, ni para sus actividades de concientización, ni para divulgar sus avances en comunidades científicas extranjeras (Representante del Comité de Cardiopatía en la Mujer en Uruguay, 2020).

Resumiendo, el Comité ha logrado poner el tema en el ámbito de la discusión público-ciudadana, para hacer frente a un profundo desconocimiento. Desde el punto de vista científico, ha impulsado y estimulado el estudio y la producción de conocimiento específico sobre la cardiopatía en las mujeres cis²⁵. Desde el punto de vista normativo, con la Ley N° 19.744 se ha difundido la importancia de poner en discusión el tema, aunar esfuerzos y

²⁴ Las instituciones y organismos vinculados a la temática, organizarán y promocionarán en forma coordinada, acciones y actividades destinadas a difundir el conocimiento y sensibilizar sobre las enfermedades cardiovasculares de la mujer, actualmente primera causa de muerte (Poder Legislativo, 2019).

²⁵ En el año 2019 en el marco del congreso de la SUC, se premió una investigación sobre SCV, que transversaliza la perspectiva de género.

fomentar los compromisos institucionales para hacerle frente a los sesgos de género en la atención de las ECV.

Estas organizaciones, junto al Área Programática Enfermedades No Transmisibles del MPS, constelan su accionar para dar respuestas a los problemas de salud cardiovascular. Dicha Área del MPS tiene por objeto, prevenir y controlar las ECNT y sus factores de riesgo. Las ECNT comprenden los problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes y respiratorias crónicas. En relación a los factores de riesgo, se los aborda coordinando acciones con áreas programáticas relacionadas con los mismos -nutrición, tabaco, actividades físicas y alcohol- y en forma intersectorial con otras instituciones (MPS, 2020). Aspectos éstos, detallados en párrafos anteriores.

En este primer capítulo, se ha descrito el proceso de transformación del campo sanitario en Uruguay, como así también, se ha abordado las particularidades del proceso de institucionalización de la actual normativa, dando cuenta de la complejidad de las relaciones sociales y niveles coyunturales - nacional, regional e internacional- que la configuran como tal. Asimismo, se ha señalado las singularidades sociohistóricas que constituyen la actual política pública cardiovascular, concibiéndola como anclada a un entramado de actores sociales que pujan por incidir en su definición. Dicho esto, resta presentar a continuación, las consideraciones teórico-conceptuales. El *Capítulo II* ofrece una revisión crítica y reflexiva sobre la noción de política pública y desarrolla los argumentos que sostienen la propuesta analítica. Del mismo modo, se aborda la salud como objeto de estudio, sugiriendo al mismo tiempo, una nueva manera de entenderla y abordarla. Muestras que, esgrime los argumentos necesarios para sostener la importancia de la transversalización de la perspectiva de género en el campo de la salud.

CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES

En este apartado, se incluyen aspectos teórico-conceptuales que se consideran claves para el análisis. En principio, se define y expresa la concepción de política pública que se sostiene en esta investigación y el modelo de análisis que se propone, alineado a la perspectiva de género. Posteriormente, se da cuenta del proceso de salud-enfermedad como objeto de estudio sociológico, su vinculación con el campo de las políticas públicas y los problemas de salud prevalentes en Uruguay. Relaciones éstas, concebidas desde un análisis que incorpora la mirada de género.

II.1. La Política Pública y su análisis desde la perspectiva de género

Cuando se tiene como propósito abordar el análisis de una política pública, es necesario comenzar describiendo inicialmente, qué se entiende como tal. La noción de política pública hace referencia a, “las interacciones, alianzas y conflictos, en un marco institucional específico, entre los diferentes actores públicos, parapúblicos y privados, para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada” (Subirats, *et al.*, 2008, p.35).

A la luz de esta definición, la política pública es concebida en esta investigación como respuesta a un problema colectivo desde una concepción relacional. Relacional, en tanto procesos de negociación y conflicto -juegos de poder- entre actores políticos que buscan incidir en la arena política. Relacional, porque integra práctica social -potencialmente conflictiva- y estructura. Estructura que contiene y relaciona el orden institucional y las acciones humanas que constituyen estas estructuras.

Al hablar de política pública, es inevitable remitir al Estado, a sus dispositivos y a sus formas de gobernanza. Empero, “el gobierno representa el principal -aunque no exclusivo- factor instrumental para la ejecución o implementación de los mandatos contenidos en las políticas públicas” (García Prince, 2008, p.17). Sucede que, la política pública alude, además, a la participación y relación de actores sociales con la gobernanza. Actores sociales que, en base al ejercicio de sus derechos y las formas de organización colectiva; condicionan los márgenes de decisión y acción de gobierno. Es decir, hablar de políticas públicas es referir a “decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y

el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes” (Aguilar, 1992, p.36).

A partir de lo dicho, cabe sostener que el análisis de una política pública ha de centrarse en el modo en que se construyen los problemas, se los define y explica; y en el grado de apertura a la opinión pública, que juzga su efectividad y propone opciones diferentes de abordaje (Aguilar, 1992).

En esta línea, Pfau-Effinger (2005) propone un modelo analítico de políticas públicas basado en la concepción de Estado de Bienestar²⁶. Entiende que, lo que diferencia a los regímenes de bienestar -los unos de los otros-, son sus principios básicos, que son interpretados por la autora como valores culturales.

Antes de dar cuenta de la propuesta analítica de la autora citada, cabe señalar que, para los fines de esta investigación, su modelo analítico será considerado como tipo ideal (Weber, 1982). En tanto instrumento conceptual, el mismo permite acercarse y comprender las características intrínsecas de un fenómeno social. Tal construcción lógica -mental- describe hechos conceptualmente posibles, pero no corresponde al mundo real -es decir, no puede observarse puramente en la realidad-.

Volviendo a Pfau-Effinger (2005), la autora señala que, el análisis de las políticas de los Estados de Bienestar ha marginado la influencia de la dimensión cultural. Por ello, plantea estudiar la relación entre cultura y políticas de Estado de Bienestar conceptualizándola como compleja, constituida por varios niveles interrelacionados en un contexto histórico específico de una sociedad determinada y que puede desarrollarse de formas contradictorias.

En esta interacción agrega, es común hablar de cultura de bienestar; entendida como un complejo de ideas subyacentes en las políticas de bienestar. Son las ideas relevantes que rodean al Estado de Bienestar en un momento y lugar determinado y los modos en que estas

²⁶ Este diseño metodológico, Pfau-Effinger, lo hace a partir de la noción de Estado de Bienestar estudiada por Esping Andersen como modelo tipo ideal para Europa. En contexto latinoamericano, se consideran Estados Sociales (Filgueira, 1999 y Martínez Franzoni, 2008). Uruguay tiene un estado de bienestar o social maduro y robusto para los estándares latinoamericanos. Se encuentra estructurado en el genotipo del modelo continental de Bismarckian con su sesgo contribuyente para financiación y derechos, su énfasis en las transferencias de efectivo a sectores vulnerados y su orientación hacia el modelo de familia nuclear de sostén masculino (Filgueira, 1999). Para Martínez Franzoni, (2008), Uruguay presenta un régimen social del tipo estatal-proteccionista. Con patrones demográficos de país desarrollado, destina recursos principalmente a la educación y a la salud, es decir, a crear las condiciones necesarias para garantizar el acceso al mercado laboral. En este escenario, las políticas públicas son centrales y enfatizan sobre la protección social a partir de las contribuciones asociadas a las ocupaciones, en particular, en los sectores formales de la economía.

ideas se integran en una sociedad. Los elementos que esta noción comprende son los conocimientos, valores e ideales que; actores sociales, instituciones del Estado de Bienestar y políticas concretas, refieren sobre las desigualdades sociales, sobre la división del trabajo y sobre las instituciones sociales. Este acervo de fundamentos culturales predominantes en la cultura de bienestar, van delimitando el espectro de posibles políticas de un Estado de Bienestar.

Asimismo, plantea un esquema de análisis que permite examinar la relación entre cultura y políticas de Estado de Bienestar, teniendo en cuenta el contexto socio-histórico determinado: el Enfoque de Acuerdos de Bienestar. Entre los elementos que componen este esquema conceptual (figura 1), permite visualizar los componentes y sus interrelaciones.

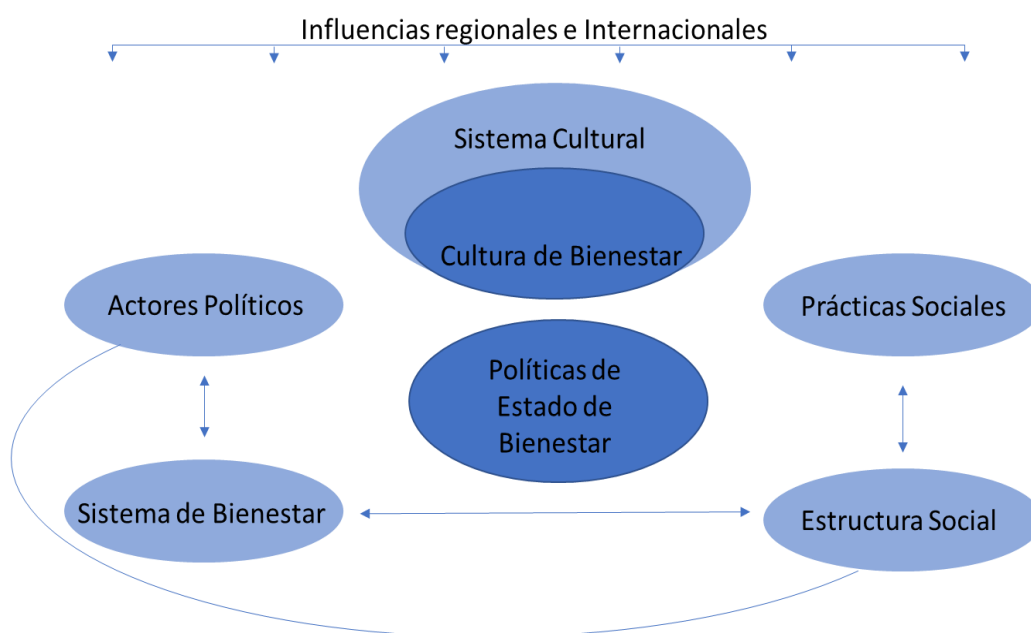


Figura 1. Elaboración propia a partir del esquema original de Pfau-Effinger (2005).

En la propuesta de Pfau-Effinger, el espectro de políticas de Estado de Bienestar -en tanto medidas concretas-, están en relación con el contexto social de la cultura de bienestar -dimensión cultural-, con las instituciones claves de la sociedad -sistema institucional-, con la estructura social -dimensión estructural-, y finalmente, con las y los actores sociales, sus acciones y sus múltiples interrelaciones -práctica social-.

La relación entre cultura y políticas de bienestar se conecta a través de las ideas de las y los actores sociales. Por esta razón, entiende que las políticas de bienestar son el resultado de procesos de negociación, conflictos y compromisos desplegados por actores

sociales posicionados en distintos niveles del contexto social y en relación a sus ideas e intereses. Pero a su vez, sostiene que la cultura puede modificar el impacto pretendido por las políticas sobre los comportamientos sociales. Especie de interrelación mutuamente influyente, donde la cultura de bienestar no sólo condiciona la interacción de factores institucionales y sociales insertos en un contexto social determinado, sino que, además, está influenciada por aquellas relaciones potencialmente conflictivas.

A la forma específica que adquieren aquellos procesos de negociación, conflicto y compromisos, la autora la conceptualiza como acuerdos de bienestar. Los mismos se basan en distintos elementos de la cultura de bienestar cuya vinculación discurre en lo local, en lo regional y en las tendencias internacionales. El papel de la cultura de bienestar puede ser de factor de integración de las políticas e instituciones del Estado de Bienestar y, por lo tanto, ser base de sustento del acuerdo de bienestar.

Vale aclarar que ese grado de integración varía según el contexto espacio/temporal, y se establece firmemente y de modo coherente, si sus fundamentos culturales están anclados como normas a nivel del sistema institucional y comportamental. En esta línea, el grado de coherencia permite hablar de una heterogeneidad de acuerdos de bienestar, en tanto existan valores culturales divergentes o contradictorios al sistema predominante. De este modo, los cambios devienen de la tensión entre el grado de integración cultural y social y los grados de contradicciones y presión social.

Finalmente, la autora plantea niveles de análisis de la cultura de bienestar para comprender su relación con las políticas de bienestar. El primero, refiere a los valores y modelos culturales como base para las políticas: esta conexión no siempre es clara y tiene que ver con el contexto espacio-temporal. Son los fundamentos culturales en los que están embebidas las distintas políticas, que las justifican y legitiman. El segundo, hace mención a los valores y modelos culturales que predominan en la población: son las ideas predominantes, desafiantes, marginales y distinguidas en la relación entre actores sociales y el Estado. El tercero, tiene que ver con los discursos sobre valores y modelos culturales: discursos políticos y públicos que median entre la dimensión cultural -potencialmente conflictiva- y las decisiones políticas. Son los fundamentos culturales -en permanente tensión- a los que apelan los discursos conservadores o transformativos, para influir en la definición política. De esta tensión, deviene la prevalencia de ciertos valores y modelos culturales sobre los que se basa una política, pudiendo ser reproductores o transformadores.

Este devenir - reproducción o transformación- tiene que ver con las relaciones poder, que determinan de qué bases culturales predominan en la definición política. Pero también la dimensión estructural, que condiciona las posibilidades de acuerdos y qué actores sociales imponen sus intereses e ideales culturales. Acción y estructura están mediadas por la dimensión discursiva que, abre la posibilidad de imponer sentidos que alteren los valores y modelos culturales de la población para que ciertas medidas políticas gocen de aceptación.

A los fines de esta investigación, el análisis de la política pública de salud se lleva a cabo mediante una adaptación del enfoque de acuerdos de bienestar desarrollado por Pfau-Effinger (2005). Se considera y analiza la dimensión cultural, en tanto concepciones sobre la salud, las desigualdades de género, la división sexual del trabajo y las instituciones sociales que pueden ser distinguidas en las distintas fases del ciclo de la política pública. De manera más específica, la PPSCV, es analizada en tanto resultado de procesos conflictivos y de negociación y en tanto cristalización de acuerdos -como formas específicas de interrelaciones-. Es estudiada teniendo en cuenta la dimensión cultural que le da sustento, se contextualiza según los niveles de organización social -local, regional e internacional- y se distingue el doble juego de condicionante condicionada por las relaciones sociales e institucionales involucradas.

En esta línea, vislumbrar las concepciones latentes que definen y explican los problemas de salud pública y echar luz sobre la construcción de respuestas a éstos; habilita un proceso de revisión y la posibilidad de actualizar las formas de abordaje de las desigualdades de género en el campo de la salud.

Empero, si se pretende analizar desde una perspectiva de género, una política pública de salud -como forma de respuesta legitimada e institucionalizada en la sociedad y en el Estado-, tal cometido requiere, considerarla como parte de un proceso mayor. Como imbuida en múltiples niveles -nacional e internacional, en la sociedad civil y al interior de los organismos internacionales-. Y fundamentalmente, atravesada por diversas ideas sobre las relaciones de género que orientan su diseño, inciden en la definición normativa y en las agendas de gobierno, al traducirse en programas y en la asignación de recursos para abordar las desigualdades basadas en género (Guzmán, 2001).

En este sentido, el análisis de una política pública desde una perspectiva de género, debe considerar que la legitimación e institucionalización de una problemática, no se da en

el vacío. La misma está inmersa en un contexto determinado, impregnado y condicionado por distintos grados de organización económica, social y de diversidad cultural.

Dicho lo anterior, conviene tomar la idea de Evangelina García Prince (2011), quien señala que la transversalización o *mainstreaming* de la igualdad de género, tiene sentido cuando es aplicada a la totalidad del proceso de constitución de una política pública - planificación, diseño, ejecución y evaluación-, para el logro de la igualdad. Así, la potencia de esta estrategia, estriba en la transversalidad de la igualdad de género en la planificación y estructura de una política pública, los procedimientos e instrumentos, como así también en el conjunto de actores sociales implicados en su materialización y puesta en marcha.

Esta idea de que, el *mainstreaming* de la igualdad de género tiene sentido cuando es aplicado a la totalidad del proceso de constitución de una política pública comulga con la idea de que las instituciones, sus estructuras, sus formas de organización y sus reglas, están generizadas (Acker, 2000). Esto implica que la lógica de funcionamiento institucional se encuentra imbricada en procesos y prácticas generizadas que pueden ser más o menos evidentes, más o menos estructurales. El campo científico y, sus múltiples formas organizativas y disciplinares, no están exentas de este sesgo.

Si todas las instituciones sociales están atravesadas por el sesgo de género, es posible sostener junto a Naila Kabeer (1994) que, las políticas públicas aun pareciendo neutrales, no tienen en cuenta las desigualdades entre varones y mujeres; reproduciendo así, las relaciones de género y perpetuando la exclusión de las mujeres al acceso a recursos y derechos. Por el contrario, la autora reconoce los esfuerzos que se cristalizan en lo que llama políticas sensibles al género. Éstas, por su parte, buscan reconocer el desigual acceso de mujeres y varones a las mismas oportunidades, al ejercicio de derechos y al disfrute de recursos. Toman en cuenta la desigualdad que produce la división sexual del trabajo y las pautas culturales que desvalorizan todo lo codificado como femenino. De igual manera, identifican cómo el diferencial de necesidades, entre mujeres y varones, se traduce en desigualdades. Estas políticas distinguen que las acciones desplegadas, impactan de manera diferente en función del sexo-género. Por todo ello, planifican acciones para revertir las desigualdades.

Identificar los aspectos que caracterizan a una política como ciega al género, analizarla como síntesis de procesos y así, evidenciar el apremio de acciones que superen las desigualdades; confluye en la necesidad de tener en cuenta estrategias adecuadas. Estrategias

cuyos enfoques y perspectivas, requieren ser esclarecidas. Una primera mención, merece la discusión entre las nociones de equidad e igualdad. Por equidad se entiende el propósito orientado a lograr la igualdad, partiendo de considerar las diferencias que pueden crear desventajas entre las personas, se genera un trato diferencial a favor de los y las desfavorecidas (García Prince, 2008). En este sentido, el análisis de la PPSCV, permite identificar las posibles estrategias a desplegar para el logro de la igualdad en salud.

II.2. El proceso de salud-enfermedad como objeto de estudio

Si son los ojos de las mujeres los que miran la historia, ésta no se parece a la oficial. Si son los ojos de las mujeres los que estudian la antropología, las culturas cambian de sentido y de color. Si son los ojos de las mujeres los que repasan las cuentas, la economía deja de ser una ciencia exacta y se asemeja a una política de intereses. Si son los ojos de las mujeres los que rezan, la fe no se convierte en velo y mordaza. Si son las mujeres las protagonistas, el mundo, nuestro mundo, el que creemos conocer, es otro (Varela, 2008, p.7).

Para el análisis de la PPSCV, es preciso señalar desde qué visión disciplinar es concebida. A partir de lo dicho y buscando tener puentes entre la sociología y el campo de la salud; pueden visualizarse tres dimensiones sobre el objeto de interés de la sociología de la salud, según Castro y Bronfman (1993).

La primera, está constituida por el estudio sociológico de la determinación social de la salud-enfermedad en la población, es decir: el proceso salud-enfermedad (PSE). La segunda, refiere al análisis sociológico de la práctica médica en tanto respuesta social organizada frente a la enfermedad. Finalmente, el saber médico cuya aproximación sociológica, está enfocada al análisis del modo en que la enfermedad es percibida y conceptualizada tanto en términos científicos como secular.

El proceso de salud-enfermedad. A partir de la década de los 70', varios núcleos latinoamericanos comienzan a trabajar acerca de la necesidad de superar la visión de la salud como un tema de enfermedad -meramente biológico- anclado al plano individual. Se propone así, abordar la salud desde una visión de complejidad, considerarla desde su determinación social: la Epidemiología Crítica. La salud deja de ser un Estado puro idealizado, para ser concebido como proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado. Proceso que abarca no solo el plano individual, sino que comprende, lo que sucede en el grupo socioeconómico de pertenencia; grupo que, a su vez forma parte de una sociedad que tiene una lógica propia de

organización y desarrollo. Es decir, en el proceso de salud-enfermedad (PSE), pueden identificarse 3 dimensiones: individual, particular y general (Breilh, 2013).

La **dimensión general** -estructura económica, configuración política y conformación cultural-, es el marco que condiciona los modos de vivir **-dimensión particular-** de los diferentes grupos sociales que existen negociando en relaciones de poder su vida. A su vez, ese modo de vivir -entendido como el modo de trabajar, el modo en que se cristalizan las relaciones sociales, el modo de organización colectiva y soporte social, el modo de construir identidad, y finalmente el modo en que se gestan las relaciones con el entorno ecológico-, es un profundo condicionante de la salud **-dimensión individual-**.

Es así como se hilvanan estos elementos conceptuales, tejiendo una relación dialéctica de la que el PSE es su síntesis. Conjunto de elementos que no son estrictamente médicos, sino que son procesos socio-epidemiológicos. Este marco concepción presentado, es el que permite ampliar la visión estrictamente biologicista de la salud, habilitando a considerar cómo las categorías sociales -la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad- condicionan los procesos de salud-enfermedad de las personas y de las poblaciones.

La práctica médica por su parte, se puede definir como: “la estrategia que el médico sigue de manera cotidiana al elegir las mejores alternativas de atención -dentro de su bagaje de conocimiento y recursos- para tratar determinada condición de salud” (Castuera-Gómez & Talavera, 2013). Esta noción contiene al menos dos dimensiones: la relación médica/o-paciente y los marcos protocolares que la orientan.

Respecto a la interacción entre médica/o-paciente, vale resaltar que se encuentra imbuida en una relación con la estructura social más general que enmarca los vínculos y encuentros puntuales. En virtud de esta consideración, es preciso tener en cuenta que en dicha interacción se entrecruzan distintos saberes, creencias, valores o estereotipos; por lo cual su análisis debe considerar la influencia que los mismos tienen en ella.

Para hablar de estereotipos de género es necesario considerar su proceso de construcción social y cómo son interiorizados mediante procesos de socialización según género. Si se considera que la socialización de género es el proceso mediante el cual, desde el nacimiento se aprende en un continuo intercambio con el exterior, a desempeñar el rol de género que la cultura y la sociedad asignan a las personas en función de su sexo biológico

(Scott, 1990). Queda señalar que, este proceso promueve que hombres y mujeres desarrollen diferentes habilidades, intereses y necesidades.

En este sentido, se configuran modelos *-mandatos-* complementarios (Casado y García, 2018): el masculino “ser para sí”, que resalta su racionalidad, fuerza, dinamismo, habilidad para deportes, capacidad para mandar, competitividad, limita la expresión de sus emociones y promueve comportamientos violentos y conductas de riesgo. En tanto, el modelo femenino “ser para otros” resalta su capacidad de ser madre, sensibilidad, delicadeza, ternura, capacidad para cuidar a otros, habilidad para realizar tareas del hogar, limita desarrollo físico, estimula belleza para ser reconocida por otros y su dependencia económica.

Este conjunto de ideas preconcebidas utilizadas para explicar el comportamiento de varones y mujeres, generadas en torno a la expectativa sobre cómo deben comportarse, los papeles que deben desempeñar en el trabajo, la familia, el espacio público y cómo deben relacionarse entre sí; es lo que se define como estereotipo²⁷ de género (Cook y Cusack, 2010).

Conjuntamente, los mandatos y estereotipos de género se sostienen en la división sexual del trabajo²⁸, donde a las mujeres se les asigna el rol reproductivo y a los hombres el productivo. Esto se consolida a través del sistema sexo-género. El sistema sexo-género estructura la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social -lo que deben ser y hacer hombres y mujeres- (Martínez, 2011). Atraviesa el conjunto de prácticas, símbolos, creencias, normas, instituciones y la dimensión subjetiva y personal de cada quien. Configura relaciones de género.

Las relaciones de género son relaciones sociales determinadas por el sexo que, crean diferencias en la posición social relativa de las personas. Es más bien producto de la construcción sociocultural enmarcada en el sistema sexo-género (Rubin, 1986). Por otra parte, las relaciones de género denotan relaciones de poder en tanto asimetrías y desigualdades que condicionan la capacidad de las personas para tomar decisiones. Estas relaciones se expresan en distintos ámbitos como la familia, el trabajo y por supuesto, en el campo de la salud.

²⁷ Estereotipo, del griego [stereós], «sólido», y [typos], «impresión, molde».

²⁸ La división sexual del trabajo es la asignación social de responsabilidades, tareas y roles diferentes a hombres y mujeres en función de su sexo y según normas culturales. Restringe la libertad, limita las posibilidades de elección y lo que está asignado a un sexo está vedado para el otro. Mundo público/privado, productivo/reproductivo, remunerado/servicial, hogar/mercado (Brunet y Santamaría, 2016).

Es conveniente retomar la dimensión subjetiva y su relación con la estructura social. Para poder hablar así de subjetividad socializada, donde los modos de percibir, pensar y actuar, están limitados por las condiciones sociales que los sostienen. La socialización, entendida como la forma en que las estructuras sociales se graban en el cuerpo y en la mente, y forman las estructuras de la subjetividad.

Atender a estas estructuras hechas cuerpo, abre la posibilidad de identificar en qué medida, en la relación médica/o-paciente, los estereotipos de género inciden en la construcción del diagnóstico y del tratamiento de muchas enfermedades. Es decir, de qué manera se hacen presentes en la consideración -o no- del relato de síntomas, o en la atribución de sus causas y explicaciones, sesgando la práctica médica. El fenómeno del sesgo de género en la práctica médica es entendido en esta investigación, como la asistencia sanitaria inapropiadamente distinta o similar en base a la evidencia científica disponible a mujeres y hombres cis (Tasa-Vinyals, Mora y Raich, 2015).

Por otro lado, se mencionó que la práctica médica remite también a los protocolos clínicos o guías de atención. Se trata de un constructo normativo que guía la atención y el tratamiento de situaciones específicas o enfermedades relevantes. Son instrumentos desarrollados para ayudar a los profesionales del área de salud en la toma de decisiones. Remiten a formas consensuadas de dar respuesta a los problemas de salud. En este sentido, estas herramientas son elaboradas a través de un amplio estudio sistemático de determinado padecimiento y su abordaje, involucrando investigadores, profesores y expertos, para traer resultados útiles para la mejora de los procesos asistenciales.

Este nivel de análisis alude al saber médico que integra la investigación a la práctica médica cotidiana y que atraviesa las formas de dar respuesta a los problemas de salud de una población.

En relación al *saber médico*, tal y como se ha detallado con anterioridad, este trabajo parte de la concepción de que las instituciones, sus estructuras, sus formas de organización y sus reglas, están generizadas; y que el campo científico y, sus múltiples formas organizativas y disciplinares, no son ajenas a dicho condicionamiento. La producción de conocimiento feminista ha dado cuenta del sesgo genérico de la actual racionalidad científica, pensada desde y por el dominio masculino. Esto es, todos los conceptos existentes, las categorías y los métodos científicos, dirá Jane Duran (1991), reflejan el modo masculino de mirar y entender el mundo, al señalar “cabe esperar que una sociedad sexista produzca una ciencia

sexista” (Fee, 1982, citada por Rosser, 1986). La ciencia médica no es la excepción en tanto se presenta a sí misma como objetiva y con validez universal.

El estudio de la determinación social de la salud no puede hacerse al margen del análisis del modo en que los conceptos de salud y enfermedad son construidos socialmente. Es en el análisis del saber médico donde la capacidad analítica de la teoría feminista resulta más prometedora. Tendientes a desenmascarar el papel que la ideología y el conocimiento juegan en la creación y recreación de las estructuras de dominación, los Estudio de Género tienen mucho para aportar en develar las desigualdades de género al interior del campo de la salud. Como comenta la Dra. Valls-Llobet (2013) “la noción de género desafía la pretensión de universalidad y objetividad de los sistemas convencionales de conocimiento y de las normas aceptadas del discurso científico” (Valls-Llobet, 2013, p.27)

En esta línea, esta investigación considera imprescindible examinar la ciencia médica desde una perspectiva de género. Sucede que en esta disciplina sexo y género son términos usados indistintamente y la perspectiva de género se confunde con estudio de la salud de la mujer²⁹ -lo que ha llevado a estudiar e intervenir sólo sobre ciertos aspectos específicos de salud, básicamente la salud sexual y reproductiva, dejando de lado la casi totalidad de los padecimientos más prevalentes en esta población-, hecho que obtura el conocer las desigualdades de género al interior del campo de la salud, en términos relacionales.

La médica Carme Valls Llobet (2013) señala que, en la ciencia y asistencia médica, el proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado en las mujeres cis es “invisible”. Que el sistema sexista presente también en la medicina, desvaloriza todo lo codificado como femenino, como poco importante o relevante para ser estudiado, es decir las juzga “inferiores”. A su vez sostiene que, la ciencia y asistencia médica, han considerado necesario que las mujeres sean “controladas” -el cuerpo como territorio de conquista- para que no se desvíen de la norma marcada por la ciencia androcéntrica. Para conseguirlo hacen pasar por ciencia las tres reglas del patriarcado que propone la autora Rosa Pastor (2004); Naturalización de la diferencia sexual como inferioridad, fragmentación del cuerpo y de la experiencia y objetualización de las personas. El primero refiere al proceso que naturaliza la asociación de la agresividad, el poder y la con lo masculino; frente a la pasividad, sumisión y debilidad de lo femenino. Mientras que, el segundo denota la extrema especialización de la medicina y la visión tecnológica del cuerpo con exploraciones cada vez más sofisticadas,

²⁹ El cuerpo femenino es percibido como un organismo dispuesto fundamentalmente hacia la reproducción.

acaba diluyendo la experiencia de las personas y fragmentando los cuerpos. En tanto el tercero, alude al papel que juega la medicina en la cosificación de los cuerpos que, pasando a ser objetos de mercado, son poseídos y manipulados; despojados de autonomía y controlados a través de un proceso de medicalización que parecería no tener límites.

Estas dimensiones, objeto de la sociología médica, están en coherencia con los aspectos que configuran el proceso de una política pública de salud en tanto práctica sanitaria. Por un lado, el marco normativo sanitario, como materialización de la consideración u ocultamiento de las incidencias diferenciales que los condicionantes sociales tienen sobre el proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado. Por otro, las campañas de prevención, como cristalización de un saber específico como es la ciencia médico-epidemiológica que atraviesa la política pública sanitaria, en tanto respuesta a un problema de salud público. Por último, la práctica médica, como modo último de ejecución de la política pública de salud.

Pero si se retoma la idea de que el saber médico integra la investigación a la práctica médica y que atraviesa las formas de dar respuesta a los problemas de salud de una población; se hace necesario desvelar cómo se hacen presentes estos sesgos de género en la investigación y, por ende, en las políticas públicas de salud.

Es en este plano de las políticas públicas de salud, que la epidemiología, en tanto ciencia que aborda los problemas de salud poblacional, entra en juego. Sucede que todo proceso de política de salud pública, se apoya en el estudio de la salud poblacional de la Epidemiología. Esta disciplina científica, produce conocimiento sobre la distribución y los determinantes de estados o eventos -en particular de enfermedades- relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios para su control. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (OMS, 2020).

Estos factores determinantes son conocidos como factores de riesgo (FR), los cuales denotan la relación entre exposición a determinados FR y los resultados de esta exposición. A partir de ese conocimiento, se diseñan acciones preventivas poblacionales.

Siguiendo en esta línea, en la actualidad, la principal causa de muerte en el país y en el mundo, la constituyen las Enfermedades No Transmisibles. Entre éstas se encuentran las

Enfermedades Crónicas No Transmisibles más las lesiones externas -accidentes, homicidios y suicidios-.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población, los modos de vida actuales y las formas de organización social³⁰. Las principales ECNT son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal. Todas se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: tabaquismo, mala alimentación, falta de actividad física, consumo excesivo de alcohol.

Hasta aquí se ha mencionado someramente, algunos aspectos marcos para acercarse al objeto de estudio de esta investigación. Ahora bien, es preciso profundizar en el concepto de morbilidad diferencial, el cual permite comprender la complejidad del problema de desigualdad de género en el campo de la salud. Esta investigación parte de considerar que las personas no sólo son organismos biológicos, sino que están atravesadas simultáneamente por lo social, lo cultural, lo económico y lo político. Desde esta concepción, es que se sostiene que los procesos biológicos se expresan en relación a un contexto social, así como también, que la realidad corporal configura procesos sociales.

En este sentido, es menester traer aquí la noción de expresión biológica de la desigualdad social (Krieger, 2002). Este concepto refiere a cómo las personas incorporan y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad social -como las basadas en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad-, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades sociales en una amplia gama de aspectos de la salud. El concepto de en cuestión se contrapone con proposiciones de determinación biológica, que tratan de explicar las desigualdades sociales en el campo de la salud a través de procesos y rasgos biológicos utilizados tautológicamente para definir la pertenencia a los grupos subordinados o dominantes -por ejemplo, el color de la piel o el sexo biológico-.

Siguiendo esta línea de pensamiento es que, el concepto de morbilidad diferencial es entendido como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo; que

³⁰ En su conjunto son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos ingresos (OMS).

pudiendo ser expresiones biológicas de las desigualdades sociales, se presentan con distinta frecuencia -prevalencia- en varones y mujeres cisgénero. Del mismo modo, si existen factores de riesgos diferenciales, considerar las particularidades abonaría la posibilidad de ser prevenidos o abordados de forma distinta en varones y mujeres cisgénero (Valls-Llobet, 2013).

En este capítulo, se da a conocer los aspectos teórico-conceptuales claves para el análisis de la política pública cardiovascular. Parte de definir y hacer manifiesta la concepción de política pública que se sostiene en esta investigación y el modelo de análisis que se propone, alineado a la perspectiva de género. Posteriormente, se da cuenta del proceso de salud-enfermedad como objeto de estudio y su vinculación con el campo de las políticas públicas y los problemas de salud prevalentes en Uruguay. Relaciones éstas, concebidas desde un análisis que incorpora la mirada de género. A continuación, el *Capítulo III* presenta una descripción y justificación detallada de los métodos con que se construyó la respuesta a la pregunta de investigación. Partiendo de la concepción de diseño metodológico, se desarrolla un derrotero analítico que versa sobre: la estrategia metodológica cualitativa en la investigación social y las decisiones metodológicas adecuadas a este estudio. Sobre estas últimas vale señalar que se describe: unidad de análisis y la selección de caso o casos, justificación de las técnicas de recolección de datos y de la técnica de análisis y finalmente una descripción de las limitaciones del estudio.

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Remitir al diseño metodológico de una investigación, es referir a las decisiones que se toman para desarrollar una pesquisa (Maxwell, 1996). La importancia del diseño metodológico radica en aspectos eminentemente prácticos; aquellos que se derivan de la necesidad de transparentar y exponer estas decisiones a los y las lectoras. Al hacerlo, se adoptan formas esquemáticas y el diseño se describe como serie de etapas. Empero en la realidad, las fronteras no están tan claramente delimitadas.

A grandes rasgos, el diseño de una investigación puede entenderse como un conjunto de decisiones -algunas de las cuales son teóricas y tienen un alto nivel de abstracción y otras son técnicas y prácticas- que van configurando una forma particular de proceder en la construcción de conocimiento. Tres son los componentes centrales del diseño de una investigación: el enfoque teórico desde el cual se aborda el tema a investigar, el arsenal metodológico desplegado para recabar los datos necesarios y responder así a las preguntas y objetivos planteados, así como la estrategia de análisis de dicha evidencia (Sautu, 2005).

Respecto a la estrategia metodológica seleccionada, es conveniente señalar que ésta responde al enfoque teórico desde el cual se aborda y construye un objetivo de investigación. En este sentido, esta investigación considera que, la estrategia metodológica más adecuada para abordar el problema de investigación, responder a las preguntas de investigación y alcanzar los objetivos específicos propuestos es la cualitativa.

Para caracterizar la investigación cualitativa, es necesario saber que tal cometido depende del enfoque teórico y tradición metodológica desde dónde se la define -puede pensarse como constituida por un conjunto de perspectivas, cada de una de las cuales se caracteriza por su propios presupuestos teóricos-conceptuales y orientación metodológica-. Cada tradición se basa en la comprensión específica de su objeto (Vasilachis, 2006). Entre las más importantes perspectivas en investigación cualitativa pueden mencionarse los estudios de género (Flick, 2002, citado por Vasilachis, 2006). Para Guba y Lincoln (2002), será el feminismo la teoría crítica y alternativa al paradigma positivista. Lo que tienen en común estos autores, identifican una diferencia epistemológica: la naturaleza de la investigación está regida por los valores. Empero, en la amalgama de orientaciones, pueden identificarse rasgos comunes que colaboran en comprenderla.

En la investigación social el propósito estriba en comprender los significados latentes y manifiestos en las producciones discursivas respecto a sus formas de ser, hacer y sentir de las y los actores sociales. En esta línea, la estrategia metodológica de carácter cualitativo está orientada a dar cuenta de las perspectivas de éstos, a través de un acercamiento interpretativo del mundo social. Esto habilita la posibilidad de generar conocimiento, en plena relación con las y los sujetos, y a partir de sus vivencias en diversas situaciones. Procura estudiar a las y los sujetos, sus prácticas e interacciones, en sus contextos mediatos, pretendiendo generar estrategias de investigación que no supongan una gran artificialidad respecto de la vida cotidiana de los actores (Denzin y Lincoln, 2005; Flick, 2004).

Otro aspecto importante a señalar, es que el enfoque cualitativo en la investigación social, no privilegia ninguna estrategia metodológica por sobre otra. Al tener como fin, una comprensión profunda de los fenómenos que procura estudiar, el o la investigadora, ha de utilizar de modo estratégico y reflexivo -adecuación teórico y práctica- un abanico de métodos, técnicas y análisis de datos (Denzin y Lincoln, 2005). Esta autorreflexión sobre la estrategia metodológica y constructo teórico, ha de reflejar la complejidad propia de todo fenómeno social. Especie de sensibilidad teórica que denota la habilidad de pensar los datos en términos teóricos y repensar los conceptos teóricos desde los datos (Glaser y Strauss, 1967; Denzin y Lincoln, 2005).

El diseño de una investigación cualitativa no se constituye por una serie de pasos que se desarrollan de modo lineal. Se encuentra integrado por un conjunto de procesos específicos que hacen que este tipo de investigación, sea considerada como un proceso dialéctico donde las decisiones se piensan en conjunto, se consideran interrelacionadas y mutuamente influenciadas (Rojas Soriano, 1989).

Se trata de un diseño flexible en la medida en que, estas decisiones teórico-prácticas han de adecuarse a la complejidad del fenómeno estudiado, a las situaciones emergentes identificadas en el análisis de datos, y a la constante elaboración del enfoque conceptual. Es decir, habilita a la incorporación de nuevos conceptos teóricos durante el proceso de investigación en simultáneo con la construcción y análisis de los datos para ampliar el enfoque teórico (Schetini & Cortazzo, 2015)

En el diseño de una investigación cualitativa, el enfoque conceptual no está definido a priori de la pregunta de investigación, sino que es un marco sensibilizador que se va

ajustando interactiva y progresivamente a medida que se avanza en la pesquisa (Blumer, 1982). Sensibilizar la percepción para identificar nuevas relaciones y orientarlas por nuevos rumbos. En pocas palabras, otra característica del diseño cualitativo es que es interactivo, en tanto sus decisiones han de asegurar paralelamente, una conexión lógica entre sus componentes (Maxwell, 1996).

Por otro lado, para la investigación cualitativa, la relación entre sujeto que investiga y sujeto estudiado y la dimensión subjetiva de uno y otro son parte del proceso de investigación. En este sentido, la reflexividad del o la investigadora sobre sus decisiones, valoraciones, sentimientos e impresiones; es crucial para la producción de conocimiento. Alude a su capacidad de reflexionar sobre los condicionantes propios del posicionamiento intelectual adoptado y de identificar los constreñimientos sociales que delimitan su quehacer científico (Vasilachis, 2006; Guber, 2001). Significa estar alerta y vigilar cómo se concibe el conocimiento y cómo se construye, interpelando los modos de interpretar la realidad que se está abordando. Significa, además, tomar conciencia de las valoraciones que atraviesan su labor y hacerla explícita en el proceso de investigación -la relación con un otro u otra, la generación de datos, análisis e interpretación- (Taylor y Bogdan 1987 y Flick, 2004).

Decisiones metodológicas

A principios de este capítulo, se ha expresado que diseñar es, ante todo, tomar decisiones. Decidir supone seleccionar, elegir entre opciones posibles. El diseño de una investigación, comienza con la elección y la formulación de un interrogante. A los fines de esta investigación se partió por indagar, de qué manera la política pública de salud en la actualidad permite el acceso equitativo a las prácticas sanitarias -acciones preventivas y práctica médica- de varones y mujeres cisgéneros, con eventos clínicos de Infarto Agudo de Miocardio en Montevideo, durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2019.

En la bibliografía consultada, Strauss y Corbin (2002) plantean que, en la fase de selección del problema de investigación, emerge un interrogante fundamental ¿cómo construir un problema susceptible de ser investigado? Como respuesta, señalan tres fuentes: a) las sugerencias de investigadores experimentados o las convocatorias de ayudas (becas) a la investigación sobre temas propuestos, b) la lectura de material escrito -libros, revistas, documentos no publicados-, y c) la trayectoria técnica y personal de la o el profesional (Strauss y Corbin, 2002). En esta línea, vale remarcar que fueron dos situaciones puntuales

las que motivaron esta investigación: la primera fue una nota televisiva hecha en el año 2016, a dos médicos cardiólogos que comentaban la atención desigual que reciben las personas con IAM en puerta de emergencia, según su sexo. Lo llamativo, es que, para estos profesionales, la solución estaba en hacer obligatorio para las mujeres, el electrocardiograma en el carnet de salud -nada decían sobre una mirada crítica sobre el propio quehacer médico-. El segundo fue que, al culminar la 26^o edición de la Semana del Corazón del año 2017, quedó evidenciado que las ECV son la principal causa de muerte de las mujeres. Al respecto, el Director General de la Salud Jorge Quian del MSP de dicho año, señaló que una de las preocupaciones centrales del ministerio radicaba en la relación entre la mortalidad de las mujeres y la atención médica, donde suele prestarse menos atención a los síntomas que presentan las mujeres que a los de los varones. Y agrega,

A un hombre con dolor precordial lo primero que le hacen es la receta de medicamentos para dilatar las coronarias; frente a una mujer con dolor precordial se piensa si no estará estresada o angustiada, y muchas veces se le dan tranquilizantes y no vasodilatadores³¹ (Presidencia, 2017).

En pocas palabras, definir la pregunta de investigación implica la selección de un fenómeno social concreto, la definición de ciertos objetivos y de orientaciones conceptuales particulares.

Respecto al abordaje de los objetivos planteados: analizar e interpretar las concepciones sobre salud y género presentes en: a) el marco normativo/protocolar del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP respecto al IAM, b) en las acciones públicas de promoción de salud y prevención del IAM y c) en el abordaje que hace de este padecimiento, la práctica médica pública; se planificó la búsqueda-recogida de información, su sistematización y el posterior análisis de la evidencia empírica. Para tal cometido, fue necesario definir la población teóricamente pertinente, los criterios de selección de casos, la construcción de los instrumentos de investigación y la estrategia analítica.

Para tal fin, se orienta a analizar las concepciones sobre salud y género presentes en el marco normativo/protocolar del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP respecto al IAM, en las acciones públicas de promoción de salud y prevención del IAM

³¹ Nota disponible es: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/semana-corazon-cierre-100-actividades>

y en el abordaje que hace de este padecimiento, la práctica médica pública. Debido a que el propósito de esta investigación estriba en comprender, desde una perspectiva de género los significados latentes y manifiestos de las producciones discursivas y prácticas de la política pública cardiovascular, la estrategia metodológica es de carácter cualitativo, basada fundamentalmente en entrevistas semiestructuradas y análisis documental-normativo.

En un primer movimiento y siguiendo a Valles (1999), las tareas de selección se centraron en las decisiones de muestreo, abordando la elección de contextos, casos³² y fechas. El contexto -objeto delimitado para ser indagado- fue definido por la práctica sanitaria pública sobre SVC. Esta investigación sostiene que la práctica sanitaria pública de Uruguay está diseñada con el objeto de garantizar un acceso equitativo a la atención médica cardiovascular, pero ya se ha señalado que no es lo que sucede en la práctica. Razón ésta por la que su análisis y comprensión, habilitan posibilidades de fortalecer la capacidad rectora del MSP, para orientar las transformaciones necesarias tendientes a garantizar sus funciones esenciales como lo es el derecho a la salud. Asimismo, el conocimiento cabal y profundo de la práctica sanitaria cardiovascular y de las desigualdades de género que se producen y/o reproducen a su interior, echa luz sobre propuestas de acción y un marco orientador para la formulación de políticas a mediano y largo plazo³³.

En este plano, se accedió a fuente de información secundaria constituidas por documentos normativos que aluden a la estrategia sanitaria nacional respecto a la SCV, los cuales permitieron identificar los conceptos e ideas en los que se sustenta la política pública cardiovascular. Complementando este proceder, se examinó e interpretó la información brindada por las y los informantes calificados que, da cuenta de las concepciones y valoraciones culturales que caracterizan las distintas fases de la política pública sanitaria cardiovascular y que, a su vez, señalan las ideas que predominan en la relación entre Estado y sociedad.

³² La elección del contexto y los casos definido por Valles, 1999, es lo que se conoce como definición de unidad de análisis y unidad de observación.

³³ Azcona, Manzini y Dorati (2015), sostienen que las opciones onto-epistemológicas de quien indaga, es de suma importancia en la investigación. En este sentido señalan que la definición de la unidad de análisis estudiada, depende en gran medida de las concepciones implícitas sostenidas y desde allí, la elección de qué problemáticas pueden ser abordables. A su vez, esta injerencia se verá reforzada en la elección de la unidad de observación, de las variables a investigar y las técnicas o procedimientos de recolección de datos a utilizar (Azcona, Manzini y Dorati, 2015).

En un segundo movimiento y continuando en el proceso de muestreo, en el marco de una estrategia cualitativa el proceso de selección de casos -soporte material sobre el que se aplican las técnicas de recolección de datos-, consiste en una invitación a las y los participantes. Designar a este proceso como invitación a participar, es subrayar que en esta forma de trabajo la aceptación de las y los informantes es un elemento conceptualmente imprescindible y éticamente intrínseco -esto no es equivalente al denominado consentimiento informado de la investigación médica y/o epidemiológica- (Martínez-Salgado, 2012).

Cada caso es cuidadosamente seleccionado por sus posibilidades de proporcionar la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación. El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad. Al buscar comprender las concepciones presentes en las acciones de promoción-prevención y en la práctica médica pública sobre SCV y género; la indagación gira en torno a los significados que tienen estos conceptos para las y los sujetos protagonistas. Por eso, es de primordial importancia el lugar que las y los participantes invitados ocupan dentro del proceso de política pública de SCV. Como señala Mertens (2007), la pretensión de homogeneidad es cuestionada para desplazar la atención hacia las dimensiones de la diversidad de cada contexto específico, cuando lo que se busca es mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno.

En esta investigación, fue empleada la selección estratégica de casos, procediendo según las técnicas de muestreo presentadas por Teddlie y Yu (2007). Se decidió incorporar a las y los informantes claves ubicados en los distintos momentos del proceso de política sanitaria: a) formulación y diseño, b) implementación y, c) evaluación-monitoreo. Sucede que, la selección de casos típicos busca comparar situaciones distintas en un mismo escenario -como lo es el margen de toma de decisiones e incidencia en la formulación de políticas públicas de salud-. Asimismo, el diseño fijó su interés en casos políticamente importantes, considerando los aportes necesarios para analizar una continuidad socio-histórica -en este caso, informantes claves en los mojones históricos de la formulación de la transformación sanitaria-. Además, al perseguir la generación y acumulación de conocimiento, parte de la muestra fue constituyéndose a medida que, se avanzaba en el trabajo de campo, se recababa información -sobre las dimensiones de salud y género- y emergían nuevos conceptos que permitían profundizar en el conocimiento del objeto de estudio. Así, se optó por la selección

gradual de un muestreo, apoyado en la teoría y en casos emergentes, características propias de un trabajo de campo dotado de flexibilidad para aprovechar lo inesperado.

Finalmente, el aspecto que alude a las fechas y a la cronología de la investigación (Valles, 1999). El trabajo de campo comenzó a desplegarse hacia el mes de septiembre del año 2019. Los contactos fueron realizándose de acuerdo a los criterios señalados y previendo que en noviembre se realizaban elecciones presidenciales en el país y se abría la posibilidad de un cambio en la estructura de gobernanza. Este hecho social, fue condicionando el proceso de recolección de información y dilatando el trabajo hacia el mes de marzo del año 2020 -mes que fijaba el recambio de autoridades-. Empero, las constricciones del entorno no se hicieron esperar y el país -y el mundo- entró en marzo, en un escenario de emergencia sanitaria debido al COVID-19. La complejidad de lo inmediato fue delimitando las posibilidades de continuidad del trabajo de campo. Sucede que, en la práctica, intervienen a menudo constricciones propias y ajenas a la investigación, toda una suerte de elementos que deben conjugarse con maestría (Valles, 2002).

En este sentido y en base a los criterios descritos con anterioridad, se llegó a entrevistar a 17 casos (Anexo 2) -siguiendo pautas de saturación o redundancia-. En esta línea, vale aclarar que la técnica de recolección de información llevada adelante fue la de Entrevistas Semiestructuradas.

La entrevista, de acuerdo a Aguirre Cauhé (1995), es una herramienta reflexiva de recogida de datos³⁴. En ella se manifiesta el poder oral del diálogo y emerge la influencia bidireccional de la relación entrevistada/o-entrevistadora. En pleno juego de roles, se procuró cuidar aquellos aspectos -clima-entorno adecuado, apertura, respeto, escucha atenta y evitando interrumpir- que favorecían la colaboración de las y los entrevistados. Además, tuvieron presentes ciertos factores en relación a la o al entrevistado y su situación de entrevista: el nivel de conocimiento sobre la información requerida, la facilidad de expresión que fue promovida constantemente, los lugares de la entrevista fueron los escogidos por las y los participantes y el tiempo previsto de la entrevista fue el adecuado para obtener y sostener la cooperación de la o el informante. Las entrevistas se desarrollaron a partir de un guión de preguntas semi estructuradas. Esta pauta fue adecuándose al perfil-posición de la o el

³⁴ “En la investigación cualitativa los datos se producen a partir de unas pocas ideas y **conceptos teóricos** básicos generales y sustantivos, apoyados en una consistente argumentación epistemológica, los cuales se van nutriendo a medida que la investigación avanza” (Sautu, 2005, p.36).

entrevistado en el sistema de salud público, pero mantuvo preguntas comunes -relativas a la concepción de la salud y de la incidencia de la categoría de género en el proceso de salud-enfermedad-. Las pautas de entrevistas utilizadas, pueden verse en los Anexos.

Por último, la estrategia analítica para ambas fuentes de información -documentos normativos y entrevistas realizadas- se basó en el análisis de contenido. El análisis de contenido según Andréu (2001), es una técnica de interpretación de textos -escritos, grabados, pintados, filmados, entre otros-, que contienen toda clase de registros de datos -transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos, entre otros- que, leídos e interpretados adecuadamente, abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social. Para el autor citado, esta técnica, tiene como instrumento de recogida de información la lectura. Lectura que, a diferencia de la lectura común, debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser: sistemática, reflexiva y replicable. Lo característico del análisis de contenido para el autor -que le distingue de otras técnicas de investigación sociológica-, es que combina intrínsecamente, y de ahí su complejidad, la observación y producción de los datos, y la interpretación o análisis de los datos.

Todo el contenido expreso o latente, puede ser interpretado. Aquí cobran relevancia las apreciaciones, valoraciones y toda suerte de concepciones subjetivas de las y los actores involucrados en la práctica sanitaria pública de SCV. Sucede que, comprender las formas de ver el mundo, sentir y actuar en él, significa develar los sentidos otorgados a la salud, a la relación médico-paciente, a la práctica médica y al género como categoría condicionante del PSEAC.

Empero, la dimensión subjetiva no puede leerse en el vacío. El contexto, en tanto continente de referencias, comprende toda aquella información que él o la investigadora puede conocer de antemano o inferir -del texto mismo- y permite captar el contenido y el significado de todo lo que se dice en el texto. Texto y contexto son dos aspectos fundamentales en el análisis de contenido (Andréu, 2001).

El análisis de la información recogida, fue realizado de modo manual-artesanal. El mismo se realizó a través de la categorización y codificación de las dimensiones principales previamente definidas, incluyendo en el proceso aquellas que fueron emergiendo del análisis.

Finalmente, puede decirse, que la preocupación central de esta investigación está conformada por el problema de la reflexividad y la autocrítica como horizontes en la producción de conocimiento. Considerando que, al tiempo en que se identifican, se leen e interpretan los sentidos y concepciones de las y los entrevistados invitados; se hace menester expresar las contingencias reflexivas del estudio, y la implicación directa como investigadora.

En el desarrollo de esta investigación, el desafío estuvo en la revisión constante de la práctica investigativa, evitando el riesgo de instrumentalizar a las y los sujetos de la investigación y defendiendo la importancia del proceso interactivo. Sucede que, tanto las preguntas que guiaron esta investigación, los métodos seleccionados para responderlas, como la interrelación entre la investigadora y las y los invitados entrevistados participantes; son aspectos que expresan un contexto social determinado y aluden a estructuras latentes en un continuo relacional. Esto es, al reconocer e interpretar las concepciones y vivencias de una/un otro, respecto a la SCV y a través del análisis interpretativo de la práctica sanitaria, no pudo evitarse la revisión consciente y constante, del propio marco interpretativo que originó esta investigación, que influye y se ve influido por el proceso interactivo.

Sostener una concepción de la salud contrahegemónica, ser mujer y socióloga, fueron aspectos que fueron vigilados en aquella relación con personas que en su mayoría provienen del campo de la medicina. Empero, más que distancia, puede comentarse que el tema de investigación, suscitó no sólo la curiosidad de las y los entrevistados invitados, sino que devino en un apoyo y demanda de sus resultados. El intercambio de información sobre la problemática no tardó en aparecer. La solicitud de material para actualizar conocimiento o problematizar la práctica fue una constante llamativa. En este sentido, el proceso reflexivo se vio nutrido de un proceso interactivo fructífero.

Luego de presentar la descripción y justificación detallada de los métodos con que se construyó la respuesta a la pregunta de investigación, cabe debe ofrecer un análisis de la política pública a partir de las fuentes consultadas y las herramientas utilizadas. El *Capítulo IV* que a continuación se desarrolla, muestra cómo la evidencia presentada es consistente con la propuesta analítica planteado y da respuesta a la pregunta de investigación esgrimida.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD CARDIOVASCULAR DE MONTEVIDEO

En este capítulo, se presenta el análisis desarrollado sobre la política pública sanitaria en materia de salud cardiovascular. Para ello se ha procedido a realizar un proceso de organización, sistematización y análisis de la información en base a la propuesta de Birgit Pfau-Effinger. Buscando reconocer y comprender las concepciones sobre la salud, las desigualdades de género, la división sexual del trabajo y las instituciones sociales se distinguen tres niveles de análisis: los conceptos e ideas en los que se sustenta la política pública sanitaria, los fundamentos culturales -conservadores o transformativos- que predominan en la relación entre Estado y sociedad, y los valores y concepciones culturales en tensión dentro del campo de la PPSCV uruguaya.

La identificación y construcción de estas tres dimensiones analíticas se ha llevado a cabo en un doble movimiento. El primero, va a materializarse en el análisis de los conceptos e ideas respecto a la relación entre salud cardiovascular y género, plasmados en la normativa Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, que van a estar guiando la atención médica, la producción de conocimiento y las estrategias-acciones de promoción-prevención de salud cardiovascular. El segundo, estriba en el examen e interpretación de los conceptos e ideas de las y los informantes calificados entrevistados que representan las distintas fases de la política pública cardiovascular. Para ambos casos, se presentarán reflexiones preliminares que devienen en conjunto, en el apartado de conclusiones finales.

IV.1. Análisis de los valores y modelos culturales de género presentes en la actual normativa de salud cardiovascular

La normativa vigente de salud cardiovascular, se inscribe en un proceso de mayor envergadura, la transformación del sector salud en Uruguay. Dicha transformación, es entendida en general, por las y los informantes calificados, como un proceso acumulativo, que cristaliza una constelación de actores sociales orientados a superar un sistema sanitario atravesado por inequidades. En este sentido, estuvo encaminada a la redefinición de tres modos de concebir el sistema sanitario como respuesta a los problemas de salud pública: el

modelo de financiamiento, el modelo de atención y el modelo de gestión. El siguiente fragmento de entrevista da cuenta de esto:

[...] se desemboca en la reforma porque hubo una acumulación técnica y política previa, desde la FUS, el SMU, los ámbitos académicos, los organismos internacionales que señalaban...bueno, una reforma en el Uy debe ir por aquí [...] encuentran un sistema sanitario con fuertes inequidades, mucha debilidad de sostenibilidad financiera y bastante de espalda a las grandes problemáticas sociosanitarias (Representante del comité coordinador y redactor del documento normativo OSN 2020, 2020).

De la necesidad por dar cuenta de la situación epidemiológica del país y de sus condicionantes, devienen los Objetivos Sanitarios Nacionales del periodo 2015-2020. Como corolario del proceso de transformación del sector salud, éstos ofician como “hoja de ruta general, organizando la tarea de todos los actores con una mirada nacional, pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión ni las particularidades del nivel local y el territorio” (MSP, 2016, p.13). Tal y como señala un informante calificado, se trata de una concepción de salud metida en una matriz de protección social “con una sensibilidad de género y con una antena puesta en la problemática de los determinantes sociales, de la situación epidemiológica de la población y sus prioridades (Representante del comité coordinador y redactor del documento normativo OSN 2020).

Esta concepción de salud, señalada por un informante calificado, también se visibiliza en el documento normativo, dejando explícito el orden de las dimensiones priorizadas. En la normativa se describe que, la construcción del SNIS ha supuesto que el impacto de las acciones desarrolladas trasciende el ámbito sanitario, para abarcar políticas públicas intersectoriales más amplias, “destinadas a continuar disminuyendo las inequidades existentes en nuestra sociedad, particularmente las territoriales, de género e intergeneracionales” (MSP, 2016, p.9). Se trata de una concepción de salud, que busca vincular la dimensión estructural de la organización social, las relaciones sociales y las formas de enfermar y de morir de la población.

En este sentido, el foco de atención es puesto sobre aquel conjunto de padecimientos que determinan no solo el perfil de morbimortalidad del país, sino que, además, imprimen formas específicas de mortalidad prematura o de discapacidad significativa. De esto, da cuenta el siguiente fragmento, “La transformación demo-epidemiológica del país, obliga a buscar estrategias eficaces y eficientes dirigidas a la prevención y al control de los eventos sanitarios de mayor prevalencia, tal es el caso de las ECNT (MSP, 2016, p.9).

El modo de vincular -o de reducir- y explicar -o negar- la relación entre: dimensión estructural de la organización social, relaciones sociales y formas de enfermar y de morir de la población, se corresponde con una forma de entender el fenómeno de la salud y la enfermedad. El modo de entender y explicar el fenómeno de la salud-enfermedad, al que adhiere de modo explícito la normativa, corresponde a una concepción de salud ligada a la corriente de pensamiento de la Epidemiología Social, cuya máxima referencia es la OPS/OMS.

En el capítulo de enfoque teórico, se desarrolló la perspectiva teórica desde la cual esta investigación concibe el proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado: la Epidemiología Crítica. Para esta corriente de la determinación social³⁵, la salud es un proceso inseparable de la enfermedad, como la atención lo es del autocuidado. En este sentido se define como PSEAC. Éste es un fenómeno complejo, síntesis dialéctica de la dimensión general, que condiciona los modos de vivir -dimensión particular- de los diferentes grupos sociales que existen negociando en relaciones de poder su vida. A su vez, ese modo de vivir, es un profundo condicionante de la salud -dimensión individual-.

Como contraparte, el paradigma de la llamada epidemiología social anglosajona propugnado por la OMS plantea que los Determinantes Sociales de la Salud³⁶ son las circunstancias en las personas se desarrollan -sistema de salud, situación económica y política y medio ambiente-, concibiendo la salud como un estado completo de bienestar. Este modelo, separa al individuo de lo social aun reconociendo la importancia que tiene la determinación sustancial de las desigualdades sociales sobre la salud de las personas, otorgándole primacía al nivel individual -biología y hábitos de vida-. Parte de identificar que las condiciones de vida son factores de riesgo, pero lo ven como aspectos uniformes, aislados, a-históricos; razones que llevan a considerarlos como variables de análisis y no como horizonte de transformación. En pocas palabras, los determinantes sociales de la salud, si bien remiten a una multicausalidad se encuentran dispuestos de manera lineal. Es decir, reduce lo complejo del PSEAC a una explicación de causa-efecto con intenciones predictivas. Si se conocen todas las causas de un padecimiento, éste puede ser prevenido. Lo que puede ser prevenido, es lo modificable, es decir, se orienta al control de los estilos y hábitos de vida de las personas.

³⁵Determinación social, que no es determinante, sino, condicionante. Determinación refiere a la relación dialéctica de sus tres dimensiones.

³⁶Determinantes sociales que aluden a una determinación del tipo causal, que reducen lo aparentemente multifactorial, a la consideración de dos aspectos: lo biológico y lo conductual.

Este paradigma, es la base de la normativa actual, “destacamos sus fundamentos en los determinantes sociales de la salud [...] destinados a: mejorar la situación de salud, disminuir las desigualdades, mejorar la calidad de los procesos asistenciales y generar condiciones favorables en la atención de salud” (MPS, 2016, p.14).

De este modo, la adhesión al paradigma de las grandes organizaciones internacionales queda evidenciado. Esta adherencia tiene como resultado que, aquella intención de anhelo de comprender y dar respuesta a los problemas de salud, dando cuenta de la complejidad de fenómenos interrelacionados que configuran las formas de enfermar y de morir; sea eclipsada por políticas estandarizadas definidas en el plano global del campo geopolítico. Como lo evidencia el siguiente fragmento de entrevista, se trata de respuestas a los problemas de salud pública, alejadas de las configuraciones sociohistóricas y de sus impresiones territoriales.

En la construcción de los OSN 2020, la voluntad fluyo porque la OMS mandaba a hacer, la OPS decía que era prioridad, porque estaba en los objetivos del milenio, porque se venían los objetivos del desarrollo sostenible (Representante del comité coordinador y redactor del documento normativo OSN 2020, 2020).

Visualizada la concepción de salud subyacente y la influencia internacional en el campo sanitario local, se hace necesario retomar la idea de los padecimientos prevalentes de Uruguay. A partir de la identificación y priorización de quince problemas principales³⁷ de salud pública, se definieron los cuatro OSN 2020. Entre los quince problemas identificados, esta investigación se enfoca en el séptimo: Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), y dentro de éstas, en las cardiovasculares. A través de la caracterización de estos problemas de salud -identificación de sus determinantes-, se perfilaron lineamientos para resolverlos -cinco objetivos estratégicos-, que incluyen: metas trazadas a alcanzar, áreas en dónde intervenir -estilos de vida y entornos saludables, morbi-mortalidad precoz y evitable, acceso y atención de salud en el curso de la vida, calidad y seguridad en la cultura institucional, y atención centrada en necesidades de las personas- y líneas de acción. Esta estructura permite observar cómo definen, explican y abordan las ECV.

Respecto a la caracterización de las enfermedades no transmisibles (ENT), la normativa las define como un conjunto de enfermedades que no se transmiten, cuya aparición es tardía y su evolución se mantiene en el tiempo. Como estas enfermedades son determinadas socialmente, es decir, las conductas individuales son en última instancia su

³⁷ Estos quince principales problemas de salud, configuran el perfil sanitario de Uruguay.

factor explicativo, el control sobre los hábitos poco saludables -factores de riesgo- cobra relevancia. En este sentido, deviene la descripción de los factores de riesgo comunes a las ENT: consumo de tabaco, alimentación saludable, sedentarismo-actividad física y consumo de alcohol.

En la descripción, prevalecen tasas absolutas de los consumos y edad y sexo, como variables utilizadas para explicar la relación entre consumo y el riesgo, en el caso del tabaco y el alcohol. En la misma línea de explicación causal, a sexo y a edad, se le añade la variable estilo de vida -factor conductual-, que va a estar incidiendo en las probabilidades de padecimientos crónicos. La focalización de las políticas públicas sanitarias sobre las mujeres cis, está dada porque el consumo tanto de tabaco como de alcohol en ellas, se iguala al de los varones. Como lo muestra la siguiente cita de la normativa analizada, nada en esta caracterización señala las razones de este aumento de consumos en este segmento de la población;

[...] además de ser el alcohol la droga más consumida por los uruguayos, es la que presenta los mayores impactos sobre la salud poblacional de nuestros habitantes, luego del tabaco [...] presentan en la actualidad un muy importante nivel de legitimidad social y baja percepción del riesgo [...] Es necesario continuar y profundizar las políticas y acciones [...] particularmente en la población de menores recursos y en las mujeres (MSP, 2016, p.99-128).

Otro modo en que la descripción se apoya en la dimensión comportamental, puede visualizarse en los factores que refieren a la alimentación saludable. En este plano, la relación que explica la asociación entre condiciones estructurales, modos de vida y la dimensión individual, queda reducida a la variable nivel de ingreso, como muestra la siguiente cita: “Existen diferencias importantes en cuanto a la calidad de la alimentación de acuerdo al nivel de ingresos del hogar” (MSP, 2016, p.100-103).

Es en el sedentarismo y actividad física donde los esfuerzos por ampliar la mirada se hacen más robustos. Aspectos estructurales tales como: grado de urbanización, expresiones de violencia y contaminación ambiental; son considerados en la incidencia de este factor de riesgo que es el sedentarismo. Al mismo tiempo, la normativa muestra que, la prevalencia de actividad física para el año 2013, según edad y sexo se presenta, para el conjunto de personas entre 15 y 64 años, como: **Nivel de actividad física Bajo:** hombres 22,4%, mujeres 30,1%, **Nivel de actividad física Alto:** hombres 51,3%, mujeres 40,8%. Hasta aquí algunos puntos a resaltar: el sedentarismo como problema de salud pública, las razones que pueden estar

interfiriendo en su superación y los diferenciales por sexo, según niveles de actividad. Pero omite señalar cómo tomar estos aspectos estructurales en consideración para elaborar programas y acciones equitativas que permitan trascender esas diferencias respecto al problema del sedentarismo.

Como se adelantó, si bien estas consideraciones aparecen en el plano de definición, no se materializan en el plano de la implementación. El MSP, en el marco de la Estrategia Nacional de Promoción de Salud, prevé la compra y colocación de circuitos aeróbicos distribuidos en el territorio nacional, al mismo que promueve el desarrollo de proyectos locales que fomentan el aumento de la actividad física (MSP, 2016). Sin embargo, en estos lineamientos, las necesidades particulares y específicas siguen sin resolverse. Que las mujeres lideren los niveles bajos de actividad y esto se invierte a favor de los varones en los niveles altos; podría estar señalando desigualdades en el uso del tiempo libre³⁸ -entre otras cosas-. Uso que se liga a la división sexual de trabajo, que le otorga a la mujer la tarea de los cuidados, la reproducción de la vida privada y el sostén del hogar. Pero también podría estar señalando, que las formas de habitar los espacios públicos son diferentes para varones y mujeres, y que la implementación de este tipo de proyectos requiere de miramientos que transversalicen la perspectiva de género.

Volviendo al plano de las ECV, a continuación, se menciona la definición dada por el MSP. Asimismo, la cita tomada, da cuenta de sus principales causas: biológicas y conductuales. Dadas sus características se resalta la necesidad de reforzar el diagnóstico precoz y asegurar una atención integral e integrada. El proceso de salud-enfermedad en lo que atañe a las ECV, queda reducido al control de aspectos biológicos -causas genéticas- y conductuales -factores de riesgo-. Esta reducción, implica el ocultamiento de cómo las desigualdades de género -entre otras- se expresan en él. La descripción de estas causas está acotadas a las variables demográficas básicas: edad y sexo. Al respecto la normativa define que la ECV es un grupo de desórdenes del corazón y vasos sanguíneos, que se debe

³⁸ En el año 2013 se realiza en Uruguay, un estudio sobre el uso del tiempo y trabajo no remunerado, con el propósito de visualizar el aporte que las mujeres realizan a la provisión de bienestar social y develar la división sexual del trabajo al interior de las familias. Los resultados señalan que, el 50.1% del trabajo que se realiza en Uruguay para el año 2013 corresponde al trabajo no remunerado y que el 67% de éste, está sostenido por el tiempo de las mujeres -la dedicación a ambos tipos de trabajos no se distribuye equitativamente entre varones y mujeres. El 64,6% del tiempo de trabajo de las mujeres es dedicado al trabajo no remunerado, mientras que el 68,1% del tiempo de los varones, es dedicado al trabajo remunerado- (EUT, 2013).

comúnmente a obstrucciones que impiden la circulación de la sangre hacia el corazón o cerebro. De todos modos, como señala la normativa;

[...] suelen tener su causa en la presencia de una combinación de los factores de riesgo ya mencionados [...] Además de la importancia del trabajo con los factores de riesgo para disminuir la prevalencia de estas enfermedades es necesario mejorar el diagnóstico temprano [...] la derivación adecuada y la aplicación de medicación que permita mejorar el pronóstico (MSP, 2016, p.138-139).

Habiendo detallado las causas que la normativa considera en el devenir de las ECV y en línea con el pensamiento internacional, se postula la inquietud de trabajar sobre estos factores de riesgo mencionados. Tal y como señala el fragmento seleccionado, el control sobre los comportamientos sociales es la clave para su resolución. La preocupación estriba en la rentabilidad, disminuir los gastos de salud pública y seguridad social, como obstáculos para el progreso. El miramiento de las condiciones estructurales, y en particular de las desigualdades de género en salud, que moldean las formas de enfermar y de morir de las personas, se diluyen en un horizonte mercantilizado de la salud. Tal y como señala la siguiente cita de la normativa:

Las ENT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas [...] Se estima que el aumento de estas enfermedades será un obstáculo para reducir la pobreza en los países debido al aumento de los gastos familiares por atención sanitaria [...] Una línea de acción fundamental para reducir las ENT es reducir la prevalencia de los factores de riesgo (MSP, 2016, p.133-134).

Se ha descrito las ideas latentes sobre las ENT y entre ellas, la ECV. También se ha evidenciado su apoyo en la vigilancia y control de comportamientos sociales; las acciones de promoción-prevención, atención médica y producción de conocimiento -como formas particulares de dar respuesta a esta enfermedad-, adquieren principal relevancia.

Al respecto, la perspectiva de género aparece mencionada en la normativa dos veces como transversalizando una estrategia-acción -sea de promoción-prevención, como de atención-, pero no describe cómo debería llevarse a cabo en la práctica. Tampoco esta intención coincide con la existencia de protocolos o guías de práctica médica con enfoque de género que pueda ser difundida en la comunidad de profesionales de la salud. Si se considera a los protocolos y guías como manifestación de relaciones en permanente tensión-negociación, como expresión de acuerdos; queda transparentado que la transversalización es

sólo una intención de anhelo. Sobre este punto en cuestión, quienes estuvieron a cargo de su elaboración expresan que la transversalización de la perspectiva de género,

Era un tema secundario [...] fulana era “la de género” [...] Intentábamos que ella estuviera en todos los espacios de discusión para que introdujera la interrogante [...] pero mi función era habilitar las discusiones que, en el 2008 fueron maravillosas...pero claro, las habilitaba un médico, varón, joven [...] no se logró escribir, pero si introducir. Porque la gente se quedó con el tema y lo siguió trabajando. Nunca es lineal, transversalizar la perspectiva de género es extremadamente difícil, hay que lograr que esté en el discurso, después hay que hacer mil acciones silenciosas para que esté en la realidad (Ex Representante MSP y redactor del documento normativo OSN 2020, 2020).

En lo tocante a la producción de conocimiento sobre salud cardiovascular, las fuentes citadas y tomadas en consideración en la normativa, parten de datos globales presentando diferenciales por sexo que son confundidos y expuestos como diferenciales de género. Tal y como lo muestra el siguiente fragmento de la normativa, “se destaca que el mayor descenso en la prevalencia de retraso de talla a lo largo de los años se produjo entre los varones, ya que desde 2003 hasta 2011 descendió 8,1 puntos, estrechándose las diferencias según género” (MSP, 2016, p.114). La ambigüedad pendula entre un permanente vaivén entre el sexo -como condición biológica- y el género -como construcción cultural-; resultando de ello una multiplicidad de interpretaciones de sentido sobre las formas diferenciales del PSE. Este aspecto que emerge en el análisis preliminar de la normativa³⁹, denota que, a través de la referencia a la categoría teórica de género, se busca abordar analíticamente las diferencias entre los sexos. Es decir, la expresión de la categoría de género en la caracterización de las enfermedades cardiovasculares, es evidenciada como sinónimo de sexo. Su presencia en el texto, es usada para la descripción de frecuencias, pero no se vuelve a ella para sostener una comprensión de su incidencia en dichos padecimientos.

³⁹El análisis de contenido realizado sobre la normativa, comenzó con una cuantificación de la categoría de género al interior del documento. Esta estrategia sirvió para orientar la sistematización de la información y su posterior análisis. Al realizar la búsqueda por palabras, la introducción de la categoría de género arroja 47 palabras en un libro que contiene 308 páginas. De las 47 veces que aparece la palabra en la normativa sanitaria, el **45%** de las veces lo hace para referirse a la noción de Violencia Basada en Género y Generaciones. El **17%** refiere a su uso como enfoque o perspectiva. El **10%** de las veces, aparece mencionando entidades u organismos específicos en la materia -MIDES, MYSU, CEPAL-. De la misma manera, el **10%** de las veces es utilizada como refiriendo a género en tanto categoría social, junto a las de clases sociales y generaciones. En menor medida, género aparece el **6%** de las veces haciendo referencia a la noción de identidades de género. Otras **6%** de las veces, alude a la definición de conceptos -género en tanto femenino y masculino, género en tanto sistema e inequidades de género-. Finalmente, otras **6%** de las veces lo va a hacer para mencionar diferenciales de género, que en realidad son diferenciales según sexo.

Finalmente, se hace necesario señalar que, así como el estudio de la determinación social de la salud no puede hacerse al margen del análisis del modo en que los conceptos de salud y enfermedad son construidos socialmente. El examen de la política pública sanitaria exige los mismos requerimientos.

En el análisis de las ideas y valores sobre los que se diseñó y planificó el actual marco normativo/protocolar del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP, en lo tocante al IAM muestra; una concepción de salud centrada en aspectos biológicos y comportamentales. La no consideración de la relación dialéctica entre la dimensión general -configurada por un sistema patriarcal y capitalista- los modos de vivir, en tanto relaciones de género, división sexual del trabajo, formas de organización colectiva y soporte social, entre otros -dimensión particular-, y las formas de enfermar y de morir de las personas -dimensión individual-; conduce a una reducción del fenómeno en cuestión. Reducción que obtura la posibilidad de concebir el fenómeno como moldeado, además, por las relaciones de género. Reducción que impide también, visualizar un conjunto de elementos que no son estrictamente médicos, sino que son procesos socio-epidemiológicos. Se trata de una concepción de la salud simplificada y funcional a los intereses dominantes, que oculta la incidencia de las desigualdades de género en salud.

La consideración de este **ocultamiento de un proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado diferencial** -atravesado por las relaciones de género-, converge con la propuesta teórica de la médica Carme Valls Llobet (2013). Esta investigación coincide en que, en las ideas y valores predominantes de la ciencia médico-epidemiológica y asistencia médica, en las que se sustenta la actual política de salud; el PSEAC cardiovascular en las mujeres cis es **invisible**.

Particularidades invisibles en el marco normativo sanitario, como materialización del ocultamiento de las incidencias diferenciales que las desigualdades de género tienen sobre el proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado cardiovascular. PESAC invisible en el diseño y planificación de las campañas de prevención, como cristalización de un saber específico como es la ciencia médico-epidemiológica que configura la política pública sanitaria, en tanto respuesta al problema de salud cardiovascular. Por último, invisible en la práctica médica, como modo último de ejecución de la política pública de salud que no reconoce las necesidades específicas y los accesos desiguales.

Invisibles en tanto, oculta que las personas no sólo son organismos biológicos, sino que están atravesadas simultáneamente por lo social, lo cultural, lo económico y lo político. Invisibles en la medida en que niega que los procesos biológicos se expresan en relación a un contexto social, así como también, que la realidad corporal configura procesos sociales. La normativa mantiene invisibles esos cuerpos que expresan biológicamente las desigualdades de género, al negar las particularidades con que se manifiestan los padecimientos cardiovasculares en las mujeres cis, como así también, cada vez que niega la existencia de factores de riesgos particulares. Es decir, oculta la morbilidad diferencial de la ECV, en tanto incorporación y expresión biológica de las experiencias de desigualdades de género. Oculta las instituciones tradicionales que deja intactas y conserva: familia, trabajo y mercado -entre otras-.

Conserva y reproduce la Institución familia, en su versión patriarcal tradicional y heteronormativa. Deja intactas sus características fundamentales en la medida que no cuestiona los roles de género, la división sexual de las tareas, el espacio público/privado, trabajo doméstico/remunerado en la que este modelo de familia se basa. No cuestiona la institución, sede de la socialización de los géneros, reproducción de los modelos femeninos y masculinos y los mandatos de género. Conserva y reproduce la institución trabajo en la medida en que justifica y legitima exclusivamente la actividad remunerada -noción moderna de trabajo, prendida siempre en la relación salarial- y asexuado. Como señalan Hirata y Zariffian (2007): “El sujeto del trabajo -el hombre- es presentado [...] como universal: de hecho, es el masculino el que es erigido como universal” (Hirata y Zariffian, 2007, p.33). Refuerza la institución mercado, cuya lógica de mercantilización de la vida-muerte, de la salud-enfermedad, guía el diseño y planificación y, orienta la operacionalización de la PPSCV. En fin, deja intacta la estructura que asegura, nutre y reproduce las desigualdades de género.

Desigualdades que se interiorizan y hacen cuerpo desde la vida intrauterina hasta la muerte. Dejar de negar y comenzar a considerar estos aspectos, transversalizando la perspectiva de género en la PPSCV, abonaría la posibilidad de abordar de forma particular los procesos de salud-enfermedad en varones y mujeres cisgénero. Revisar y redefinir cómo se definen, construyen y explican los problemas de salud, aumentando el grado de apertura a la opinión pública; son aspectos centrales para trascender las desigualdades de género al interior de la PPSCV.

IV.2. Análisis de las concepciones de género de los y las representantes de las distintas fases de la política de salud cardiovascular

Se ha explicitado que esta investigación considera el análisis de las Políticas Públicas, como un proceso compuesto por distintas fases interrelacionadas entre sí -no en un sentido necesariamente lineal o cronológico-, con la intención de establecer categorías analíticas de los distintos momentos del proceso.

Empero, las fases de la política pública en general, y de la sanitaria en particular; es un instrumento de descripción teórico tipo ideal. Tal y como se ha señalado en el capítulo de consideraciones teórico-conceptuales, un modelo teórico, permite realizar un análisis, pero no puede inferirse que, en los hechos, esta situación se presente en un estado puro. Ninguna de las y los invitados a participar en tanto informantes calificados, se han identificado como posicionada/o en una sola fase de la política. Más bien, se auto perciben como transitando las fronteras entre aquellas fases, contribuyendo con su hacer, a la multiplicidad de espacios que coexisten y conforman conjuntamente la PPSCV. Esto se refleja en el siguiente fragmento de entrevista:

Es medio un mix [...] Desde los programas se piensa como bajar esas políticas y llevar a cabo las líneas de trabajo, pero también es parte de pensar la implementación orientando las acciones a la detección precoz y el control adecuado de las enfermedades, mientras la evaluación la entiendo como la vigilancia (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2020).

A continuación, se describen y analizan las concepciones latentes y valores culturales que emergen según fases de la PPSCV. Estas fases son: a) elaboración de políticas intersectoriales: Diagnóstico, diseño y planificación, b) ejecución de políticas intersectoriales: intervención y, c) evaluación de políticas intersectoriales: vigilancia epidemiológica.

a. Fase de elaboración de políticas intersectoriales: Diagnóstico, diseño y planificación

En la fase de elaboración de políticas públicas intersectoriales, como lo es la sanitaria y en particular la PPSCV, el diagnóstico, diseño y planificación son momentos que configuran un proceso complejo. Este proceso en el contexto de transformación del SNIS, fue -aún lo es- devino como resultado de negociaciones y conflictos tendientes a resolver cómo se definían, construían y explicaban los problemas de salud cardiovascular en Uruguay.

En este sentido, cobra relevancia conocer los valores y modelos culturales en los que se basa, justifica y legitima la PPSCV. Además, se presenta el análisis de esta fase, realizado a través de la información recabada mediante las entrevistas a informantes calificadas/os.

Las y los actores entrevistados que representan esta fase, se perciben como teniendo -o tuvieron- incidencia en el diseño, planificación y definición de lineamientos sanitarios nacionales, de políticas del efector público de la salud ASSE, de la proyección de estrategias y acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, en la producción de conocimiento, en la atención médica de primer y segundo nivel, y del sistema de emergencia-urgencias público. Al respecto se toma en consideración: 1) Área de Vigilancia de ENT, dirección de epidemiología del MSP, 2) Directorio de ASSE, 3) Dirección del sistema de emergencia 105-SAME, 4) Dirección Hospital 2do. Nivel de Atención, 5) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del año 2005 MSP, 6) Diseño de Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, del año 2016 7) Dirección Fondo Nacional de Recursos y, 8) Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular.

La concepción de salud que subyace entre las personas que configuran esta fase de elaboración de políticas sanitarias cardiovasculares e intersectoriales; como cabe esperar está alineado con las ideas desarrolladas en el apartado de análisis de la normativa. Alude a un esquema de pensamiento asociado a un modelo de explicación de tipo causa-efecto, donde la salud es concebida como determinada por causas biológicas y conductuales. Este modo de concebir la salud, justifica que su vigilancia se estructure alrededor del control de los factores de riesgo y de evitar particularmente, la reproducción de hábitos que se consideran nocivos para la salud. Es este sentido, el control de estos hábitos, se orquesta desde un enfoque intersectorial. Lo anterior puede verse reflejado en el siguiente relato: “lo intersectorial tiene un impacto en la salud, mucho más fuerte que lo que el médico puede lograr en el consultorio [...] nosotros hacemos un ambiente que favorezca la elección más saludable, ese es el espíritu de la política pública de salud" (Representante, ASSE, 2019). La dimensión comportamental, al estar imbricada en la vida cotidiana, exige para su control, la intervención de un arsenal de estrategias y acciones desde todos los sectores e instituciones sociales involucradas - educación, trabajo, cultura, entre otros-.

Esta concepción de la salud descrita corresponde, como ya se ha hecho mención, a los lineamientos que se definen internacionalmente, que aterrizan en el país y son aplicados en el plano de lo local. Las formas de definir, construir y explicar los problemas de salud, ya

vienen dadas; del mismo modo en que vienen dadas las estrategias y acciones para dar respuesta a dichos problemas. Esto entra en contradicción con lo que manifiesta la normativa y expresan sus representantes, en tanto su definición y abordaje está dado desde la determinación territorial, dando cuenta de los aspectos que caracterizan a la población uruguaya.

Al considerar únicamente los factores sociales y biológicos como determinantes, la responsabilidad sobre el goce de salud, recae en el plano individual, negando así, la expresión de los condicionamientos que la estructura social y los modos de organización de las relaciones sociales, imprimen en la corporalidad de las personas. De ello da cuenta el siguiente relato:

Creo, que hay determinantes sociales, de la vida que a veces hacen que uno empiece a manifestar ciertas cosas, pero creo que tiene mucho que ver el cómo nos tomamos la vida, en cómo la pensamos, en cómo la sentimos y ahí el cuerpo se empieza a manifestar (Representante de efector 2do. Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Sin embargo, el campo de la salud no está ajeno de luchas a su interior, que difieren en sus visiones sobre la concepción relativa a la salud-enfermedad. Es decir, como muestra el fragmento de entrevista que se presenta a continuación, las concepciones e interpretaciones sobre estos fenómenos van variando en función de la incorporación o introducción de nuevos paradigmas que no siempre implican el abandono de anteriores perspectivas. “Viste que nunca se abandona un paradigma para instaurar otro, siempre como tú sabes muy bien, por las hendiduras del viejo se va metiendo el nuevo, y empieza un forcejeo hasta que el nuevo se vuelve hegemónico” (Ex-representante, MSP, 2019).

En esta línea pueden señalarse formas -marginales- de entender la salud-enfermedad como proceso, donde una constelación de dimensiones se va introduciendo para explicar la configuración de un proceso complejo y dinámico. Proceso éste, que no puede ser comprendido sólo mediante explicaciones de tipo causa-efecto, que excluyen las diversas y múltiples dimensiones que intervienen y que ignora sus interacciones. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

El PSE es bien complejo, hay que entender que hay un modo de enfermar fuertemente condicionado por todo lo social, lo ambiental, lo cultural, lo económico, lo biológico. Todo eso y más, opera sobre un cuerpo que es cultural, situado en un ecosistema y en un momento histórico concreto (Ex-representante, MSP, 2019).

Bajo este telón de fondo de sentidos en tensión permanente, el modo más frecuente de entender las ECNT, y entre ellas las ECV, consiste en visualizarlas como enfermedades más prevalentes, definidas por lo que no son: no son transmisibles. Entendidas como enfermedades ligadas a la dimensión de los comportamientos humanos, éstas pueden prevenirse si las acciones sanitarias se orientan a modificar los hábitos y estilos de vida de la población a través del control sobre los factores de riesgo -el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una alimentación poco saludable y la inactividad física-.

Indagar de qué modo conciben el salud-enfermedad y de qué manera explican que las ECNT y entre ellas las ECV constituyan la principal causa de muerte en Uruguay; permite adentrarse paulatinamente en los niveles de consideración -o negación- de la incidencia de la categoría género en el PSEAC. Sucede que, si las razones últimas que explican los padecimientos, son los comportamientos; se hace necesario indagar si éstos son concebidos de modo diferente para varones y para mujeres cis.

Lo común, para las y los actores que están o han estado definiendo la actual PPSCV, tanto el padecimiento, como sus causas, son indiferenciados genéricamente. La dimensión de los comportamientos, en tanto responsabilidad individual, es considerado como un aspecto clave en las posibilidades de enfermar y de morir de las personas, desde la casi totalidad de las y los informantes calificados entrevistados; más este causalismo se sostiene indiferenciado. Mientras que la incidencia de la categoría de género en el PSE es invisibilizada. No existe en la dimensión de los modos de vivir, diferencias entre varones y mujeres cis. Se niegan los roles y tareas otorgadas según una división sexual del trabajo, de los ámbitos de producción y reproducción de la vida cotidiana. Se niega que estilo de vida se configura diferente en función del sistema sexo-género; que el estrés, las presiones y responsabilidades pueden expresar experiencias vitales distintas por la que transita una persona. Esto puede observarse en lo expresado por una de las personas entrevistadas: “en cuanto a las ECNT creo que todo parte de lo mismo, del estilo de vida, de cómo la fuiste transitando [...] le puede pasar sea hombre, sea mujer, sea trans o como te identifiques” (Representante de efector 2do. Nivel de Atención, ASSE, 2019). No sólo se niega que las personas expresan problemas de salud de un modo diferente, sino que, además, se niega que el género incide en la tan resaltada dimensión comportamental. Se niega que la categoría de género, condiciona los roles que asumen las personas, sus formas de pensar y de sentir. Se niega, además, que influye en la incidencia de los factores de riesgo en su vida, los cuales

impactan en el proceso de salud-enfermedad de forma distinta. No es lo mismo, el impacto en la salud cardiovascular del estrés dado por sostener ocho horas de trabajo remunerado, que aquel estrés producto de sostener la misma carga horaria de trabajo remunerado más las horas dedicadas a los cuidados de personas dependientes, la gestión de la economía del hogar, entre otros muchos aspectos que son invisibilizados y rotundamente negados.

Esta negación de la incidencia de la categoría de género en el PSE, puede ser aún más rotunda, como puede leerse en el siguiente fragmento de entrevista: “vivimos aún con ese estigma, en el PSE yo creo que el género no incide [...] es más, a veces me parece que se **hipertrofia** con todo este tema de la **ideología de género**” (Representante 105 SAME, ASSE, 2019). Este relato permite visibilizar una concepción que no sólo considera que la relación entre género y salud no es significativa, sino que niega cualquier tipo de incidencia en dicho proceso, mientras deviene en obstáculo para el abordaje de la salud cardiovascular en tanto concibe al género como ideología. En este punto, se está de acuerdo con la posición del filósofo Rodrigo Guerra López (2015), en tanto el concepto de **ideología de género** remite a una realidad monolítica, homogénea y perfectamente identificable, doctrina compartida y precisa en la que no existen diferentes escuelas y enfoques. En otras palabras, desde este punto de vista, la noción de ideología de género refiere un constructo ideológico que busca crear un enemigo a vencer.

Asimismo, esta negación de la relación entre género y salud, también se presenta de modo ambiguo. Delgada línea entre referencias políticamente correctas y concepciones arraigadas que obturan una visión integral y compleja del proceso de salud-enfermedad. Y aquí vuelve a hacerse uso del concepto de ideología de género, para denotar cómo, género en tanto categoría analítica, sufre una suerte de ideologización por fetichización. Vaciándolo de potencia transformadora, es reificado. “Como ya decían Adorno y Horkheimer (1978), toda reificación es un olvido. El problema está en que este olvido [...] es una censura más o menos tácita, más o menos explícita” (Guerra López, 2015, p.148). Esto puede observarse en la siguiente narración: “sin duda debe tener importancia, pero no es que todos los temas lo trabajamos de acuerdo al enfoque de género [...] hay políticas específicas que tiene que diseñar acciones más acordes al público” (Representante, Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, 2019).

Empero, esta tensión respecto a la mutua influencia entre género y salud, también presenta claros que permiten constatar que algunas personas consideran que existen

diferencias que deben ser tenidas en cuenta. La idea de que las diferencias de género moldean el proceso de salud-enfermedad y que repercuten en el proceso de atención-cuidado; es percibida por gran parte de las personas entrevistadas, como fundamental al momento de realizar diagnósticos precoces y asertivos. En este sentido, se entiende que el género incide en la forma en que se desarrolla las estrategias de autocuidado -para prevenir enfermedades-, como para solicitar atención médica cuando emergen problemas vinculados a la salud. Pero, esta asociación se acorta cuando resurge la dimensión comportamental o cultural -para los y las entrevistadas- para depositar la responsabilidad en el componente de autocuidado y justificar así, la atención médica sesgada. De esto, da cuenta lo señalado por una de las personas entrevistadas: “trabajamos toda una línea de ECV en la mujer porque creemos que hay una falta de percepción (...) Con el tema del IAM, ellas suelen minimizar los síntomas y por eso es más difícil también para el médico detectar los síntomas (Representante, Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, 2019). Sesgos que, algunas de las personas entrevistadas creen que serán superados por futuras generaciones médicas.

Quando digo cultural quiero decir que está en la impronta de que si es un hombre que viene con un dolor de pecho, es un infarto hasta que se demuestre lo contrario. En cambio, en la mujer puede resultar angustia, una condritis, o que está histérica...esperemos que en la generación de jóvenes esto se vaya (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP).

La identificación de la necesidad de transversalizar la perspectiva de género en el campo de la salud y de las políticas públicas cardiovasculares en particular, empieza a emerger como un asunto cada vez más relevante para el abordaje de la salud, tal como es posible observar en el siguiente relato: “Está claro que no podemos abordar la prevención, la promoción y el tratamiento del mismo modo en ambos géneros porque ya está demostrado que somos distintos” (Representante del FNR, 2019). Para poder incorporar la cuestión de género y su transversalización en la política pública sanitaria, es necesario tener una concepción de salud que trascienda una determinación causal lineal-unidireccional, y entender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno complejo. Concepción que entienda que, los modos de enfermar y de morir, están condicionados también por lo ambiental, cultural, económico, político y biológico. Y que, todo eso y más, opera sobre un cuerpo que es cultural, situado en un entramado de relaciones, en un ecosistema y momento histórico concreto. Esta concepción, puede verse reflejada en el siguiente fragmento de entrevista:

Entonces los roles de género asignados marcan la probabilidad de enfermar de un modo que te diría que es absoluto ¿Hay diferencias? Claro, que si las hay ¿Están lo suficientemente discutidas? No ¿Están analizadas científicamente? No ¿Se produce evidencia? Parcialmente. Pero que influye en el modo de enfermar, influye. Que influye en los dispositivos asistenciales, influye. Que influye en los modos de cuidar a otros y el propio cuerpo, influye (Ex-representante, MSP, 2019).

Continuando con las diversas posturas que remiten a la complejidad del proceso salud-enfermedad, es necesario señalar que, en el análisis de las entrevistas se han identificado concepciones subyacentes sobre la relación entre dos componentes mutuamente influenciados: uno dado por la predisposición diferencial que, varones y mujeres cis tienen respecto a buscar atención médica; mientras que el otro lo constituyen la acción de cuidar la propia salud y prodigar cuidados a las personas a quienes tienen a su cargo. La búsqueda de atención y el autocuidado, son asociados por las y los entrevistados a los roles de género y a la división sexual del trabajo. Es decir, las mujeres acuden menos a consultas para atender a malestares propios, debido a que suelen tener la responsabilidad de los cuidados de los familiares. Es decir, el uso del sistema sanitario es para asegurar los cuidados de otras personas. Esta responsabilidad impacta en el uso del tiempo libre y la valoración de su propio autocuidado queda diluida en el cuidado de otras/os.

En estas posiciones, lo cultural vuelve a aparecer de un modo más abarcativo, denotando aquella complejidad, propia del proceso de salud-enfermedad y que es diferente entre varones y mujeres cis. Esta mirada se amplía, permitiendo visualizar los estereotipos de género al interior de la práctica médica. Por un lado, la asociación unívoca de género y problemas gineco-oncológicos para el caso de las mujeres cis y lo cardiovascular - fuertemente asociado al estrés del trabajo remunerado, esfuerzo físico y a factores conductuales estereotipados como es el consumo de alcohol y tabaco- para los varones cis. Por otro, el desconocimiento -u ocultamiento- de las particularidades del proceso cardiovascular para mujeres cis.

A veces cuando la mujer tiene alguna sintomatología en la esfera cardiovascular, es minimizada. Tal vez porque está instalado culturalmente, que los riesgos que tiene la mujer son a tener determinados cánceres y no los cardiovasculares que siempre fueron más asociados al hombre [...] pero también se tiende a infravalorar los síntomas que la mujer tiene, porque son distintos (Representante del FNR, 2019).

Estas ideas sostenidas, señalan la necesidad de repensar el principio de accesibilidad al sistema sanitario, adecuar los servicios asistenciales, interpelar a la PPSCV desde la perspectiva de género mirando en su interior todos los programas que la materializan. Sucede que, para un tema prevalente como la SCV, la perspectiva de género es un eje de enorme identidad. Es necesario, poner mucho el foco en saber cuáles son los elementos que en materia de género pueden ilustrar un programa de promoción de SCV, y de pistas de cómo orientar la prevención, la promoción, la atención, la orientación de los servicios, el acceso a los dispositivos, a la información y observar así, cómo los distintos espacios interactúan desde la perspectiva de género.

Asimismo, y profundizando en el tema en cuestión, es necesario señalar que en epidemiología se denomina prevalencia, a la proporción de individuos de una población que presentan una característica o problema de salud determinado. Identificar el nivel de actualización de estos datos poblacionales, pareciera ser el puntapié inicial para analizar el saber médico de las y los profesionales entrevistados. En términos generales, las y los consultados identifican que la prevalencia según el sexo de las personas, es diferente. La mayoría, inclina la balanza hacia el sexo femenino como principal perjudicado de las ECV, tal y como queda representado por el siguiente relato. “Puede verse alguna diferencia en ciertas prevalencias, a veces puede verse que en mortalidad varía un poco, puede verse un poco más en las mujeres” (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019).

La explicación común a todas las personas que, al momento de responder la entrevista, ocupan un cargo de gestión en la PPSCV; es que esta diferencia en la proporción de personas con ECV es debido a que, las personas de sexo femenino -identificadas con mayores problemas de salud cardiovascular- están adoptando hábitos y estilos de vida que eran considerados como propios y exclusivos del género masculino. El siguiente fragmento de entrevista ilustra este examen: “es bien conocido, de que las ECV tenían una fuerte incidencia-prevalencia en el varón; sin embargo, en los últimos años [...] las mujeres están fumando y tomando a la par de los hombres y eso no es algo bueno” (Representante, ASSE, 2019). La ruptura de ciertos compartimentos estancos y las conquistas sociales es valorado como perjudicial para la salud cardiovascular de las mujeres cis. Esto puede leerse en el relato seleccionado, “hay una diferencia sí, ahora se ven mucho más las ECV en mujeres, [...] Creo que es por la vida, antes la mujer tenía un rol que la preservaba. Hoy, desde trabaja, sufre el

estrés que antes era propio del hombre” (Representante del 105 SAME, ASSE, 2019). Emerge la defensa de la institución familia tradicional patriarcal y heteronormativa, aflora la justificación de la institución trabajo remunerado-androcéntrico y brotan discursos que abrigan las desigualdades de género en el campo de la salud cardiovascular.

En este campo de disputa discursiva, la defensa del orden dominante permite la emergencia de otros elementos explicativos. Unos, desplazan la categoría de género como dimensión explicativa de las diferencias en la prevalencia de las EVC, como señala el fragmento, “yo diría que los factores principales, como sociales-económicos y culturales de los que se dice poco, son los factores de la vulnerabilidad social, y de la pobreza” (Representante, ASSE, 2019). Otros, en menor medida, niegan cualquier diferencia en la proporción de personas que padecen ECV según sexo, tal y como expresa el siguiente relato “no estoy muy de acuerdo a que la mujer tenga una cierta predominancia a que le pase esto y el hombre no, a mí me hace ruido qué querés que te diga” (Representante de efector 2do. Nivel de Atención, ASSE, 2019). Queda así transparentado que, en términos socio-demográfico, la incidencia de la categoría de género en la SCV, está subsumida en explicaciones que se apoyan en los comportamientos y cargadas de estereotipos de género.

De este panorama que arrojan los datos epidemiológicos a través de la prevalencia, es necesario adentrarse hacia el desarrollo del IAM, en tanto objeto de estudio de las ECV. Se les preguntó a las y los entrevistados, si los síntomas y signos que presentan las personas según sexo varía. Al respecto, la tensión entre dos posturas sigue manteniéndose. La primera, va a reconocer un debut diferencial del problema de salud apoyándose en postulados teóricos que han decretado -y aún decretan- que son la edad y el sexo, las únicas variables que inciden en el desarrollo de un IAM. Es decir, una persona de sexo femenino hasta su menopausia se encuentra protegida naturalmente por sus estrógenos, pasado ese ciclo vital sus probabilidades de padecer un IAM se igualan a las de una persona que no goce de estos beneficios hormonales. De esto da cuenta el siguiente fragmento de entrevista, “la literatura marcó parámetros de acuerdo a edad-sexo [...] eso hace que veas infartos en hombres jóvenes, pero no en las mujeres jóvenes. En ellas afecta luego de los 50 años que es cuando comienza a emparejarse” (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019).

Dentro de esta posición, además, se pueden encontrar concepciones minoritarias que parten de reconocer diferencias en cómo expresan y cómo se desarrolla el IAM según el sexo

de las personas que padecen. La sintomatología no es la misma en el hombre que la que tiene la mujer cis;

[...] los síntomas clásicos del IAM, el dolor opresivo detrás del esternón que irradia al cuello y brazo izquierdo, muchas veces no es tan claro en la mujer. La mujer puede tener otras expresiones más asociadas a sensaciones de angustia y eso hace muchas veces que la propia mujer minimice y a su vez, el profesional que la está viendo tampoco identifique claramente que está frente a un problema cardiovascular (Representante del FNR, 2019).

Lo que permite entrever esta cita, es que aquella invisibilidad descrita en el apartado anterior, lleva a una minimización del evento, cuando quien lo padece es de sexo femenino. Minimización, tanto de quienes padecen estos eventos, como de quienes llevan a cabo la atención médica y elaboran un diagnóstico de la paciente que consulta. En este nivel de análisis, la invisibilidad del proceso de IAM en las mujeres cis, es contundente.

La segunda posición por su parte, va a continuar negando cualquier tipo de particularidad en la expresión y el desarrollo del IAM, según el sexo-género de la persona que lo sufre. Los procesos de salud-enfermedad son para este tipo de concepciones; indiferenciados, tal y como puede apreciarse a continuación, “no, no creo que haya diferencias [...] el dolor es subjetivo [...] Sí, va a depender de la persona, no del género sino de cómo esté la persona físicamente” (Representante de efector 2do. Nivel de Atención, ASSE, 2019). Aún más, la manifestación ligada al estado físico, denota el sesgo biologicista de esta concepción.

Empero, dentro de esta negación de un desarrollo diferencial de la enfermedad en cuestión, se abre una grieta que permite identificar cierto reconocimiento -tal vez no consciente-, de que las diferencias surgen en la atención sanitaria, cuando quien padece un evento de IAM es una persona de sexo femenino. Las y los informantes calificados subrayan que en términos de síntomas y signos no conciben diferencias, pero sí existen al momento de diagnosticar las enfermedades cardiovasculares. Una vez más, vuelven a vislumbrarse los estereotipos de género presentes en la atención médica y las desigualdades de género en el acceso a la salud, tal y como ilustra el siguiente fragmento de entrevista: “vos llevas a una mujer y a un hombre a la puerta de emergencia, ambos con un dolor en el pecho. En el hombre enseguida van a pensar ¡es un infarto! En la mujer van a pensar, ¿no será que está angustiada? (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019).

En el párrafo anterior se señalaba un margen que habilita reconocer -de modo inconsciente - un quehacer médico sesgado. Esta afirmación de una reflexión latente sobre la atención médica, cobra relevancia cuando al indagar sobre el método de exploración y construcción del diagnóstico, aquella crítica emergente es refutada. La totalidad de personas entrevistadas, que al momento de responder ocupan un lugar de gestión en la política pública sanitaria cardiovascular; niegan cualquier tipo de exploración clínica desigual, tal y como se refleja en el siguiente relato:

No, no, no, porque es el corazón, no es el útero. Se hace un electro, se miden las proteínas quininas que se liberan a la sangre cuando se está haciendo un infarto, con eso se hace el diagnóstico, más la sintomatología, que es como un dolor de tipo opresivo, que puede estar acompañado de síntomas y signos vaso-vagales sudoración, náuseas etc. (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019).

Lo mismo sucede cuando se indaga en el tratamiento. La mayoría de las y los entrevistados, aseguran que el tratamiento es el mismo para todas las personas o, mejor dicho, que éste no depende del sexo-género del paciente. En todo caso, está en plena relación con el diagnóstico elaborado, que al igual que en el ACV el tiempo es clave, es el tiempo-corazón, que cuanto más se demora en destapar ese vaso, más daños hace. Cuanto más guían y sesgan los estereotipos de género la práctica médica, más daños hace. “Una cosa es la demora en el diagnóstico, en determinar las causas de lo que le está pasando, pero después los estudios son los mismos. No hay diferencias” (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019).

Cabe en este momento, mencionar, algunas consideraciones sobre esta investigación en el nivel de relación entrevistadora/entrevistada/o. Sucede que, en esta indagación sobre desigualdades manifiestas según género en la construcción del diagnóstico y de la terapéutica, surgen para ambos casos, márgenes de dudas. Aflora la institución educación, para señalar una base desde la cual, los y las entrevistadas, interpelan aquellas aseveraciones de postulados teóricos tradicionales en la medicina. Podría a su vez, ser tierra fértil para la orientación de una estrategia de acción que transversalizar la perspectiva de género al interior del campo de formación.

Retomando la idea de que el IAM es una ECV perteneciente al grupo de las ECNT y que, como todo este conjunto estas enfermedades no sólo son la principal causa de muerte en

Uruguay, sino que, además, son prevenibles. Prevenibles⁴⁰ en tanto, sus causas principales son los factores de riesgo identificados hacia los cuales se destinan acciones y estrategias para evitar que la prevalencia de las ECV, y en particular el IAM, siga en ascenso. Al respecto, se describirán a continuación, cuáles son los criterios a partir de los cuales se diseña y planifica una campaña preventiva -prevención primaria- y de promoción de la salud cardiovascular.

En esta línea, según algunas personas entrevistadas, el diseño y ejecución de una campaña pública de prevención y promoción de salud cardiovascular; se apoya en el estudio de los factores de riesgo -conductuales- y en sus asociados -patológicos-. Es decir, tiene que ver con “los estilos de vida saludables [...] Por otro lado, también está eso de que la mujer consulte en tiempo y forma ante un infarto o ACV” (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019). Este posicionamiento, permite dilucidar que dichos criterios de planificación y desarrollo de una campaña pública de salud cardiovascular en el caso uruguayo, refieren explícitamente a componentes propios de la corriente de pensamiento de la Epidemiología Social. Desde esta posición teórica -que también es ideológica, en la medida en que disputa el campo del sentido de la salud-, la estrategia de prevención primaria, está encaminada al control de los comportamientos sociales y su segmentación ajusta el foco para reforzar dicho control sobre las mujeres cis que padecen ECV, por estar a la cabeza de las estadísticas. Aquel tiempo-corazón deviene en consideración, en la medida de que se trate de que la mujer consulte a tiempo y no de desestructurar aquellos estereotipos de género presentes en la práctica médica, que obturan el acceso a la atención médica cardiovascular.

Volviendo a la idea de que una campaña de promoción y de prevención de salud cardiovascular se apoya en el estudio de los factores de riesgo -comportamentales-, es necesario identificar si para las y los entrevistados, existen factores de riesgos diferentes para varones y mujeres. En este punto, las aguas vuelven a dividirse, ya que coexisten diversas percepciones.

Por un lado, pueden observarse posiciones que niegan cualquier tipo de diferenciación, tal como puede apreciarse en el siguiente relato aportado por un informante

⁴⁰La prevención sanitaria está organizada en tres niveles: la **primaria** refiere a las acciones y estrategias tendientes a evitar la aparición de enfermedades. La misma se basa en estrategias de promoción y educación para la salud. El **segundo** nivel, se desencadena a través del tratamiento de una enfermedad en curso, mientras que el **tercero** se orienta a la rehabilitación del padecimiento y la prevención de su reincidencia.

calificado “sigo sintiendo que depende de cómo lleves vos el estilo de vida, después estamos hechos... somos iguales en lo físico, digo. En general, fumar es malo seas hombre o mujer” (Representante de efector 2do. Nivel de Atención, ASSE, 2019). En este punto, la médica Carme Valls Llobet (2013) señala que los factores de riesgo no sólo son diferentes para unos y otras, si se transversaliza la perspectiva de género -por ejemplo, el estrés también es producto de: sobrecarga de cuidados, gestión de tiempo libre, VBG, entre muchos otros-. Sino que además añade, que los factores de riesgo tradicionales tampoco interactúan del mismo modo en los cuerpos que expresan el sistema sexo-género. Las etapas vitales y los procesos fisiológicos propios de cada cuerpo, marcan distinciones que no son tenidas en cuenta por estas personas representantes de esta fase de política pública analizada, salvo que la mirada se pose sobre la salud sexual y reproductiva -al respecto, sólo si hay un embarazo en curso, se está en etapa reproductiva, o en lactancia aparecen consideraciones particulares-. Es el único aspecto que emerge como diferente en los sexo-géneros: la fragmentación del cuerpo de las mujeres cis.

En este sentido, varias personas entrevistadas coinciden en que, la incidencia de los factores de riesgo en la salud según el sexo de las personas, es indiferenciada. No obstante, conciben que existen diferencias entre ambos sexos que no están vinculadas a la al orden de lo biológico, sino que dependen de aspectos culturales, como puede observarse en el siguiente fragmento de entrevista:

[...] las mujeres son más inactivas, es un tema especial ese, que los varones tienen el fútbol como práctica [...] el mundo ha ido cambiando mucho, antes era más el hombre el que salía a trabajar [...] el hecho de estar en el trabajo generaba otro estrés, llegaba a otros tipos de consumos [...] y eso hacía, que se generaran ECV en mayor proporción (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019).

En este fragmento presentado, puede visualizarse como la enfermedad aparece en el mundo de las mujeres que rompen las fronteras de lo productivo-reproductivo. Parece que, trascender el espacio de lo doméstico para habitar el mundo público, es la razón enquistada en los problemas cardiovasculares. Permite leer la concepción latente, no sólo de la división sexual de las tareas -en tanto aparecen estereotipos de género ligados a las actividades típicamente femeninas y masculinas-, sino que además se puede dilucidar cómo el estrés es únicamente asociado al trabajo remunerado fuera del hogar. El estrés asociado a la sobrecarga de trabajo no remunerado -cuidados, gestión y mantenimiento del hogar, entre muchas otras cosas- no es siquiera visualizado. No consideran la sobrecarga de trabajo no remunerado

como un conjunto de actividades que generan también estrés y minan el campo de la salud cardiovascular.

Por otro lado, y continuando con el hilo de esta reflexión, el siguiente fragmento de entrevista, ilustra la idea presentada en el párrafo anterior sobre la existencia de factores de riesgo diferenciales, y tiende un puente con las concepciones de aquellas personas que sostienen que sí existen diferencias, donde el sexo-género, estaría incidiendo.

Sí por supuesto, en el caso de la juventud, la mujer tiene ese factor de protección que son sus hormonas [...] pero cada día se conocen más factores de riesgo no tradicionales y muchos que todavía no conocemos [...] también hay otros factores tradicionales, tal como el estrés no sólo tiene un impacto diferente en el hombre y en la mujer, sino que hombres y mujeres sufren distintos tipos de estrés (Representante del FNR, 2019).

Hasta este momento, el análisis ha estado circunscrito al nivel de la prevención primaria, a continuación, se profundizará en las concepciones presentes en el plano de la prevención secundaria y terciaria. Vale recordar que la prevención primaria se desencadena para evitar la enfermedad y promocionar la salud, mientras que la secundaria es la ejecución misma de acciones orientadas a reducir el impacto de la enfermedad a través de tratamiento médico, y finalmente la terciaria hace a estrategias de rehabilitación.

Al respecto de la prevención secundaria, se indagó en los fármacos administrados para la recuperación del evento de IAM. Sobre este tema, las respuestas afloran de modo contundente, negando cualquier tipo de diferencias en la terapéutica tal como puede leerse a continuación. “Hay varios, los antihipertensivos [...] Que siempre son los mismos para todas las personas, igual habría que consultar especialmente en las mujeres en caso de que estén embarazadas” (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019). La SSR vuelve a emerger como única categoría de distinción y con ella, la fragmentación del cuerpo y experiencias de las mujeres cis.

Por otro lado, cuando se indaga por la prevención terciaria, se encuentra que no hay un programa de Rehabilitación cardiovascular, tal como puede constatarse a través del siguiente relato “[...] no está protocolizado [...] está en el MSP como en pedacitos [...] es lo mismo para todos” (Representante del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles, MSP, 2019). Sin embargo, desde el propio espacio donde se despliegan las estrategias y acciones de prevención secundaria y terciaria, el FNR; la visión sobre el tema es diferente. Los programas y acciones que materializan las políticas preventivas -en este

caso secundaria y terciaria- de salud cardiovascular, no estarían contemplando los diferenciales de género que obstaculizan un acceso integral a la atención sanitaria.

Se observó que había aspectos que ocurren en la prevención secundaria que enlentecen la curación [...] además, a veces las mujeres acceden menos a los tratamientos de rehabilitación, por razones culturales [...] la mujer trabaja, cuida la casa, cuida los hijos; a veces tiene menos espacio para poder tener tiempo disponible para asistir a un lugar que le ofrezca prevención o rehabilitación, más allá que en algunos lugares incluso implican una contribución del punto de vista económico, que muchas ni siquiera pueden hacerlo (Representante del FNR, 2019).

Finalmente, la dialéctica propia del campo de las políticas públicas y de la salud cardiovascular en particular, es retroalimentada con la producción de conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad de la población. Al respecto, los y las informantes calificadas, mencionan que, en Uruguay, las políticas sanitarias se ven alimentadas por la producción e investigación que viene de la academia. Al mismo tiempo, el MSP ejecuta acciones de vigilancia epidemiológica -que es una forma de investigación con otras características-, y su accionar se ve nutrido por la producción de conocimiento que surge de investigaciones internacionales. Esta acumulación teórica y empírica sobre los estados de salud y los tratamientos de la población, es utilizado por el MSP para elaborar protocolos y guías de manejo médico. La importancia de la relación entre producción de conocimiento y políticas públicas queda manifiesta. Ahora bien, el problema aflora si esa forma de producir conocimiento, infrarrepresenta a un grupo poblacional con determinadas características, extrapolando los resultados de un grupo de personas con determinadas características -los varones cis-, hacia otro con características singulares -las mujeres cis-. El estado de salud, la reacción a un tratamiento y cualquier forma de variabilidad según sexo-género, queda enterrada en la universalización de resultados.

[...] ese problema de subrepresentación no es que se haya descubierto ahora, se conoce desde hace mucho tiempo. Con todo lo que se ha puesto de manifiesto sobre las desigualdades de género creo que la permitido lenta y progresivamente se ponga a conocimiento de todos (Representante del FNR, 2019).

En esta línea de producción de conocimiento, se indaga en las y los entrevistados sobre la existencia de estudios epidemiológicos nacionales con perspectiva de género. Tal y como puede apreciarse en el siguiente relato, parece asociarse dicho enfoque con información desagregada según sexo. Además, se lo vincula a la existencia de algunas investigaciones que examinan en cómo ciertos fenómenos afectan a las mujeres o a los hombres, pero sin

abordar las diferencias entre ambos sobre la misma temática o problemática de forma integrada. Las condiciones concretas que ligan la dimensión general de existencia, con los modos particulares de vivir y su expresión en proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado de las personas; no son tenidos en cuenta a la hora de construir el perfil poblacional de morbi-mortalidad cardiovascular de la población. El siguiente fragmento da cuenta de este fenómeno:

No sabría...habría que ver con la academia...exactamente con perspectiva de género...porque como te dije, la variable hombre/mujer, siempre está...aunque hay estudios que a veces están interesados sólo en saber qué les está pasando a las mujeres o a los hombres (Representante de ASSE, 2019).

Hilando más fino en la dimensión de producción de conocimiento, las y los informantes calificados desconocen que existan estudios locales que den cuenta de los efectos diferenciales de los medicamentos para recuperación de IAM, según sexo-género. La interacción de aspectos fisiológicos y culturales con la terapéutica, pareciera no ser un aspecto reflexionado en la comunidad de profesionales de la salud. Otra cuestión a resaltar en esta dimensión de análisis, es que en general, las y los entrevistados manifiestan no estar actualizados sobre la perspectiva de género y su vinculación con el campo médico. Sin embargo, es interesante señalar el interés suscitado con la entrevista misma, tal y como permite identificar el siguiente fragmento de entrevista:

No he escuchado nada sobre medicamentos ¿vos has visto algo de eso? ¿Medicamentos que depende del fármaco afecta diferente? ¿Tenes algo para leer? Porque está bueno saber, actualizarse en la medida que vos estas trabajando con pacientes, saber cómo viene esto (Representante de efector 2do. Nivel de Atención, ASSE, 2019).

A vuelo preliminar, puede cerrarse este apartado señalando que la concepción de salud presente en las y los decisores de la PPSCV está ligada a la Epidemiología Social que se viene describiendo. Así, la acción principal se orienta a prevenir las enfermedades cardiovasculares a partir del control de los factores de riesgos. Articulando con distintos sectores de la sociedad, encamina acciones tendientes a impactar en los estilos y hábitos de vida de la población. Esfera ésta que concibe homogénea, sin diferencia alguna en su producción y reproducción cotidiana. Especie de tránsito indiferenciado de las personas que la constituyen como tal. Asimismo, la simplificación del fenómeno en cuestión al orden de los comportamientos, conduce irremediamente a que la responsabilidad de aquel estado ideal de salud, recaiga en plano individual. Es en este sentido, la demanda de atención médica

y las prácticas de autocuidado, donde sólo pueden visualizar la relación entre género y salud. Esta reducción, impide que sean visualizados por las y los entrevistados, los sesgos presentes en la práctica médica. Especie de negación de las relaciones de poder que determinan las concepciones sobre las que la PPSCV se estructura.

Concepciones que niegan las desigualdades de acceso al sistema sanitario, que ocultan las barreras en el ejercicio de los derechos y en el goce de recursos. Concepciones éstas que no cuestionan la división sexual del trabajo y dejan intactos los impactos desiguales que imprimen en el PSE. Concepciones que solapan la expresión en los procesos biológicos, de las relaciones de género; como así también encubren cómo la realidad corporal configura procesos sociales.

Queda al descubierto, además, un saber generalizado que fragmenta a tal punto el cuerpo y la experiencia de las mujeres, que sólo es la salud sexual y reproductiva el único aspecto que diferencia el PSE de las mujeres cis. Puede identificarse también, tal y como señala la médica Carme Valls Llobet (2013), como la ciencia y asistencia médica, abogan por que las mujeres sean “**controladas**”, para que no se desvíen de la norma marcada por la ciencia androcéntrica. De esto da cuenta la focalización de las estrategias de prevención primaria. Dejan entrever que, es responsabilidad de las mujeres cis que el personal de la salud no identifique su proceso cardiovascular diferencial, que la cosmovisión dicte que el PSE propio de las mujeres sea lo onco-ginecológico, que se desconozca e invisibiliza las interacciones de los medicamentos según los aspectos fisiológico de las personas que se desenvuelven en cotidianidades específicas y en entramados de relaciones desiguales. Es responsabilidad de las mujeres cis, que la ruptura de los pares dicotómicos de mundo privado/público, trabajo doméstico/remunerado, reproducción/producción de la vida, entre otros aspectos; devenga en IAM.

Empero, entre lo opaco de la negación emergen claros que irrumpen para señalar alternativas. Alternativas subalternas, fuerzas instituyentes que buscan dejar surcos por donde discurran, se instalen y se interioricen nuevas ideas. Nuevas formas de concebir la salud y por ende nuevas formas que dan lugar a la interacción entre género y salud. Concepciones que observan la división sexual del trabajo y el sistema sexo-género, como dimensiones que moldean la salud y la enfermedad de las personas, de unas en detrimento de otras. Visiones que, a lo largo de las entrevistas, han hecho manifiesta la intención de revisar su saber, interpelar la práctica y mirar críticamente el campo de la salud.

b. Fase de ejecución de políticas intersectoriales: intervención

En la fase de ejecución de políticas intersectoriales, la intervención sanitaria a través de: las campañas de promoción y prevención de salud cardiovascular, la atención médica, las estrategias de prevención secundaria y terciaria y, la producción de conocimiento científico; configura un proceso complejo. Proceso que permite identificar cómo es que se plasman aquellas formas de pensar, definir y abordar los problemas de salud pública en general y la cardiovascular en particular. En este sentido, es importante conocer los valores y modelos culturales presentes en las personas que ejecutan la PPSCV. En los párrafos siguientes se presenta el análisis de esta fase, elaborado a partir de las entrevistas generadas.

Las y los actores entrevistados para el análisis de esta fase en cuestión, se perciben como abocados al manejo integrado de la atención médica -en base a protocolos y guías de atención, que se nutren a su vez, de la investigación orientada al diagnóstico precoz-. Se ha considerado entonces, la atención médica pública: ambulatoria -medicina general-, especializada -cardiología- y técnica -con de estudios tecnológicos complementarios- y la perspectiva de emergencia-urgencia. Se han tenido en cuenta las concepciones de representantes del pertenecen al primer y segundo nivel de atención de ASSE y del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la UdelaR. Asimismo, se consideran para su selección, los distintos grados de responsabilidad y de toma de decisión de cada persona entrevistada al interior del sistema público de salud. 1) Centro Cardiovascular Universitario del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la UdelaR, 2) Puerta de emergencia del 2do. Nivel de Atención, 3) Atención Médica-Técnica del Servicio de Cardiología, 2do. Nivel de Atención, 4) Atención Médica Cardiológica, 2do. Nivel de Atención, 5) Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud, 1er. Nivel de atención, 6) Medicina Familiar y Comunitaria, Policlínica, 1er. Nivel de atención, 7) Dirección del sistema de emergencia 105 SAME. Asimismo, se ha tenido en cuenta las concepciones de: 8) Sociedad Uruguaya de Cardiología, 9) Dirección del Fondo Nacional de Recursos, y 10) Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular.

En esta fase de la política pública, las ECV son definidas principalmente, por lo que no son. No son infecciosas, no son transmisibles, no son contagiosas. Aflora, además, la idea de que son los padecimientos más frecuentes en el país y los que más mortalidad tienen. Para estas personas incluso, las enfermedades cardiovasculares responden a causas multifactoriales. Empero, lo llamativo es que lo multifactorial siguiendo el hilo de toda la

política pública, continúa siendo reducido a dos variables: lo genético que no es modificable y lo conductual que es posible controlar. De ello da cuenta el siguiente relato:

En primer lugar, la cardiopatía isquémica [...] se vincula a los factores de riesgo que son modificables [...] y con los menos modificable es la edad, los antecedentes familiares desde el punto de vista genético [...] Son enfermedades multifactoriales que se instalan y acompañan a lo largo de su vida y que no hay un vector que la transmite (Representante, Atención Médica Especializada y Técnica, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Esta noción subyacente, es la que conduce a considerar que la prevención de estos padecimientos, descansa en estrategias orientadas al control de los comportamientos sociales, a través de la vigilancia de los factores de riesgos conductuales tal y como se viene sosteniendo. Esta esfera comportamental, es identificada como el orden de lo cultural. Lo cultural estaría refiriendo unívocamente a los hábitos y estilos de vida que se esperan modificar desde la política pública de prevención primaria cardiovascular. En esta línea de pensamiento, la concepción de salud que emerge de este grupo de personas entrevistadas sigue alineada con aquella definida por los grandes organismos internacionales. Es decir, prima la idea de los Determinantes sociales de la salud difundida por la OMS, tal como puede verse expresada en el fragmento de entrevista presentado a continuación: “yo creo que las enfermedades cardiovasculares en el adulto en un 80% son consecuencias del estilo de vida y de los determinantes sociales” (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

La concepción latente sobre salud que tienen los y las entrevistadas, es el telón de fondo sobre el que puede pensarse -o negarse- la influencia de la categoría social de género en el proceso salud-enfermedad. Continuando, dentro de este grupo de personas que representan la fase de ejecución de la PPSCV, se identifican distintas posiciones conceptuales. Algunas pocas, sostienen ideas similares sobre la importancia del género en el proceso salud-enfermedad de las personas. Partiendo de una reflexión profunda, emergen nociones tales como: proceso de socialización de género, formas de organización social de los roles y mandatos, relaciones de poder entre varones y mujeres, la VBG. Nociones que visualizan como incidiendo en el PSEAC cardiovascular.

Las diferencias surgen en las posibilidades de profundizar en aquella relación entre género y proceso de salud-enfermedad atención-cuidado. Hay quienes pueden sostener un discurso transversalizador de la perspectiva de género en el campo de la salud, tal y como

plantean en el siguiente relato: “Influye en la investigación, en la percepción, en el tratamiento diferencial, en el mal pronóstico, en la propia política pública. Porque no se trata igual a los hombres y a las mujeres” (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

De hecho, se visualizan posiciones que, trascendiendo los pares dicotómicos, se animan a plantear una incidencia aún más compleja, en esta relación entre género y salud.

[...] queriendo ser más amplio, también hay géneros...está la población trans [...] que si bien no lo he estudiado lo suficiente, también sé que se manifiesta diferente por las condiciones sociales...ahí sí, seguramente debe haber mucha más estigmatización y exclusión...pero también con los tratamientos que existen, todo lo hormonal, es toda una disciplina y un proceso [...] eso también puede estar cambiando la manifestación de las enfermedades en general y de las cardiovasculares en particular (Representante Atención Médica Ambulatoria Especializada, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Empero también, están quienes, la categoría de género sólo les permite visualizar una porción de este entramado tan complejo que es el proceso de salud-enfermedad, atención-cuidado. Vuelve a emerger, como en los anteriores apartados, la relación entre género y salud acotada a las dimensiones de demanda de atención y la de acciones de autocuidado. El rol de cuidadoras es percibido como incidiendo en ambas dimensiones y de modo relacional tal y como se expresa en el siguiente relato:

Las mujeres tienden a ser más cuidadosas, si es el esposo el que se enferma seguro la Sra. sabe todos los medicamentos, tiene todo anotado y es quien se los da, ella tiene que ser más autoválida [...] se adhiere más al tratamiento que el hombre [...] otra cosa, es que si hay una pareja, y es el hombre el que queda solo, el que enviuda...es un paciente que no tiene herramientas muchas veces para demandar atención (Representante de Puerta de Emergencia, del Segundo Nivel de Atención Médica, ASSE, 2019).

Asimismo, el fragmento presentado tiende un puente hacia anteriores reflexiones. La adherencia de las mujeres cis al tratamiento, podría estar señalando el control social de la ciencia médica interiorizado y hecho carne en sus cuerpos, convertido en obediencia sin mediación de resistencias.

Además, hay posiciones que niegan cualquier tipo de asociación entre la categoría de género y el PSEAC. Vaciándola de contenido transformador y utilizándola como herramienta de segmentación, justifica el fin de un procedimiento. Alegando a que hay políticas que son tan generales y neutras que no necesitan ser transversalizadas; justifican -y confunden con

género al mismo tiempo- el uso de la variable sexo para segmentar la población beneficiaria de la política. De ello da cuenta lo relatado a continuación: “Creo que no toda política tiene que estar diseñada con una visión de género, hay políticas que son generales, pero hay otras que está bueno pensar un poco en segmentar” (Representante de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, 2019).

En todo caso, emerge un elemento común a esta fase, identificado como demanda de capacitación y sensibilización en el tema. Sensibilización para mejorar la atención efectuada en los centros. Sensibilización para poder integrar esta categoría al acto médico, tal como es expresado en el siguiente fragmento de entrevista:

[...] a mi lo que me interesa muchísimo es cómo integrarlo a la consulta. Cómo integrar estos aspectos que sí impactan, cómo los incorporo en mi mirada, en las cosas que pregunto, en las cosas que evalúo...esto que preguntabas; si doy un tratamiento cuál va a ser la repercusión después. Creo que hay mucho que pensar, que cuestionar (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Demandan capacitación, para poder trascender y aclarar vacilaciones conceptuales. A continuación, un fragmento de entrevista ilustra esta idea: “Yo te hago una pregunta antes, que se me hace un bardo ¿Cómo las diferenciarías a grandes rasgos, sexo y género?” (Representante Atención Médica Ambulatoria Especializada, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019). Capacitación que redunde en la interpelación de postulados médicos tradicionales y orientada a trascender las desigualdades de género en salud.

Sensibilización, además, apoyada en su difusión. Pareciera que la apertura está dada para que esta perspectiva sea abordada. Las y los entrevistados, señalan que sexo y género inciden tanto en el desarrollo de la enfermedad, en la construcción del diagnóstico y en la indicación de la terapéutica. Como así también, en la expresión de las manifestaciones, en la vivencia de las experiencias y en las formas en que se relatan dichas vivencias, entre otras cosas. Pero, además, resaltan la necesidad de profundizar y colectivizar estos acervos que vienen a actualizar -y cuestionar también- los preceptos médicos tradicionales. Aseguran que hay evidencias científicas al respecto, pero que no se le da la suficiente visibilidad o importancia para que se accesible al personal inserto en el proceso de atención a la salud.

Del mismo modo, varias personas entrevistadas manifiestan su necesidad de capacitarse y sensibilizarse sobre la perspectiva de género al interior del campo de la salud,

lo que les ayudaría a esclarecer algunas inquietudes sobre masculinidades, tal y como se sostiene a continuación:

Yo en realidad, pienso que las políticas de género instaladas, tienen que ver con una cuestión más paternalista centrada en niñez, adolescencia y mujer. Creo que en eso el sexo masculino no está incluido en las políticas públicas [...] si hablamos de VBG el sistema atiende a la víctima, pero penaliza y excluye al victimario (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Finalmente, esta demanda de sensibilización también es utilizada para justificar ciertas formas de atención desigual, que vuelcan en la responsabilidad de las personas padecientes, los estereotipos de género que inciden en la relación médica/o-paciente. Es aquí donde la noción de la salud, concebida desde su nivel individual, focalizada en lo biológico y comportamental, es alimentada y sesgada por los estereotipos de género presentes en la práctica médica.

La variable género es fundamental. Es decir, quizá como te decía, habría que hacer más sensibilización, sobre todo en la **policonsulta de la mujer** que ha llevado a que no se le crea cuando hay infartos [...] se la diagnosticó como crisis de pánico, se le adjudicó un trastorno de ansiedad o depresión y no se le tomó la importancia. Entonces es importante darle importancia al síntoma al dolor de pecho de la mujer, trabajando en ellas para que no abusen de la policonsulta (Representante, Atención Médica Especializada y Técnica, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Este relato, además, permite ver que los estereotipos de género presentes en la atención médica no sólo obturan el acceso a la atención y guían las posibilidades de diagnóstico, sino que orientan la terapéutica. Tema que será profundizado posteriormente: la hiper-medicalización, el tratamiento desigual y sesgado hacia la esfera emocional y los trastornos mentales, y la estigmatización del PSE de las mujeres cis.

Continuando con otras dimensiones de análisis, se cree necesario en este punto profundizar en la pesquisa y presentar las concepciones que emergen cuando se indaga en el conocimiento que tienen los y las entrevistadas sobre la prevalencia de las EVC según sexo. Al respecto, la mayor parte de las y los informantes calificados, dan cuenta de una prevalencia diferencial,

[...] la medicina tenía un concepto equivocado, que es que las ECV y Coronarias eran de los hombres [...] Lo que pasa es que muchas veces si el hombre tiene el pico de enfermedad cerca de los 50 años, la mujer arranca un poco después cerca de los 55-60 años [...] cuando viene la menopausia, caen los estrógenos, que dan

cierta protección cardiovascular y aparecen los problemas y de modo más grave que en el hombre (Representante de Atención Médica Especializada, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, UdelaR, 2019).

Al respecto y con la intención de ahondar, se escrutó en las razones de esta prevalencia diferencial en las ECV. Para las y los informantes calificados, la diferencia estaría explicada mayormente, por la relación de dos variables básicas: sexo y edad. En menor medida, pueden identificarse ideas subyacentes y diametralmente dispares, concepciones emergentes, que permiten visibilizar los estereotipos de género que atraviesan esta fase de ejecución de la PPSCV. En primer lugar, se afirma que la prevalencia de este padecimiento es mayor en sexo masculino, reforzando de esta manera, aquella idea de que los varones sufren del corazón y las mujeres padecen problemas onco-ginecológicos. Segundo, se reconoce una minimización de los signos-síntomas del IAM en las mujeres cis, al tiempo que se la hace responsable de dicha minimización. Esto queda reflejado en el siguiente relato:

Muchas veces se llega tarde al diagnóstico de la mujer porque se minimiza, o porque la mujer no consulta a tiempo, o se da aquello que es al revés, la mujer consulta demasiado por cuestiones banales, entonces se puede dar lo que se conoce como **síndrome del pastor mentiroso** [...] a veces llega con un infarto evolucionado y nadie le hizo un electro porque nadie creyó en su dolor [...] en las puertas de emergencias...las ponen en una bolsa. Por cosas culturales básicamente...el hombre cuando le duele el pecho, todos sacan el gancho y se gatilla el sistema para los cuidados por si es un infarto...cuando es una mujer no funciona siempre igual (Representante, Atención Médica Especializada y Técnica, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Entonces, si se toma en cuenta de que las mujeres cis sufren más ECV -a esto refiere la prevalencia-, según los datos epidemiológicos presentados por el MSP y ratificado por la mayoría de las y los entrevistados; una atención médica desigual, no hace más que aumentar la tasa de morbi-mortalidad de mujeres cis con eventos de IAM. La infravaloración de sus malestares, el estigma impuesto al uso que hacen de los servicios sanitarios y un ejercicio médico discriminatorio; son algunos de los estereotipos que impiden el acceso a la salud cardiovascular de mujeres cis.

Continuando con esta línea de pensamiento, se hace necesario detallar lo que las y los informantes calificados saben sobre IAM y su desarrollo según el sexo de quien lo padece. Algunas de las personas entrevistadas, reconocen que hay diferencias en signos y síntomas de IAM, según el sexo de la persona que lo padece. Empero, señalan la necesidad de, por un

lado: visibilizar que los síntomas y signos que conocen son típicos en los hombres y que, en realidad, les falta más información y evidencia para saber cuáles son los signos y síntomas prevalentes en las mujeres. De ello da cuenta el siguiente relato: “Lo que pasa es que en la mayoría de los estudios se realizaron sobre los hombres [...] la descripción tan detallada de los elementos que se estudian como típicos, en realidad son frecuentes en el sexo masculino” (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Este desconocimiento sobre las singularidades de la manifestación de la enfermedad en el sexo femenino tiene su raíz en el año 1768, cuando se decidió que las manifestaciones típicas de IAM en el sexo masculino, serían universalizadas.

El ángor típico que describió Heberden, se hizo en base a un estudio de 96 varones y 3 mujeres, pero eso se universalizó. Entonces lo típico, es lo típico de la población del sexo masculino, no para el femenino...el dolor en plancha y opresivo, no es la típica presentación en las mujeres que muchas veces aparece más con falta de aire, con angustia, con síntomas variados, con dolor diferentes, con otros tipos de síntomas (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

Esta descripción hecha a mediados del siglo XVIII, continúa hoy, haciendo mella en el campo médico. El saber médico, no sólo está sesgado por el preconceito de que los hombres sufren de ECV y las mujeres de cánceres onco-ginecológicos, sino que, además, añade el ocultamiento de las manifestaciones específicas -signos y síntomas- del sexo femenino y a éstas, toda una amalgama de estereotipos de género. Estereotipos que sesgan la atención de la esfera cardiovascular hacia la de salud mental, reforzando aquella dicotomía del varón-razón y la mujer-emoción. Sucede que, por lo general, los estereotipos de género indican que, la emocionalidad se corresponde a lo femenino, mientras que lo racional es validado socialmente a lo masculino. Entonces, aseguran las y los entrevistados, que un error muy frecuente es que, cuando el dolor no es característico de infarto, al hombre igual se le hace hacemos el electrocardiograma y a la mujer “muchas veces decimos, ay, pero si es mujer ¡qué va a tener! Está nerviosa, está angustiada, está loca (Representante de Atención Médica Especializada, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, UdelaR, 2019). De esta manera, queda evidenciado que estas atribuciones emocionales-rationales, permean y sesgan la estructuración de la atención médica cargando de significancias sociales e ideológicas el acceso a la salud cardiovascular.

Aún más, el desconocimiento -o sesgo- sobre el desarrollo diferencial del IAM, cala profundo en el quehacer médico. Pocas son las personas que manifiestan conocer las

expresiones particulares del IAM en el sexo femenino, ya descritas en relatos anteriores. Sin embargo, logran identificar cómo este ocultamiento dentro del saber médico, afecta la relación médica/o-paciente y las formas de construir un diagnóstico en tiempo y forma, y sugerir una terapéutica adecuada.

[...] tiene son formas de manifestación y de expresión diferente [...] se ha visto que también el proceso de atención, fundamentalmente en las mujeres, ha sido digamos como...un poco más relegado [...] me parece que tiene que ver más con una cuestión de la propia relación entre médico-paciente [...] lo que se me ocurre es una especie de tendencia a que se le reste importancia a las manifestaciones de la mujer [...] porque no son las que aparecen exactamente en el manual, que no son las típicas (Representante Atención Médica Ambulatoria Especializada, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

En todo caso, el desconocimiento -o sesgo- de estas particularidades, puede expresarse también, en una negación sobre esta diferencia en el desarrollo y manifestación del IAM. La percepción del umbral del dolor, es la razón que explica la diferencia. Lo que estaría afectando las estadísticas -que la prevalencia de IAM sea más alta en el sexo femenino- es que “la mujer puede llegar a consultar antes, porque está más sensibilizada o porque le molesta más el dolor, entonces tiene una detección más precoz (Representante, Atención Médica Especializada y Técnica, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Esta diferencia en las concepciones, podría ser explicada -marginamente- por una brecha de género. Sucede que sólo una de las personas entrevistadas devela y argumenta sobre las desigualdades sistemáticas que atraviesan el campo de la salud cardiovascular en Montevideo. Desigualdades de género que hacen que las mujeres cis reciban tardíamente la atención adecuada a su padecimiento. Por ende, las condiciones de salud empeoran -si se recuerda la importancia del tiempo-corazón-, como así también, el pronóstico para su mejoría. Si la muerte no las abate, las discapacidades son un efecto de esta serie de eventos sesgados que reproducen las desigualdades de género existentes, tal como se expresa a continuación:

[...] las brecha son las diferencias ocasionadas por el sistema patriarcal que se manifiesta en: los sesgos que tiene la ciencia para evaluar e investigar [...] porque se ha escrito sobre el cuerpo del hombre y eso se extrapola a lo femenino [...] y eso afecta hasta en la percepción que pueden tener las mujeres de su propio padecimiento [...] afecta en la evaluación u omisión que pueden hacer los médicos [...] porque además se le administra menos medicación, menos tratamientos efectivos y menos tratamientos quirúrgicos (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

A los fines prácticos, lo típico, lo normal, lo común, lo universal; son los síntomas que denota el sexo masculino. Lo atípico, lo anormal, lo inusual, lo peculiar; lo son los del sexo femenino. El varón como norma y la mujer como excepción. Un saber científico y sesgado genéricamente, como lo es el médico; está incidiendo en las posibilidades de vivir o morir de las mujeres cis que sufren IAM, en la medida de que “lo que cambia es la sospecha de diagnóstico, que es más difícil hacerlo en las mujeres, por estas cuestiones atípicas, porque el dolor puede tener una presentación distinta” (Representante de Atención Médica Especializada, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, UdelaR, 2019).

Hasta aquí, los sesgos subyacentes flotan casi sin esfuerzos. Empero, cuando se pretende profundizar en este tipo de discriminación que encarna la atención médica desigual, las aguas se parten. En este sentido, se pueden observar dos posiciones distintas entre las personas entrevistadas. Por un lado, aquellas que niegan que el método de exploración sea diferente según el sexo de la persona que padece un IAM, tal y como ilustra el siguiente fragmento de entrevista: “No, no, no, hay que hacer exactamente lo mismo: electrocardiograma, enzimas cardíacas, centellograma, estudios funcionales, llevarlo a un cateterismo...eso es exactamente igual (Representante, Atención Médica Especializada y Técnica, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019). Y por otro, aquellas personas que afirman que hay un protocolo estandarizado de exploración que debería ser aplicado indistintamente el sexo de la persona que padece IAM. Los estereotipos enquistados en el quehacer médico sesgan y desatienden la salud cardiovascular, hipermedicalizan la salud mental de las mujeres cis con IAM y refuerzan el control sobre sus cuerpos.

[...] si bien el método es el mismo, no se aplica de la misma forma. A una mujer que llega a puerta de emergencia no se la reconoce, ella no se autopercebe como cursando un evento isquémico agudo, no se le practica como esta protocolizado un electro en menos de x minutos desde que entró a la puerta [...] muchas veces se le asignan enfermedades de la esfera mental: estas nerviosa, estás angustiada [...] todos hemos visto mujeres que pululan por las puertas con diazepam, o las vemos de alta yendo a su casa cuando están infartando. Y si vuelve...vuelve peor...si es que vuelve (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

Se ha aclarado ya que, la atención médica está constituida por la construcción del diagnóstico y la administración de una terapéutica. Entonces dicho esto, una vez explorado el escenario de un cuerpo que padece, resta emprender el trayecto de la terapéutica. En tanto concatenamiento consecuente con un saber generizado, el tratamiento diferencial se hace manifiesto. En este sentido, las y los informantes calificados recalcan que el acceso

intervencionista -el cateterismo, la angioplastia y la medicación fibrinolítica- cuando está disponible en tiempo y forma, es el más adecuado. El problema, resaltan, está en que, se hacen menos en las mujeres que en los hombres, tal como lo refleja el siguiente fragmento de entrevista: “[...] está escrito y demostrado que el diagnóstico en las mujeres es más tardío, que cuando se observa el daño ya está más avanzado y, por lo tanto, menos cateterismo (Representante Atención Médica Ambulatoria Especializada, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Empero el panorama se hace más desalentador, al expresarse claramente que no sólo se disparan los protocolos de diagnóstico-tratamiento de un modo desigual según el sexo de la persona que sufre el evento, si no que la trayectoria de la terapéutica adquiere otra lógica. El siguiente relato ilustra esta idea: “el tratamiento frente a un IAM debería ser el mismo, pero no lo es. En vez de medicamentos para el evento, las mujeres son psicomedicadas” (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019). El control sobre los cuerpos de las mujeres cis pierde el velo.

Es en este momento del análisis, donde es propicio señalar que, en términos generales, la propia pauta de la entrevista siembra interrogantes que minan el campo de la atención médica, habilitando la problematización de la propia práctica.

Es re interesante esa pregunta, porque no nos enseñaron a diagnosticar a hombres y a las mujeres, vamos muy tardíamente enterándonos que el hombre es puesto como el ejemplo de lo universal. También se da en los estudios de la salud cardiovascular, que los síntomas son distintos...hasta esto es distinto, la vivencia de los varones y las mujeres o de las disidencias. Eso surge cada vez que se problematiza la medicina ¿ahora qué hacemos? [...] implica una línea de estudios distinta, una línea de tratamiento distinta y (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Luego caracterizar las concepciones manifiestas respecto al evento de IAM, cabe adentrarse en las estrategias de promoción y de prevención primaria de la salud cardiovascular. Al respecto, la totalidad de personas entrevistadas en esta fase de implementación de la política pública sanitaria, refieren que tales campañas se apoyan y se dirigen al control de los factores de riesgo. Estas campañas, son definidas internacionalmente y replicadas acríticamente a nivel local, algo que se describe en el fragmento de entrevista que se presenta a continuación: “[...] son paquetes que ya vienen sugeridas desde la OMS, con su sede en la Ginebra y a partir de la OPS [...] nosotros tratamos de replicarlas (Representante de Atención Médica Especializada, Hospital de Clínicas Dr. Manuel

Quintela, UdelaR, 2019). En esta investigación, se insiste mucho en la adherencia a los marcos de sentido internacionales, dado que las lógicas que los definen, distan mucho de adecuarse a las características que perfilan los PSEAC propios de la región del cono sur, y en particular, de las condiciones estructurales, modos de organización y de vida de la población uruguaya. Esta distancia entre la definición, caracterización de un problema de salud cardiovascular y las acciones tendientes a prevenirlo; se ve engrosada, cuando la ciencia médica y la epidemiológica, se erigen como saberes neutros. Esto contribuye a la reproducción de las desigualdades de género en salud y la conservación de un orden dominante que invisibiliza, infravalora y controla el cuerpo de las mujeres cis.

Entonces, volviendo a las campañas de promoción y prevención de salud cardiovascular, se indagó en la existencia de factores de riesgo diferenciales según sexo. Es en este plano, donde aparecen algunos datos interesantes. Datos que van a hilvanar: la concepción de salud latente -biologicista y comportamental-, la adopción -acrítica- de medidas definidas externamente y la práctica médica sesgada según el género. Datos que, al fin y al cabo, son los elementos constitutivos de la atención médica cardiovascular: la ECV es asociada unívocamente al sexo-género masculino, negando su implicancia para el femenino porque éste se encuentra protegido por las hormonas. Para ambos casos, lo determinante son sus hábitos y estilos de vida. Esta simplificación de explicación causal, permite visualizar al sexo como variable explicativa predominante y los comportamientos -estereotipados- como los marcos guías para el decreto de un diagnóstico. El siguiente fragmento de entrevista, ilustra tal concepción respecto a los factores de riesgo diferenciales según sexo para IAM:

[...] son exactamente los mismos: la diabetes, el colesterol, el cigarro y la hipertensión. Después hay que agregarle la edad, los antecedentes familiares [...] Hay factores que predominan más en un sexo que en el otro, por ejemplo, el tabaquismo, el alcoholismo que se ve más en los hombres. En las mujeres está todo el tema de la cuestión hormonal [...] que son factores protectores (Representante, Atención Médica Especializada y Técnica, Segundo Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Resulta curioso como el ejercicio de ampliar mirada y las posibilidades de un análisis más complejo del PSE, permite visualizar el desplazamiento de aquella visión aparentemente integral de la salud, hacia una concepción que se erige sobre un causalismo que otorga primacía a la esfera individual -comportamientos y biología- como causa de estos padecimientos.

Pero, entre este plano discursivo, los relatos no son homogéneos, la disputa de sentidos es intrínseca al campo de la salud. Emergen algunas posturas marginales, pero concluyentes que expresan y explican los factores de riesgo diferenciales que generan el IAM. Explicaciones que pendulan entre sexo y género como aspectos que moldean el PSE. Los y las entrevistadas afirman que el estrés, por ejemplo, es un desencadenante del IAM. Sin embargo, agregan que las razones que generan el estrés son diferentes para hombres y mujeres cis. Perciben un tipo de estrés específico, producto de la sobrecarga de problemáticas familiares, tareas de cuidados, gestión de lo doméstico, trabajo remunerado, y la lista puede hacerse aún más exhaustiva. Pero aquellos tan mencionados factores de riesgo tradicionales, también son diferenciales. Si el sedentarismo es uno de ellos, las y los informantes calificados, ven particularidades: los hábitos y estilos de vida los observan como atravesados por los roles y mandatos de género; mientras que al varón lo mandan a jugar a la pelota, a la nena la mandan a quedarse en casa con los muñecos; desde el proceso de socialización ya se condiciona un grado actividad física diferencial según el género. A este análisis lo complementan señalando que las encuestas sobre el uso del tiempo libre muestran que si se suman las horas del trabajo remunerado con las del no remunerado; las mujeres cis cuentan con menos tiempo libre que los varones para poder realizar ejercicios físicos, realizar actividades de ocio o simplemente descansar. Emerge así, la categoría de división sexual del trabajo como elemento que perfila condiciones desiguales de salud. Otro aspecto contundente que aparece en el examen de las entrevistas realizadas, es aquel que, refiere a las desigualdades y prácticas discriminatorias relacionadas con el control, el poder y el reconocimiento político y simbólico, que atenta contra la autonomía física y de toma de decisiones de las mujeres cis sobre su propia salud. A continuación, un fragmento que ilustra este razonamiento:

[...] me pasa con muchas mujeres de Casavalle, es que la autonomía para la toma de decisiones de su vida está muy limitada: cuándo salgo, qué hago, cuándo lo hago; todo lo decide el hombre de la familia [...] eso también influye en el control sobre mi propia salud, sobre la capacidad de cuidarme, de generar condiciones saludables para mi vida (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Sin embargo, todo análisis hecho desde la perspectiva de género, insta a una mirada relacional. Al respecto, y alineados a las concepciones anteriores, aparecen relatos que echan luz sobre los mandatos -el deber ser- de masculinidad como aspectos que inciden en el proceso de salud-enfermedad y en el proceso de atención y cuidado de sí.

Sí, me parece que el sexo masculino que, por la presión de no debilidad, tiene menor consulta o consulta tardía [...] Creo que el género influye en la autopercepción, en la posibilidad de crear ciertos hábitos...yo que sé...esto del tabaquismo, el alcohol habitualmente...es para el varón macho...ni hablar del consumo del Viagra, el corazón de los varones está en riesgo (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

Luego de analizar los criterios compartidos por las y los entrevistados sobre las campañas de promoción y prevención de salud cardiovascular, restaría identificar las estrategias y acciones específicas que desencadenan para resolver aquella prevalencia cardiovascular que afecta a las mujeres cis. Al respecto, las campañas de prevención primaria de salud cardiovascular, se focalizan en uno de los elementos que hacen a la relación médica/o-paciente, a saber, las mujeres. Las razones, las expresa el siguiente fragmento de entrevista:

[...] porque creemos que hay [...] una falta de percepción del riesgo real en la mujer, suele minimizar los síntomas y es más difícil también para el médico detectar los síntomas [...] el hombre hace así (*se toca el pecho*) y ya se sabe que es un tema del corazón...en cambio la mujer hace así (*se toca el pecho*) y puede ser la contractura, el estrés y el no sé cuánto (Representante de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, 2019).

Primeramente, es conveniente aquí retomar el pensamiento de Pfau-Effinger expuesto en el capítulo de proceso de construcción de la PPCV. La autora señala que, la cultura puede modificar el impacto pretendido por las políticas sobre los comportamientos sociales. Esta idea sirve para ilustrar que, en la medida de que una política pública sanitaria se base en concepciones que, fragmentan el cuerpo de las mujeres cis y sus experiencias, desconocen sus problemas y necesidades reales y propicien una batería de estrategias y acciones encaminadas a la concientización de las enfermedades acotadas a lo sexual y reproductivo; su incidencia en las concepciones de la población va a seguir el mismo curso. Esto queda demostrado en los datos que recaba el estudio señalado en el capítulo de consideraciones teórico-conceptuales llevado adelante por el Comité de género de salud cardiovascular en el año 2013. El mismo, da cuenta de que, para la muestra de mujeres participantes, el cáncer fue percibido el 52% de las veces, como el principal problema de salud y por el 62% como primera causa de muerte. Respecto a la ECV el 17% de las veces fue percibida como principal problema de salud y por el 12% como primera causa de muerte (Artucio *et al.*, 2017). Como institución que pretende educar en la salud, la ciencia médica y epidemiológica derrama sus estereotipos de género hacia la población, sesgando la autopercepción que las mujeres cis tiene de sus propios procesos de salud-enfermedad.

En segundo lugar, a través del fragmento presentado anteriormente sobrevuela, además, la idea de que conducta y responsabilidad individual, constituyen criterios preponderantes que, guían la ejecución de las campañas de promoción y prevención de salud cardiovascular. Si las mujeres encabezan las estadísticas, es porque llegan tarde a la consulta, en tanto subestiman sus propios malestares. En esta línea, las campañas van a orientarse hacia este segmento de la población⁴¹. Se indaga entonces, en la especificidad de la promoción-prevenición dirigida hacia las mujeres. La categoría de género aparece en este nivel, como estrategia de segmentación para el campo del marketing social. En este sentido, la perspectiva de género en realidad no estaría transversalizando la política pública de promoción y prevención de salud cardiovascular. En su lugar, la categoría de género es utilizada como estrategia de segmentación de la población-audiencia. Segmentación que no escapa a los estereotipos de género.

Entonces las últimas cajillas de cigarrillos atacaron más a la mujer con el tema [...] ¿Por qué será? Bueno mira porque la mujer prefiere ser flaca (*la caja de cigarrillos habla de que fumar causa celulitis*), que morir temprano...prefiero fumar que comer...entonces la ansiedad la manejo con el cigarro...entonces las políticas públicas tienen que saber esas cosas para diseñar acciones más acordes al público [...] hay que empezar a pensar un poco en segmentar (Representante de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, 2019).

Pasando hacia el nivel de la prevención secundaria, los fármacos utilizados una vez presentado el evento son cuatro, según referentes en la materia: “aspirina (antiplaquetario), estatinas (baja el colesterol), betabloqueantes y enalapril (antihipertensivo). Son las mismas para todas las personas” (Representante de Atención Médica Especializada, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, UdelaR, 2019). La pregunta que surge es, si el sexo es una variable que incide en la salud cardiovascular -o al menos así lo expresan deliberadamente las y los entrevistados ¿por qué los medicamentos no van a estar sujetos a una interacción diferencial con el eje hormonal propio del sexo? Al respecto, pocas son las personas entrevistadas que problematizan la relación entre terapéutica y sexo-género. De ello da cuenta el siguiente relato:

⁴¹ El sitio web de la CHSCV tiene un espacio llamado **El corazón de la mujer**, en él se expresa: “**Las mujeres suelen subestimar** el riesgo de las enfermedades cardiovasculares, así como desconocer sus síntomas [...] la mujer puede presentar síntomas **atípicos** que dificultan el reconocimiento [...] Conocer estos síntomas favorecerá una consulta precoz [...] **Las mujeres somos excelentes cuidadoras** de los corazones de niños, padres, amigos. Aprendamos a cuidar también el nuestro [...] ¿Sos activa? [...] ¿Fumás? [...] ¿Cómo es tu alimentación? [...] ¿Cómo está tu peso? (CHSCV, 2020). Disponible en: <http://cardiosalud.org/corazon-y-salud/el-corazon-en-la-mujer/>

[...] en los hombres se dan el grupo de los betabloqueantes para el postinfarto [...] y hay un grupo de ellos que afecta la performance sexual...o sea, dan impotencia. Entonces, dentro de los hombres se evita usar ese tipo de fármaco...una cosa interesante que me gustaría estudiar...que no se sabe cómo afectan los fármacos cardiovasculares la sexualidad femenina. La virilidad es más explícita y entre ellos se cuidan (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

Continuando, el tercer nivel de prevención, también llamado como rehabilitación, las y los informantes claves en general, no alegan un uso diferencial del mismo. Pero el género emerge como categoría implícita para complejizar dicha relación. Aflora para señalar en menor medida, por ejemplo, que la sobrecarga de tareas, gestión y reproducción de la vida privada y los cuidados, incide en el acceso de las mujeres cis a las acciones de rehabilitación, propias de la prevención terciaria. Que el uso del tiempo y las acciones de cuidados propios se ven afectados por la desigual distribución de las responsabilidades familiares. Si se retoma incluso, aquel relato que da cuenta de que no existe un programa específico y público de prevención terciaria en casos de ECV, y que dichas acciones están mayormente en manos privada, queda deducir que la barrera económica se convierte en un elemento más, que obtura el acceso de mujeres cis a tratamientos de rehabilitación.

La Rehabilitación Cardiovascular [...] es muy útil y ha disminuido nuevos eventos y mejora la inserción [...] en general con costo, como quien paga un club [...] En cuanto a su acceso, yo creo que van más varones que mujeres [...] tengo la idea, de que todavía en la enfermedad coronaria, se hace más diagnóstico, más prevención secundaria y más rehabilitación en los hombres (Representante de Atención Médica Especializada, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, UdelaR, 2019).

Acercándose al final del análisis de esta fase de la PPSCV, a continuación, cabe describir la relación entre la atención médica, los procesos de educación permanente y con ello, la producción de conocimiento. Vale resaltar, que, en términos generales, este eje de preguntas aunó en respuestas vagas que aluden al desconocimiento sobre las actualizaciones y tendencias actuales sobre salud cardiovascular y su relación con la perspectiva de género. Sin embargo, de entre ellas, afloran algunas reflexiones que apuntalan las grietas por donde podría estar gestándose una nueva forma de concebir y problematizar el fenómeno en cuestión.

En un primer momento, es necesario aclarar que un estudio de cohorte, en la investigación epidemiológica, refiere a una pesquisa de tipo observacional y analítica, con la intención de comparar entre dos grupos -uno expuesto a un factor causal de dicho evento y

el otro no-, la frecuencia en la que aparece un evento determinado. La representatividad de la heterogeneidad poblacional en este tipo de estudio, deviene fundamental. Empero, para algunas de las personas entrevistadas, no todos los estudios epidemiológicos contemplan este principio, sobre esta idea da cuenta el siguiente fragmento:

[...] hay muchos factores que influyen para que las cohortes no sean representativas de ambos sexos, por ejemplo; la exclusión de mujeres por fármacos potencialmente teratogénicos durante el embarazo o incluso, con posterioridad...las mujeres en edad reproductiva muchas veces se las deja a fuera por esa, no sé si llamarle excusa o motivo...entre otras cosas, está estudiado el tema ese (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

En la misma línea, diseñar una investigación que tenga el propósito de describir la morbilidad diferencial de las enfermedades cardiovasculares: el conjunto de enfermedades, los factores de riesgo o los motivos de consulta según sexo, parece un asunto no estudiado en el país.

De la misma manera, estudios epidemiológicos con perspectiva de género y aquellos que den cuenta de los efectos diferenciales de los medicamentos según sexo-género; son inexistentes para las y los entrevistados. Tal y como se señala a continuación: “estamos tratando de instalar la perspectiva de género [...] ¿Si, existen en el país estudios que den cuenta de los efectos diferenciales de los medicamentos según sexo? Que yo sepa no, en el país no” (Representante de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2019).

Cabe señalar finalmente, la apertura a la interpelación -inconsciente- que generaban las preguntas en las y los interlocutores. Al igual que en otros apartados, la propia pauta de entrevista generó movimientos. Algunas personas entrevistadas pudieron interpelar su propia práctica, al reconocer el registro meramente biologicista que se hace del padecimiento cardiovascular, y si se trata de una mujer cis, el conjunto de su biología queda encorsetado a su salud sexual y reproductiva. Pero si aún se detienen en lo biológico, logran identificar que el desarrollo de un padecimiento, como lo es el IAM, o los efectos en la metabolización de un medicamento puede ser distinto según el cuerpo que lo padece. Pero lo más interesante surge cuando logran trascender el binomio biología-conducta.

¡Que linda pregunta! El efecto de los medicamentos no pueden ser los mismos impactos según la división sexual del trabajo todo eso. Yo creo que ahí es muy interesante empezar a cuestionarnos más [...] Capaz que decís, no le damos benzodiacepina porque es chofer. Lo mismo deberíamos de pensar si esa persona está al cuidado de otra. Nunca leí un estudio que hablara de eso (Representante de Atención Médica Ambulatoria, Primer Nivel de Atención, ASSE, 2019).

En el desarrollo del análisis de este apartado, se ha mostrado cómo esta fase de intervención de la política pública sanitaria, concibe y aborda las ECV. En términos generales, si bien se observan posturas contrapuestas, puede afirmarse que, en mayor medida, los discursos discurren por canales que tienen a conservar y reproducir una concepción de salud hegemónica que niega un PSE diferencial y presenta la atención y el cuidado como dimensiones neutras al género. Su focalización sobre el plano biológico y conductual no le permite reconocer la variabilidad del proceso ni la complejidad de la cual es resultado. Esta negación conduce a no considerar que, las relaciones de género moldean las formas de enfermar y de morir de las personas, atraviesan la relación médica/o-paciente y condicionan los trayectos vitales de modo desigual.

Si bien es necesario reconocer que los valores y modelos culturales emergentes en esta fase, no son homogéneos, las posiciones instituyentes al orden instituido, son minoritarias. No por ello menos importantes. Éstas, posibilitan márgenes de acción contrahegemónicos, abren espacios para un pensamiento crítico y espacios de acción transformadora. Este aspecto, es marcadamente evidenciado a través de la propia pauta de entrevista, la demanda de información actualizada, los pedidos e insistencia por interpelar el propio quehacer médico.

Sin embargo, lo que prevalece son discursos indiferentes a la relación entre género y salud. Posiciones que antes de reconocer los sesgos que encarna su quehacer, vuelcan la responsabilidad en la dimensión individual y en particular de las mujeres cis. Orientando su acción hacia las conductas, el control sobre el cuerpo de ellas es rotundo. A través de la hiper-medicalización con psicofármacos, el control toma la forma de re-encauzarlas hacia la norma. Si romper con lo público-privado, trascender las fronteras de la división sexual del trabajo e interpelar las instituciones centrales del sistema patriarcal-capitalista es lo que enferma a las mujeres cis para la mayoría de las personas entrevistadas; el retorno hacia el horizonte androcéntrico-normativo se hace evidente. Control que tiene su raíz, tal y como señala la médica Carme Valls Llobet (2013) en el sistema sexista presente también en la medicina, que desvaloriza todo lo codificado como femenino, considerándolo como poco relevante para ser superado. Mirada patriarcal que juzga el PSE de las mujeres cis como inferior, “**minimizándolo**”; por ello no está estudiado, no hay acciones concretas para resolver sus necesidades y problemas particulares ni se prevé orientar los esfuerzos para trascenderlas.

En este sentido, se cree imperioso construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género. Para ello se precisa en primer lugar una revisión sistemática de la literatura que rompa estereotipos y proponga las bases que tener en cuenta para un diagnóstico diferencial de las enfermedades, una investigación clínica y terapéutica acorde a dichos esfuerzos; y que las políticas públicas de salud, recojan y promuevan la igualdad en el campo de la salud.

c. Fase de evaluación de políticas intersectoriales: vigilancia epidemiológica

En la fase de evaluación de políticas intersectoriales, la vigilancia epidemiológica y monitoreo de las acciones desplegadas deviene de suma importancia. Se trata de acciones fundamentales para la gestión pública, fundando su riqueza en que, es a partir de ella donde se hacen posibles las recomendaciones orientadas a mejorar las acciones de gobierno. En este sentido, cobra relevancia conocer los valores y modelos culturales en los que se basa, justifica y legitima la vigilancia de salud cardiovascular. A continuación, se presenta el análisis de esta fase, realizado a través de las entrevistas recabadas.

Las y los entrevistados de este apartado, se perciben en la fase de evaluación de la política sanitaria, de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, y en particular del monitoreo de la PPSCV. Al respecto se han tenido en cuenta las concepciones de informantes calificados de: 1) Área de Vigilancia de ENT, dirección de epidemiología del MSP, 2) Directorio de ASSE y, 3) Representante de usuarias/os de ASSE.

En esta fase de la PPSCV, las ECNT en general y dentro de ellas, las cardiovasculares en particular; son definidas principalmente, como padecimientos ligados a los hábitos y estilos de vida. Para estas personas, el conjunto de enfermedades cardiovasculares está relacionado a factores de riesgo conductuales que están presentes mucho antes de que aparezcan las enfermedades, por eso las hace prevenibles. A este modo de concebir el proceso de salud-enfermedad, le corresponde un modo público de darle respuesta. En este sentido, es que se evalúa como positivo que la política pública sanitaria esté orientada a la prevención de las ECNT y de entre ellas, los padecimientos cardiovasculares; a través del control sobre aquellos factores de riesgo.

[...] nosotros hemos notado que en algunos territorios donde no se trabaja la prevención sobre los factores de riesgo y muchas veces las instituciones están digamos que están más alejadas de la prevención, tiene a haber una demanda de

ciertos especialistas o de medicación (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

De este fragmento de entrevista, emerge nuevamente la concepción ligada a la corriente de pensamiento de la Epidemiología Social, cuyas características han sido ya, densamente descritas. Donde el aspecto de mayor relevancia es aquel que da cuenta de dónde se posa la mirada de quienes evalúan la PPSCV. Donde la mejor definición para las ENT, es definir las como cultural y biológicamente transmisibles. La reducción causal hacia los factores biológicos y conductuales, característico de esta fase - y de toda la política pública sanitaria cardiovascular-, conduce a que el abordaje multisectorial aparezca con ahínco. Estrategia privilegiada de control, de aquellos factores conductuales que son los que explican en primera instancia los padecimientos cardiovasculares y en particular el IAM.

Al indagar en la relación entre proceso de salud-enfermedad y género. Un dato curioso y explícito que emerge en esta fase, pero que ha estado latente en todo el proceso de análisis, es que la misma es relatada como una asociación casi directa entre género y ser mujer.

Yo creo que, no estoy siendo objetiva quizá con lo que digo, soy mujer y entiendo que tenemos una sensibilidad distinta para abordajes que son más complejos y de alta sensibilidad [...] No en vano, estos temas en ASSE los lideran mujeres, las que planifican son mujeres y eso hace que se pongan los temas en la mesa (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

En menor medida y siguiendo esta línea de pensamiento, desde la evaluación, vigilancia y monitoreo, se sostiene la necesidad de transversalizar la perspectiva de género en el campo de la salud, y de las políticas cardiovasculares en particular. Al respecto lo mencionan la categoría de género como incidiendo en la accesibilidad. Después, otro tema es la provisión, que es percibida como dispositivo que requiere un componente que jerarquice el género, para poder adecuar más los servicios asistenciales. Resaltan la necesidad de poner el foco en saber cuáles son los elementos que en materia de género pueden estar ilustrando un programa de promoción de SCV y que dé pistas de cómo orientar la prevención, la promoción y la atención. La siguiente cita ilustra esta idea: “creo que hoy tenemos que empezar a preguntarnos cómo hacer una política pública con enfoque de género, para mirar y cada uno de los programas” (Representante del Directorio de ASSE, 2019).

En la evaluación vemos muchas veces las personas que cuidan son las que más se enferman y ahí está el tema del género [...] lo vivimos acá con las personas del INOT, son los varones los que se recuperan, pero las mujeres quedan en una

situación bastante compleja de su propia salud, porque dejan de lado su cuidado por cuidar a otros y por descuidarse (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

Sucede que, la mayor preocupación que suscita la asociación entre proceso de salud-enfermedad y género, es la incidencia que tiene en las posibilidades de su diagnóstico precoz y en el plano de la autopercepción del padecimiento. Elementos nodales éstos, considerando que la variable tiempo-corazón es clave en el desarrollo de la enfermedad. Es así que resaltan, las diferencias en la celeridad con la que hace el diagnóstico. Reconocen la impronta de que si es un hombre el que presenta un dolor de pecho, el sistema ejecuta el protocolo para un infarto hasta que se demuestre lo contrario, pero en la mujer, se atribuye en su lugar el orden de lo emocional o psicológico. “También está la preocupación del consumo de psicofármacos, la mujer está mucho más medicalizada [...] vemos que el consumo de medicamentos, es alarmante” (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

En esta esfera es que, la evaluación sobre el proceso de atención y de cuidado, las y los entrevistados para esta fase, señalan que: el sexo influye en la aparición de la enfermedad. Que el desarrollo del IAM es el mismo para todas las personas independientemente de su sexo y que la diferencia se ubica en el plano del método de exploración o diagnóstico. Es decir, el proceso de salud-enfermedad es indiferenciado, pero el proceso de atención-cuidado no. Tampoco encuentran desigualdades alrededor del tratamiento.

Es en esta línea que, las demandas desde el espacio de ejercicio de la ciudadanía por parte de las y los usuarios del sistema sanitario, coincide con la evaluación realizada por las y los decisores entrevistados. Resaltan que puede que surja después de un IAM alguna demanda puntual sobre la consulta con algún especialista, pero no lo consideran como un descuido o desatención. En este sentido, se indaga quiénes son las o los usuarios que encabezan las demandas y de cuáles reclamos se trata, al respecto: “Mujeres (*rotundo*) mujeres sí. Mujeres entre 40 y 50 años...los pocos casos que hemos tenido son mujeres. De hecho, no recuerdo un varón [...] Quejas por la coordinación, los tiempos de espera” (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

Esta última cita permite visualizar que los mayores inconvenientes son identificados en el la dimensión atención médica, específicamente en la relación médica/o-paciente. Desde el espacio de representación de usuarias/os del sistema de salud, se percibe que hay un tema que se repite en varios planos. El tema de asistir muchas veces a una puerta de emergencia

donde la consulta de la mujer cis se toma como un estado de nervios y niega la atención que merece el padecimiento. Donde no sólo se minimizan sus malestares, sino que se patologizan sus demandas.

Eso lo hemos vivido creo, la mayor parte de las mujeres que hemos tenido que asistir a una puerta de emergencia [...] hemos tenido casos en que se han minimizado el estado de salud de una mujer, o de hecho no se les ha hecho preguntas que son relevantes para una puerta de emergencia [...] sienten que son poco escuchadas no solo por IAM, a veces por violencia u otras situaciones [...] al minimizar una situación, tienen que volver 2 o 3 veces para que realmente se les tome que realmente están con un problema de salud (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

Continuando el análisis⁴² y remitiendo a la dimensión preventiva, en esta fase, las y los actores involucrados denotan que el abordaje intersectorial enfocado al control de los factores de riesgo y a la promoción de hábitos saludables, es la estrategia primordial. Dentro de esta estrategia, el foco está puesto en las mujeres cis por la prevalencia que tiene en ella la enfermedad. Razón ésta que lleva a evaluar que el refuerzo de las campañas debe enfocarse en que esta porción de la población tome conciencia de la incidencia de la patología cardíaca en el perfil de morbi-mortalidad. Esta idea queda reflejada en el siguiente fragmento de entrevista: “en la Promoción cardiovascular, se van a considerar los factores de riesgo los que tienen que ver son los estilos de vida saludables, pero también [...] está eso de que la mujer consulte en tiempo y forma, ante un infarto o ACV” (Representante del Área de Vigilancia de ENT, dirección de epidemiología del MSP, 2019).

La responsabilidad recae en el cuerpo de las personas y en sus conductas, en especial hacia las mujeres cis. La prevención reposa en el control social de los comportamientos individuales, eclipsando la multidimensionalidad del complejo proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado. Así es como lo expresa una de las personas entrevistadas: “en realidad, he visto como se ha profundizado el trabajo por parte de distintas instituciones públicas [...]

⁴² Otro dato curioso que surge aquí es que, si bien escapa al objeto de esta investigación, cabe resaltarlo. Si hay desigualdades en el acceso a la atención médica, expresado por las y los evaluadores en esta fase de la política sanitaria; las mismas son señaladas para Montevideo, capital de Uruguay. Ciudad que, por la organización política del país, centraliza una amplia amalgama de recursos. Pero en este punto, aflora una inquietud que robustece la problemática abordada en esta pesquisa. Estas desigualdades, al interior del país, se estructuran con más fuerza. De esto da cuenta el siguiente fragmento de entrevista: “A veces pasa un poco por la demora, cuando tienen que recibir algún tipo de atención enfocada justamente en la problemática de salud que justamente no se accede como quisieran, pero también es algo muy...muy...no es algo que se repita [...] si de pronto, si una persona que pase por el servicio de salud y no le conforme la forma en que lo atendieron [...] si lo es, en el interior profundo” (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

La percepción que tengo es que falta que las personas tomemos conciencia de algunas cosas sobre nuestros hábitos” (Representante de Usuarías/os de ASSE, 2019).

En esta línea, la consideración o no de otras dimensiones -la categoría género entre otras- que perfilan formas específicas de enfermar y de morir; queda obturada por una concepción reduccionista del proceso de salud-enfermedad. Así, sexo y género, se utilizan indistintamente, y la referencia a género queda encorsetado en el plano de lo reproductivo.

Resurgen estereotipos de género que encajonan a los varones cis en la ECV y como contraparte, a las mujeres cis en las enfermedades onco-ginecológicas. Esto es evidenciado al indagar en la existencia -o consideración- de factores de riesgo diferentes según sexo, dado que en ellos se basa una campaña de prevención-promoción de salud cardiovascular. De ello, da cuenta el relato a continuación: “en general, fumar es malo seas hombre o mujer...en el caso de la mujer, por ejemplo, el consumo abusivo de alcohol tiene un tema agregado con el curso de un embarazo” (Representante del Área de Vigilancia de ENT, dirección de epidemiología del MSP, 2019).

Finalmente, y dándole continuidad al desarrollo de las dimensiones analizadas, resta mencionar, que el grado de desconocimiento -o sesgos-, está en íntima relación con la producción de conocimiento. Esta dimensión es la que va a estar actualizando el campo del saber médico. Horizonte éste que perfila y alimenta el campo de la política de salud pública. Al respecto, los y las representantes de los organismos consultados respecto a la evaluación y vigilancia de ECV, afirman que los datos epidemiológicos se presentan con sus variables básicas: edad y sexo. Empero, no se parte de querer construir una morbilidad diferencial dado que, en general, los estudios epidemiológicos bien diseñados, son difíciles.

En términos generales, el análisis de esta fase de evaluación de la PPSCV permite dilucidar esfuerzos orientados a relacionar la categoría de género con el proceso de salud-enfermedad, de atención-cuidado. Empero, estos esfuerzos son eclipsados por una concepción biologicista que obtura el modo en que las desigualdades de género se expresan en todo el PSEAC. En este sentido, la revisión y evaluación sobre la PPSCV, niega la incidencia de las relaciones de género desiguales y de la estructura patriarcal que atraviesa la sociedad y cultura en su conjunto. Niega que los padecimientos cardiovasculares sean la expresión biológica de aquellas diferencias. Al negarlo, justifica y legitima que el proceso de salud-enfermedad cardiovascular en las mujeres cis es invisible para la ciencia médica y

epidemiológica, que el proceso de atención-cuidado es subestimado para este segmento de la población y que las estrategias para su prevención deben reforzar el control sobre sus cuerpos.

Este capítulo muestra el análisis desarrollado sobre la política pública sanitaria en materia de salud cardiovascular. En base a la propuesta de Birgit Pfau-Effinger, se identifican e interpretan las concepciones sobre la salud, las desigualdades de género, la división sexual del trabajo y las instituciones sociales en las que se sustenta la política pública sanitaria. Asimismo, aborda el estudio de los fundamentos culturales -conservadores o trasformativos- que predominan en la relación entre Estado y sociedad y los valores y concepciones culturales en tensión dentro del campo de la PPSCV uruguaya. El último apartado de *Conclusiones*, se resumen los principales hallazgos del análisis, presenta una serie de recomendaciones puntuales respecto a la política pública cardiovascular, para plantear posibles líneas de investigación a futuro.

CONCLUSIONES

Reflexiones finales

Esta investigación tuvo como catalizador, el problema público de desigualdad de género en salud constituido como: varones y mujeres cisgéneros, con eventos clínicos de IAM, acceden de manera desigual a la práctica sanitaria -diseño/planificación sanitaria, acciones preventivas, investigación y atención médica-. En este sentido, buscó comprender de qué manera la política pública de salud en todas sus fases, permite -u obtura- el acceso equitativo a las prácticas sanitarias de varones y mujeres cisgéneros, con eventos clínicos de Infarto Agudo de Miocardio en Montevideo, durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2019. Para tal fin, se orientó a analizar las concepciones sobre salud y género presentes en el marco normativo/protocolar del Área Programática de Enfermedades no Transmisibles del MSP respecto al IAM, en las acciones públicas de promoción de salud y prevención del IAM y en el abordaje que hace de este padecimiento, la práctica médica pública.

El análisis se llevó a cabo mediante una adaptación del enfoque de acuerdos de bienestar desarrollado por Pfau-Effinger (2005). Se consideró y analizó la dimensión cultural, en tanto concepciones sobre la salud, las desigualdades de género, la división sexual del trabajo y las instituciones sociales que pueden ser distinguidas en tres niveles de análisis: aquellos que refiere a los valores y modelos culturales que justifican y legitiman la PPSCV, los valores y modelos culturales que predominan en la población y, los constitutivos de los discursos políticos y públicos, conservadores o transformativos, que buscan influir en las definiciones políticas.

A continuación, se sintetizan las principales conclusiones construidas, luego del análisis de antecedentes del problema y de política pública, de las decisiones conceptuales y de la búsqueda de información empírica. El propósito es presentar las principales características que la constituyen como tal⁴³, y que dan como resultado una política pública ciega al género. Estos develamientos y análisis alcanzados permiten, además, realizar algunas

⁴³ La información presentada, tiene la intención de sintetizar -no por ello reducir- los aspectos relevantes que conciernen al análisis realizado sobre la PPSCV.

recomendaciones a la política pública y dejar planteada la necesidad de nuevas investigaciones.

Sobre las ideas y concepciones en las que se sustenta la actual PPSCV, puede señalarse que, la normativa sanitaria analizada, a través de los OSN 2020, se presenta como cristalización de un proceso de transformación del campo de salud, hecho que es ratificado por las personas entrevistadas. En el análisis de contenido de ambas fuentes e información, se sostiene una concepción de salud anclada en una matriz de protección social que pretende ser articulada con políticas públicas intersectoriales, tendientes a superar las inequidades que caracterizaban al antiguo sistema sanitario. Al mismo tiempo, las concepciones latentes y manifiestas, muestran la intención de que dicha política, de cuenta de la situación socio-epidemiológica del país. Sobre este conjunto de ideas es que, la política sanitaria se orienta, según la información recabada, a dar respuesta a los principales problemas de salud que configuran el perfil de morbi-mortalidad nacional, las ENT y entre ellas, las ECV. Asimismo, se ha podido reconocer que el modo de entender y de explicar estos padecimientos vinculan al campo de la política pública a la corriente de pensamiento de la Epidemiología Social, pregonada por las grandes internacionales OPS/OMS.

Este alineamiento de concepciones nacionales-internacionales, conlleva a que, la política pública de la salud cardiovascular esté encauzada hacia la prevención de dichos problemas de salud pública. Su forma primordial para lograr este cometido, es la modificación de hábitos y estilos de vida poco saludables, que denomina factores de riesgo. Éstos, se encuentran definidos internacionalmente, vedando las respuestas ancladas a las condiciones particulares del territorio nacional, que imprimen modos concretos de enfermar y de morir en la población uruguaya. Esta adherencia acrítica a su vez, hace que la PPSCV se aleje de aquella intención de dar cuenta de la situación socio-epidemiológica de la población. En el conjunto de ideas y nociones que sustentan la política en cuestión, el sesgo biologicista se conjuga con aquella reducción unívoca del PSE a la dimensión conductual. Esta parcialidad, hace que la política en cuestión, esté acotada al control de los factores de riesgos tradicionales, obviando cómo los aspectos vinculados a los roles de género, a la división sexual del trabajo, a las relaciones de poder y a la lógica de las instituciones dominantes de la sociedad, inciden en el proceso de salud-enfermedad y de atención-cuidado.

Política que pregona un PSEAC neutro y universal, apoyándose en un modelo médico que plantea que la ECV no tiene sexo, que no hay diferencias en el enfermar-morir, ni por

causas biológicas ni sociales. Si bien la ECV presenta mayor frecuencia para el sexo femenino, la normativa y sus representantes, dejan implícita y explícitamente en claro, que éstas no presentan matrices de desarrollo diferencial, que no hay necesidad de un método de exploración ni de tratamiento adaptado a especificidades. Al negar la incidencia de las desigualdades de género presentes en el campo de la salud cardiovascular, contribuye robustecer las barreras en el acceso a la asistencia sanitaria. Al mismo tiempo que, alimenta los porcentajes de morbi-mortalidad cardiovascular en mujeres cis; apoyándose en la hipermedicalización, como forma de control de las mujeres, a través de la psicopatologización de sus malestares.

En este sentido, los estereotipos de género presentes en la PPSCV, pueden considerarse como: **invisibilidad** del proceso de salud-enfermedad de las mujeres cis. “Quién está en posición de sujeto del discurso es el que mira y designa al otro. No se ve a sí mismo. como diferente, sino como norma canónica” (Amorós, 2005, p.314). Invisibilidad que, por un lado, se fundamenta en la **minimización** de sus padecimientos -poco relevantes para ser estudiados, abordados y trascendidos-; y que, por otro lado, se ve reforzada a través de estrategias y acciones de **control**, para que las mujeres cis no se desvíen de la norma marcada por la ciencia androcéntrica.

Si bien la normativa y la mayoría de sus representantes, hacen uso discursivo de la perspectiva de género, lo hacen vaciándolo de contenido, ya que no logran anclar, ni visualizar los modos de superar las desigualdades de género arraigadas en la estructura de la práctica médica, de la noción de salud y del campo de la PPSCV.

Como cristalización, las estrategias y acciones de prevención primaria, pretenden estar teóricamente guiadas por una perspectiva de género que es confundida con acciones orientadas a la salud de las mujeres. Es decir, son acciones cargadas de configuraciones estereotipadas, que dejan intactas la estructura de desigualdad sobre la que se eleva los diferenciales de mortalidad cardiovascular, cada vez que instan en continuar contribuyendo al conocimiento de la SCV en el colectivo de mujeres insistiendo en la prevención mediante conocimiento y control de los factores de riesgo con énfasis en la edad. Se hace presente la determinación que en última instancia tienen la dimensión biológica y comportamental en el PSE cardiovascular. Estrategias éstas que, no sólo niegan la existencia de factores de riesgo diferenciales, sino que la incidencia de los mismos es diferente según el sistema sexo-género. En todo caso, la única diferencia de concibe es la SSR, que refuerza aquella fragmentación

del cuerpo y experiencia de las mujeres cis, ya mencionada anteriormente. Del mismo modo, la prevención secundaria y terciaria, reproducen aquellas condiciones de desigualdad de la que parten, profundizando la brecha y generando peor pronóstico para las personas de sexo femenino.

Por su parte, la producción de conocimiento, se encuentra en un momento de grieta, por donde comienzan a colarse algunas posibilidades de aportes desde el campo de los estudios de género. Las condiciones parecen favorables al enfoque, al menos en este momento de transición de un gobierno progresista a otro conservador. Esta investigación deja en evidencia, el interés de las personas participantes a tener más información sobre el tema en cuestión y a su vez, permite visualizar la necesidad de actualización permanente.

Finalmente, este estudio ha habilitado a visualizar la medicina como institución que ejerce su poder a través de su saber. Saber que psiquiatriza los síntomas y medica las demandas de las mujeres cis. Saber que oculta las diferencias de sus PSE, las infrarrepresenta en la investigación y que ha encontrado en la medicalización un instrumento de control y normatización. Ha develado cómo, en la ciencia médico-epidemiológica y en el ejercicio de la atención médica cardiovascular se hacen evidentes las relaciones de poder. Ha permitido también, develar cómo en la atención médica, entendida en su momento de diagnóstico, tratamiento y relación médica/o-paciente; hay profesionales que, reproduciendo acríticamente un saber desactualizado y sesgado que resiste a ser problematizado, generan una práctica desigual, incidiendo en la calidad de vida y en las posibilidades de vivir de las personas. Asimismo, ha habilitado a observar cómo aquella reducción de la concepción de salud a su dimensión conductual, hace que aquellas personas que logran concebir la incidencia de la variable de género en el PSEAC, posen su mirada sobre los y las pacientes y sus comportamientos. En este sentido, se perciben barreras para interpelar la práctica médica, en tanto se la concibe como imparcial y consumada por personas que ejercen la objetividad de un método científico. Barreras que obturan la consideración de que el ejercicio médico es llevado adelante por personas generizadas, atravesadas por estereotipos que sesgan su quehacer.

En este nivel de análisis, los estereotipos se manifiestan en tanto: la categoría analítica de género, es referencia para señalar las particularidades de la SSR que marcan tajantemente los ciclos vitales del cuerpo femenino, el uso de los servicios sanitarios está atravesado por la policonsulta de la mujer, los errores en el diagnóstico de IAM son explicados por la

percepción inadecuada que tienen las mujeres cis de sus propios padecimientos y, los padecimientos cardiovasculares, asociados a la institución trabajo remunerado, son vinculados al sexo masculino, mientras que el cáncer de orden ginecológico lo son para el sexo femenino -en concordancia con la fragmentación del cuerpo hacia la SSR-. Como señala Chapela (2007); “Para lograr los propósitos de la hegemonía es necesario romper la integridad de las personas para controlar su cuerpo y someter su libertad” (Chapela, 2007, p.351). Asimismo, sucede que, los valores asociados a varón-problemas de corazón, mujer-problemas oncoginecológicos, estaría estructurando las concepciones de la población, reforzando aquella fragmentación del cuerpo y de las experiencias y, naturalizando al mismo tiempo, la minimización y negación de las diferencias físicas.

Se resalta, asimismo, la tendencia general a asociar la categoría de género a mujer. La mayor parte de la pauta estuvo sujeta a la categoría de sexo, buscando identificar las tensiones que suscitaba. Sólo la dimensión de producción de conocimiento refería a la perspectiva de género. Sin embargo, todas las entrevistas estuvieron sesgadas hacia la reflexión sobre la categoría de mujer. La mirada de género es vaciada de contenido transformador, diluyendo y negando la interacción dinámica entre los cuerpos, las relaciones y la estructura social.

Pero precisamente, como esta investigación no considera al cuerpo como un objeto ahistórico ni biológicamente determinado, sino como terreno de lucha -lucha por la soberanía sobre el cuerpo-, es que cree imperioso impulsar acciones que promuevan y movilicen a las mujeres cis a ser agentes de cambio y confrontación. Convertirse en protagonistas de su propia salud, a través de la identificación de aquellos condicionantes que obturan el desarrollo de sus potencialidades. Sucede que, “minimizar las diferencias biológicas nos aleja de la realidad también, ya que en ellas se manifiestan tanto las influencias sociales, culturales y medioambientales, como las genéticas asociadas a las diferencias endocrinológicas” (Valls-Llobet, 2013, p.12).

Empero, esto es sólo una parte, aquella que impulsa desde abajo hacia arriba, las transformaciones necesarias. Es difícil visualizar este devenir, si se piensa en cuerpos agotados por: presiones laborales y domésticas, sobrecargas de cuidados y demandas excesivas, micro y macro violencias múltiples, pocas o nulas oportunidades para garantizar condiciones materiales, particularidades fisiológicas, medicalización excesiva -fundamentalmente psiquiátrica-, estigmatizaciones basadas en procedencia o etnia y por, la carencia de soporte

comunitario y protección estatal. Por ello, son necesarias acciones complementarias que impulsen transformaciones desde arriba hacia abajo (Óliver-Mora & Iñiguez-Rueda, 2016).

Acciones con intenciones ya no de negar, sino de considerar estos aspectos, transversalizando la perspectiva de género en todo el ciclo de la PPSCV. Acciones que abonen la posibilidad de abordar de forma particular los PSE en varones y mujeres cis género, orientando el saber médico y epidemiológico hacia un hacer científico ligado a las diferencias y a la perspectiva de género. Sucede que, los sesgos presentes en la investigación médico-epidemiológica o en la atención médica, no hacen más que alimentarse mutuamente reforzando sus efectos sobre el acceso a la atención sanitaria. Revisar, redefinir y buscar formas integrales de dar respuesta a los problemas de salud, aumentando el grado de apertura a la opinión pública para trascender las desigualdades de género al interior del campo de la salud. Sólo así esta política pública sanitaria, estará encaminada al logro de los ODS 2020 ya descritos: 1) alcanzar mejoras en la situación de salud de la población, 2) disminuir las desigualdades en el derecho a la salud, 3) mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud y 4) generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud. Transversalizar la perspectiva de género en el campo de la salud cardiovascular, permitiría reorientar los objetivos estratégicos mencionados, de la normativa analizada: favorecer los estilos de vida y entornos saludables a través del control de factores de riesgos, disminuir la carga prematura y evitable de morbi-mortalidad y discapacidad, construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención a la salud y avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas.

Al mismo tiempo, este conjunto de ideas y concepciones latentes y manifiestan en las y los actores que representan las distintas fases de la PPSCV y en la propia normativa analizada, van a estar incidiendo en los conceptos y valores culturales de la población. Respecto a las ideas que predominan en la relación entre Estado y sociedad, se ha logrado dilucidar cómo aquella reducción sesgada del PSEAC de las mujeres cis a su SSR, encuentra eco en el tejido de concepciones que sostienen y reproducen cotidianamente las mujeres cis. Deviene así otro sesgo de género, en la autopercepción de las mujeres cis sobre los principales problemas de salud y causas de muerte. Mirada sesgada, cada vez que insiste en que “las mujeres somos excelentes cuidadoras de los corazones de niños, padres, amigos. Aprendamos a cuidar también el nuestro (CHSCV, 2020). Mirada que es alimentada por campañas de promoción y prevención genéricamente sesgadas que refuerzan aquella

dimensión biologicista del PSE. Sesgos que también son alimentados en la consulta médica, escenario donde la relación entre médica/o y paciente se constituye como tal, cuando la información, recomendaciones, asistencia y tratamientos se encuentran a su vez, atravesados por estereotipos de género. La comunión de todos estos sesgos de género que atraviesan la práctica médica, se refleja, hace eco y se integra en la sociedad. Refuerza, además, la asociación desafortunada entre género y mujer. Asociación que veda las posibilidades de concebir y abordar críticamente la SCV. Que impide observar la dinámica particular que la relación entre estructura social, relaciones sociales de género y modos de vivir y transitar el mundo, imprime en las formas diferenciales de enfermar y de morir de los varones y mujeres cis.

Pero aún más, respecto a la tercera y última dimensión, se buscó hacer visible la arena política en plena disputa por la justificación y legitimación de concepciones y sentidos - públicos y políticos- a cristalizarse en acuerdos concretos. Se trata de fundamentos culturales a los que apelan los discursos conservadores y/o transformadores, para incidir en la definición política. Dos posiciones bien nítidas son las que se identificaron. Una consolidada y hegemónica, la otra emergente y disputadora de sentidos.

Aquella que pugna por conservar el orden establecido, asegurar la lógica de las relaciones sociales a su interior y sostener las instituciones centrales que le dan fundamento. Posición conceptual que sostiene en apariencia una concepción de salud integral e integrada, que da cuenta de sus determinaciones sociales, pero hace uso de la categoría de género para segmentar su análisis y no para transformar las desigualdades de género presentes en el campo de la salud.

Posición que se focaliza, además, en la salud cardiovascular de las mujeres cis que encabezan las estadísticas epidemiológicas, en la medida en que habitan espacios y realizan tareas adjudicadas exclusivamente a los varones cis. Razón ésta por la que hay que, por un lado, robustecer el control sobre el control de los factores de riesgo tradicionales que son los mismos para todas las personas e inciden del mismo modo en todos los organismos. Por otro lado, reforzar las campañas de promoción y prevención cardiovascular, con el objeto de educarlas y sensibilizarlas, para que se adecue su autopercepción sobre los problemas de salud preponderantes que las aquejan, ayudando así a las y los profesionales de la salud, en la detección y elaboración de un diagnóstico precoz.

Especie de juego, donde las relaciones de poder se inclinan hacia la tríada legítima y autorizada: ciencia médica, patriarcado y capitalismo. Tríada que condiciona las posibilidades de acuerdos, pero no las determina. Relación dialéctica entre una concepción de salud simplificada, androcéntrica y mercantilista que se fundamenta en la existencia de estereotipos de género que sesgan todo el ciclo de la PPSCV. Sesgos de género presentes en la definición, explicación y abordaje del IAM, que no sólo conserva la existencia de aquella tríada, sino que reproducen las relaciones de género desiguales que impiden el acceso a la salud como derecho y que, a su vez, perpetúan la lógica de las instituciones tradicionales: familia patriarcal-heteronormativa, trabajo exclusivamente remunerado basado en el modelo masculino, mercado y responsabilidad individual y salud biologicista.

Pero también, fluctúa otra posición que -aunque aún incipiente- pugna por cuestionar aquel orden establecido, trastocar la lógica de las relaciones sociales a su interior e interpelar las instituciones centrales que le dan fundamento. Concepción práctica que entiende la salud como un proceso dialéctico, multidimensional, dinámico, contextual e históricamente situado. En esta concepción, hay lugar para considerar la incidencia de las desiguales de género en el PSEAC.

Si bien, los valores y modelos culturales sobre los que se basa la PPSCV, tienden a ser reproducidos; se visualizan al momento del trabajo de campo, grietas por las que discurren valores y modelos culturales transformativos. Perspectivas que visualizan las desigualdades en el acceso a la práctica médica cardiovascular, de varones y mujeres cis con eventos de IAM. Que alcanzan a interpelar su propia práctica, identificando los sesgos presentes en el propio saber que les constituye como profesionales de la salud. Saber que universaliza ciertas particularidades del IAM, manteniendo invisible otras. Reconocen una práctica médica cargada de estereotipos que, minimiza ciertas manifestaciones porque las considera inferiores y que haciendo uso del sistema sexista, infravalora todo lo codificado como femenino, reforzando al mismo tiempo el control sobre sus comportamientos. Sucede que, desde estas posiciones, alcanzan a visualizar el paternalismo presente que subestima los malestares de las mujeres cis, y se orienta a reencauzarlas a través de la hipermedicalización, preferentemente psiquiátrica.

La acción de desvelar estas relaciones de poder en el interior de la práctica médica, toma la forma de demanda de actualización de conocimientos y sensibilización en la temática. Acciones que consideran primordiales para trascender las limitaciones de viejos

postulados teórico-ideológicos. Posiciones que sabiéndose condicionadas por aquella tríada legitimada, denuncian los límites a la revisión del campo médico reproductor de las desigualdades de género en su interior. Se trata de miradas sumergidas en la relación médica/o-paciente, miradas cuya cotidianeidad y cercanía les permite captar el orden instituido y cuestionarlo. Algunas de estas posiciones, son las que se plasman en el decreto del 9 de marzo, como el Día Nacional de Concientización de la Salud Cardiovascular de la Mujer.

Empero, tal contradicción no está resuelta. Cabe resaltar que, al momento de cerrar con el trabajo de campo, el país se encontraba en un momento de transición de gobierno. Esta investigación, tuvo en cuenta el análisis de la PPSCV ejecutada por tres periodos de gobierno con orientación progresista. Periodo que, habilitó la agenda pública de derechos y de igualdad de género. En el campo de la salud, significó avances en el terreno de la salud sexual y reproductiva -coincidiendo con aquella fragmentación que el patriarcado en alianza con la medicina, hacen del cuerpo de las mujeres cis-. Avances que convergen con los lineamientos globales que dictan las grandes organizaciones internacionales; pero que, resuelta la transición de gobernanza, se encuentran en la mira. El contexto socio-histórico que envuelve el tramo final de esta investigación, señala una nueva correlación de fuerzas, nuevas condiciones para las relaciones sociales -potencialmente conflictivas- que pugnan por imponer sus sentidos y alterar aquellos valores y modelos culturales transformativos.

Recomendaciones para la mejora de la política y líneas de pesquisa a futuro

Las recomendaciones que se proponen, se consideran como asociadas al apremio por transversalizar la perspectiva de género en la PPSCV. A partir de la salud como objeto de estudio, se cree pertinente esbozar las recomendaciones en función de los tres elementos presentados: el PSEAC, la práctica médica y el saber médico.

Respecto al primero, es necesario promover, desde los organismos competentes - UdelaR, ANII, FNR, MSP, entre otros-, líneas de investigación tendientes a identificar las formas prevalentes en que se manifiestan las particularidades del IAM en el caso de las mujeres cis, para romper con la universalización impuesta por la ciencia androcéntrica. Así mismo, tener como premisa de estudio, la construcción de la morbilidad diferencial para el caso de las ECV y en particular, del IAM con perspectiva de género. En todo caso, ampliar la consideración de los procesos que inciden -llamados factores de riesgo- en la SCV. Esto

significaría, redefinir el diseño del Monitoreo de la prevalencia de factores de riesgo para ENT en la población, transversalizando la perspectiva de género en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para ENT que se viene realizando.

En lo tocante a la práctica médica, se sostiene imperioso construir interdisciplinariamente, protocolos de atención y guías de práctica clínica cardiovascular, con enfoque de género para mejorar la capacidad del sistema de salud en la disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica. Complementariamente, desplegar estrategias y acciones de comunicación periódicas que tiendan a: desestructurar los estereotipos de género que constituyen a la SVC y sesgan los componentes de atención-cuidado. Promover una promoción de la salud emancipadora (Chapela, 2007), que busque fortalecer los procesos de autonomía en salud. Este punto, está en estrecha vinculación a la demanda que surge del trabajo de campo: la actualización de conocimiento. Es así como, a través de los mecanismos ya existentes, entre ellos: el Colegio Médico prevé la educación médica continua, como instancia de habilitación periódica del ejercicio. También, el MSP a través del Campus MSP-INEFOP, busca promover la educación continua y la producción de conocimiento, con el fin de potenciar las capacidades entre los actores involucrados, a través de un incentivo económico. Se trata de fomentar la capacitación y la reflexión de la práctica, para que redunde en la detección precoz y oportuna del IAM, con el fin de mejorar la terapéutica sesgada e inoportuna. Asimismo, diseñar programas de rehabilitación, que partan de considerar la desigualdad en las oportunidades para su acceso.

Finalmente, respecto al saber médico, en base al entramado de actores sociales que pulsán por procesos transformativos, promover la transversalización de la perspectiva de género en la formación de grado de las profesiones de la salud, trascendiendo antiguos postulados anquilosados en la formación universitaria. De igual manera, que la perspectiva de género, atraviese los pilares fundamentales de la universidad: proceso de enseñanza y aprendizaje, extensión universitaria e investigación; fomentando en su interior líneas de estudios que tengan como horizonte desmantelar el orden patriarcal dominante.

Sobre las líneas de investigación que este estudio visualiza, pueden señalarse aquellas descritas que conducirían a visibilizar los aspectos diferenciales del PSE del evento IAM, según sexo-género. Pero también, surgen inquietudes sobre adecuar los dispositivos y la atención médica a la población no binaria, como lo demuestra el siguiente relato: “esa discusión está no está lograda, no está discutido y lejísimos de estar priorizado, la presencia

de una persona trans paraliza un servicio completo” (Ex-representante, MSP, 2019). Al mismo tiempo, incentivar líneas de pesquisa que den cuenta de las realidades que se configuran en el interior profundo de Uruguay, cuyo abordaje escapa a los objetivos de esta investigación, pero devienen de suma importancia para garantizar la salud como derecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acker, J. (2000). Jerarquías, trabajos y cuerpos: una teoría sobre las organizaciones dotadas de género. En M. y. Navarro, *Un nuevo saber. Los estudios de las mujeres. Cambios sociales, económicos y culturales* (págs. 111-139). México: FCE.
- Aguilar Villanueva, L. F. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. México: Colección Antologías de Política Pública.
- Aguirre-Cauhé, S. (1995). Entrevistas y cuestionarios. En A. Aguirre-Bazan, *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural* (págs. 171-180). Barcelona: Bixareu Universitaria.
- Andréu-Abela, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido. Una revisión actualizada. *Fundación Centro de Estudios*, 1-34.
- Artucio, C., Giambruno, M., Duro, I., Michelis, V., Korytnicki, D., Barranco, D., . . . Murguía, E. y. (2017). Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres? *Revista Uruguaya de Cardiología*, 13-22.
- Azcona, M., Manzini, F., & Dorati, J. (2013). Precisiones metodológicas sobre la unidad de análisis y la unidad de observación. Aplicación a la investigación en psicología. *Instituto de Investigaciones en Psicología*, 67-76.
- Barranco, D., & Artucio, C. (2017). Angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio: diferencias según el género. Subestudio de la casuística uruguaya (2004-2012). *Revista Uruguaya de Cardiología*, 17.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico*. Barcelona: Hora.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Fac. Nac. Salud Pública*, 13-27.
- Brunet Icart, I., & Santamaría Velasco, C. A. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 61-86.
- Brunet, N., & Márquez, C. (2016). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Envejecimiento y personas mayores*. Montevideo: INE.
- Castro, R., & Bronfman, M. (1993). Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión. *Artigo*, 9(3), 375-394.

- Castuera-Gómez, C., & Talavera, J. O. (2013). Práctica médica e investigación clínica: claves para generar conocimiento y mejorar la atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 364-367.
- CEPAL. (2020). *Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/ods/3-salud-y-bienestar>
- Chapela, M. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo, & E. Guinsberg, *Temas y desafíos en salud colectiva* (págs. 347-373). Argentina: Lugar Editorial.
- CHSCV. (2017). *Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en Uruguay*. Montevideo: CHSCV.
- CHSCV. (2020). *Propósitos y objetivos*. Obtenido de <http://cardiosalud.org/propositos-y-objetivos/>
- Cook, R., & Cusack, S. (2010). *Estereotipo de género: Perspectivas Legales Transnacionales*. Profamilia.
- Fernández Galeano, M., Levcovitz, E., & Olesker, D. (2015). *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay*. Montevideo:: OPS.
- Filgueira, F. (1999). Tipos de Welfare y reformas sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. En B. C. M., *Reforma do Estado e mudanca institucional no Brasil* (págs. 123-158). Recife: Massangana.
- Fleury, S. (2003). Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América latina. En C. Molina, & J. N. Arco, *Servicios de salud en América Latina y Asia* (págs. 3-41). Washington: BID.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fuentes, G. (2010). El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: Análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 119-142.
- Galeano, M. f., & Benia, W. (2013). Salud. *Nuestro Tiempo: Libros de los bicentenarios*, 60.
- García Prince, E. (2008). *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿de qué estamos hablando?: Marco Conceptual*. San Salvador: PNUD.

- García Prince, E. (2011). Mainstreaming de Género: ¿igualdad o equidad? Cataluña, España.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman, & J. Haro, *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (págs. 113-145). Sonora: Colegio de Sonora.
- Guerra-López, R. (2016). Persona, sexo y género. Los significados de la categoría «género» y el sistema «sexo/género» según Karol Wojtyła. *Open Insight* , 143-168.
- Guzmán, V. (2001). *La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Hirata, H., & Zariffian, P. (2007). El concepto de trabajo. *Revista de trabajo*, 33-36.
- Kabeer, N. (1994). *Realidades Trastocadas: Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. México: Editorial Paidós.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Publica*, 480-490.
- Martínez Franzoni, J. (2008). *Domesticar la incertidumbre en América Latina : mercado laboral, política social y familias*. San José: UCR.
- Martínez, A. (2011). Los cuerpos del sistema sexo/género: aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de psicología*, 127-144.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Salud Colectiva*, 613-619.
- Maxwell, J. A. (1996). Qualitative research design: an interactive approach. (r. d. cualitativo., Ed.) *Sage Publications*, 1-13.
- Mertens, D. (2007). Transformative Paradigm : Mixed Methods and Social Justice. *Journal of Mixed Methods Research*, 212-225.
- MSP. (2005). *Programa Nacional de Salud de la mujer y género*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2014). *Sistematización de políticas y estrategias del departamento salud sexual y salud reproductiva*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2016). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2 de octubre de 2017). *Semana del corazón*. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/en-uruguay-fallecen-diario-26-personas-por-enfermedades-cardio-y-cerebro>

- MSP. (2019). *Morbilidad por Enfermedades no Trasnmisibles*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2019). *Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles*. Uruguay: MSP.
- MSP. (2020). *Ministerio de Salud Pública: Cometidos*. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/cometidos>
- Óliver-Mora, M., & Iñiguez-Rueda, L. (2016). El impulso de experiencias desde abajo hacia arriba como mecanismo de participación en el diseño de servicios públicos. *Rev. Adm. Pública*, 377-394.
- OMS. (1 de junio de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2020). *Epidemiología*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- OPS, U. (2020). *Envejecimiento y Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1135:enviejecimiento-y-salud&Itemid=451
- Pastor, R. (2004). Cuerpo y género: representación e imagen corporal. En E. Barberá, & I. Martínez Benlloch, *Psicología y género* (pág. 223). Madrid: Pearson Educación.
- Pfau-Effinger, B. (2005). Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. *Cambridge University Press*, 18.
- Rodríguez Buño, R. (2014). *Políticas públicas de salud en Uruguay (2004-2014): Resultados, ejes de discusión y desafíos a corto y mediano plazo*. Montevideo: OPP.
- Rojas Soriano, R. (1989). *Investigación Social. Teoría y praxis*. México: Plaza y váldez.
- Rosser, S. (1986). *Teaching Science and Health from a Feminist Perspective*. New York: Pergamon Press.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Revista de Antropología*, 95-145.
- Sautu, R., & al., e. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metoldología*. Buenos Aires: CLACSO.
- Schetini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Buenos Aires: Universidad de La Plata.

- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En J. Amelang, & M. Nash, *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (págs. 1053-1075). Valencia: Alfons el Magnanim.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- SUC. (2005). *Consenso Uruguayo del manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST*. Montevideo: Revista Uruguaya de Cardiología.
- Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., & Raich-Escursell, R. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14-25.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 77-100.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Valles, M. (2002). *Entrevistas Cualitativas*. Madrid: Cis. Cuadernos Metodológicos.
- Valls-Llobet, C. (2013). *Mujeres, salud y poder*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Varela, N. (2008). *Feminismos para principiantes*. Barcelona: B.S.A.
- Vasilachis, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. *Gedisa Editorial*, 1-22.
- Weber, M. (1982). *Ensayos sobre metodología sociológica*. (G. A. 1922, Trad.) Buenos Aires: Amorrortu.

ANEXOS

Tabla 1. Elaboración propia a partir del esquema original “Avances y consolidación del Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay”: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.

Objetivos Estratégicos	Factor Condicionante	Área de intervención
1) Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo.	a) Tabaco	1: Continuar y profundizar aplicación Convenio Marco de la OMS 2: Estrategia nacional para promover cesación de consumo de tabaco 3: Eliminación del comercio ilícito de los productos del tabaco
	b) Nutrición, alimentación saludable y actividad física:	4: Elaboración, aprobación, publicación de guías y normas para una alimentación saludable y adecuada actividad física. 5: Capacitación para la promoción de la nutrición y la adopción de una alimentación saludable y adecuada actividad física. 6: Difusión de prácticas de alimentación saludable y de actividad física en la población. 7: Políticas públicas de modificación del entorno que favorezcan la adopción de hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de la actividad física. 8: Control, monitoreo y evaluación.
	c) Sustancias psicoactivas:	9: Política pública desde el ámbito interinstitucional conformado, que aborde de forma integral la temática del alcohol y que disminuya los riesgos y daños asociados a sus distintos patrones de consumo. 10: Desarrollo de una política pública integral y eficiente sobre el cannabis, en el marco del cumplimiento de la ley 19.172 y de los decretos reglamentarios correspondientes (Decreto 120/2014 y Decreto 46/2015). 11: Prestaciones especializadas para el tratamiento de las personas que presenten usos problemáticos de cannabis dentro del SNIS. 12: Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por los profesionales de la salud, y uso adecuado por los usuarios.
2) Disminuir la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad.	a) ENT Prevalentes	<i>i) Cáncer</i> 13: Prevención primaria del cáncer, con especial atención al cáncer de cuello uterino, los cánceres tabaco dependientes, de piel y colon. 14: Detección oportuna y seguimiento para el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, mama y colon-recto en todos los prestadores del Sistema de Salud y mejora del registro de las acciones realizadas. 15: Implantar la HCE-O en todos los prestadores según plan gradual, para evaluación y seguimiento de la calidad asistencial. 16: Nuevos estudios y tratamientos que hayan demostrado beneficio clínicamente significativo y resulten costo-efectivos. 17: Desarrollo de investigaciones oncológicas que contribuyan a identificar estrategias diagnósticas y terapéuticas que respondan a problemas relevantes, necesidades y características de nuestra población y nuestro Sistema de Salud. <i>ii) ECV, diabetes y respiratorias</i> 18: Monitoreo de la prevalencia de factores de riesgo para ENT en la población. 19: Detección precoz y tratamiento adecuado de las personas con hipertensión arterial. 20: Capacidad del sistema de salud para disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica (síndrome coronario agudo con ST sobre elevado). 21: Capacidad del sistema de salud para disminuir mortalidad, morbilidad y discapacidad por ataque cerebrovascular (ACV). 22: Capacidad del sistema de salud para disminuir complicaciones crónicas de la diabetes (nefropatía diabética, disminución de visión, amputaciones por macro y microangiopatía diabética). 23: Detección precoz de la patología respiratoria crónica.
	b) Mortalidad infantil neonatal y prematuridad	24: Planificación, captación precoz y control adecuado del embarazo. 25: Procesos de regionalización nacional perinatal con énfasis en la Red de Unidades de Cuidados Intensivos neonatales y adecuado traslado de la embarazada. 26: Reglamentación y auditoría de la asistencia inmediata, reanimación, estabilización y traslado del prematuro. 27: Auditoría de los traslados maternos y neonatales de riesgo y las condiciones, oportunidad y lugar del nacimiento del prematuro. 28: Competencias de la obstetra partera. 29: Regulación del funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos. 30: Regulación de la asistencia hospitalaria del recién nacido prematuro.

		31: Reglamentación del seguimiento del recién nacido prematuro promoviendo la continuidad asistencial Internación/Primer Nivel de Atención.
	c) Morbimortalidad por VIH Sida	32: Acceso al diagnóstico. 33: Acceso a atención de calidad a personas con VIH adoptando un modelo de atención de enfermedad crónica con características de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y libre de discriminación. 34: Estrategias intersectoriales de promoción de salud y prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH.
	d) VBG y generaciones	35: Capacidad de respuesta del SNIS frente a las situaciones de VBG en todo el país. 36: Optimización del uso de la información disponible en los instrumentos existentes en el SNIS para generar información complementaria a la línea de base actual (mujeres en situación de VD de 15 años y más).
	e) Suicidios	37: Prevención, tratamiento y seguimiento de las personas con riesgo suicida.
	f) Siniestralidad vial	38: Abordaje de la siniestralidad vial, como estrategia para disminuir la morbilidad desde un enfoque integral, interdisciplinario e interinstitucional, a través de la Junta Nacional de Seguridad Vial.
	3) Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida.	a) Embarazo en la adolescencia
b) Humanización de partos y cesáreas		43: Condiciones de asistencia del parto humanizado en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica. 44: Magnitud de tasa de cesáreas a nivel nacional.
c) Transmisión vertical de sífilis y VIH		45: Abordajes intersectoriales de promoción de salud sexual y salud reproductiva con énfasis en prevención de ITS. 46: Acceso a diagnóstico de sífilis y VIH de toda la población. 47: Acceso y la calidad del control del embarazo. 48: ITS en la mujer, especialmente sífilis y VIH, durante el embarazo y la lactancia. 49: Diagnóstico oportuno de sífilis y/o VIH durante el embarazo. 50: Tratamiento de sífilis y/o VIH durante el embarazo. 51: Acceso y continuidad de cuidados de las mujeres con VIH luego del parto. 52: Pauta de diagnóstico y tratamiento establecida por MSP para prevenir la transmisión vertical de VIH y sífilis connatal. 53: Seguimiento luego del alta de los niños expuestos a sífilis y VIH.
d) Desarrollo en la primera infancia		54: Identificación de recién nacidos (RN) con factores de riesgo perinatales, psicosociales y neurosensoriales. 55: Identificación de los niños de 0 a 5 años con alteraciones del desarrollo. 56: Abordaje de niños identificados con alteración del desarrollo y los RN con riesgo. 57: Prestaciones mínimas indispensables para los niños con alteraciones del desarrollo en el sector público y el privado. 58: Estrategias de promoción de desarrollo en agendas interinstitucionales.
e) Discapacidad en el curso de la vida		59: Accesibilidad a todos los servicios de salud, tomando en consideración el curso de vida, e inclusión de la dimensión de la discapacidad en todas las políticas de salud. 60: Programas, redes y servicios de rehabilitación en los diferentes niveles de atención. 61: Servicios de prevención de la deficiencia congénita o adquirida y discapacidades en el adulto mayor.
f) Cuidados paliativos		62: Implementación de una red nacional de CP basada en dinámicas de complementación público-público, privado- privado y público-privado, con prestaciones y niveles de capacidad resolutoria siguiendo los lineamientos del modelo de atención paliativa existente. 63: Formación profesional específica en las distintas profesiones involucradas en la atención paliativa. 64: Conocimiento y percepciones sobre el derecho a la atención paliativa de usuarios, trabajadores de la salud, autoridades y equipos de gestión. 65: Marco normativo y legal que asegure el derecho de los usuarios a la atención paliativa.

<p>4) Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud.</p>	<p>a) Brechas de calidad y seguridad del paciente</p>	<p>66: Capacitación y dotación de recursos humanos para lograr a nivel institucional las metas trazadas para la seguridad del paciente. 67: Política nacional de comportamientos. 68: Estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua. 69: Cuidados de enfermería como disparador de la mejora del proceso. 70: Profesionalización del manejo de los brotes de infecciones IH y vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) con datos auditados. 71: Buenas prácticas preventivas en el personal sanitario. 72: Mejora continua en el área quirúrgica con construcción de estándares e indicadores. 73: Implantación y acreditación en buenas prácticas en diferentes áreas de atención, como criterio de CALIDAD. 74: Divulgación de indicadores institucionales de calidad de los distintos prestadores públicos y privados, previo a la apertura del período de movilidad institucional. 75: Acceso a atención de calidad para personas con trastornos mentales. 76: Articulaciones y alianzas estratégicas interinstitucionales e intersectoriales para la reinserción social y promoción de la autonomía de las personas con trastornos mentales severos (TMS).</p>
<p>5) Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas.</p>	<p>a) Sistema y servicios de salud</p>	<p>77: Diagnóstico y difusión de situación y capacidades instaladas de servicios y recursos. 78: Atención con calidad asegurada. 79: Mejora en los sistemas de gestión. 80: Análisis y gestión de riesgo para respuestas oportunas. 81: Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza con base territorial. 82: Estímulos a la permanencia de los profesionales en las unidades asistenciales.</p>

Anexo 2: Mapa de Informantes calificados, 2020

Organización	Rol	Fase de la política pública sanitaria	Dimensión indagada
FNR	Dirección Técnico- Médica	Diseño y Ejecución	Investigación, Prevención Secundaria y Terciaria
UDELAR	Hospital de Clínicas	Ejecución	Investigación y Atención Especializada
MSP	Representación de OPS/OMS en Uruguay	Diseño	Redactor Normativa Integrada: OSN 2020 (2015)
	Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género	Diseño	Construcción de política pública sanitaria y género
	Área Programática Enfermedades No Transmisibles	Diseño y Evaluación	Gestión y evaluación de Normativa Sectorial
CHSCV	CHSCV	Diseño, ejecución y evaluación	Prevención Primaria
SUC	Gremial-sociedad científica	Ejecución	Investigación y Atención especializada
	Comité de Cardiopatía de la Mujer, Presidenta	Ejecución	Investigación con perspectiva de género
ASSE	Asesor Consejo Directivo (ex Vice Mto. Salud)	Diseño y Evaluación	Redactor Normativa Integrada: OSN 2020 (2015), gestión y evaluación sanitaria
	Hospital Pasteur	Ejecución	Atención técnico-especializada Eco/Cardio
	Hospital Maciel	Ejecución	Atención ambulatoria especializada
	Hospital Saint Bois	Diseño y evaluación	Gestión sanitaria
	Hospital Español	Ejecución	Atención puerta de emergencia e internaciones
	1er. Nivel de Atención Poli	Ejecución	Atención ambulatoria
	1er. Nivel de Atención C.S.	Ejecución	Atención puerta emergencia
	105 Dirección	Diseño y evaluación	Gestión Emergencia Móvil
Representante Uruarixs	Evaluación	Evaluación desde derechos de usuarios/os del sistema sanitario	