

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ABORDAJE DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. Ciudad de Córdoba. 2019.

Hypertension, approach from a gender perspective. Cordoba city. 2019.

Autores: Virginia Peresini¹, Gabriel Esteban Acevedo²

1. Facultad de Ciencias Médicas, UNC, Argentina. virperesini81@hotmail.com. Número de registro ORCID: 0000-0001-5093-2955

2. Facultad de Ciencias Médicas, UNC; Centro de Investigación CeGeSST, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNC, Argentina. geacevedo_esp@fcm.unc.edu.ar. Número de registro ORCID: 0000-0002-2324-4046

Los autores citados concibieron y diseñaron el trabajo que aquí se presenta. Virginia Peresini participó principalmente en la redacción del artículo, Gabriel Esteban Acevedo en la revisión crítica sustancial de su contenido científico y académico. Durante el trabajo de campo, los autores coordinaron la recolección, el análisis y la interpretación de los datos, participaron en la discusión de los protocolos de trabajo, la recolección y el análisis de los datos. Los autores citados tuvieron la oportunidad de leer y aprobar la versión final del manuscrito y autorizar el envío de este manuscrito para su publicación. Ambos son responsables de todos los aspectos del manuscrito asegurando que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todas las partes del manuscrito fueron adecuadamente investigadas y resueltas.

Autor de correspondencia:
Virginia Peresini

Correo electrónico:
virperesini81@gmail.com

Fuentes de financiamiento:
Becas doctorales PROFOIN de la secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas. RD-2019-1822-E-UNC-FCM.

Declaración de conflicto de Intereses:
No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Número de registro de investigación otorgado por el Registro Nacional de Investigaciones en Salud RENIS N°: IS002773

Recibido: 20/10/2021.
Aceptado: 30/11/2021.

RESUMEN

Introducción: Determinantes sociales y de género, así como las características del barrio de residencia se vinculan con la hipertensión arterial (HTA). **Objetivo:** Examinar asociaciones de HTA por género en una población socio-segregada de la ciudad de Córdoba, año 2019. **Método:** Estudio epidemiológico observacional, cuantitativo, de corte transversal. Muestra aleatoria (n = 380) adultos usuarios de un hospital público. Se realizaron mediciones objetivas de tensión arterial y una entrevista sobre características sociodemográficas e indicadores de género. **Se realizaron análisis, bivariado y multivariado:** modelos regresión logística simple y múltiple; estratificados por género. Resultados: Identificamos determinantes sociales como el género asociadas con la HTA; así las mujeres quienes dedicaron mayor tiempo al trabajo no remunerado tuvieron mayores probabilidades de presentar HTA (OR 1,01; IC 95% 1,00- 1,02). Aunque en nuestro estudio la HTA fue mayor en hombres (53,43% vs 36,51% en mujeres); la presentación de HTA en mujeres se asoció a roles de género. La HTA en este espacio segregado fue superior a la prevalencia nacional. **Conclusión:** HTA varía según el nivel socioeconómico, género, nivel de privación social del barrio.

PALABRA CLAVE: Hipertensión, determinantes sociales de la salud, género.

ABSTRACT

Introduction: Social and gender determinants, as well as the characteristics of the neighborhood of residence are linked to hypertension (HT). **Objective:** To examine associations of HT by gender in a socio-segregated population of the city of Córdoba, year 2019. **Method:** Cross-sectional, quantitative, observational epidemiological study. Random sample (n = 380) adult users of a public hospital. Objective measurements of blood pressure and an interview on sociodemographic characteristics and gender indicators were carried out. **Bivariate and multivariate analyzes were performed:** simple and multiple logistic regression models; stratified by gender. **Results:** We identified social determinants such as gender associated with hypertension, women who dedicated more time to unpaid work were more likely to present hypertension (OR 1.01; 95% CI 1.00-1.02). Although in our study, HT was higher in men (53.43% vs 36.51% in women); unlike men, the presentation of HT in women was associated with gender roles. HT in this segregated socio-space was higher than the national prevalence. **Conclusion:** HT varies according to the socioeconomic level, gender, level of social deprivation of the neighborhood.

KEYWORDS: Hypertension, Social Determinants of Health, gender.

INTRODUCCIÓN

Más de la mitad de la carga mundial de morbilidad se atribuye a enfermedades no transmisibles (ENT) siendo la hipertensión el principal factor de riesgo para muertes por enfermedades cardiovasculares. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta en América, alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta¹.

Se conoce además que existe una significativa asociación entre las desigualdades socioeconómicas y la mayor carga de enfermedad (CE) por las Enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo². En este sentido, fuerte evidencia apoya una asociación positiva entre bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y ENT. Las personas con menos recursos socioeconómicos tienden a presentar un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares³. Más allá del papel del nivel socioeconómico individual (NSE), el NSE a nivel de área o de vecindario también se asocia con ENT y sus factores de riesgo (FR). Entre estos, la urbanización se ha convertido en uno de los principales determinantes de la creciente carga de ENT y sus FR⁴. América Latina ha experimentado una marcada ampliación de la brecha entre los grupos de mayores y menores ingresos y en este contexto ha evidenciado paralelamente un incremento de la prevalencia de esta problemática. En Argentina a lo largo de los últimos años es posible identificar una tendencia en aumento de, las ENT que, si bien afecta a todos los grupos etarios y sectores sociales, se evidencia con mayor contundencia en los grupos con posición social más desfavorable⁵.

Según la última Encuesta Nacional de factores de riesgo ENFR en Argentina, la prevalencia de HTA fue de 46,6%. Esta prevalencia fue mayor entre los varones con respecto de las mujeres (55,7% vs. 38,7%), aumentó con la edad y el grupo con menor nivel de instrucción presentó una frecuencia 1,6 veces más elevada con respecto al de mayor nivel educativo (65,2% y 40,1% respectivamente)⁶. Según estimaciones la probabilidad de padecer HTA en poblaciones adultas residentes en áreas urbanas aumenta con la edad especialmente en la población femenina, se relaciona positivamente con la obesidad y es más frecuente en individuos sin cobertura de salud⁷. Según proyecciones una mujer de edad promedio con hábitos y condiciones socioeconómicas favorables tiene una probabilidad estimada de padecer HTA en torno al 1%; sin embargo, aún con la misma edad si sus hábitos o condiciones de vida son poco favorables, el riesgo de padecer HTA aumenta casi 7 puntos porcentuales⁸. En el país, la HTA mostró además desigualdades asociadas al nivel educativo, así una menor educación a nivel individual se asoció con mayores probabilidades de hipertensión en ambos sexos, estas diferencias resultaron más marcadas en

las mujeres que en hombres⁹.

Al respecto, la OMS señala que las desigualdades basadas en el género atraviesan todo el entramado social y se articulan con otros determinantes de tipo estructural como nivel socioeconómico, nivel educativo y la etnia; todos ellos influyen en las condiciones de vida material y la posibilidad de adoptar estilos de vida saludable¹⁰. La mayor implicancia de las mujeres en el cuidado se ha señalado como un elemento clave para entender el impacto de los roles de género sobre las desigualdades en salud. La literatura reciente demuestra que la interacción de los determinantes socio estructurales con el sistema de género potencia estas desigualdades de modo que el estatus socioeconómico tiene un efecto modificador sobre el impacto del cuidado en la salud¹¹.

Resulta entonces inexorable, para el abordaje de las ECNT, particularmente la HTA, la valoración conjunta de diferentes ejes de desigualdad, tales como la posición social y el género. En nuestro medio, solo muy recientemente comenzaron a publicarse estudios que integran los diferentes ejes de desigualdad, teniendo en cuenta las características de los entornos barriales en el estudio de los factores de riesgo cardiovascular, documentando además la relación de estas problemáticas conforme al área de residencia¹². Sin embargo, son escasas las investigaciones que han abordado el conjunto de estos factores en áreas urbanas socio-segregadas de Córdoba. En función de ello, el objetivo de este estudio fue analizar los determinantes sociales de la ocurrencia la hipertensión arterial por género en una población socio-segregada de la ciudad de Córdoba (Argentina).

MÉTODO

Diseño del estudio e instrumento de recolección de datos: Estudio epidemiológico observacional, cuantitativo, de corte transversal. A partir de la población de usuarios/as de los consultorios de admisión del Hospital Príncipe de Asturias, hospital público de segundo nivel de la ciudad de Córdoba, en el año 2019. La recolección de datos primarios se llevó a cabo a partir de un instrumento adaptado del instrumento validado utilizado en Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2018. Se realizaron mediciones antropométricas de peso, talla, circunferencia de cintura (CC).

Población de estudio: Se seleccionó una muestra aleatoria (muestreo aleatorio simple), de 380 usuarios/as de los consultorios de admisión durante mayo y septiembre de 2019.

Variables dependientes: La variable de desenlace fue a) Hipertensión arterial: cuando la presión arterial sistólica media (PAS) sea > 140 mm Hg o la presión arterial diastólica media (PAD) sea > 90 mm

Hg en 3 mediciones de presión arterial.

Variable independiente: Las variables de exposición fueron: Nivel de instrucción (hasta primario incompleto, primario completo y secundario incompleto, secundario completo y más); ii) Nivel socioeconómico (alto, medio, bajo); iii) Situación laboral (ocupado, desocupado, inactivo); iv) Rama de actividad (trabaja en sectores de alta productividad, trabaja en sectores de baja productividad), v) Cobertura de salud (con obra social o prepaga, solo cobertura pública), vi) Situación conyugal (casado o en pareja, separado/a divorciado/a o viudo/a); vii) Tiempo en horas semanales dedicado al trabajo no remunerado (trabajos de reproducción o doméstico); tiempo total de trabajo (trabajo remunerado, más el no remunerado).; viii) Tiempo en horas de trabajo semanales totales (trabajo remunerado, más el no remunerado).; ix) Personas con necesidad de cuidados en el hogar; x) Percepción de ingresos propios.

Otras covariables: Se incluyó además la edad (años) como variable de ajuste y los análisis se estratificaron por género hacemos referencia a la autopercepción de género (femenino, masculino, transgénero masculino, transgénero femenino y no identificado con los géneros femenino, masculino y trans).

Análisis estadístico: Inicialmente se realizó un estudio exploratorio, se calcularon medidas resumen de posición y dispersión, y se realizaron pruebas Chi cuadrado para variables categóricas y pruebas T para la diferencia de medias en distribuciones independientes. Luego, para valorar asociaciones entre las variables de interés (variables independientes) y la ocurrencia de hipertensión arterial, se estimaron modelos regresión logística simple y múltiple. Las variables cuantitativas continuas fueron estandarizadas. Todos los análisis fueron estratificados por género, y fueron realizados empleando el software Stata v14.

Aspectos éticos: Los/as participantes firmaron previamente un consentimiento informado dando su conformidad para participar del estudio. Este protocolo de estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas y se encuentra en el Registro Provincial de Investigaciones en Salud, Ministerio de Salud. Registro N° 3506 (Fecha: 06/06/18).

RESULTADOS

En este estudio epidemiológico observacional, cuantitativo, de corte transversal, desarrollado en el período 2019 en un área socio segregada de la ciudad de Córdoba (Argentina) participaron un total de 380 personas (49,74 % de ellas mujeres y 49,74 %

hombres). Dos personas se identificaron como trans género masculino (0,52%).

El promedio de edad de la población de estudio fue de 48,88 (DS=15,39) años en mujeres, con un rango entre los 18 y 83 años, y de 43,33 (DS=14,89) años en varones, con un rango entre los 18 a 79 años (Tabla 2).

En relación a la hipertensión arterial, según indicadores de auto reporte el 91,53 % de las mujeres y el 85,19% de los hombres mayores de 18 años y más refirió haberse medido la presión arterial (PA) en los últimos dos años. El indicador fue mayor en las mujeres (91,53 % vs. 85,19 % en varones). Entre aquellos que se midieron alguna vez en la vida la PA, el 54,7 % refirió que un profesional de la salud le dijo que tenía la PA elevada (prevalencia de presión arterial por autorreporte). La PA elevada por autorreporte fue mayor en mujeres 58,73% vs el 50,79% en varones ($p < 0,05$) (Tabla 1).

En cuanto a las mediciones objetivas directas de PA, se observó que el 44,73 % de las personas evaluadas tuvo la PA elevada, resultando mayor en los varones con respecto a las mujeres (53,43% vs 36,51%) ($p < 0,05$) (Tabla 1).

La HTA combinada (definida como la combinación de las personas que tuvieron la PA elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron con PA elevada y tomaron algún medicamento) fue del 57,67% en varones vs 49,2% en mujeres (Tabla 1). Se analizó, además, si los pacientes que refirieron padecer HTA presentaban controlada o no su tensión arterial (TA), es sabido que la TA no controlada incrementa el riesgo cardiovascular total. En este sentido se observó que el 26,9% de las mujeres y el 34,9% de los hombres presentan HTA no controlada ($p < 0,05$) (Tabla 1).

Solo dos participantes se identificaron como transgénero masculino. Por la imposibilidad de aplicar pruebas estadísticas inferenciales con escaso número de casos, para estas personas solo se describimos sus características principales. Una de las personas tenía 22 años, era soltero, estudiante de nivel secundario, sin cobertura de salud. La segunda persona tenía 38 edad, respecto de su situación conyugal, era soltero/a, presentó presentaba estudios primarios completos, laboralmente se desempeñaba en sectores de baja productividad y no contaba con cobertura de salud. Ninguna de las dos personas se encuentra bajo tratamiento para la TA, ambos registraron medidas de TA dentro de parámetros normales.

Tabla 1 Hipertensión arterial por auto reporte y según mediciones física según género, Córdoba, 2019.

	Género	
	Mujeres	Varones
Total	189	189
Presión arterial		
Hipertensión por autor reporte	111* (58,73)	96 (50,79)
<i>p</i> valor (prueba <i>t</i> de Student)	< 0,05	
Hipertensión arterial según mediciones físicas	69 (36,51)	101* (53,43)
<i>p</i> valor (prueba <i>t</i> de Student)	< 0,05	
Hipertensión arterial combinada	97 (51,32)	111 (58,73)
		> 0,05
Control de Presión Arterial en hipertensos		
HTA controlado	61* (32,3)	31 (16,4)
<i>p</i> valor (prueba <i>t</i> de Student)	< 0,05	
HTA No controlado	51 (26,9)	66* (34,9)
<i>p</i> valor (prueba <i>t</i> de Student)	< 0,05	

* χ^2 = chi cuadrado.

La edad promedio de las mujeres y varones que presentaron hipertensión arterial fue mayor que en aquellas personas que no presentaron HTA ($p < 0,05$). (Tabla 2). El promedio de tiempo en horas dedicadas al trabajo no remunerado fue significativamente mayor en mujeres con hipertensión arterial que en aquellas sin hipertensión ($p < 0,05$) (Tabla 2).

El promedio de mujeres que presentan HTA en hogares con personas con necesidad de cuidados fue mayor en mujeres que en hombres (31,88 % vs 26,73%); siendo inversa la relación en hombres entre la presencia de HTA y la existencia de personas con necesidades de cuidado en el hogar ($p < 0,05$) (Tabla 2). Aunque sin diferencias estadísticamente significativas, se observó además en ambos géneros, que quienes presentaron hipertensión pertenecen en mayor proporción a un nivel socioeconómico bajo y desarrollan su actividad laboral en sectores de baja productividad para el mercado. (Tabla 2). También se observaron estas diferencias en relación al nivel educativo siendo mayor la cantidad de mujeres con hipertensión en aquellas que refirieron niveles educativos bajos (Tabla 2).

Tabla 2. Variables sociodemográficas según hipertensión arterial y género. Córdoba 2019.

	Mujeres Hipertensión		Varones Hipertensión	
	Si n 69 (36,51%)	No n 120 (63,49%)	Si n 101 (53,44%)	No n 88 (46,65%)
<i>Edad, media (DE)</i>	50,53 (14,34)	43,21 (15,39)	47,13 (13,66)	38,96 (15,12)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05		< 0,05	
<i>Situación conyugal</i>				
<i>Casado o en pareja</i>	41 (59,42)	76 (63,33)	61 (60,40)	49 (55,68)
<i>Separado, soltero o viudo</i>	28 (40,48)	44 (36,67)	40 (39,60)	39 (44,32)
<i>p valor (χ²)</i>	0,59		0,51	
<i>Nivel de instrucción</i>				
<i>Hasta primario incompleto</i>	12 (17,39)	15 (12,50)	10 (9,90)	11 (12,50)
<i>Primario completo y secundario incompleto</i>	36 (52,17)	56 (46,67)	69 (68,32)	46 (52,27)
<i>Secundario completo y más</i>	21 (30,43)	49 (40,83)	22 (21,78)	31 (35,23)
<i>p valor (χ²)</i>	0,31		0,07	
<i>Nivel socioeconómico</i>				
<i>Bajo</i>	55 (79,71)	91 (75,83)	84 (83,17)	68 (77,27)
<i>Medio</i>	12 (17,39)	25 (20,83)	16 (15,84)	19 (21,59)
<i>Alto</i>	2 (2,90)	4 (3,33)	1 (0,99)	1 (1,14)
<i>p valor (χ²)</i>	0,82		0,59	
<i>Situación laboral</i>				
<i>Ocupado</i>	30 (43,48)	54 (45)	77 (76,24)	64 (72,73)
<i>Desocupado</i>	9 (13,04)	17 (14,17)	13 (12,87)	12 (13,64)
<i>Inactivo</i>	30 (43,48)	49 (40,83)	11 (10,89)	12 (13,64)
<i>p valor (χ²)</i>	0,93		0,82	
<i>Rama de actividad</i>				
<i>Trabaja en sectores de baja productividad</i>	67 (97,10)	111 (92,50)	73 (72,28)	60 (68,18)
<i>Trabaja en sectores de alta productividad</i>	2 (2,90)	9 (7,50)	28 (27,72)	28 (31,82)
<i>p valor (χ²)</i>	0,19		0,53	
<i>Ingresos propios</i>				
<i>Sí</i>	54 (78,26)	95 (79,17)	82 (81,19)	73 (82,95)
<i>No</i>	15 (21,74)	25 (20,83)	19 (18,81)	15 (17,05)
<i>p valor (χ²)</i>	0,88		0,75	
<i>Cobertura de salud</i>				
<i>Con obra social o prepaga</i>	21 (30,43)	30 (25)	22 (21,78)	16 (18,18)
<i>Solo cobertura pública</i>	48 (69,57)	90 (75)	79 (78,22)	72 (81,82)
<i>p valor (χ²)</i>	0,41		0,53	
<i>Personas con necesidad de cuidados en el hogar</i>				
<i>Sí</i>	22 (31,88)	47 (39,17)	27 (26,73)	38 (43,18)
<i>No</i>	47 (68,12)	73 (60,83)	74 (73,27)	50 (56,82)
<i>p valor (χ²)</i>	0,31		0,029	
<i>Horas/semana de trabajo no remunerado (DE)</i>	47,56 (31,47)	37,72 (28,03)	14,31 (13,43)	13,80 (14,54)
<i>p valor (prueba t de Student)</i>	< 0,05		0,80	
<i>Horas / semana de trabajo totales (DE)</i>	57,24 (29,77)	50,47 (29,21)	44,75 (24,73)	44,27(22,29)
<i>p valor(prueb t de Student)</i>	0,12		0,88	

DE=desviación estándar χ^2 = chi cuadrado.

La Tabla 3 muestra los resultados de la estimación de las medidas de asociación entre la hipertensión arterial con variables de exposición seleccionadas (educación, situación conyugal, situación laboral, rama de actividad, nivel socioeconómico, cobertura de salud y tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado) y de ajuste. No se incluyeron aquellas variables de exposición que presentaban gran faltante de datos o aquellas que presentaban alta correlación. Se observó aquí en cuanto a los indicadores de inequidad de género, que las mujeres que dedican mayor tiempo promedio en horas al trabajo no remunerado, exhibieron mayores probabilidades de presentar hipertensión arterial (OR1,01; IC 95% 1,00- 1,02) (Tabla 3).

Tabla 3. Medidas de asociación entre las variables de exposición e hipertensión arterial por género. Córdoba, 2019.

	Mujeres Hipertensión arterial n = 69 (36,51%)	Hombres Hipertensión arterial n = 101 (53,44%)
<i>Situación conyugal</i>		
Casado/a o en pareja	1,00	1,00
Separado/a, soltero/a o viudo/a	1,27 (0,63- 2,56)	1,37 (0,70- 2,66)
<i>Nivel de instrucción</i>		
Hasta primario incompleto,	1,00	1,00
Primario completo y secundario incompleto	1,16 (0,45- 2,93)	2,90 (1,02-8,23)
Secundario completo y más	0,99 (0,34 – 2,82)	1,49 (0,46- 4,78)
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Alto	1,00	1,00
Medio o bajo	0,93 (0,14 – 5,96)	0,73 (0,03-13,66)
<i>Situación laboral</i>		
Ocupado	1,00	1,00
Desocupado	0,65 (0,22- 1,88)	1,52 (0,57-4,02)
Inactivo	0,69 (0,33- 1,44)	0,50 (0,18- 1,37)
<i>Rama de actividad</i>		
Trabaja en sectores de baja productividad	1,00	1,00
Trabaja en sectores de alta productividad	0,40 (0,77- 2,09)	0,79 (0,40-1,56)
<i>Cobertura de salud</i>		
Solo cobertura pública	1,00	1,00
Con obra social o prepaga	0,83 (0,38 - 1,81)	1,37 (0,59 – 3,20)
<i>Tiempo en horas de trabajo no remunerado (z score)</i>		
	1,01 (1,00- 1,02)	0,99 (0,00 – 2,31)

Modelos ajustados por edad (años). DE=desviación estándar.

DISCUSIÓN

En esta investigación analizamos determinantes sociales de la hipertensión arterial por género en una población socio-segregada de la ciudad de Córdoba (Argentina). Indagamos sobre asociaciones entre hipertensión arterial y diferentes indicadores socioeconómicos y de género.

En nuestro estudio, identificamos que, las mujeres que dedican en promedio mayor cantidad de horas al trabajo no remunerado (TNR), presentaron mayores probabilidades de presentar hipertensión arterial. En consonancia con los aportes de la bibliografía relativa a la temática del trabajo de reproducción desarrollado por las mujeres al interior del hogar en nuestro estudio observamos que el promedio de horas dedicadas al TNR que implica tareas de cuidado, limpieza, cocina, etc. al interior del hogar, es desarrollado fundamentalmente por mujeres, presentando así el cuidado informal un perfil altamente feminizado, y presentando las mujeres que asumen esta función un menor nivel socioeconómico¹³. Conforme a que la frecuencia y el tiempo dedicados por las mujeres a las tareas del hogar y de cuidado son mayores que los de los hombres, las cuidadoras declaran mayores tasas

de sedentarismo, a la vez que menos horas de sueño y menos descanso, que los hombres. Posiblemente, la menor dedicación de las cuidadoras al ejercicio físico y al descanso explicaría, en nuestro estudio, la mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial en aquellas mujeres que dedican en promedio más horas al TNR. También ha sido descripta la menor prevalencia de prácticas preventivas entre las mujeres, relacionando el menor tiempo dedicado al autocuidado con el mayor riesgo de problemas físicos y mentales¹⁴.

La edad promedio de las personas que presentaron HTA fue mayor que en aquellas que no presentaron estas condiciones ($p < 0,05$). En nuestro estudio al igual que ocurre a nivel nacional la HTA fue mayor en hombres (53,43% vs 36,51% en mujeres). Por otra parte, tanto en hombres como en mujeres encontramos que el promedio general de personas con HTA resultó 4 puntos porcentuales más elevada que la prevalencia nacional (49,3 varones vs 32,6 en mujeres). En nuestro estudio se analizó además la HTA combinada, ya que resulta la aproximación epidemiológica más robusta para poder establecer una estimación más cercana a la realidad, y que pudo obtenerse gracias a la incorporación de las mediciones objetivas; esta resultó 6 puntos porcentuales

superior a la prevalencia nacional (53,43% vs 46,6 de la población adulta en Argentina)¹⁵. Se observaron además diferencias significativas en relación al control de la HTA, presentando los hombres HTA no controlada en mayor proporción que las mujeres (34,9 vs 26,9), estas diferencias de género pueden asociarse a las prácticas de cuidado más extendidas en mujeres vinculadas a la atención de la salud materno infantil.

Los resultados de este estudio se encuentran en consonancia con lo que demuestra la evidencia respecto a la prevalencia de HTA y las características del espacio social de residencia; así es que aquellas personas que viven en vecindarios con un NSE más bajo tenían una presión arterial media más alta¹⁶. Así el bajo nivel socioeconómico está asociado con las desigualdades en salud en términos de acceso a cuidado, mayor riesgo de incidentes de ENT, y muerte prematura. Los factores a nivel de área o vecindario pueden afectar la salud a través de varios mecanismos, incluidos los efectos sobre los comportamientos de salud y los procesos relacionados con el estrés, independientemente del nivel socioeconómico a nivel individual¹⁷. A fin de explicar estos hallazgos retomamos una hipótesis que plantea que la posición socioeconómica baja y la vida en vecindarios desfavorecidos pueden exponer a las personas a entornos menos propicios para una alimentación saludable y la actividad física, principales factores de riesgo de HTA¹⁸.

Respecto al nivel educativo, no hallamos relaciones significativas entre el nivel educativo y la presencia de HTA en esta población, sin embargo, podemos observar el bajo nivel educativo alcanzado en ambos sexos, donde más del 70 % de las personas con HTA no completaron estudios secundarios. Según reportes de la bibliografía consultada, encontramos que una menor educación a nivel individual se asoció con mayores probabilidades de hipertensión. Considerando educación superior en el vecindario, esta se asoció menores probabilidades de hipertensión en las mujeres. Los datos de la bibliografía muestran además una asociación inversa entre educación y prevalencia de HTA en mujeres, ésta en el nivel de educación inferior fue significativamente más alto que en los hombres¹⁹.

Este trabajo presenta ciertas limitaciones que resulta necesario mencionar. Una de ellas es que la población bajo estudio es aquella que resulta usuaria regular del sistema de salud, por lo tanto incorpora algunas estrategias al cuidado de su salud y puede no reflejar completamente a la población general del entorno barrial, también el escaso tamaño de la muestra, y el hecho de trabajar con una población de un área socioeconómicamente desfavorecida, implican que el gradiente socioeconómico y educativo individual no es muy amplio, con lo cual resulta más complejo evidenciar asociaciones. Las principales fortalezas de nuestro estudio residen en el hecho de haber manejado el mismo instrumento utilizado en las sucesivas ENFR, lo cual nos permite contrastar nuestros resultados con lo que ocurre a nivel nacional. Otra fortaleza radica en que se llevó a cabo un

trabajo de toma de tensión arterial es la toma de tensión arterial, lo cual permite contar con mediciones objetivas y precisas para la valoración de este factor de riesgo cardiovascular. En Córdoba no hay estudios que incluyan una población de un área similar a esta, lo cual también resulta una fortaleza.

CONCLUSIÓN

En este estudio, se identificaron determinantes sociales y de género como horas dedicadas al trabajo no remunerado asociadas con la hipertensión arterial en mujeres; y se proporcionó evidencia sobre cómo estas asociaciones variaban por edad en un área socio segregada. Además, nuestro estudio demostró que existen diferencias en la presentación de HTA entre espacios urbanos socio segregados respecto a las cifras que reporta la prevalencia nacional. Teniendo en cuenta el proceso de urbanización en curso de Argentina, los esfuerzos para abordar problemáticas relacionadas con las ENT y sus factores de riesgo, deben ser sensibles al contexto y al género, y deben centrarse en los grupos sociales más desfavorecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión arterial, datos clave. 2021 Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
2. The Lancet. GBD 2017: a fragile world. Lancet [Internet]. 2018; 392(10159):1683. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7)
3. Sommer I, Griebler U, Mahlknecht P, Thaler K, Bouskill K, Gartlehner G, et al. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: An overview of systematic reviews. BMC Public Health [Internet]. 2015; 15(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2227-y>
4. Allender S, Foster C, Hutchinson L, Arambepola C. Quantification of Urbanization in Relation to Chronic Diseases in Developing Countries: A Systematic Review. J Urban Heal [Internet]. 2008 Nov 18;85(6):938–51. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11524-008-9325-4>
5. Viego V, Temporelli K. Socioeconomic status and self-reported chronic diseases among Argentina's adult population: Results based on multivariate probability models. J Public Health Res. 2017;6(1):56–63.
6. Ferrante D, Jörgensen N, Langsam M, Marchioni C, Torales S, Torales R. Inequalities in the Distribution of Cardiovascular Disease Risk Factors in Argentina: A Study from the 2005, 2009 and 2013 National Risk Factor Survey (NRFS). Rev Argent Cardiol. 2016;84(2):133–9.
7. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015. Tercera encuesta Nacional de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. [Internet]. Buenos Aires Argentina; 2015. [Citado 10 Julio 2017]. Disponible: http://www.msal.gob.ar/encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

