

VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores.

Liliana Findling, Mónica Abramzón, Carolina Peterlini.

Cita:

Liliana Findling, Mónica Abramzón, Carolina Peterlini (2004).
Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/703>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores¹

Liliana Findling, Mónica Abramzón, Carolina Peterlini

Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales (UBA)

1. Introducción

El estudio de las desigualdades en salud reviste importancia porque permite avanzar en la identificación de los condicionantes y determinantes del estado de salud de una población y elaborar teorías para la formulación de políticas y el diseño de estrategias de intervención.

Este trabajo se propone revisar las discusiones teóricas sobre las desigualdades en salud y su medición, describir los principales ejes de las desigualdades en salud en Argentina y analizar a partir de datos secundarios las desigualdades en la percepción de la morbilidad y en el cuidado de la salud.

2. Acerca de las definiciones de desigualdad

En numerosos estudios (Borrell y Benach, 2003; Barata y col. 2002; Macintyre, Hunt y Sweeting, 1996; Barbosa Da Silva y Berti Azevedo Barros, 2002, Gwatkin, 2000) se ha señalado el papel que desempeñan el sexo, la edad, la etnia y la situación sociocultural y económica de las personas en la generación de las desigualdades en salud (cobertura, nivel educacional, distancias socioculturales y espaciales a los centros de atención de la salud, redes familiares y sociales, entre otras dimensiones). Muchos de esos estudios han centrado la atención en las diferentes maneras en las cuales varones y mujeres perciben las enfermedades y

se acercan a los servicios de salud. Algo similar ocurre con las distintas etapas de la vida de las personas: a medida que avanza la edad, algunas dolencias adquieren preeminencia y otras pasan a segundo plano.

Estas perspectivas suponen una determinada definición sobre el concepto de desigualdades. ¿Son sinónimos los términos equidad e igualdad? ¿Cuál resulta entonces la definición más adecuada para abordar el estudio de las desigualdades en salud?

Según la ISEQH (2004) el concepto de desigualdad en salud alude a las diferencias sistemáticas potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. A su vez, la equidad en salud supone la ausencia de esas diferencias.

Un aporte valioso es el que realiza Whitehead (1991) cuando sostiene que “la equidad en salud significa idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar”. En términos operacionales, ello supone una reducción, al mínimo posible, de los factores diferenciales de salud y de acceso a los servicios sanitarios.

La OPS (1999) señala que el concepto de inequidad se ha considerado sinónimo del concepto de desigualdad, pero es fundamental distinguirlos. Mientras desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, inequidad representa la calificación de esta diferencia como injusta. Ciertamente es que no todas las desigualdades son injustas, aún cuando toda inequidad supone una desigualdad injusta.

Así, la igualdad es un concepto empírico que facilita el análisis descriptivo, al tiempo que la equidad constituye un imperativo ético asociado con principios de justicia social; en consecuencia un concepto normativo (Barbosa da Silva et al., 2002).

Al respecto, estos autores distinguen entre desigualdades naturales y sociales. Las naturales ocurren como diferencias entre individuos como el sexo, raza y edad y las sociales se originan en la ocupación de distintas posiciones y en la organización social del proceso de producción. De este modo, determinan un diferente acceso a bienes de escasa disponibilidad. Las desigualdades naturales se convierten en sociales cuando son utilizadas por una sociedad como criterio para la asignación de roles sociales. Así, una desigualdad social se convierte en injusta cuando surge de un juicio de valor que aparece en el concepto de inequidad.

La desigualdad es la manifestación mensurable de la justicia social, a menudo expresada por las diferencias en el riesgo de enfermar y morir. Estos riesgos se originan a su vez en las condiciones heterogéneas de la existencia en el acceso a bienes y servicios.

En la misma línea, Borrell, C., y Benach, J. (2003) consideran que desde el punto de vista de la estructura social, el concepto de desigualdad hace referencia a las diferencias existentes en el acceso a los recursos que tienen las personas tanto en calidad como en cantidad. Su estudio es importante porque el acceso a los recursos se relaciona con las condiciones de vida de las personas.

De este modo tanto Barbosa y col. y Borrell y col. integran un grupo de especialistas que sostienen una fuerte relación entre desigualdades y accesibilidad a los recursos.

Otra línea es la que representa Sen (2002) que plantea que la equidad en salud es inevitablemente multidimensional. Existen factores que intervienen en el logro de la salud y en las posibilidades de alcanzar buena salud que van más allá de la prestación y distribución sanitaria: predisposiciones genéticas, ingresos individuales, hábitos alimentarios, estilos de vida, entorno epidemiológico y condiciones de trabajo. Por ello la equidad en salud no se puede analizar sólo en términos de la distribución de la atención sanitaria.

Por último es interesante destacar el abordaje de Rohlf's (2000) sobre género y salud porque aclara que este concepto no es una variable. El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia (Scott, 1988). Para medir o entender el efecto del género en el análisis de datos poblacionales uno de los primeros pasos es desagregar la muestra según sexo. A medida que podamos conocer mejor los determinantes biológicos y sociales, tanto de la salud como de las enfermedades, se podrá avanzar en la posibilidad de diseñar programas y políticas sanitarias para mejorar la calidad de vida, evitar y minimizar los efectos de las enfermedades y eliminar las inequidades en la salud de mujeres y hombres.

Según Alleyne (2000) "la segmentación de la sociedad en ámbitos de acción *masculinos* y *femeninos* marca asimismo diferencias sustantivas entre los hombres y las mujeres no sólo en materia de riesgos y necesidades sociales y

biológicas, sino también en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud”.

Las dificultades en traducir los conceptos de los diversos abordajes teóricos (funcionalismo, estructuralismo, marxismo, etc.) en estudios empíricos sobre el proceso salud-enfermedad ha llevado a los investigadores a utilizar aproximaciones para acercarse a la causalidad de las desigualdades. Esas aproximaciones (género, grupos étnicos, religiosos, características territoriales y condiciones de vida) tienen un amplio poder explicativo porque su abordaje integra fenómenos socioeconómicos colectivos.

A partir del surgimiento de la epidemiología en Europa y de la aparición de la Medicina Social a fines de los años 70, se elaboran abordajes que permiten delinear perfiles epidemiológicos de clase. En los años 80 se retoma el interés por las desigualdades en salud a partir del informe Black que se produce cuando asume M. Thatcher y comienzan a implementarse las políticas neoliberales. En los años 90 se amplía la preocupación de investigadores y agencias por la inequidad. Se incorporan otros indicadores al análisis: esperanza de vida, libre de incapacidad, muertes evitables, morbilidades específicas, etc.

Los estudios incluyen diferentes variables pasando a ser relevante, como reflejo de cambios estructurales en las economías, la ocupación y el status; comienzan a medirse las desigualdades absolutas y relativas, de efecto e impacto y brutas y moderadas. (Kunst, 1997)

3. Acerca del contexto de la situación de salud en Argentina

Se presentan sintéticamente algunos datos generales que enmarcan la situación de salud del país. Las desigualdades que los ingresos generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas que se profundizan con el tiempo. El agravamiento de la crisis socio-económica convierte a la desocupación y los bajos ingresos en fenómenos de larga duración, que se extienden desde aspectos materiales a otras dimensiones sociales.

La pobreza en la población total del país aumentó del 33% al 51% desde octubre de 1998 hasta mayo de 2002. El aumento de la indigencia fue aún mayor: del 9% en 1998 al 22% en el mismo período. Puede visualizarse una alta correlación entre el ingreso medio per cápita y la prevalencia de pobreza en las distintas provincias.

La pobreza no se distribuye homogéneamente entre los distintos grupos de edades: más del 40% de la población por debajo de la línea de pobreza tiene menos de 15 años.

Es estrecha la relación entre estado de salud y la infraestructura de servicios. El nivel educativo también contribuye a mejorar la atención y el cuidado de la salud de la familia. En este campo el nivel educativo adquiere relevancia como condicionante de los comportamientos preventivos de la población. (OPS, 2004)

4. Acerca de los datos

En una etapa inicial del proyecto sobre Desigualdades en Salud financiado por UBACYT nos hemos propuesto analizar información secundaria de diferentes encuestas. Este artículo resume los primeros análisis sobre percepción de morbilidad y cuidado de la salud relacionándolos con dimensiones demográficas, sociales y económicas. Dado que nuestro interés se centra en la población

adulta, a los fines de este estudio se ha seleccionado a la población de 25 y más años residente en el Área Metropolitana de Buenos Aires, con datos provenientes de la 2da. Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida (ECV) del año 2001 encarada por el SIEMPRO (Ministerio de Desarrollo Social) e INDEC (Ministerio de Economía) con la colaboración del MECOVI.

Los cuadros bivariados que fundamentan el análisis, por razones de espacio, se adjuntan como Anexo II.

Descripción de la muestra

La base del Área Metropolitana (muestra expandida) está conformada por 7.173.029 personas de 25 a más años. (Anexo I)

Algo más de la mitad (55%) son mujeres. Un 13% tiene entre 25 a 29 años, y se observan porcentajes similares entre los 30 y 49 años (22% en cada categoría).

Los porcentajes disminuyen a medida que las categorías de edad aumentan. Entre los 50 a 59 años se encuentra el 17% de la población, entre los 60 a 69 años se ubica el 12% y un 14% posee 70 y más años. No se observan diferencias significativas entre la edad y el sexo hasta los 69 años. Es notoria en cambio la diferencia a partir de los 70 y más años: las mujeres representan el 16% frente al 11% de los hombres de esta edad.

Un 1,5 por ciento no posee instrucción. Poco más 4 de cada 10 personas ha completado estudios primarios (41,6%), un 18% indica no haber finalizado sus estudios secundarios y un porcentaje algo menor (15%) completó el nivel

secundario. Un 9% posee estudios terciarios / universitarios incompletos y un 14% completó dicho nivel.

La distribución según quintiles de ingreso, muestra que los dos primeros concentran el 25% de la población, el 3º un 14%, y los dos restantes un 34% mientras un 26% no declara su nivel de ingresos.

4.1. Consulta en las últimas 4 semanas

El 57% del total **no realizó ninguna** consulta en las últimas 4 semanas; de ellos, el 63% de los hombres y el 51% de las mujeres no lo hizo, lo que estaría indicando la mayor propensión a la no consulta de parte de los hombres.

Si se analiza la edad de los que no realizaron ninguna consulta en el período de referencia, se destaca el hecho de que a medida que aumenta la edad disminuye la no consulta, tanto entre los hombres como entre las mujeres, aún cuando se observa que entre los 25 y 39 años se registra la mayor cantidad de no consulta.

Se verifica que para ambos sexos la no realización de alguna consulta disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Es así como los que no consultan en mayor medida son los que tienen primaria completa y secundaria incompleta.

Entre los que no realizaron ninguna consulta en el período de referencia la mayor cantidad de personas tenía como cobertura de salud el hospital público (71%) y luego la obra social (52%).

Asimismo, la no consulta disminuye a medida que aumentan los niveles de ingreso, lo cual podría estar indicando que el mayor nivel de consulta de esas personas se vincularía con facilidades en el acceso a los servicios de salud por tipo de cobertura.

Respecto de la condición de actividad de las personas que no consultaron, se observa que en mayor medida (65,%) corresponde a los desocupados. (Cuadros Nº 1 y 2)

Si se considera el sexo y la edad de las personas que no realizaron ninguna consulta (análisis trivariado), se observa que entre los hombres el 63% corresponde a esta categoría mientras entre las mujeres disminuye al 52% y en ambos casos el porcentaje disminuye a medida que aumenta la edad. Sin embargo, los porcentajes de no consulta son significativamente mayores entre los hombres que entre las mujeres. A título de ejemplo entre los 25 y 29 años el porcentaje de no consulta de los varones es de 74% mientras para las mujeres del 58%.

En cuanto a la no consulta por nivel educativo se observa que disminuye tanto entre los varones como entre las mujeres a medida que aumenta su instrucción.

La mayor parte de las personas (76% varones y 65% mujeres) que no consultaron tenían como cobertura el sector público.

Nuevamente, los desocupados hombres y mujeres son los que en mayor medida no consultaron, si bien en el caso de los primeros el porcentaje es bastante mayor (77% para los hombres y 55% en las mujeres). Esta situación podría estar dando cuenta de alguna dificultad para el acceso a los servicios en razón de la falta de cobertura resultante de su condición de actividad.

Para ambos sexos, la no consulta se verifica con mayor fuerza entre las personas con menores niveles de ingresos. Si bien entre las mujeres los porcentajes de no consulta son siempre menores que para los hombres el rango de diferencias entre el primer y el último quintil se mantiene similar.

Para **los que realizaron alguna consulta con el médico** (36%), el análisis revela que entre los hombres lo hizo el 29 % mientras este porcentaje se eleva para las mujeres al 41,5%.

Esta consulta crece a medida que aumenta la edad: hasta los 49 años está en el orden del 30% y aumenta a partir de esa edad hasta llegar al 57% luego de los 70 años. Según nivel educativo, el grupo más amplio, corresponde a las personas con terciario / universitario completo (41,8%), descendiendo el nivel de consulta al disminuir el nivel educativo.

Los niveles de consulta al médico también aparecen asociados con el nivel de ingresos ya que a medida que aumentan el ingreso se incrementa el porcentaje de consultas hasta alcanzar al 46% en el quinto quintil.

La condición de actividad resultaría una variable importante para definir la consulta ya que en mayor medida consultan los inactivos (46,6%).

De este modo el mayor nivel de consultas se verifica entre las personas que tienen como cobertura de salud PAMI (51,5%) y obra social y/o prepago (50,4%).
(Cuadros N° 1 y 2)

En relación con **los que consultaron** a algún profesional en el período de referencia, la menor concurrencia de los hombres a la consulta se evidencia en que sólo el 29% de ellos efectuó alguna consulta mientras entre las mujeres este porcentaje se eleva al 41,5%.

En ambos sexos, la edad resulta explicativa de la mayor consulta ya que aumenta a medida que las personas envejecen, variando de 17 a 55% entre puntas en los hombres y de 36 a 51% en las mujeres. La menor variación entre extremos de las

mujeres podría explicarse porque en el primer grupo de edad considerado las mujeres se encuentran en pleno período reproductivo y concurren más al médico.

Los niveles de consulta parecen directamente proporcionales al nivel educativo entre los hombres pero entre las mujeres esta variable parece incidir menos.

Entre los varones que consultaron al médico predominan los que lo hicieron por cobertura de PAMI (54%), mientras las mujeres lo hacen en primer lugar a través de Obra Social y Mutual ó Prepaga (54%) y luego por Mutual y Prepaga (51%) y PAMI (50%). La condición de actividad parece estar determinando conductas diferenciales en relación con la consulta. Así, la consulta al médico entre los hombres se concentra en los inactivos (52%) mientras para las mujeres se reparte más igualitariamente aunque se mantiene el predominio de las inactivas (45%).

También entre las personas que consultaron al médico, la mayor concurrencia parece estar asociada con el nivel de ingresos ya que para ambos sexos aumenta a medida que crecen los quintiles con una amplitud similar aún cuando parten de niveles más altos entre las mujeres.

4.2. Última consulta realizada

En relación con la última consulta realizada, de las 3.096.661 personas que lo hicieron, el 39 % fueron hombres y 61% mujeres. Al analizar el tipo de profesional consultado, se observa que para ambos sexos, la consulta al médico representa alrededor de las $\frac{3}{4}$ parte de las consultas y refleja por ello, una distribución muy similar a la del total de consultas, cualquiera sea la edad. Las consultas a otro tipo de profesional parecieran estar más vinculadas con problemas específicos que aparecen o desaparecen con la edad. Ejemplos de ello, son el bajo nivel de

consultas al dentista y al psicólogo entre las personas de más de 60 años o el alto porcentaje de consultas kinesiológicas entre los hombres y mujeres de más de 70 años. Cabe destacar que en todos los casos se verifica que las mujeres recurren más a la consulta que los hombres cualquiera sea la edad.

En relación con el nivel de instrucción, la última consulta al médico se concentra fundamentalmente en el grupo con primario completo (81,3%) mientras disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Ello se debe a que las personas de mayor edad poseen menor nivel de instrucción.

Un comportamiento similar se observa en relación con la última consulta al médico según niveles de ingreso ya que los grupos que más consultan se ubican en el primer y segundo quintil (alrededor del 80%) y disminuye a medida que crecen los ingresos (64% en el quinto quintil). Son los inactivos los que mayoritariamente realizaron la última consulta al médico (82%), lo que podría explicarse por su mayor edad.

El PAMI es la cobertura con mayor participación seguida del hospital público, resultando un indicador de la mayor edad y de los bajos ingresos de las personas que más realizaron la última consulta (Cuadros N° 3 y 4).

Al considerar el sexo y la edad se observa que la consulta aumenta con la edad entre los hombres. En el caso de las mujeres se reparte entre los grupos de edad de modo equivalente pero tiene mucha importancia la última consulta en los grupos de menor edad, lo que podría deberse al período reproductivo de las mujeres.

Teniendo en cuenta el nivel educativo y el sexo se registra un alto nivel de consulta cualquiera sea su instrucción, aunque entre las mujeres las variaciones por nivel de educación son menores.

También en la última consulta la condición de inactividad resulta determinante ya que ese grupo es el que registra los mayores valores (88% los hombres y 80% mujeres).

De modo coincidente, para ambos sexos, PAMI es la cobertura de salud predominante entre los que realizaron la última consulta al médico. Esta es más frecuente entre los hombres y mujeres de menores ingresos y varía de modo inversamente proporcional al nivel de ingresos.

4.3. Motivo de última consulta

En relación con el motivo de la consulta, la causa que aparece con mayor peso es “tratamiento” que determinó el 41% de las consultas que registra valores similares entre ambos sexos aunque entre las mujeres se eleva levemente (42%).

Los grupos de edad de más de 60 años son los que tienen la mayor parte de las consultas por esta causa (en el orden del 50%). La consulta por tratamiento decrece según nivel educativo.

Su comportamiento se distribuye homogéneamente según nivel de ingresos, si bien en el tercer quintil se registra un porcentaje un poco más elevado. La condición de actividad pareciera estar asociada con una mayor consulta por tratamiento, ya que son los inactivos (48%) y los desocupados (44%) los que más consultan por esta causa.

PAMI y Obra social (54%) y prepaga (52%) resultan ser los sistemas de cobertura de salud en los que se registra el mayor porcentaje de consultas por tratamiento (Cuadros N° 5 y 6).

El análisis del motivo de la consulta considerando el sexo y la edad permite establecer que los varones de más de 70 años y las mujeres de más de 60 años son las que más consultan por tratamiento (50% y 55% respectivamente).

En cuanto al nivel educativo, la mayor demanda se ubica en los grupos de menor nivel educativo, que por las características de la muestra son las de mayor edad y en consecuencia, las que pueden tener problemas de salud que requieren tratamiento. Entre los hombres también resulta significativo el porcentaje de consultas por tratamiento de los que tienen terciario / universitario completo.

En ambos sexos la consulta por tratamiento se realiza en mayor medida a través de la cobertura de PAMI (53%).

La condición de inactividad pareciera favorecer la consulta por tratamiento porque este es el grupo, tanto en hombres (53%) como mujeres (47%) que concentra la mayor proporción de consultas.

El nivel de ingresos no parece determinar conductas diferenciales respecto de la consulta por tratamiento si bien entre los hombres se da un poco más en el cuarto quintil y entre las mujeres en el tercero.

La consulta porque “se sentía mal” (31%) se da en mayor medida entre los grupos de menores edades y disminuye a medida que aumenta la edad. Es probable que este fenómeno se vincule con el hecho que estos grupos por su edad, son los que menos problemas de salud tienen, en consecuencia, sólo concurren a la consulta ante una perturbación de su estado habitual.

En cuanto al nivel educativo, prácticamente no se registra diferencias por nivel, si bien en el grupo con terciario/ universitario incompleto se observa un porcentaje levemente mayor que en los otros niveles.

Respecto del nivel de ingresos se verifica que la mayor concurrencia por esta causa se encuentra en los sectores de menores ingresos, hecho que coincide con lo identificado por numerosos estudios que describen las características de las percepciones mórbidas de los sectores más pobres.

La condición de ocupado pareciera estar incentivando la consulta por malestar, ya que son éstos los que consultan en mayor medida (38%) y luego los desocupados (33%).

Las personas con cobertura del sector público son las que en mayor medida (40%) consultaron por sentirse mal; a ellos le siguen los de obra social (32%).

Estos datos resultan consistentes con el hecho de que son mayoritariamente pobres y ocupados los que consultan por este motivo.

La última consulta motivada en “control / no enfermo”, esto es, prevención, demuestra como este hábito sólo está incorporado por algunas franjas etáreas o sectores sociales. Así, se observa que este tipo de consulta entre los hombres crece con la edad mientras entre las mujeres se concentra entre los 30 y 39 años, seguramente asociada a la etapa reproductiva de las mujeres. Asimismo, se verifica que la prevención crece a medida que aumenta el nivel educativo y es más frecuente entre las personas con cobertura de mutual o prepaga y que se ubican en los dos últimos quintiles de ingreso.

4. 4. Percepción de malestar

A la población que no consultó a un profesional en las últimas 4 semanas se le preguntó si sintió algún tipo de malestar o problemas de salud. Un 20% manifestó haber percibido algún malestar.

¿Quiénes son los que más afirman haber sentido problemas de salud? Son fundamentalmente las mujeres (22%), los que tienen entre 50 a 59 años y los de 70 a más (23%), los que declaran tener PAMI (28%) y el sector público (24%) como cobertura de salud, los que han cursado estudios primarios completos (22%) y secundarios incompletos (23%), los que se ubican en el primer y cuarto quintil de ingresos (25%) y los inactivos (21%),

Por el contrario los que no han percibido problemas de salud son en mayor medida los varones (82%), los más jóvenes (25 a 29 años 86%), los que poseen obra social (86%) o prepaga (84%), los de mayor nivel de instrucción (secundario completo y más, 85%) y los que se ubican en el 5º quintil de ingresos (65%). No se observan diferencias según la condición de actividad (Cuadros N° 7 y 8).

Se detectan algunas diferencias por sexo en relación con la no consulta y la percepción de problemas de salud: en todas las categorías de edad las mujeres afirman haber sentido más malestar que los hombres. El nivel educativo, la cobertura de salud y los quintiles de ingreso no parecieran determinar diferencias según sexo.

De los que sintieron malestar y no realizaron ninguna consulta, algo más de una cuarta parte (27%) ha debido interrumpir sus actividades, mientras el resto manifiesta no haber abandonado sus tareas.

Los que más debieron interrumpir sus actividades cotidianas son las mujeres (32%), los que tienen entre 40 a 59 años (29%) y los que tienen 70 y más años (35%), los que poseen como cobertura PAMI y Obra Social / prepaga (34%), los que se ubican en el primer quintil de ingresos (40%) y los que son desocupados (36%) e inactivos (30%). No se detectan diferencias según nivel de educación.

¿Quiénes en cambio son los que no han interrumpido sus actividades habituales? Son preferentemente los hombres (80%), los más jóvenes (83%), los que no han completado estudios terciarios / universitarios (83%), los que están cubiertos por Obra social (78%) y Mutual ó Prepaga (84%), los que se ubican a partir del 3er quintil de ingresos (78 y 82%), y los que están ocupados (77%). Esto permitiría pensar que las posiciones ocupacionales que detenta este grupo constituyen un obstáculo para postergar sus actividades laborales para atender un problema de salud (Cuadros N° 9 y 10).

Aunque son las mujeres las que más interrumpen sus actividades habituales en comparación con los hombres, entre los varones se observa que los que tienen entre 25 a 29 años (22%) y los que tienen 70 y más (43%) interrumpen en mayor medida que las mujeres de esas edades.

Asimismo, se detectan diferencias según cobertura de salud en la interrupción ya que los hombres que más declaran haberlo hecho tienen PAMI (40%), mientras las mujeres acceden al sector público (37%). Por condición de actividad los hombres que más interrumpieron sus actividades eran desocupados (38%) e inactivos (31%), mientras las mujeres eran desocupadas (35%) y ocupadas (34%). No se detectan diferencias importantes por nivel educativo y quintil de ingresos.

4. 5. Motivo principal de no consulta

A los que sintieron malestar se les preguntó el motivo principal por el que no efectuaron consulta con un profesional. Porque no les pareció importante realizar una consulta es la razón mencionada en primer lugar (32%) . Luego se alude a la falta de dinero (25%), en tercer lugar se indican otras razones (21%), mientras se aduce la falta de tiempo (16%) y por último se consigna que se ha pedido turno pero aún no se ha producido la consulta (4%)

Los que no creyeron importante efectuar una consulta son primordialmente varones (35%), los jóvenes (25/29 años 43% y 30/39 años 35%), los que pertenecen al nivel terciario / universitario incompleto (52%), los que declaran tener como cobertura de salud una obra social (35%), una prepaga (50%) o ambas (33%), los de mayor nivel de ingresos y entre los ocupados (34%). Esta conducta resulta consistente con lo identificado al analizar la razón de la no interrupción de las actividades.

Las mujeres (29%), los que tienen entre 50 /59 años (34%), los de menos nivel de instrucción (primario completo -28%- y secundario incompleto 30%), los que se atienden en el sector público de salud (39%), los que se ubican en los quintiles de ingreso inferiores (primer quintil 55%) y los desocupados (49%) son los que aducen falta de dinero como motivo para no realizar una consulta profesional.

Los que aluden a la falta de tiempo son preferentemente varones (20%), jóvenes (24 a 29 años 25%), de mayor nivel educativo, los que poseen obra social (24%) y entre los ocupados (22%). No se observan diferencias sustanciales entre quintiles de ingresos (Cuadros N° 11 y 12).

4. 6. Internación

Del total de entrevistados un 10% manifestó haberse internado en los últimos 12 meses, Entre éstos un 8,3% lo hizo una vez y el resto dos veces. El 90% no precisó internarse en el último año.

¿Cuál es el perfil de los que se internaron? Son mujeres (9,8%), tanto jóvenes (25/29 y 30/ 39 años -9,1 y 9,8% respectivamente-) como de mayor edad (70 y más años, 13%), con estudios secundarios completos (9%), poseen cobertura de PAMI (12%) y obra social (9%), se ubican en el 1er y 3º quintil de ingresos (9,3%) y son preferentemente inactivos (12%) (Cuadros N° 13 y 14).

Aunque las mujeres se internan más que los hombres, el análisis por sexo y edad permite detectar que las mujeres se internan entre los 25 y 39 años en mayor medida que los hombres de esas edades. La maternidad aparece como causa primordial de internación. Los porcentajes de internación son similares para hombres y mujeres de 60 a 69 años pero se invierten entre los hombres de más edad: los de 70 y más años se internan en mayor proporción que las mujeres. Esta situación podría deberse a la mayor consulta que realizan las mujeres.

Tanto hombres y mujeres que fueron internados declararon tener como cobertura PAMI en primer lugar, pero los hombres poseen predominantemente esta cobertura (19,2%) luego obra social, mientras las mujeres poseen PAMI (12,5%) y luego se reparten en los diferentes tipos de cobertura de salud.

Los hombres que requirieron internación poseen un nivel de educación algo menor que las mujeres, aunque las diferencias no son muy significativas. Según

condición de actividad se observa que son fundamentalmente los inactivos los que más se internan en ambos sexos, lo que puede deberse a su mayor edad.

Los que no se internaron son en mayor medida los varones (92%), los que tienen entre 40 a 59 años (40/49: 94,5% y 50/59: 92%), los que declaran tener estudios terciarios / universitarios incompletos (92%) y los ocupados (93%). No se observan diferencias significativas según quintiles de ingreso y cobertura de salud (Cuadros N° 13 y 14).

4. 7. Motivo de la internación

El motivo de internación más mencionado por el 40% de los entrevistados es “operación”. En segundo lugar se alude a una enfermedad (26%), luego se menciona el parto (16%) y en 4º lugar se señala un accidente (8%)

Aquellos que señalan haberse internado por una operación son predominantemente varones, cuyas edades oscilan entre los 40 y los 69 años (40/49: 67%, 50/59: 47% y 60/69: 49%); los que poseen estudios secundarios completos (45%) y terciarios / universitarios completos (50%), los que tienen como cobertura obra social (47%), mutual o prepaga (56%) y obra social y prepaga (53%), los que se ubican en el 5º quintil de ingresos (58%) y los ocupados (45%).

Este perfil coincide con los que no interrumpieron sus actividades habituales ante la percepción de malestar (Cuadro 15 y 16).

La internación por enfermedad es indicada mayormente también por los varones (34%), por los que tienen entre 50 a 59 años y por los que tienen 70 y más años (39%), por los que alcanzaron menores niveles de educación (primario completo 33%), por los que están cubiertos por PAMI (43%), los que se ubican en los

primeros quintiles de ingresos (primer quintil 33% y segundo quintil 34%) Evidentemente el motivo de internación por parto es mencionado por mujeres, por las que se ubican en los tramos de edad de 25 a 29 años (54%), y 30 a 39 años (38,3%). Su nivel educativo oscila entre secundario incompleto (21%) hasta terciario / universitario incompleto (23%), poseen cobertura por obra social (18%) pero asimismo se atienden en el sector público (24%).

Los accidentes como motivo de internación son más enfatizados por los hombres (14%), por los más jóvenes (25 a 29 años: 13%) y por los de 70 y más años (12%), No se advierten diferencias significativas según educación, quintiles de ingresos y condición de actividad.

5. Para seguir reflexionando

El conjunto de los datos analizados indica que es posible identificar la existencia de desigualdades en la conducta frente a la percepción de un problema de salud.

En este marco: ¿cuáles son los determinantes que podrían explicar las diferencias y desigualdades existentes en la percepción de morbilidad?

En relación con las diferencias según sexo, se observa que:

- Es mayor el porcentaje de hombres que no realizó ninguna consulta que el de mujeres, lo que estaría indicando la mayor propensión a la consulta de parte de las mujeres.
- Entre los que realizaron alguna consulta, las mujeres lo hacen más que los hombres, conducta que además de su propensión puede ser explicada porque éstas se concentran en edades relacionadas con su período reproductivo. Si bien los niveles de consulta se relacionan estrechamente con el nivel educativo

entre los hombres, entre las mujeres se verifican mayores consultas independientemente de los estudios alcanzados. Este comportamiento también se verifica en la última consulta realizada.

- Sin embargo, respecto de problemas que requieren tratamiento se observan actitudes similares en ambos sexos. Ello permite sostener que las conductas difieren fundamentalmente en la percepción y en la prevención pero se asemejan frente al problema de salud detectado.
- Aún entre los que no consultan, son también las mujeres las que perciben algún tipo de malestar o problema de salud y las que más interrumpen sus actividades por esa razón.
- Entre las razones de “no consulta” los hombres aducen, en mayor medida que las mujeres, el no haber considerado importante el malestar o la falta de tiempo. Ellas, invocan fundamentalmente, falta de dinero.
- El mayor porcentaje de internación de las mujeres en el período de referencia se explica por maternidad, en cambio en los hombres se debe a operaciones, enfermedad o accidente.

Teniendo en cuenta la edad, se constata que:

- A medida que aumenta la edad, disminuye la no consulta tanto entre hombres como entre mujeres.
- En todos los casos se verifica que las mujeres recurren más a la consulta, cualquiera sea su edad.
- Para la última consulta realizada, se registra un aumento a medida que crece la edad de los hombres mientras entre las mujeres esa consulta es mayor en

los grupos de menor edad, en virtud de sus necesidades relacionadas con el período reproductivo.

- Las consultas por tratamiento crecen con la edad, independientemente del sexo, mientras las consultas por sentirse mal son más frecuentes entre los jóvenes.
- La consulta debida a control / no enfermo demuestra como este hábito sólo está incorporado por algunas franjas etáreas ya que predomina entre las mujeres jóvenes y entre los hombres mayores.
- En cuanto a la percepción de malestar, se constata que crece con la edad.
- La no interrupción de actividades por causa de malestar es más pronunciada entre los grupos etáreas más jóvenes dado que tienen más restricciones debido a sus actividades laborales.
- Son también los más jóvenes los que predominantemente no dieron importancia la realización de la consulta.

Así, los datos permiten sostener, coincidiendo con la perspectiva planteada por Borrell, C., y Benach, J. (2003) y por Barboza da Silva y col. (2002), que estructuralmente la desigualdad refiere las diferencias existentes en el acceso a los recursos en su relación con las condiciones de vida de las personas. Del análisis realizado surge claramente que, además del sexo y la edad, las combinaciones del nivel educativo, la cobertura de salud, la condición de actividad y el nivel de ingresos explican las diferentes respuestas frente a un problema de salud, lo que refuerza el carácter multidimensional de las . desigualdades.

La edad y el sexo además de marcar diferencias biológicas más o menos importantes en la determinación de los problemas de salud constituyen mediadores sociales, culturales, políticos y económicos en las experiencias diferenciadas entre individuos pertenecientes a un mismo contexto social.

Aún quedan muchos temas por estudiar y seguir avanzando sobre desigualdades. A partir de estas primeras aproximaciones sobre desigualdades en el nivel de los determinantes socioeconómicos y demográficos, nos proponemos profundizar otros niveles relacionados con la autoevaluación de la salud, las estrategias familiares y de apoyo social para el cuidado de la salud, los comportamientos frente al cuidado y las necesidades de salud, teniendo en cuenta el impacto combinado de las consecuencias de la crisis socioeconómica y el deterioro en las condiciones de vida a partir de otras fuentes secundarias disponibles y de relevamientos propios previstos a corto plazo.

Bibliografía

Alleyne G.A. (2000) «Prólogo», en: Hilary Standing, *El género y la reforma del sector salud*, Harvard Center for Population and Development, Harvard,.

Barata, R. Almeida, M., Valencia Montero C y Pereira Da Silva, Z (2002): *Desigualdades en saúde segundo genero e etnia em maiores de 14 anos de idade, Brasil*. En I Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de genero em saúde de idosos no Brasil. Ouro Preto, .

Barbosa da Silva J. Y Berti Azevedo Barros, M. (2002): Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.12 Nº 6. Washington*

Borrell, C., y Benach, J. (2003) Conceptes, antecedents i causes de les desigualtats socials en la salut En: *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Coord.. Borrell, C., y Benach, J. Ed. Mediterrània, Barcelona.

Gwatkin, D.R. (2000) *Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?* Boletín de la OMS. Recopilación de artículos Nº3,

International Society for Equity in Health (ISEQH) (2004): <http://www.iseqh.org-10/9/04>)

Kunst, A. E.(1997): *Cross national comparisons of socioeconomic differences in mortality*. Thesis. Rotterdam, Netherlands: Erasmus University

OPS (1999) *Boletín Epidemiológico*, Vol 20 Nº 1, Washington

OPS (2004) *Situación de Salud*. Representación Argentina OPS, Buenos Aires

Sen, A (2002): ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*. Año 81, Vol. 11, Nº 5/ 6. Washington.

Scott J. W (1988): *Gender and the politics of history*, Columbia University Press, N. Y,

Rohlf, I (2003): *Género y salud: diferencias y desigualdades*. Presentación Congreso Mujeres y Hombres: salud, ciencia y tecnología. Barcelona.

Whithead, M. (1991) *The concepts and principles of equity and health*. WHO Copenhagen

Anexo I

Descripción de la muestra. Tablas resumen según variables seleccionadas.

EDAD

TOTAL	7173029 100,0
25/29	912328 12,7
30/39	1604645 22,4
40/49	1568674 21,9
50/59	1220688 17,0
60/69	886187 12,4
70 y +	980507 13,7

SEXO

TOTAL	7173029 100,0
-------	------------------

Varón	3262059 45,5
Mujer	3910970 54,5

QUINTILES DE INGRESO

TOTAL	7173029 100,0
Primer	874013 12,2
Segundo	948942 13,2
Tercer	1030504 14,4
Cuarto	1185676 16,5
Quinto	1280583 17,9
Sin datos	1853311 25,8

NIVEL DE INSTRUCCION

TOTAL	7173029
	100,0
Sin instrucción	106706
	1,5
Primario completo	2982846
	41,6
Secundario incompl.	1314024
	18,3
Secundario completo	1047296
	14,6
Ter/Uni incompleto	660706
	9,2
Ter/Uni completo	979313
	13,7
Ns/Nc	82138
	1,1

CONDICION DE ACTIVIDAD

TOTAL	7173029
	100,0
Ocupado	4025951

	56,1
Desocupado	726832 10,1
Inactivo	2420246 33,7

COBERTURA DE SALUD

TOTAL	7173029 100,0
Obra Social	2625599 36,6
PAMI	770924 10,7
Mutual/prepaga	1044671 14,6
O.Soc. y mut/prepaga	73424 1,0
Sector público	2617419 36,5
Ns/Nr	40992 ,6

FUENTE: SIEMPRO, Encuesta de Condiciones de Vida 2001

Base (expandida): AMBA 25 y más años

•

¹ Esta ponencia se enmarca en el Proyecto Ubacyt S064 2004/2007: “Desigualdades en salud: de las evidencias a los hechos”. Directora: Prof. Elsa López.