

Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres?

Health Inequalities: Are Morbidity Perceptions Between Men and Women Different?

Elsa López¹, Liliana Findling², Mónica Abramzón³.

¹Profesora e investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. elmlopez@ciudad.com.ar

²Profesora e investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. findling@mail.retina.ar

³Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. monabra@ciudad.com.ar

RESUMEN El objetivo de este trabajo, que forma parte de una investigación financiada por la Universidad de Buenos Aires (UBACyT), es conocer las desigualdades en la percepción de la morbilidad y el cuidado de la salud de la población del Área Metropolitana de Buenos Aires y relacionarlas con dimensiones demográficas, socioculturales y económicas, teniendo como universo de estudio la población adulta de 25 años o más. Se utilizaron datos secundarios de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud (2003). Se analizaron aspectos referidos al tiempo transcurrido desde la última consulta, motivo de consulta, padecimiento de enfermedades crónicas y autopercepción del estado de salud, realizándose un análisis trivariado por sexo considerando la edad, el nivel educativo, la cobertura de salud y el nivel de ingreso del hogar. Los resultados obtenidos permiten sostener que estructuralmente la desigualdad refiere las diferencias existentes en el acceso a los recursos en relación con las condiciones de vida de las personas. Asimismo, la edad y el sexo, además de marcar diferencias biológicas 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.

PALABRAS CLAVE Salud Pública; Población; Atención de Salud.

ABSTRACT The aim of this article, part from a study financed by the University of Buenos Aires (UBACyT), is to know the inequalities in the perception of morbidity and health care in the population from Metropolitan Area of Buenos Aires and to relate them to demographic, social, cultural and economic dimensions in the adult population (25 years old and more) by using secondary data of the Survey of Use and Cost in Services of Health of the Ministry of Health (2003). The most important questions analyzed concerns to the passed time of the last consultation, the reasons for consultation, the suffering of chronic diseases and the self-perception of health state. A trivariad analysis by sex considering age, educational level, health insurance and family income was used. The results show that structurally the inequality refers the existing differences in the access to the resources in relation to the people life conditions. Age and sex, besides mark biological differences in the determination of health problems constitute social, cultural, political and economic mediators in the differentiated experiences between individuals from a same social context.

KEY WORDS Public Health; Population; Health Care.

1. INTRODUCCIÓN

El impacto de la crisis socioeconómica convierte a la desocupación y los bajos ingresos en fenómenos de larga duración, que se extienden desde aspectos materiales a otras dimensiones sociales. Las desigualdades que los ingresos generan en las condiciones de vida y, en especial, en la salud, dan lugar a diferencias injustas que se profundizan en el tiempo.

En la reducción de la morbimortalidad influyen los adelantos de la medicina y las políticas estatales que buscan reducir las enfermedades y sus consecuencias. Muchos de los estudios sobre desigualdades en salud 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 (1, 2, 3, 4, 5, 6). También a medida que avanza la edad se ponen de manifiesto con mayor frecuencia ciertas dolencias mientras que otras pasan a segundo plano, como indican los numerosos estudios sobre la demanda de salud ginecológica y mamaria en las mujeres de mayor edad (7, 8).

La situación sociocultural y económica (inserción ocupacional, nivel educativo, cobertura de salud, nivel de ingreso, distancias sociales y culturales con los profesionales de la salud, dificultades para el acceso a los centros de atención y redes familiares y sociales) (9 y 10) juegan roles destacables en la explicación de las desigualdades en salud al determinar percepciones diferenciales de síntomas, enfermedades y conductas frente al cuidado.

La percepción del bienestar o malestar del cuerpo ha sido objeto de numerosos estudios (3,11). Zborowski (9) investigó las diferentes actitudes frente al dolor en pacientes de origen italiano, judío, irlandés y norteamericano que se atendían en un hospital de Nueva York en el Bronx. Las culturas italiana y judía fueron más propensas que la irlandesa o la norteamericana a permitir la expresión de sentimientos y emociones a través de palabras, sonidos y gestos, observándose que manifestaban su sufrimiento quejándose, gimiendo y llorando. Existen, además, otros factores a tener en cuenta: el contexto familiar, la pertenencia de clase, y la adhesión y la práctica de la religión.

El conocimiento de las desigualdades en salud permite avanzar en la identificación de

los condicionantes y determinantes del estado de salud de una población. El análisis de los datos por sexo añade riqueza al conocimiento de los componentes biológicos y sociales de la salud y la enfermedad permitiendo interpretaciones de género para, a partir de allí, diseñar programas y políticas sanitarias más eficientes e inclusivas y reducir las inequidades en la salud de mujeres y varones.

2. EQUIDAD, IGUALDAD Y GÉNERO

En las últimas décadas del siglo XX, especialmente luego de la publicación del Informe Black en Gran Bretaña, se renueva el interés por el estudio de las desigualdades en salud, agregándose nuevos indicadores a los ya tradicionales en el estudio de la situación de salud, como la esperanza de vida libre de incapacidad, las muertes evitables y las morbilidades específicas.

Desde 1990 en adelante las investigaciones tomaron en consideración variables que reflejan los cambios estructurales en las economías y en la relación entre varones y mujeres, lo que posibilitó el cálculo y el análisis de las desigualdades absolutas y relativas, de efecto e impacto y brutas y moderadas así como la incorporación de la dimensión del género en la explicación de los procesos de salud y enfermedad (12). En esta perspectiva se sitúan los trabajos de Borrell y Benach (1), Barata y col. (6), Macintyre, Hunt y Sweeting (13), Barbosa da Silva y Berti Azevedo (14) y Gwatkin (15). En los mismos se describe 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.

Cada uno de estos abordajes requiere algunas definiciones sobre el concepto de desigualdades. ¿Son sinónimos los términos equidad e igualdad? ¿Cuál es la definición más adecuada para abordar el estudio de las desigualdades en salud?

Whitehead (16) considera 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.

Según la International Society of Equity in Health (17), el concepto de desigualdad en salud alude a las diferencias sistemáticas potencialmente remediadas en uno o más aspectos de la salud en grupos de población definidos social, económica o territorialmente. La equidad en salud supone la ausencia de esas diferencias.

La Organización Panamericana de la Salud (18) postula que el concepto de inequidad se ha considerado usualmente como sinónimo de desigualdad y que es preciso distinguirlos. Mientras que 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 es un concepto normativo (14). Barbosa Da Silva y Berti Azevedo Barros distinguen entre desigualdades naturales y sociales: las primeras son consecuencia de las diferencias entre individuos (sexo, raza y edad), mientras que las sociales se originan en las distintas posiciones que pueden ocupar los individuos en la estructura social, en la organización social del proceso de producción y en las relaciones intergeneracionales, lo cual determina un acceso diferente a los 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 injusticia 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 una línea similar de interpretación, Borrell y Benach (1) consideran que el concepto de desigualdad toma en cuenta las diferencias

que tienen las personas en el acceso a los recursos, tanto en calidad como en cantidad. El estudio de estos factores es importante porque el acceso a los recursos se relaciona con las condiciones de vida de las personas.

Otros autores como Sen (19) plantean 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 excede la distribución de la atención sanitaria y, en consecuencia, no se debe analizar sólo en términos de ella.

Las dificultades para traducir y operacionalizar los conceptos de los diversos abordajes teóricos (funcionalismo, estructuralismo, marxismo) en estudios empíricos sobre el proceso salud-enfermedad han llevado a los investigadores a utilizar aproximaciones para acercarse a la causalidad de las desigualdades. Esas aproximaciones (étnicas, religiosas, territoriales y de condiciones de vida) tienen un amplio poder explicativo porque su abordaje tiende a integrar una compleja red de fenómenos socioeconómicos y culturales colectivos.

Según Alleyne (20) "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".

Es interesante destacar el análisis de Rohlfs (21) sobre género y salud, en el que señala que el género no es una variable sino que éste se construye y expresa a través de relaciones sociales, roles y expectativas ligadas a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia.

La equidad de género y las desigualdades socioeconómicas en salud provienen de distintos paradigmas y disciplinas, cada una con sus particulares fundamentos y fuentes de información. Los conceptos de equidad de género se comenzaron a plantear dentro de los campos de la ciencia política, el derecho, el feminismo y las humanidades, en tanto que los relativos a las

desigualdades socioeconómicas están más anclados en la sociología, la economía, la epidemiología y la salud pública. Moss (22) recomienda unificar estas perspectivas para lograr una mejor comprensión de los efectos de los patrones sociales y económicos sobre la salud de hombres y mujeres.

La falta de apoyo social constituye una fuente adicional de desigualdades en salud, ya que numerosos estudios demuestran la fuerte relación entre insuficientes niveles de apoyo social y el estado de salud físico y mental deficiente según el planteo de Rohlfs *et al.* (23). La dimensión del apoyo social, que permitiría precisar la perspectiva de género y que en Europa está siendo recientemente incorporada en los estudios y encuestas sobre desigualdades en salud entre hombres y mujeres, lamentablemente no ha sido aún contemplada en los diseños de las investigaciones en Argentina.

El concepto de capital social, definido como aquellos recursos propios de la relación entre personas u organizaciones con los cuales establecen sus interacciones cotidianas, constituye un puente entre género, desigualdad y salud (24, 25, 26, 27). A través de esas relaciones interpersonales o intergrupales el nivel macrosocial actúa sobre el plano individual y en esa interacción los individuos ven aumentar o disminuir su bienestar.

3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este artículo forma parte de una investigación más amplia financiada por la Universidad de Buenos Aires (UBACyT) (a) cuyo objetivo es conocer las desigualdades en la percepción de la morbilidad y el cuidado de la salud de la población masculina y femenina del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y relacionarlas con dimensiones demográficas, socioculturales y económicas.

Esta presentación se propone analizar la percepción de diversos aspectos ligados al cuidado de la salud en hombres y mujeres de 25 años o más. La elección de este universo de estudio se basó en la mayor propensión a enfermar a medida que aumenta la edad de las personas y a la menor cantidad de investigaciones sobre ese grupo de población. Se trabajó con datos secundarios de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de

Salud de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (2003).

Se analizaron las preguntas referidas al tiempo transcurrido desde la última consulta, el motivo de esa consulta, el padecimiento de enfermedades crónicas y la autopercepción del estado de salud. Se realizó un análisis trivariado por sexo teniendo en cuenta la edad, el nivel de educación, la cobertura de salud y el nivel de ingreso del hogar. Debido al contenido de los temas con los que se trabajó vale la pena aclarar que la posibilidad de encarar el análisis desde una perspectiva de género ha sido limitada y sólo ha permitido formular algunas conjeturas acerca de la explicación de algunas situaciones detectadas. Como se sabe, las ventajas de utilizar la información de fuentes secundarias radican en la disponibilidad de datos confiables a una escala territorial conveniente para establecer las magnitudes del fenómeno a estudiar; las limitaciones son las que emergen de la falta de una estricta coincidencia entre los intereses de los productores (los organismos estatales) y los de los usuarios (los investigadores académicos).

4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La población de 25 años o más del AMBA presenta un ligero predominio femenino (53% del total), visible también en las edades más avanzadas (Cuadro 1). El nivel educacional revela porcentajes superiores de mujeres en los estadios más bajos y en el más elevado.

La condición de actividad indica que casi dos tercios de la población es activa y que los hombres tienen mayor participación en la actividad económica que las mujeres, quienes refieren dedicarse principalmente a tareas del hogar/estudio y cuando están ocupadas perciben menores ingresos que los varones.

Las dos terceras partes de los encuestados cuenta con cobertura de salud. En coincidencia con los resultados de otros trabajos (28) se observa una menor afiliación de los varones (42% frente al 58% de las mujeres) y de los más jóvenes, que se incrementa a medida que lo hacen los ingresos del hogar. Dos tercios de los

Cuadro 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE EDAD, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, INGRESOS DEL HOGAR Y COBERTURA DE SALUD SEGÚN SEXO, EN POBLACIÓN DE 25 AÑOS O MÁS. ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, 2003.

	VARÓN	MUJER	TOTAL
EDAD			
25 - 29	13,8	12,4	13,0
30 - 39	21,6	22,5	22,1
40 - 49	22,2	23,2	22,7
50 - 59	17,7	17,6	17,7
60 - 69	12,8	11,1	11,9
70 y más	11,9	13,1	12,5
NIVEL EDUCATIVO			
Sin instrucción	0,9	-	0,4
Prim. Incompl./Compl.	30,8	37,5	34,4
Sec. Incompl.	19,8	11,6	15,4
Sec. Compl.	20,9	21,2	21,0
Terc. - Univ. Incompl.	11,4	9,5	10,4
Terc. - Univ. Compl.	16,1	20,2	18,3
INGRESO DEL HOGAR			
Sin ingreso	2,2	1,4	1,8
\$250 o menos	8,2	13,2	10,9
\$251 a \$500	19,3	22,7	21,1
\$501 a \$1.000	33,5	29,0	31,1
\$1.001 y más	30,8	25,1	27,7
Sin datos	6,1	8,6	7,4
COBERTURA DE SALUD			
Obra social	33,0	40,8	37,2
Mutual - prepago	23,5	24,8	24,2
Emergencia	0,9	0,8	0,9
Otra	0,7	1,4	1,1
Sin cobertura	42,0	32,2	36,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003.

Nota: Base expandida de 6.528.709 encuestas (3.012.442 mujeres y 3.516.267 varones).

que cuentan con cobertura de salud tienen obra social, más de un tercio mutual o prepaga, un 5% está afiliado a un plan de emergencias médicas y el resto a otro tipo de cobertura. El 10% de los encuestados dispone de más de una cobertura.

La educación influye favorablemente en la cobertura de salud, que alcanza al 86% en la población con estudios terciarios o universitarios completos. En la escala más baja de la educación se destaca la alta proporción de personas con cobertura, que podría explicarse por tratarse de población de mayor edad incluida en el Plan de Atención Médica Integral (PAMI).

5. UNA MIRADA A LOS DATOS DE LA ENCUESTA DE UTILIZACIÓN Y GASTO EN SERVICIOS DE SALUD

5.1. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA CON EL MÉDICO

Algo más de un tercio de la población (38%) efectuó una consulta hace menos de un mes, 2 de cada 10 (19%) lo hicieron en el período que va desde más de un mes a los 6 meses; un 15% consultó entre los 6 meses y un año y

una cuarta parte (25%) hace más de un año. El porcentaje de los que nunca consultaron (0,6%) o no recuerdan el período de consulta (1,3%) es desdeñable. El promedio de consultas al médico en los últimos 30 días no llega a 1 (0.77), elevándose a 0.90 en las mujeres y bajando a 0.64 en los varones.

El perfil predominante de los varones que realizaron la última consulta hace menos de

un mes (30%) indica que tienen 60 años o más (alrededor del 56%), se benefician de alguna cobertura de salud y se ubican en las categorías extremas de la distribución del ingreso. La educación no pareciera afectar la consulta del último mes (Cuadro 2).

El perfil de las mujeres que concurren hace menos de un mes a la consulta es diferente al de los hombres, ya que casi la mitad de las

Cuadro 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA AL MÉDICO SEGÚN EDAD, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, INGRESOS DEL HOGAR, COBERTURA DE SALUD Y SEXO EN POBLACIÓN DE 25 AÑOS O MÁS. ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, 2003.

CONSULTA	MENOS DE 1 MES		DE 1 A 6 MESES		DE 6 A 12 MESES		MÁS DE 12 MESES		NUNCA CONSULTÓ/ NO RECUERDA		TOTAL % (n)	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
EDAD												
25 - 29	26,5	18,3	19,8	18,3	13,7	21,2	39,9	42,1	-	-	100 (437.165)	100 (414.553)
30 - 39	43,2	17,8	23,1	13,1	15,5	19,0	17,0	45,8	1,2	4,3	100 (790.451)	100 (651.875)
40 - 49	46,0	27,9	17,3	14,4	11,9	17,6	21,2	37,1	3,6	3,0	100 (817.143)	100 (667.780)
50 - 59	47,1	18,7	20,4	23,7	10,5	21,7	20,2	32,2	1,7	3,7	100 (619.790)	100 (534.459)
60 - 69	50,7	54,8	27,2	24,8	10,2	7,6	11,9	12,8	-	-	100 (391.941)	100 (386.547)
70 y más	61,7	57,1	19,4	13,4	10,4	16,0	8,4	10,8	-	2,6	100 (459.777)	100 (357.228)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN												
Sin instrucción	-	33,3	-	-	-	33,3	-	33,3	-	-	-	100 (28.006)
Prim. Incompl./Compl.	47,3	27,7	19,6	14,1	11,7	14,5	19,9	42,6	1,4	1,1	100 (1.318.478)	100 (929.303)
Sec. Incompl.	32,9	25,7	13,7	20,8	13,7	14,3	37,5	36,2	2,3	3,2	100 (409.297)	100 (597.315)
Sec Compl.	41,8	40,4	25,8	16,7	15,6	15,0	14,0	23,3	2,8	4,7	100 (743.775)	100 (630.439)
Terc. - Univ. Incompl.	45,8	20,5	27,1	10,9	11,9	28,7	15,1	34,5	-	5,4	100 (334.478)	100 (343.813)
Terc. - Univ. Compl.	54,2	30,9	19,1	27,0	9,4	22,6	17,3	19,5	-	-	100 (710.238)	100 (483.566)
INGRESOS DEL HOGAR												
Sin ingreso	77,8	42,0	22,2	14,0	-	-	-	44,0	-	-	100 (47.990)	100 (66.660)
\$250 o menos	51,1	27,4	16,4	15,1	12,4	23,1	18,1	30,6	2,0	3,8	100 (463.995)	100 (247.971)
\$251 a 500	40,9	21,4	23,9	8,0	8,2	18,4	25,9	50,6	1,2	1,6	100 (798.610)	100 (579.959)
\$501 a 1000	43,6	30,8	17,4	16,0	19,2	15,3	18,9	33,1	0,9	4,7	100 (1.021.066)	100 (1.007.789)
\$1001 y más	48,3	36,2	21,2	20,1	8,8	17,7	19,3	24,9	2,4	1,1	100 (882.076)	100 (927.438)
Sin datos	44,5	15,3	30,4	47,4	12,3	27,0	12,8	10,2	-	-	100 (302.531)	100 (182.625)
COBERTURA												
Obra Social	47,0	38,4	24,4	24,4	13,9	14,8	14,7	20,5	-	1,8	100 (1.434.305)	100 (992.922)
Mutual - Prepago	60,2	40,5	16,7	19,2	10,2	20,3	11,6	20,0	1,2	-	100 (871.427)	100 (707.611)
Emergencia	-	33,3	33,3	33,3	33,3	-	33,3	-	-	33,3	100 (798.610)	100 (28.006)
Otra	40,5	53,3	21,6	-	-	-	18,9	46,7	18,9	-	100 (1.021.066)	100 (19.984)
Sin cobertura	34,2	16,4	19,2	11,1	12,0	19,1	32,0	49,6	2,6	3,9	100 (882.076)	100 (1.263.919)

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003.

Nota: Base expandida de 6.528.709 encuestas (3.012.442 mujeres y 3.516.267 varones).

entrevistadas (46%) asistió en el período citado, valor que excede en 16 puntos porcentuales al de los varones. Aunque las mujeres con edades superiores a los 60 años son las que más han consultado, aspecto en el que coinciden con los hombres, las mujeres los aventajan en la consulta en todas las edades, probablemente debido a causas ligadas a la vida reproductiva. No se observan diferencias en las restantes características sociodemográficas entre varones y mujeres. En cuanto a los hombres que consultaron en el período que va de más de un mes a los 6 meses, las mayores frecuencias se concentran en los de 50 a 69 años (24%), en los que tienen obra social (24%) y en aquellos que alcanzaron estudios universitarios completos (25%).

La última consulta realizada entre el mes y los 6 meses por las mujeres alcanza al 21%, más visible en las de 60 a 69 años (27%) y menos en las de 30 a 39 años (23%). La cobertura de obra social (24%) y un mayor nivel de instrucción (estudios secundarios completos y universitarios incompletos, 25% y 27%) parecieran incidir en esta conducta.

Los hombres que consultaron por última vez en el período que va desde los 6 meses hasta el año alcanzan al 18%. Son los más jóvenes (25 a 29 años), los de 50 a 59 años (21% en ambas categorías) y los que cursaron estudios universitarios incompletos (23%).

Casi un tercio de los varones (32%) consultó al médico por última vez hace más de un año. Son los más jóvenes y los de mediana edad

(hasta 49 años), los que no cuentan con cobertura de obra social o prepago (50%), los que no perciben ingreso o los que declaran ingresos bajos (de \$250 a \$500) y los de menor nivel de instrucción.

A medida que aumenta el tiempo transcurrido desde la última consulta disminuye el porcentaje de mujeres: sólo un 12% consultó en el período de 6 meses a un año y 2 de cada 10 lo hizo hace más de un año. Estas últimas son principalmente las más jóvenes (25 a 29 años, 40%), las que sólo tienen cobertura del sector público y las que perciben bajos ingresos (\$250 a \$500: 26%). Este perfil es similar al observado en los hombres.

En síntesis, si bien la edad y el sexo parecen ser los factores más relevantes en la explicación del tiempo transcurrido desde la última consulta médica, es probable que la falta de cobertura de salud y el percibir menores ingresos condicionen el acceso a los servicios de salud.

5.2. MOTIVO DE CONSULTA

Entre los encuestados que consultaron al médico en los últimos 30 días el motivo mencionado en primer lugar es *el control de enfermedad* (alrededor de dos tercios). Algo más de un tercio asistió por *prevención* (control general no enfermo) y una proporción similar lo hizo por *síntomas de alguna enfermedad*. Otros motivos con menores menciones se relacionan con la *realización de estudios/análisis* (16%), *control de embarazo/posparto* (7%) y *accidentes* (6%).

Cuadro 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA AL MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SEGÚN SEXO, EN POBLACIÓN DE 25 AÑOS O MÁS. ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, 2003.

MOTIVO DE CONSULTA	VARONES	MUJERES
Control de enfermedad	76,2	60,1
Control general no enfermo	44,0	45,3
Síntomas o enfermedad	26,7	30,4
Estudios/análisis	16,4	15,7
Control embarazo posparto	-	10,7
Accidentes	10,6	5,4
Otros	5,2	3,1

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003.

Nota: Respuestas múltiples correspondientes a 894.315 mujeres y 1.607.457 varones.

Ser mujer o ser varón genera diferencias en la prioridad asignada a los distintos motivos de consulta (Cuadro 3). El control de enfermedad es el mencionado en primer lugar por hombres y mujeres, más pronunciado en los varones (75% frente al 60% de las mujeres). Si bien en ambos sexos esta causa crece a medida que aumenta la edad, en los hombres se incrementa a partir de los 50 años y en las mujeres luego de los 60 años. Tanto en unos como en otras este motivo adquiere mayor valor en los que tienen cobertura de salud, perciben menores ingresos (\$250 o menos) y alcanzaron menores niveles educativos que, como es de esperar, está muy ligado a la edad más avanzada de las personas.

La consulta por síntomas o enfermedad es indicada como segunda causa por los varones, mientras entre las mujeres este motivo ocupa el tercer lugar (44% y 30% respectivamente). Los varones más jóvenes (25 a 29 años) y los de mediana edad (40 a 49 años), los que se asisten en el hospital público, perciben ingresos bajos (\$250 o menos) y alcanzaron estudios secundarios completos y universitarios incompletos son los que preferentemente acuden por esta causa.

Las mujeres que señalaron más frecuentemente haber consultado por síntomas son las más jóvenes (25 a 29 años, aunque con un porcentaje sensiblemente menor al de los varones), las que tienen cobertura por hospital público, las que perciben ingresos algo superiores que los varones (de \$250 a \$500 y de \$1.000 o más) y las que alcanzaron estudios secundarios incompletos.

La mayor concurrencia de los jóvenes y especialmente de los varones jóvenes a la consulta por síntomas o enfermedad es una conducta ya observada en otros estudios (28). Estos jóvenes son económicamente activos y están ocupados aunque no se benefician de cobertura de salud por el carácter informal de su inserción laboral. Son los que demandan atención de la salud cuando perciben un malestar específico y sólo concurren a los servicios de salud cuando deben interrumpir su actividad de trabajo por la presencia de síntomas físicos (29,30).

La prevención (control general no enfermo) es mencionada en segundo lugar por las mujeres y en tercer lugar por los varones (45% frente al 27% de los varones). El perfil de las mujeres que consultan por esta causa indica que

su edad está entre los 40 y los 49 años, tienen mutual o prepaga, no perciben ingresos (amas de casa) o declaran ingresos familiares más altos que el promedio (más de \$1.000) y muestran un nivel educativo mayor (estudios secundarios completos, universitarios incompletos y completos).

Los hombres que más consultan por prevención son jóvenes, de 25 a 29 años, o mayores, de 60 a 69 años, tienen cobertura por obra social y prepaga, mayor nivel de ingreso familiar y estudios secundarios incompletos y completos.

Aunque las mujeres declaren más frecuentemente consultar por controles es de destacar que en ambos sexos esta causa esté muy vinculada a los niveles superiores de educación y a los mayores ingresos del hogar.

Puede advertirse que los accidentes son mencionados con mayor frecuencia por los varones, especialmente por los más jóvenes.

En conclusión, el control de enfermedades aparece como el motivo más importante que aducen tanto hombres como mujeres para las consultas más recientes. Los controles preventivos ocupan el segundo lugar en las mujeres y el tercero en los hombres, mientras que los síntomas de alguna enfermedad son mencionados en segundo lugar por los varones y en tercero por las mujeres. Es probable que los controles ginecológicos y mamarios estén más incorporados a la prevención en las mujeres, lo cual podría explicar las prioridades encontradas en esta Encuesta.

5.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE TRATAMIENTO PROLONGADO

Algo más de la mitad de la población encuestada señala no haber tenido una enfermedad que requiera tratamiento prolongado (57%). Los hombres padecen enfermedades crónicas en menor medida que las mujeres. Como era de esperar, la ausencia de enfermedades prolongadas es, para ambos sexos, más pronunciada en los más jóvenes y los de edad intermedia (de 25 a 49 años), los que tienen cobertura sólo del hospital público y los que alcanzaron niveles educativos medios (secundario incompleto o completo). Las mujeres con educación superior (terciario o universitario incompleto y completo) también dijeron carecer de este tipo de dolencias. No se

Cuadro 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DE TRATAMIENTO PROLONGADO SEGÚN SEXO, EN POBLACIÓN DE 25 AÑOS O MÁS. ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, 2003.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD	TOTAL	MUJER	VARÓN
Ninguna	57,1	53,3	61,5
Alta presión	15,7	18,4	12,6
Otras enfermedades	15,0	16,7	13,1
Artritis/reumatismo	8,6	11,2	5,5
Gastritis/úlceras	6,3	6,0	6,7
Enfermedades del corazón	6,3	5,5	7,4
Hígado/vesícula	5,6	5,8	5,4
Diabetes	3,8	4,3	3,1
Cáncer	3,0	5,0	0,6
Asma	3,0	3,1	2,9
Osteoporosis	1,9	3,5	-
Hepatitis/tuberculosis, etc.	1,6	0,5	2,9
Enfisema o bronquitis crónica	1,6	1,4	1,7

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003.

Nota: Respuestas múltiples correspondientes a 3.012.442 mujeres y 3.516.267 varones, es decir 6.528.709.

observan diferencias pronunciadas según el nivel de ingresos del hogar (Cuadro 4).

Las mujeres manifiestan padecer de hipertensión arterial, artritis o reumatismo, diabetes, cáncer y osteoporosis en mayor medida que los hombres; éstos, en cambio, mencionan más las gastritis o la úlcera, las enfermedades del corazón y la hepatitis o la tuberculosis.

5.4. LIMITACIONES POR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

De los encuestados que mencionaron padecer enfermedades que requieren tratamiento periódico, más de la mitad (59%) indicó que durante los últimos doce meses estas enfermedades no limitaron su actividad principal. El 40% restante se reparte en proporciones similares entre los que padecen limitaciones la mayor parte del tiempo, los que se sienten afectados una buena parte del mismo y los que sólo sufren escasas restricciones.

El grupo de los que no se ven restringidos está constituido por los más jóvenes (25 a 29 años: 72%), los que tienen entre 40 y 49 años

(67%) y los de 50 a 59 años (66%). A medida que crecen los ingresos del hogar y el nivel educativo esta respuesta se acrecienta. No se detectan diferencias por sexo.

5.5. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El estado de salud percibido se utiliza en muchas encuestas de salud como un indicador válido del estado de salud de las personas, porque relaciona el estado físico con el mental, no está muy condicionado por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de la mortalidad (23).

Casi la mitad de los entrevistados percibe su estado de salud como bueno (45%), una cuarta parte muy bueno (26%) y un 11% excelente. Son pocos los que lo perciben como regular (15%) y menos aún los que lo evalúan como malo o muy malo (2%) (Cuadro 5).

Los varones tienden a percibir su estado de salud como excelente (13%) o muy bueno (29%); las mujeres, en cambio, lo evalúan con una menor intensidad (10% y 25% respectivamente). Esta diferencia, aunque no muy amplia,

Cuadro 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD SEGÚN EDAD, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, INGRESOS DEL HOGAR, COBERTURA DE SALUD Y SEXO, EN POBLACIÓN DE 25 AÑOS O MÁS. ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, 2003.

MOTIVO DE CONSULTA	EXCELENTE		MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		MUY MALO		TOTAL % (n)	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
EDAD														
25 - 29	9,5	20,3	24,6	42,8	47,2	32,5	16,5	4,5	2,2	-	-	-	100 (437.165)	100 (414.553)
30 - 39	14,3	23,5	30,4	38,4	33,4	32,3	19,4	5,7	2,5	-	-	-	100 (790.451)	100 (651.875)
40 - 49	5,9	12,6	30,0	29,7	48,0	48,9	13,9	6,0	2,3	1,4	-	1,4	100 (817.143)	100 (667.780)
50 - 59	8,0	5,7	20,4	21,9	54,6	51,1	17,0	19,5	-	1,7	-	-	100 (619.790)	100 (534.459)
60 - 69	7,1	8,3	17,0	19,7	56,5	40,0	16,7	29,7	2,7	2,4	-	-	100 (391.941)	100 (386.547)
70 y más	-	-	12,8	10,8	53,6	57,5	27,3	29,1	6,4	2,6	-	-	100 (459.777)	100 (357.228)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN														
Sin instrucción	-	-	-	33,3	-	33,3	-	33,3	-	-	-	-	-	100 (28.006)
Prim. Incompl./Compl.	9,2	16,5	16,5	25,5	46,8	33,7	23,1	23,2	4,4	1,0	-	-	100 (1.318.478)	100 (929.303)
Sec. Incompl.	11,7	14,1	11,7	17,4	46,3	49,3	27,7	14,5	2,6	4,7	-	-	100 (409.297)	100 (597.315)
Sec. Compl.	10,0	13,5	28,3	28,1	45,1	49,5	15,2	7,4	1,3	-	-	1,5	100 (743.775)	100 (630.439)
Terc. - Univ. Incompl.	-	8,9	41,0	36,8	55,8	48,5	3,2	5,8	-	-	-	-	100 (334.478)	100 (343.813)
Terc. - Univ. Compl.	12,8	6,3	35,3	42,1	46,4	43,3	5,6	8,3	-	-	-	-	100 (710.238)	100 (483.566)
INGRESOS DEL HOGAR														
Sin ingreso	-	14,0	22,2	-	58,4	44,0	19,5	42,0	-	-	-	-	100 (47.990)	100 (66.660)
\$250 o menos	6,0	7,5	14,4	18,8	47,1	46,8	30,5	26,9	2,0	-	-	-	100 (463.995)	100 (247.971)
\$251 a 500	10,5	16,5	16,4	21,6	49,9	37,5	18,0	21,2	5,2	3,2	-	-	100 (798.610)	100 (579.959)
\$501 a 1.000	14,8	13,1	25,6	26,1	40,2	42,9	16,7	17,1	2,7	0,9	-	-	100 (1.021.066)	100 (1.007.789)
\$1.001 y más	6,0	10,5	32,6	41,5	49,2	45,8	12,1	2,2	-	-	-	-	100 (882.076)	100 (927.438)
Sin datos	6,2	16,8	35,2	21,2	55,5	46,7	3,1	5,1	-	5,1	-	5,1	100 (302.531)	100 (182.625)
COBERTURA														
Obra Social	5,9	12,6	22,3	23,9	49,3	49,3	19,8	13,3	2,8	0,9	-	-	100 (1.434.305)	100 (992.922)
Mutual - Prepago	10,4	5,5	36,2	39,0	46,3	44,6	5,8	9,6	1,2	1,3	-	-	100 (871.427)	100 (707.611)
Emergencia	-	-	66,7	-	33,3	66,7	-	33,3	-	-	-	-	100 (798.610)	100 (28.006)
Otra	-	-	18,9	-	62,1	-	18,9	100,0	-	-	-	-	100 (1.021.066)	100 (19.984)
Sin cobertura	14,1	17,4	17,6	27,3	44,8	38,1	20,9	15,0	2,5	1,5	-	0,7	100 (882.076)	100 (1.263.919)

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003.

Nota: Base expandida de 6.528.709 encuestas (3.012.442 mujeres y 3.516.267 varones).

podría explicar la mayor propensión de las mujeres a la consulta, tanto por prevención como por atención de enfermedades de tratamiento prolongado, lo que les permitiría un mayor seguimiento y atención a su situación de salud.

La edad marca diferencias en cuanto a la percepción tanto en hombres como en mujeres: a medida que aumenta, disminuye el porcentaje que percibe su estado de salud como muy bueno

o excelente, al tiempo que crece el porcentaje de los que lo sienten como regular (entre los 25 y los 29 años es del 5% y a los 70 años o más asciende al 28%).

Al incrementarse el nivel educativo también lo hace el porcentaje de entrevistados de ambos sexos que perciben su estado de salud como muy bueno. La cobertura de salud no parece incidir.

6. COMENTARIOS FINALES

Los datos de la Encuesta permiten identificar la existencia de desigualdades en las respuestas frente al cuidado de un problema de salud:

- los hombres consultan menos que las mujeres;
- la consulta por problemas que requieren tratamiento es la principal causa en ambos sexos, si bien entre los hombres es más pronunciada;
- los hombres refieren en menor medida que las mujeres enfermedades de tratamiento prolongado;
- la percepción del estado de salud es más positiva en los varones;
- la frecuencia de la consulta aumenta con la edad de los entrevistados de ambos sexos;
- los jóvenes de ambos sexos son los que mencionan con mayor frecuencia la presencia de síntomas o enfermedad como motivo de la consulta al médico;
- a medida que aumenta la edad disminuye la proporción de personas que define su estado de salud como muy bueno o excelente;
- la consulta por prevención es más frecuente en las mujeres con mayores niveles educativos y en los varones con mayores niveles de ingreso;
- a medida que aumenta el nivel de instrucción la percepción del estado de salud es más favorable.

Los resultados obtenidos permiten sugerir algunos comentarios. El primero es que las desigualdades observadas se asocian con la edad y el sexo. En lo referente a la edad la evidencia es esperable debido al aumento de las probabilidades de enfermar y morir a medida que se avanza en las etapas del ciclo de vida de las personas. Las diferencias observadas en hombres y mujeres sólo permiten aventurar hipótesis acerca de la mayor consulta de las mujeres en tiempos más cercanos al relevamiento de la Encuesta, la predominancia en los controles de rutina y una opinión menos favorable sobre la percepción de la propia salud. Las disparidades observadas entre hombres y mujeres con respecto a la consulta y a los controles podrían explicarse debido a la actitud más cercana de las mujeres a los servicios de salud y a sus prestadores, actitud más anclada en

las relaciones médico-paciente-institución que se establece durante el control del embarazo, la atención del parto, la atención de la salud de los hijos y del resto del grupo familiar incluyendo a las personas mayores. A ello se agregan las campañas de prevención del cáncer ginecológico y mamario, a pesar de que la evidencia disponible muestra que al avanzar la edad de las mujeres disminuye la asistencia a esas prácticas (7).

En cuanto a la percepción de la salud, ésta difiere en mujeres y hombres. Es posible, como lo muestran Arber y Cooper (3), que las mujeres sufran las consecuencias de mayores incapacidades en las edades más avanzadas por ser más longevas. Las mismas autoras han comprobado también que la actividad productiva desarrollada influye de manera positiva en la percepción del estado de salud en las edades avanzadas, aspecto muy ligado a la incorporación tardía de las mujeres al mercado de trabajo.

Estos resultados coinciden con la interpretación de Rohlfs, Borrell y Fonseca (21) en el sentido de que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque existen factores biológicos que se manifiestan de modo diverso tanto en la salud como en los riesgos de enfermedad, y desigual porque aparecen otros factores que, en parte, son explicados por el género y que influyen de manera diversa en la salud como los vinculados a la esfera productiva, reproductiva y de lazos sociales.

Un estudio cualitativo realizado en el marco de este proyecto de investigación (31) permitió comprobar que las situaciones de mayor vinculación de las personas con distintos familiares, amigos o miembros de la comunidad parecen contribuir a una mejor valoración del estado de salud. Se advierte asimismo que, cuando los malestares no impiden, inhabilitan o condicionan la vida diaria, se tiende a percibir un buen estado de salud pese a la existencia de dolencias en tratamiento, aspecto importante desde el momento en que no necesariamente la percepción de la salud se limita a un diagnóstico médico sino a cómo la persona se siente y sobrelleva su malestar.

Es probable que en esta situación desempeñe un papel determinante la mayor disponibilidad de un capital social que lleva a poner en juego, en contextos de riesgo o necesidad, una

gama de recursos, difíciles de medir a partir de los datos secundarios disponibles, que van más allá de los condicionantes estructurales de las desigualdades.

Para concluir, la edad y el sexo, además de marcar diferencias biológicas en la determinación de los problemas de salud, constituyen mediadores sociales, culturales, históricos, políticos y económicos que pueden ser interpretados desde una perspectiva de género para otorgar mayor sentido a las distintas experiencias entre individuos pertenecientes a un mismo contexto

social (6). Para ello se requieren instrumentos idóneos para la captación de un fenómeno tan complejo como el género, que permita explicar algunas de las desigualdades en salud enfatizando su carácter multidimensional y la necesidad de un abordaje teórico-metodológico que tome en consideración esta perspectiva.

El Estado puede desempeñar un rol protagónico en la implementación de políticas que hagan posible que el ejercicio pleno del derecho a la salud de varones y mujeres contribuya a atenuar las desigualdades existentes.

NOTAS FINALES

a. Proyecto: Desigualdades en salud: de las evidencias a los indicios. (UBACYT 2003-2005) Equipo de investigación Elsa López, Liliana Findling, Mónica Abramzón; asistentes de investigación: Marisa Ponce, Carolina Díaz, Romina Kojdamanian.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borrell C, Benach J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
2. Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*. 1991;32(4):425-436.
3. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine*. 1999;48(1):61-75.
4. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine*. 1993;36(1):33-46.
5. Krieger N, Williams DN, Moss N. Measuring social class in US public health research concepts, methodologies and guidelines. *Annual Rev. Public Health*. 1997;18:341-378.
6. Barradas Barata R, Almeida M, Valencia Montero C, Pereira Da Silva Z. Desigualdades en saúde segundo genero e etnia em maiores de 14 anos de idade, Brasil. En: *Anais I Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de genero em saúde de idosos no Brasil*. Ouro Preto: Núcleo de Estudos em Saude Publica e Envelhecimento (NESPE); CENEP/FUNAPSA/Ministerio da Saude; Centro de Pesquisa René Rachou da Fundacao Oswaldo Cruz (CPQRR-FIOCRUZ); Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
7. López E, Findling L. Prevención de la salud reproductiva y construcción social del riesgo: eslabones entre las prácticas individuales y las acciones públicas. *Revista Electrónica Maestría en Salud Pública UBA* [en línea] 2003 [Fecha de acceso: 15 de Diciembre de 2005] (1). URL disponible en: <http://maestría.rec.uba.ar/revistas/UNO/SRyprev.pdf>
8. Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Buenos Aires: CEDES; 1990.
9. Zborowski M. Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues*. 1952;8:16-30.
10. Corin E. La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad. En: Evans R, Barer M, Marmor T, editores. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1996.
11. Borrell C, Rodriguez M. Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Resultats principals. Barcelona: Institut Municipal de Salut Publica; 2002.
12. Kunst AE. Cross national comparisons of socioeconomic differences in mortality. [Thesis]. Rotterdam, Netherlands: Erasmus University; 1997.
13. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science Medicine*. 1996;42(4):617-624.
14. Barbosa da Silva J, Berti Azevedo Barros M. Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;12(6):375-383.
15. Gwatkin DR. Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? *Boletín de la OMS*. Recopilación de artículos. 2000;3:3-17.
16. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO; 1991.
17. International Society for Equity in Health (ISEQH) [en línea] 2004 [fecha de acceso 10 de septiembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.iseqh.org/>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín Epidemiológico. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Medición de Inequidades en Salud. [en línea] 1999;20(1) [fecha de acceso 23 de octubre de 2005]. URL disponible en: <http://www.paho.org/>
19. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11:5-6.
20. Alleyne GA. Prólogo. En: Hilary Standing, editora. El género y la reforma del sector salud. Harvard: Harvard Center for Population and Development; 2000.
21. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*. 2000;14 Supl 3:60-71.
22. Moss N. Gender Equity and Socioeconomic Inequality: a Framework for the Patterning of Women's Health, Social and Economic Patterning of Health among Women. París: CICRED; 2003.
23. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2000;14(2):146-155.

24. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge; 1996.
25. Coleman J.S. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*. 1988;94 Supl:95-120.
26. Bourdieu P. La producción y reproducción de la lengua legítima. En: *Qué significa hablar*. Madrid: Editorial Akal; 1985.
27. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*. 1999;89:1187-1193.
28. Findling L, Abramzón M, Peterlini C. Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores. En: *II Congreso Nacional de Sociología* ¿Para qué la sociología en la Argentina actual? [CD-ROM]. Buenos Aires: Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; 2005.
29. Boltanski L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Periferia; 1975.
30. Llovet JJ. *Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso*. Buenos Aires: Cedes; 1984.
31. López E, Findling L, Abramzón M. ¿El cuidado de la salud es igual para todos? En: *VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población* [CD-ROM]. Buenos Aires: Área Salud y Población, Instituto Gino Germani, Facultad Ciencias Sociales, UBA; 2005.

Recibido el 27 de diciembre de 2005

Versión final presentada el 2 de marzo de 2006

Aprobado el 20 de marzo de 2006