Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO V – 2005

Desigualdades en la Percepción de Morbilidad y en las Conductas frente al Cuidado de la Salud[1]

Elsa López
Liliana Findling
Mónica Abramzón

Con la colaboración de Carolina Díaz y Romina Kojdamanian

Comentarios de Victoria Mazzeo[2]

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud

[1] Las autoras son sociólogas e investigadoras del Área Salud y Población del Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
[2] La comentarista es socióloga, demógrafa social e investigadora del Área Salud y Población del Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y responsable de la Unidad Análisis Demográfico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Desigualdades en la percepción de morbilidad y en las conductas frente al cuidado de la salud

1. Introducción

Las desigualdades que los ingresos generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo. 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.

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 (Borrell y Benach, 2003; Arber, 1991; Arber y Cooper, 1999; Arber y Ginn, 1993; Krieger, Williams y Moss, 1997; Barradas Barata y col. 2002).

Asimismo se verifican distintas respuestas según las etapas de la vida; a medida que avanza la edad algunas dolencias toman preeminencia y otras pasan a segundo plano, como indican los numerosos estudios sobre la demanda de salud ginecológica y mamaria en las mujeres de 50 años o más (López y Findling, 2003; López y Tamargo, 1995; Ramos y Pantelides, 1990).

También la inserción ocupacional es fundamental en las percepciones diferenciales. Zborowski (1952) mostró que los trabajadores manuales estaban más afectados por hernia de disco que los profesionales debido a la implicancia de esa afección en la posibilidad de ganarse la vida, mientras que el dolor de cabeza molestaba más a los intelectuales que a los trabajadores manuales. El nivel educacional también influye en la percepción de la enfermedad: los pacientes más educados tienen más información sobre los cuidados de la salud y están más atentos a los síntomas percibidos.

La situación sociocultural y económica (cobertura de salud, nivel de ingresos, distancias sociales y culturales con los profesionales de la salud, dificultades para el acceso a los centros de atención y redes familiares y sociales (Corin, 1996) juega un papel fundamental en las desigualdades en salud porque determina una percepción diferencial de síntomas, enfermedades y acceso a los servicios de salud.

La percepción del bienestar o malestar del cuerpo ha sido objeto de numerosos estudios (Boltanski, 1975; Zborowski, 1952; Borrell y Rodriguez, 2002; Arber y Cooper, 1999).

Zborowski (1952) 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 eran 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. Esas expresiones no sólo no generaban vergüenza sino que los entrevistados admitieron que cuando sentían dolor se quejaban ampliamente, Pedían ayuda y esperaban asistencia y simpatía de su entorno, especialmente de los miembros de su familia. En situaciones de dolor manifestaron preferir no estar solos, comportamiento esperado y aprobado por su contexto cultural aunque no por el modelo médico norteamericano, con el cual entraban a menudo en conflicto ya que éste consideraba esa conducta como exagerada e hiperemocional y esto provocaba más desconfianza que simpatía. Lo anterior no significa que las reacciones de los individuos sean uniformes: las variaciones dependen de la experiencia de cada uno frente al dolor, de la enfermedad que lo provoca y de la personalidad del paciente. Existen, además, otros factores a tener en cuenta: el contexto familiar, la pertenencia de clase, el nivel de educación 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 y elaborar políticas y estrategias de intervención.

2. Acerca del concepto de desigualdades en salud

El concepto de desigualdades en salud aparece en el contexto histórico y epistemológico de la epidemiología en el siglo XIX y se actualiza en Europa con la elaboración de abordajes que permiten delinear perfiles epidemiológicos contemporáneos por clase social. En la segunda mitad del siglo XX, especialmente luego de la publicación del Informe Black, resurge el interés por las desigualdades en salud en Gran Bretaña. Ese Informe se propuso documentar las consecuencias de las políticas neoliberales de Thatcher. A los indicadores de la situación de salud más tradicionales se incorporaron otros 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, la ocupación y el estatus, lo que posibilitó el cálculo y el análisis de las desigualdades absolutas y relativas, de efecto e impacto y brutas y moderadas (Kunst, 1997). En esta perspectiva se sitúan los trabajos de Borrell y Benach (2003), Barata y col. (2002), Macintyre, Hunt y Sweeting (1996), Barbosa da Silva y Berti Azevedo (2002) y Gwatkin (2000). 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.

Los abordajes mencionados suponen ciertas 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 (1991) afirma 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 (ISEQH 2004), el concepto de desigualdad en salud alude a las diferencias sistemáticas potencialmente remediables 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 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. Cierto es que no todas las desigualdades son injustas, aún cuando toda inequidad supone una desigualdad injusta (OPS 1999).

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 (Barbosa da Silva y Berti Azevedo, 2002). Dichos autores 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 y en la organización social del proceso de producción, 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 (2003) 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 (2002) 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 (género, grupos étnicos, religiosos, características territoriales y condiciones de vida) tienen un amplio poder explicativo porque su abordaje integra fenómenos socioeconómicos colectivos.

Es interesante destacar el análisis de Rohlfs (2000) sobre género y salud, que plantea que este concepto no es una variable y, basándose en Scott (1988), sugiere que el género se construye y expresa a través de 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.

Para medir el efecto del género en el análisis de datos de población uno de los primeros pasos es desagregar los mismos por sexo. A medida que se pueda avanzar en el conocimiento de los determinantes biológicos y sociales de la salud y la enfermedad se podrán diseñar programas y políticas sanitarias más eficientes y comprensivos, reducir 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”.

3. Objetivos y metodología

Este trabajo forma parte de una investigación financiada por la Universidad de Buenos Aires (UBACyT)[3]. Su objetivo es conocer las desigualdades en la percepción de la morbilidad y el cuidado

[3] 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

de la salud de la población del Área Metropolitana de Buenos Aires y relacionarlas con dimensiones demográficas, socioculturales y económicas.

La presentación actual se propone analizar esas desigualdades estableciendo como universo de estudio la población adulta de 25 años o más. Ese rango de edades se seleccionó por su mayor propensión a las enfermedades y por constituir una población a la que se ha dedicado una cantidad menor de estudios. Se trabajó con datos primarios (entrevistas en profundidad) y datos secundarios de dos Encuestas:

a) la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (2003); y
b) la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida (ECV, 2001) realizada por el Sistema Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales, (SIEMPRO) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Vale la pena aclarar que ambas fuentes muestran estructuras de población similares por sexo, edad, condición de actividad y cobertura de salud y comparten idéntico marco territorial (Findling, Abramzón y Peterlini, 2004).

En las dos Encuestas se analizaron las preguntas referidas al motivo de la consulta, la percepción del malestar/bienestar sobre el estado de salud y el padecimiento de enfermedades crónicas, entre otras. Las ventajas de utilizar la información de fuentes secundarias radican en la disponibilidad de datos confiables a una escala territorial conveniente para el establecimiento de la magnitud 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 de los usuarios (los investigadores académicos). En el estudio que se presenta se ha privilegiado el análisis de los datos de las dos Encuestas más afines con los objetivos de la investigación. En algunos casos no siempre fue posible comparar los resultados de las Encuestas entre sí porque diferían las preguntas.

Cabe señalar que, además de las diferencias de ambas Encuestas, en el período transcurrido entre la realización de cada una de ellas (2001-2003) se produjeron cambios importantes en las condiciones de vida de vastos sectores de la población que podrían haber afectado sus niveles de ingreso, el tipo de cobertura y la respuesta posible frente al cuidado de la salud.

Otra fuente de datos es de índole cualitativa y se basó en un diseño exploratorio con el mismo universo de estudio. Se realizaron 30 entrevistas en profundidad en una muestra no probabilística, intencional, por cuotas de sexo, edad y nivel educativo. Se incluyeron dimensiones sobre cuidado de la salud, percepción sobre salud, enfermedad y estado de la salud de la persona entrevistada, hábitos y prácticas en el cuidado de la salud y conocimiento sobre las enfermedades que afectan a las personas de distintas edades.

4. Diferentes aspectos del cuidado de la salud

¿Qué significa cuidar la salud?

El estudio cualitativo muestra que las opiniones sobre el cuidado están muy mediadas por vivencias personales que responden a condicionantes culturales. Más allá de los significados particulares otorgados, la mayoría de las personas asocia el cuidado de la salud con los siguientes aspectos:

- la importancia de una alimentación sana, sin grasas, variada, rica en verduras y frutas,
- los controles periódicos y chequeos que no necesariamente implican tener dolencias sino que se realizan como parte habitual del cuidado de la salud,

- realizar actividad física (caminar, hacer gimnasia),
- no fumar ni tomar alcohol,
- no drogarse, y
- cuidarse del Sida.

En menor medida las respuestas fueron:

- realizar actividades placenteras (en la actividad laboral o la recreación), y
- disponer de tiempo para el reposo y el descanso.

El papel otorgado a lo social también adquiere relevancia, ya que la salud supone saber comunicarse con el otro porque su cuidado es un hecho colectivo y no sólo individual. La presión de los medios de comunicación, a través de la publicidad de productos de consumo masivo, opera como un factor negativo para el cuidado de la salud. En ese sentido, los entrevistados señalaron que no todas las personas tienen las mismas posibilidades de cuidarse, aún sabiendo cómo hacerlo. La falta de recursos y la falta de educación son factores que condicionan el cuidado de la salud.

No se observan grandes diferencias entre varones y mujeres en cuanto a la percepción sobre el cuidado de la salud. Las mujeres expresan una mayor reflexión en cuanto a la importancia de evitar el estrés en las actividades y de recurrir al apoyo psicológico si fuera preciso. En cambio, en los hombres las respuestas sobre el cuidado están más vinculadas con sensaciones corporales puntuales.

La edad marca diferencias sobre el cuidado. Los más jóvenes manifiestan menor preocupación por la prevención, mientras que las personas de mediana edad otorgan importancia a aspectos que antes no tenían en cuenta, como la alimentación o la actividad física.

Los significados de estar sano y enfermo

La indagación acerca del significado de estos conceptos mostró un bajo nivel de reflexión y una dificultad para expresarse en palabras. La mayoría de los entrevistados relacionaba estar sano con "estar bien", "sentirse bien", "vivir bien", sin otras explicaciones. Una minoría pudo decir que estar sano es no tener problemas de salud, vivir sin enfermedades, no tener dolencias, estar enérgico, con ganas de hacer cosas, sentirse vital, tener metas y sólo algunos manifestaron que estar sano va más allá de lo biológico, que se trata de un equilibrio entre lo social, lo psicológico, lo emocional y lo físico que incluye no pasar estrés, vivir tranquilos y poder disfrutar de la vida.

En respuesta a los significados de estar enfermo surgieron asociaciones con la imposibilidad, la dependencia, la falta de autonomía, la inacción y, en muy pocos casos, con el no cuidado. Se mencionaron también problemas físicos como alguna enfermedad crónica y dificultades corporales y algunos citaron el aspecto mental, que adquiere importancia porque el estar mal anímicamente puede llevar a enfermarse físicamente. Aquellos que consideraron la salud como un estado de equilibrio sostienen que la enfermedad es el desequilibrio o la "desestructuración" de alguno de los factores que hace a la salud (lo físico, lo psicológico, lo social).

Actitud frente a la consulta médica

El porcentaje de población que no consultó al médico durante el último mes se asemeja en las dos Encuestas analizadas (un 57% en la ECV y un 62% en la EUGSS).
Los encuestados que menos consultaron en el último mes son:

- los hombres menores de 40 años y los de 50 a 59 años.
- las personas que no tienen cobertura de salud
- las personas con niveles educativos intermedios y superiores (debido a que son las más jóvenes y las menos propensas a enfermar)
- las personas con menores niveles de ingreso
- los desocupados

Los que consultaron al médico son:

- las mujeres, que aventajan a los hombres en todos los grupos de edad abarcando un rango de edades más amplio debido a cuestiones ligadas con su vida reproductiva
- la mayoría de las mujeres en los 70 años o más y los hombres de los 60 a los 69 años
- las personas con cobertura de salud
- las personas con estudios primarios completos (corresponden a la población de mayor edad)

Las consultas a otro tipo de profesionales (odontólogo, kinesiólogo, psicólogo) podrían 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 puso de manifiesto que las mujeres, cualquiera fuera su edad, recurren más a la consulta que los hombres.

Motivo de consulta

En la EUGSS los que consultaron al médico dieron como principal motivo el control de enfermedad (algo más de un tercio asistió a la consulta por control general no enfermo y una proporción similar por síntomas de alguna enfermedad). Otros motivos fueron la realización de estudios/análisis, control de embarazo/post-parto y accidentes.

Diversos factores influyen en las diferencias de los motivos de consulta por control de enfermedades que:

- son más frecuentes en los varones que en las mujeres y crecen con la edad de los entrevistados (50 años o más),
- son más habituales entre las personas con obra social, menores ingresos, menor nivel educativo y jubiladas (muy ligadas a la edad de las personas).

La consulta por prevención (control general no enfermo) es más mencionada:

- por las mujeres,
- independientemente de la edad que no parece marcar una propensión a la consulta,
- por los que tienen cobertura de salud por mutuales o prepagas y, en segundo término, por obras sociales,
- por la población de mayores ingresos y niveles educativos más altos.

El motivo de consulta por síntomas o enfermedad es más citado:

- por los varones, las personas más jóvenes (25 a 29 años) y las que concurren al hospital público,

Los jóvenes ocupados, aún los que no se benefician de la cobertura de salud, demandan atención cuando perciben un malestar específico y sólo concurren a los servicios de salud cuando la molestia los obliga a interrumpir su actividad laboral (Boltanski, 1975; Llovet 1984).

La comparación de la EUGSS con la ECV muestra diferencias en lo que se refiere al control/tratamiento de una enfermedad ya que la primera registra un porcentaje más elevado de personas que han efectuado una consulta médica por este motivo (EUGSS: 66% y ECV: 41%). Además puede distinguirse un orden distinto en los motivos de consulta.

Percepción de malestar

En la ECV, 2 de cada 10 encuestados que no consultaron a un profesional en el último mes percibieron algún malestar, respuesta más frecuente en las mujeres, los de 50 años o más y los de menores ingresos mensuales. En contraste, los que no consultaron y no sintieron malestar son los varones, los más jóvenes (25 a 29 años), los que tienen obra social o prepaga, los de mayor nivel de instrucción (secundario completo o más) y los que se ubican en el 5º quintil de ingresos, características ligadas a la edad y la condición socioeconómica.

Más de la cuarta parte de los que sintieron malestar y no acudieron a la consulta tuvieron que interrumpir sus actividades, mientras el resto no las abandonó: se trata principalmente de mujeres, personas de mayor edad o con cobertura de salud, los más pobres y los desocupados e inactivos.

Los que no consultaron pese a sentirse mal y tampoco abandonaron sus tareas son mayormente hombres, personas más jóvenes, de mayor nivel de educación, cubiertas por Obra social y Mutual o Prepaga, con mayores niveles de ingresos y ocupadas, perfil que permitiría pensar que sus posiciones laborales constituyen un obstáculo para la resolución de sus problemas de salud.

A los que sintieron malestar se les preguntó el motivo por el cual no efectuaron una consulta. La primera respuesta fue “porque no les pareció importante”; la segunda alude a la falta de dinero y la tercera a la falta de tiempo.

Diagnóstico de enfermedad de tratamiento prolongado

La EUGSS muestra que cerca de la mitad de los encuestados tiene o tuvo enfermedades que requieren atención periódica (diabetes, osteoporosis, colesterolemia, hipertensión arterial y artrosis, entre otras). No se observan diferencias importantes según sexo y nivel educativo aunque sí por edad, ya que aumentan las enfermedades a medida que pasan los años.

Cerca de la mitad de los que tienen esas enfermedades manifiestan que no han limitado su actividad principal durante el último año. El resto se reparte en proporciones similares entre los que tienen limitaciones la mayor parte del tiempo, una parte del mismo y escasas limitaciones.

Estas situaciones también se verifican en el estudio cualitativo al preguntar acerca de la existencia y las limitaciones de enfermedades que requieren atención periódica.

Autopercepción del estado de salud del entrevistado

La percepción del estado de salud se utiliza en muchas estudios como un indicador válido del estado de salud de las personas porque relaciona el estado físico con el mental, está poco condicionada por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de mortalidad (Rohlfs et al. 2000).

Casi todos las personas entrevistadas en la fase cualitativa manifiestan que se encuentran bien aunque no hayan realizado controles recientes que corroboren su afirmación y a pesar de que la mayoría de ellos expresa tener algún problema de salud tanto físico como emocional.

La autopercepción del estado de salud de los encuestados no indica diferencias por sexo, edad y estrato socioeconómico. El discurso referencia un nivel aceptable en relación con las personas de su edad, con la propia edad y con no padecer dolencias severas. Estas apreciaciones resultan consistentes con lo manifestado en relación con los significados del estar enfermo y con los padecimientos de enfermedades crónicas. Cuando los malestares no impiden ni inhabilitan la vida diaria, se refiere un buen estado de salud pese a que algunas dolencias están siendo tratadas y controladas.

Este aspecto también fue analizado en la EUGSS, en la cual se muestra que alrededor de un tercio de los encuestados evalúa su salud como excelente y muy buena, casi la mitad buena (45%) y pocos son los que la definen como regular, mala o muy mala.

Los varones califican mejor su estado de salud que las mujeres. Esta diferencia, aunque no muy amplia, podría explicarse por la mayor propensión de las mujeres a la consulta, tanto por prevención como por atención de enfermedades de tratamiento prolongado, lo que les permitiría una mayor precisión de su estado.

La edad marca diferencias en cuanto a la percepción del estado de salud: a medida que aumenta disminuye la proporción de entrevistados que definen su estado de salud como muy bueno o excelente, al mismo tiempo que aumenta la que lo define como regular.

Es de destacar que el nivel de instrucción incide en la evaluación del estado de salud en el sentido de que ésta crece a medida que aumenta aquél, aspecto no observable en la tenencia de cobertura de salud.

Principales problemas de salud de la gente de su edad

El análisis cualitativo reveló que menos de la mitad de los entrevistados de 25 a 39 años informa sobre problemas que pueden afectar a personas de su misma edad. Se menciona el Sida, las enfermedades infectocontagiosas, la depresión y el estrés ocasionado por motivos laborales y económicos y, en menor medida, al alcoholismo, los embarazos no deseados y los ataques de pánico. El conocimiento sobre problemas es más frecuente en las mujeres.

Todos los entrevistados de 40 a 59 años mencionaron que los problemas de salud que aquejan a sus coetáneos son las enfermedades cardíacas, el sobrepeso, el tabaquismo y las complicaciones de la próstata. Con una frecuencia menor se señalaron problemas de visión, osteoporosis y cáncer.

Casi todas las personas de 60 años o más manifestaron conocer diversos tipos de problemas para su edad. Los más nombrados fueron osteoporosis, artrosis, afecciones cardíacas y neurológicas y colesterolemia. Otros problemas que se nombran, aunque en menor cantidad, son la hipertensión arterial, la próstata, la diabetes, las várices y los dolores musculares. Muy pocos entrevistados hablaron de problemas emocionales.

Las mujeres expresaron con mayor detalle los problemas de salud que pueden afectar a personas de su misma edad, independientemente del grupo social al que pertenezcan. Las respuestas revelan que a medida que aumenta la edad crece el conocimiento de los problemas que afectan a la salud y este aspecto es más notorio en las mujeres.

Este hallazgo coincide con los datos de las Encuestas ECV y EUGSS que muestran que, de acuerdo con lo esperado, la consulta por problemas de salud crece con la edad y que es más frecuente entre las mujeres, aspecto que se vincula con las necesidades que les plantea la vida reproductiva (López y Tamargo, 1995).

¿Se pueden prevenir los problemas de salud?

Casi todos los entrevistados de la investigación cualitativa consideraron que es posible prevenir problemas de salud. Entre ellos, algo menos de la mitad señaló que la prevención depende del tipo de enfermedad, haciendo hincapié en que es casi imposible prevenir enfermedades genéticas y/o hereditarias.

¿Cómo se previenen los problemas de salud? Del siguiente modo de acuerdo con la importancia asignada por los entrevistados:

- Consultas al médico y chequeos / controles periódicos
- Buena alimentación y vida sana
- Influencia del contexto social y la falta de recursos
- Realización de actividad física
- Importancia de la educación e información (para prevenir enfermedades infectocontagiosas y adicciones).

La relevancia de las acciones para prevenir problemas de salud aparece fuertemente asociada con el significado que los entrevistados otorgan al cuidado de la salud, si bien la ponderación de cada una de ellas difiere. Resulta de interés la mención de los factores vinculados con la educación y con el contexto social que podrían actuar como mediadores para incrementar los niveles de cuidado y de prevención. Esto refuerza la convicción de que, si bien las campañas preventivas y la información oportuna son herramientas potencialmente útiles, la eficacia de las mismas depende del acceso a los bienes culturales y de las experiencias del propio cuerpo (embodiment- Csordas, 1999).

Comentarios finales

Las principales cuestiones surgidas del discurso de los entrevistados de la etapa cualitativa pueden ser sintetizadas en los siguientes ejes:

- la alimentación, los controles/chequeos, la actividad física y el evitar adicciones son los aspectos más tenidos en cuenta para el cuidado de la salud,
- la edad marca diferencias en la apreciación de las prioridades en salud. Las personas mayores, al estar más propensas a afecciones, tienden a resaltar la importancia de mantener estilos de vida saludables. En cuanto al sexo, las mujeres expresan una mayor reflexión sobre la importancia de los aspectos afectivos y emocionales,
- el estar sano se vincula con "sentirse bien" y el estar enfermo con la "imposibilidad",
- la mayoría de las personas tuvo o tenía alguna enfermedad que requiera atención periódica,
- la autopercepción del estado de salud es buena, independientemente de padecer algún problema de salud tanto físico o emocional o de la realización de controles periódicos,
- el conocimiento de los problemas de salud que afectan a las personas de su misma grupo etáreo aumenta con la edad, más marcadamente en las mujeres,
- la importancia dada a cada una de las acciones para prevenir problemas de salud aparece fuertemente asociada con el significado otorgado por los entrevistados al cuidado de la salud.

La información recogida no señala la existencia de fuertes desigualdades en el conocimiento sobre el cuidado de la salud. Parece que las conductas frente a la percepción del problema se diferencian y aún más, lo que difiere es el momento de la percepción.

Los datos de las Encuestas cuantitativas 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 padecen en menor medida enfermedades crónicas en comparación con las mujeres,
- en relación con la percepción del estado de salud los varones tienden a definirla algo mejor que las mujeres,
- la frecuencia de la consulta aumenta con la edad de los entrevistados,
- los jóvenes son los que más consignan como motivo de consulta la presencia de síntomas o enfermedad,
- 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 motivos relacionados con la prevención es más frecuente entre los que alcanzan mayores niveles educativos,
- la autopercepción del estado de salud crece a medida que aumenta el nivel de instrucción.

Los resultados obtenidos permiten sostener 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.

Asimismo puede comprobarse que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de modo diverso tanto en la salud como en los riesgos de enfermedad y desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género (Rohlfs 2000) y que influyen de una manera disímil en la salud de la población.

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 (Barradas Barata, 2004).

De este modo, las combinaciones de sexo, edad, nivel educativo, cobertura de salud, condición de actividad y nivel de ingresos explican las diferentes respuestas frente a un problema de salud, lo que refuerza el carácter multidimensional de las desigualdades y la necesidad de un abordaje metodológico que tenga en cuenta estos aspectos.

La actual investigación muestra que las conductas frente al cuidado de la salud difieren fundamentalmente en la percepción y en la prevención pero se asemejan frente a un problema de salud definido. Cuando los malestares no impiden ni inhabilitan la vida diaria, las personas tienden a decir que su estado es bueno, aún cuando estén bajo tratamiento de algunas dolencias. De ello se deduce que las percepciones sobre cómo se siente una persona no se limitan necesariamente al diagnóstico médico sino a cómo sobrelleva un malestar.

Referencias bibliográficas

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

Arber, S. 1991. "Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status". *Social Science and Medicine* 32 (4)

Arber, S. y H. Cooper. 1999. "Gender differences in health later life: the new paradox?" *Social Science and Medicine* 48 (1).

Arber, S. y J. Ginn. 1993. "Gender and inequalities in health in later life". *Social Science and Medicine* 34 (1)

Barradas Barata, R., M. Almeida, C. Valencia Montero y Z. Pereira Da Silva. 2002. *Desigualdades en saúde segundo genero e etnia en 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 M. Berti Azevedo Barros 2002. "Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história". *Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.12 Nº 6.*

Boltanski, L. 1975. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires. Editorial Periferia.

Borrell, C. y M. Rodriguez. 2002. *Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Resultados principals.* Barcelona, Institut Municipal de Salut Publica

Borrell, C. y J. Benach. 2003. *Les desigualtats en la salut a Catalunya.* Barcelona, Editorial Mediterrània.

Corin, E. 1996. "La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad", en R. Evans, M. Barer y T Marmor *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*. Madrid, Editorial Díaz de Santos.

Csordas, J. Thomas. 1999. "Embodiment and Cultural Phenomenology", en: Gail Weiss & Honi Fern Haber (comp.) *Perspectives on embodiment*. New York, Routledge

Findling, L. , M. Abramzón y C. Peterlini. 2004. *"Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores"*. CD VI Jornadas Nacionales de Sociología ¿Para qué la sociología en la Argentina actual? Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

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)

Krieger, N.; D.R. Williams y N.E. Moss. 1997. "Measuring social class in US public health research concepts, methodologies and guidelines". *Annual Rev. Public Health,* 18

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

López, E. y L. Findling. 2003. "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.* Año 1, Nº1. En http//maestria.rec.uba.ar/revista

López, E. y M. Tamargo, 1995. "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, INDEC

Llovet, J. J. 1984. *Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso*. Buenos Aires. CEDES.

Macintyre, S; K. Hunt; H. Sweeting 1996. "Gender differences in health: are things really as simple as they seem?" en *Social Science Medicine*, Vol. 42. Nº4.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1999. *Boletín Epidemiológico*, Vol. 20 Nº 1,

Ramos, S. y E. A. y Pantelides. 1990. *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.

Rohlfs, I. 2000. "Género y salud: diferencias y desigualdades" *Gaceta Sanitaria 14,*

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

Scott J. W. 1988. *Gender and the politics of history.* New York. Columbia
University Press,

Whithead, M. 1991. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhague. World Health Organization (WHO)

Zborowski, M. 1952. "Cultural components in response to pain". *Journal of Social Issues, 8*.

Comentarios

Victoria Mazzeo

Las autoras nos presentan un importante aporte al conocimiento de las desigualdades en salud que posibilita avanzar en la identificación de los condicionantes y determinantes del estado de salud de una población y, como bien señalan ellas, permita elaborar políticas y estrategias de intervención. No debemos olvidar que las políticas sociales constituyen en las sociedades contemporáneas un instrumento irremplazable para la producción y mantenimiento del bienestar y la integración social.

Han efectuado una excelente consulta bibliográfica sobre la temática de las desigualdades en salud, a la que yo agregaría para el trabajo futuro un aporte de Mc. Question[4] quien avanza sobre el concepto de efectos de la interacción social en un modelo de comportamientos de salud individuales. Mc. Question sugiere que se necesitan nuevos enfoques teóricos para explicar las transiciones contemporáneas de la mortalidad, considerando en forma explícita las causas sociales del cambio demográfico. Su hipótesis central es que los efectos de la interacción social contribuyeron a evitar que recrudeciera la mortalidad en América Latina durante los años ochenta, mediante el cambio de los comportamientos relativos a la salud y la intensificación de la producción de salud en el hogar, compensando los efectos negativos de la recesión económica prolongada. Su conclusión de que las fuerzas sociales afectan los resultados de salud individuales por encima de las fuerzas económicas y de otra índole explicaría cómo la gente puede estar volviéndose más sana mientras se sigue empobreciendo. A partir de su investigación sobre dos comportamientos de salud importantes (la inmunización infantil y la atención materna) en dos países sudamericanos (Colombia y Paraguay), utilizando datos de las encuestas de salud y demográficas de 1990, demuestra que las opciones de comportamiento de salud son contingentes en gran medida con los comportamientos de salud de personas cercanas. Estos efectos de interacción social ocurrirían en adición de los efectos individuales, familiares y contextuales.

Me gustaría destacar dos afirmaciones de las autoras, con las cuales coincido. Por un lado, retomando a Barbosa da Silva y Berti Azevedo, afirman que 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. Por otro lado, citando a Sen, plantean que la equidad en salud es inevitablemente multidimensional y que excede la distribución de la atención sanitaria y, en consecuencia, no se debe analizar sólo en términos de ella.

Considero importante acentuar, en lo referente al papel otorgado a lo social en el cuidado de la salud, la mención que realizan las autoras sobre la presión de los medios de comunicación (a través de la publicidad de productos de consumo masivo) que opera como un factor negativo para el cuidado de la salud. Conclusiones a las que arriban a partir de las entrevistas realizadas en profundidad con el objeto de conocer, entre otras dimensiones, los hábitos y prácticas en el cuidado de la salud y la percepción de salud. Creo que es un tema que es necesario profundizar para que constituya un aporte valioso a las políticas públicas de difusión de campañas de prevención.

Con respecto a la utilización de datos secundarios, si bien las autoras aclaran que ambas fuentes utilizadas (Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud 2003 y la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida 2001 de SIEMPRO-INDEC) muestran estructuras de población similares por edad, sexo, condición de actividad y cobertura de salud y que comparten idéntico marco territorial y que no siempre fue posible comparar los resultados de ambas

[4] Mc. Question Michael J. (2001), Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina, Notas de Población N° 72, CEPAL, Santiago de Chile.

encuestas porque diferían la formulación de las preguntas. Quizás habría que profundizar el análisis de la metodología de captación de la información (preguntas: su objetivo y formulación) y procesamiento (validación y asignación de ignorados) con el propósito de asegurar comparabilidad entre ambas poblaciones.

Me parecen muy importantes las conclusiones a las que arriban las autoras sobre que las conductas frente al cuidado de la salud difieren en la percepción y en la prevención pero que se asemejan frente a un problema definido y que las percepciones sobre cómo se siente una persona no se limitan necesariamente al diagnóstico médico sino a cómo sobrellevan un malestar si lo tuvieran. Este documento, confirma una vez más el carácter multidimensional de las desigualdades y la necesidad de un abordaje metodológico que tenga en cuenta esos aspectos.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org