



DJI

Documentos de Jóvenes Investigadores

Nº 41

Septiembre 2014

UN ANÁLISIS SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA URBANA DE ARGENTINA A PARTIR DE DATOS SECUNDARIOS

Matías Ballesteros



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires



Documentos de Jóvenes Investigadores

Nº 41

Septiembre 2014



DJI

Documentos de Jóvenes Investigadores

Nº 41

Septiembre 2014

**UN ANÁLISIS SOBRE LAS DESIGUALDADES
EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE
SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA URBANA
DE ARGENTINA A PARTIR DE DATOS
SECUNDARIOS**

Matías Ballesteros



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
GINO GERMANI
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires
Pte. J.E. Uriburu 950, 6° piso - C1114AAB
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

www.iigg.sociales.uba.ar

Los Documentos de Jóvenes Investigadores dan a conocer los avances de investigación de los becarios y auxiliares del IIGG. Todos los trabajos son arbitrados por especialistas.

ISBN 978-987-3810-01-5
Catalogación: Septiembre de 2014

Desarrollo Editorial
Carolina De Volder - Centro de Documentación e Información, IIGG

Asesoramiento gráfico
Pablo Alessandrini para aurelialibros.com.ar



Atribución-NoComercial 2.5 (Argentina)

UN ANÁLISIS SOBRE LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA URBANA DE ARGENTINA A PARTIR DE DATOS SECUNDARIOS

Matías Ballesteros

Resumen

Argentina tiene un sistema de salud fuertemente segmentado, fragmentado, heterogéneo y con desigual calidad en la atención. Ello genera que el tipo de cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud que se utilizan dependen de las características culturales, económicas y sociodemográficas de la población, así como de factores territoriales. En este contexto, en el presente documento analizamos las desigualdades en las posibilidades de acceso y los patrones de utilización de diferentes servicios de salud considerando a la población adulta residente en zonas urbanas de Argentina en el año 2010. A partir de modificaciones introducidas al modelo teórico de Andersen (1995) y con los datos de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud del año 2010, en la investigación examinamos cómo se relacionan las desigualdades en el acceso al sistema sanitario con la clase social y otros anclajes estructurales de los sujetos (género y grupo etario), así como con el ingreso, el tipo de cobertura de salud y el lugar de residencia. Más específicamente analizamos cómo estos determinantes generan diferentes patrones de consultas con tres profesionales de la salud (médico, odontólogo y psicólogo o psiquiatra) teniendo en cuenta las necesidades diferenciales de utilizar estos servicios.

Palabras claves: Desigualdad social, Acceso a servicios de salud, Utilización de servicios de salud

AN ANALYSIS OF INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE URBAN ADULT POPULATION OF ARGENTINA

Matías Ballesteros

Abstract

Argentina has a health system highly segmented, fragmented, heterogeneous and with unequal quality of care. It generates that the type of coverage, the access and the quality of the health service that are used depends on the cultural, economic and demographic characteristics of the population and territorial factors. In this context, in this document we analyze the inequalities in the possibilities of access and the utilization patterns to different health services considering the adult population living in urban areas of Argentina in the year 2010. From modifications introduced to the theoretical model of Andersen (1995) and with data from the Survey of Utilization and Expenditures on Health Services of the year 2010, we examine how inequalities in access to health care are relate with social class, gender, age, income, type of health coverage and place of residence. More specifically, we study how these determinants generate different patterns of consultations with three health professionals (doctor, dentist and psychologist or psychiatrist) taking into account the differential needs to use these services.

Palabras claves: Social inequality, Access to health service, Use of health services

EL AUTOR

Matías Ballesteros

matiballesteros@yahoo.com.ar

Licenciado en Sociología, Universidad de Buenos Aires. Realizó la Maestría en Investigación Social de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA (actualmente está a la espera de defender la tesis) y se encuentra realizando el doctorado en Ciencias Sociales en la misma casa de estudios. Becario del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Parte del equipo UBACyT “¿En búsqueda de la salud holística? Discursos de cuidado de la salud, desigualdad social y estilos de vida” que dirige Betina Freidin. Docente de la materia Metodología y Técnicas de Investigación Social I, II y II, en la Cátedra Sautu, Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

ÍNDICE

1. Introducción.....	11
2. Utilización y acceso a los servicios de salud: modelos teóricos y distintas conceptualizaciones.....	15
2.1. Modelos y alcances del concepto acceso.....	15
2.2. El acceso a los servicios y su vinculación con la utilización	22
2.3. El estudio de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina	28
3. Metodología	33
3.1. Estrategia metodológica y características de los datos	33
3.2. La adaptación de nuestro marco teórico a los datos de la EUGSS 2010	40
4. Las necesidades de salud de la población	45
4.1. La autopercepción del estado de salud	45
4.2. Enfermedades crónicas diagnosticadas	50
4.3. Diagnóstico Ansiedad-depresión.....	58
4.4. Autopercepción de Ansiedad-depresión	61
5. La utilización de los servicios de salud.....	67
5.1. La consulta con el médico	68
5.2. La consulta con profesionales de la salud mental	77
5.3. La consulta odontológica	86
6. Consideraciones finales: las diferencias en la utilización de los distintos servicios de salud.....	93
Bibliografía	99

1. Introducción¹

En las sociedades modernas las formas en que las personas viven y mueren están profundamente determinadas por sus distintos anclajes estructurales (clase social, edad, género y etnia), así como por su lugar de residencia. La determinación social de las diferencias en la salud, la enfermedad y la respuesta ante ella (la atención/ cuidado) de los distintos grupos sociales se encuentran en las desiguales condiciones de existencia, así como en los distintos significados otorgados a diversos aspectos de la vida, que se transforman en prácticas y creencias que pueden afectar positiva o negativamente la salud (ALAMES, 2008; Breihl, 2009). El acceso y los patrones de utilización de los servicios de salud son una de las formas en que se expresa la desigualdad social. En el caso de Argentina, el acceso a los servicios de salud asume características particulares, ya que cuenta con un sistema de salud fuertemente segmentado, fragmentado, heterogéneo y con desigual calidad en la atención, lo que genera que el tipo de cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud que se utilizan dependa de las características culturales, económicas y sociodemográficas de la población, así como de factores territoriales (Belmartino, 2005; Maceira 2009; Centrángolo *et al.*, 2011).

En este contexto, en el presente documento nos proponemos analizar las desigualdades en las posibilidades de acceso y los patrones de utilización de diferentes servicios y de consultas a profesionales de la salud considerando a la población adulta residente en zonas urbanas de Argentina en el año 2010. La investigación examina cómo se relacionan las desigualdades

¹ El presente documento incorpora parte de los resultados de la tesis de maestría del autor, dirigida por Betina Freidin y codirigida por Ruth Sautu.

en el acceso al sistema sanitario con la clase social, y otros anclajes estructurales de los sujetos como lo son el género, el grupo etario, el ingreso, el tipo de cobertura de salud y el lugar de residencia. Analizamos cómo estos determinantes generan diferentes patrones de consultas con tres profesionales de la salud (médico, odontólogo y psicólogo o psiquiatra) teniendo en cuenta las necesidades diferenciales de utilizar estos servicios.

Comenzamos el documento dando cuenta de distintos marcos teóricos utilizados para analizar el acceso, así como su vínculo con la utilización de los servicios de salud. Basándonos en la propuesta de Frenk (1985), damos cuenta de la existencia de dos grandes grupos de modelos teóricos para analizar la problemática según el alcance que se le da al concepto acceso. Comenzamos describiendo las propuestas teóricas de Donabedian (1988) y Frenk (1985), indicados por distintos autores como referentes entre quienes sostienen el alcance acotado del concepto acceso. Luego, presentamos la descripción del modelo teórico propuesto por Aday y Andersen (1974), y modificado posteriormente por el propio Andersen (1995), en tanto referentes de las perspectivas teóricas que sostienen el dominio amplio del acceso. Profundizamos en la descripción del modelo de Andersen (1995) ya que lo tomamos como referencia para realizar el análisis de los datos.

En una siguiente sección damos cuenta de la estrategia metodológica utilizada. Aquí presentamos las características de los datos secundarios utilizados: la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del año 2010 (EUGSS 2010) y la Encuesta de Factores de Riesgo del año 2009 (ENFR 2009). A continuación, describimos los modelos de análisis multivariado empleados en el presente documento, elaborados a partir de regresiones logísticas. Por último, presentamos las adaptaciones realizadas al modelo teórico de Andersen (1995), a

partir de nuestro marco teórico, y para ajustarlo a las posibilidades que brindan las fuentes de datos utilizadas.

Para finalizar, basándonos en los datos de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) del año 2010, y a partir de modificaciones introducidas al modelo teórico de Andersen, analizamos las desigualdades en el acceso a los servicios de salud considerando la consulta con distintos profesionales (médico, psicólogo-psiquiatra y odontólogo). Siguiendo a Andersen (1995), entendemos que para comprender las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, es fundamental examinar las necesidades diferenciales de utilización de los servicios. Por ello comenzamos el análisis de los datos con una caracterización de las necesidades diferenciales de utilización de los servicios de salud a partir de distintos indicadores de morbilidad y de autopercepción del estado de salud de la población. En una siguiente sección, realizamos un análisis del acceso a la consulta médica, odontológica y de salud mental. Como estrategia analítica de los datos comenzamos realizando un análisis descriptivo bivariado entre distintos determinantes demográficos, sociales y geográficos con el estado de salud y la utilización de los servicios. Luego realizamos un análisis multivariado a partir de regresiones logísticas. Para el estudio del acceso a los servicios de salud incorporamos por bloques teóricos (siguiendo el modelo de Andersen, 1995) las variables que han resultado significativamente asociadas.

2. Utilización y acceso a los servicios de salud: modelos teóricos y distintas conceptualizaciones

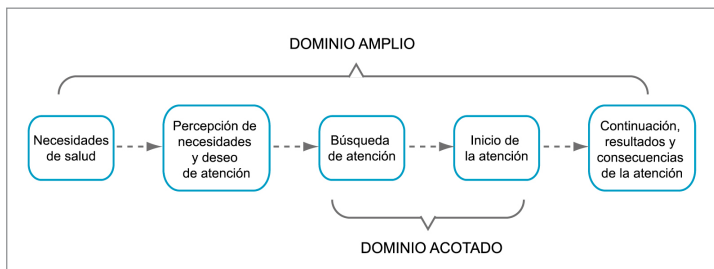
2.1. Modelos y alcances del concepto acceso

El acceso a los servicios de salud es una temática que ha sido abordada en una gran cantidad de estudios en diversos países. Si bien varios autores han señalado que existen distintas formas de conceptualizar y operacionalizar el concepto *acceso*, en muchas ocasiones el término es utilizado en forma imprecisa y no siempre es clara la definición que se emplea ni cuál es su vínculo con el término *accesibilidad* y con la *utilización* de los servicios (Frenk, 1985: 438; Giovanella y Fleury, 1996: 189-193; Goddard y Smith, 2001: 1150; Travassos y Martins, 2004: 191; Ricketts y Goldsmith, 2005: 274; Levesque *et al.*, 2013:1-2). Siguiendo a Frenk (1985), en la mayoría de los casos los conceptos *acceso* y *accesibilidad* son utilizados como sinónimos. Sin embargo, Pechansky y Thomas (1981) denominan *accesibilidad* a la dimensión geográfica del *acceso*. Por otro lado, el propio Frenk (1985: 442) propone subordinar al término *acceso* como una dimensión de la *accesibilidad* (la que da cuenta de la capacidad de los usuarios para obtener atención), aunque entiende que ante la polisemia de significados que se le ha dado al término es difícil que su propuesta prospere. Aquí hemos tomado a ambos términos como sinónimos.

Entre las distintas conceptualizaciones, hay diferencias en el enfoque que se le da al concepto *acceso*. Mientras algunos autores se centran en las características de la población, otros lo hacen en las características de la oferta de servicios de salud, o bien combinan ambas perspectivas (Aday y Andersen, 1974: 604; Frenk, 1985: 438-439; Travassos y Martins, 2004: 191). Por

otro lado, hay diferencias en el alcance que se le da al concepto. Siguiendo a Frenk (1985: 439-440), en el sentido más acotado, el *acceso* refiere al proceso que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, analizando los factores que obstaculizan o facilitan la obtención de la atención. En el sentido más amplio, el *acceso* también abarca las necesidades de salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial (Frenk, 1985: 440; Travassos y Martins, 2004: 191; Levesque *et al.*, 2013: 4). En el Esquema 1, se presentan los distintos alcances que tiene el concepto de *acceso* en la literatura.

ESQUEMA 1. Alcances del concepto acceso a los servicios de salud



Fuente: Frenk (1985:440).

Los alcances que se le dan al concepto acceso sirven para clasificar a los distintos modelos teóricos que abordan esta temática. Entre los que sostienen el alcance acotado, varios autores coinciden en señalar a la propuesta de Donabedian y las posteriores elaboraciones de Frenk como unas de las principales referencias (Giovannella y Fleury, 1996; Travassos y Martins, 2004; Ricketts y Goldsmith, 2005; Levesque *et al.*, 2013). Donabedian (1988: 477), analiza la *accesibilidad* como un atributo de la oferta de los servicios, pero no simplemente como la disponibilidad de estos, sino en tanto la capacidad de producir

servicios en relación con las necesidades de la población. Si bien es una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población (Donabedian, 1988: 497). Es decir, que el acceso es entendido a partir del grado de ajuste entre las características de la población y los recursos del sistema (Frenk, 1985: 439). La capacidad de producir servicios, a diferencia de las capacidades de la población (como el tiempo y el dinero), pueden ser modificadas en el corto plazo (Frenk, 1985: 444). Es por ello que definir al acceso como un atributo de los servicios, enfatiza el hecho de que estos deberían responder a las características de la población, para asegurar la capacidad de las personas de usar los servicios cuando se enfrentan a una necesidad de salud (Levesque *et al.*, 2013: 2013).

Frenk (1985) retomando la definición de accesibilidad de Donabedian, plantea que la misma es una función de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención, generados por la organización de los servicios de salud (*obstáculos*) y las *capacidades* o *recursos* de la población para superar esos obstáculos, en el contexto de los recursos disponibles en una zona. El autor plantea tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan los *obstáculos* del sistema y las *capacidades* o *recursos* de la población. La *ecológica*, que relaciona a los problemas que surgen por la ubicación de los lugares de atención, con los recursos de tiempo y transporte de los usuarios. La *financiera*, que vincula los costos en la obtención de la atención con la capacidad financiera de los usuarios. Y la *organizacional*, que en los obstáculos incluye las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera, mientras que en las capacidades incluye la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras (Frenk, 1985: 445-

446). La distancia, los costos o los tiempos de demora que implican la atención por sí mismos no dan cuenta de la accesibilidad, sino que lo hace cuando se los pone en relación con el ingreso o el tiempo disponible de una población. Es por ello que distintas relaciones entre las *capacidades* de la población y los *obstáculos* generados por el sistema son posibles para un mismo nivel de accesibilidad (Frenk, 1985:442-444). Además, el autor sostiene que es necesario considerar los distintos niveles de necesidad a la hora de evaluar la accesibilidad (Frenk, 1985: 452). Por último, cabe destacar que tanto Frenk como Donabedian, reconocen la determinación social de los otros aspectos que se encuentran dentro del dominio amplio del acceso, pero proponen restringir el concepto al dominio acotado para diferenciarlo de la utilización.

En los modelos teóricos que sostienen el alcance amplio del término, la perspectiva más utilizada ha sido la de Aday y Andersen (1974), así como las posteriores revisiones y actualizaciones de Andersen (1995). Aquí se incorpora como parte del acceso a los determinantes de las necesidades de salud y las percepciones diferenciales de los sujetos ante los cuidados (información, creencias y concepciones de salud, confianza en el sistema médico y tolerancia a los malestares), así como las experiencias previas y los circuitos de retroalimentación que tienen estas con las futuras utilidades de los servicios (Giovannella y Fleury, 1996; Travassos y Martins, 2004; Ricketts y Goldsmith, 2005). Aday y Andersen (1974) sostienen que la utilización de los servicios de salud es función de tres factores. Uno de ellos son los *predisponentes*, existentes previo al surgimiento del problema y que disponen anticipadamente a la utilización de los servicios. Aquí se encuentran los factores demográficos (sexo y edad), los de la estructura social (el nivel educativo, la clase social y la etnia, que están asociados con el

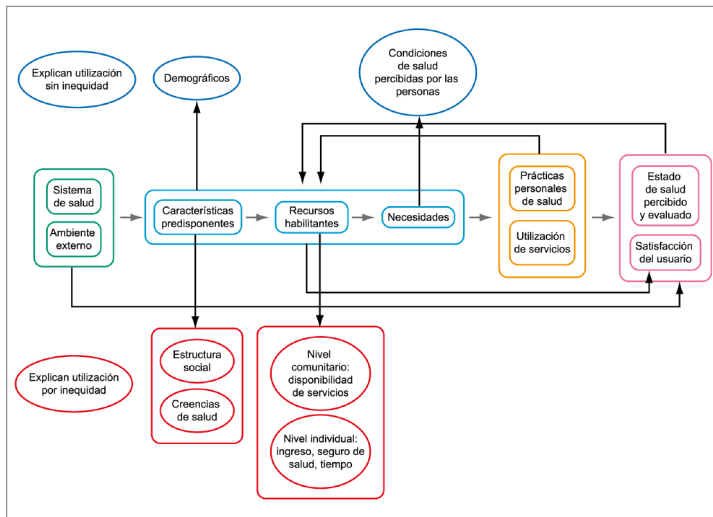
estatus social y con un acceso a recursos y habilidades diferenciales para afrontar problemas), y los de información, creencias y concepciones de salud (actitudes y conocimientos sobre la salud y los servicios de salud). Un segundo grupo de factores son los *capacitantes*, que dan cuenta de los medios disponibles para obtener atención de salud a nivel comunitario (disponibilidad de los servicios) e individual (los medios y el conocimiento para utilizar el servicio, como dinero, seguro de salud, los tiempos de espera, etc.). Por último, el tercer grupo de factores son las *necesidades de salud*, en tanto condiciones de salud percibidas por las personas, entendiendo que tanto las condiciones de salud como las percepciones están fuertemente influenciadas por la estructura social y las creencias en salud (Aday y Andersen, 1974: 608, Andersen, 1995: 2-3).

A su vez, se definen dos dimensiones del acceso: el acceso potencial (la presencia de recursos que habilitan a utilizar los servicios) y el acceso realizado (la utilización de los servicios) (Andersen, 1995: 4). El acceso potencial está determinado por los *factores capacitantes*, que como dijimos más arriba, son un subconjunto de los factores que determinan el acceso realizado (utilización). A partir de ello se plantea que hay equidad en el acceso a los servicios de salud cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud. En cambio, hay inequidad cuando la utilización se explica por la estructura social, la información, creencias y concepciones de salud o distintos recursos habilitantes. Es decir, cuando alguno de estos factores determina quién recibe el cuidado de salud (Andersen, 1995: 4).

En revisiones posteriores, Andersen (1995: 5 a 7) le da una mayor jerarquía al sistema de salud como un determinante importante de la utilización; da cuenta de que existen múltiples influencias entre el uso del servicio de salud y el estado de salud (el sistema de salud impacta en el estado de salud de

la población y éste en la utilización de los servicios, a la vez que los resultados de experiencias previas impactan en futuras utilidades) e incorpora el concepto de acceso efectivo (la utilización del servicio que mejora la salud) y acceso eficiente (relación entre el nivel cambio en la salud y el volumen del servicio utilizado) (Andersen, 1995: 5 a 7). En esta visión ampliada de acceso, se incluye la posibilidad de elegir servicios aceptables y efectivos, ya que la oportunidad de utilizar solo servicios de pobre calidad es visto como una restricción en el acceso (Levesque *et al.*, 2013:6). A continuación (Esquema 2) presentamos el modelo desarrollado por Andersen, diferenciando los factores que explican la utilización de los servicios asociados con inequidad (en la parte inferior del esquema y en rojo) de los no asociados con inequidad (en la parte superior del esquema y en azul).

ESQUEMA 2. El modelo de acceso a los servicios de salud de Andersen (1995), una variante del acceso ampliado a los servicios de salud.



Fuente: Elaboración en base a Andersen (1995).

Cabe destacar que si bien la cobertura de salud es propuesta por Andersen como uno de los factores habilitantes y en tanto tal es un indicador de desigualdad en el acceso a los servicios de salud solo cuando está explicando una desigual utilización de un servicio, en algunas ocasiones es tomado en sí mismo como un indicador de acceso potencial a los servicios de salud. Esta medida suele ser considerada directamente un indicador del acceso potencial a los servicios de salud en países como Estados Unidos (Goddard y Smith, 2001; Travassos y Martins, 2004) y Argentina (por ejemplo, Triano, 2006 y Adaszko, 2011) donde la utilización de los servicios está fuertemente influenciada por el tipo de cobertura de salud que los sujetos poseen, pero no así en los estudios realizados en Europa, donde la gran mayoría de la población utiliza servicios financiados por los seguros universales de salud (Goddard y Smith, 2001; Travassos y Martins, 2004).

Por otro lado, en el alcance amplio del concepto hay algunos autores que han resaltado la importancia de los factores comunitarios o contextuales en tanto determinantes del acceso como complemento de los individuales. Esto no sólo por la disponibilidad de servicios, sino también porque hay aspectos ambientales, sociales, culturales, económicos y físicos que influyen en el acceso a los servicios (Ricketts y Goldsmith, 2005: 275; Lavesque *et al.*, 2013: 7). Además, autores enmarcados en la salud colectiva latinoamericana proponen incluir la *conciencia sanitaria*, en tanto una dimensión política del acceso, que implica la conciencia de que la salud es un derecho de las personas y un interés de la comunidad (Abreu de Jesús y Araújo Assis, 2010: 166). El acceso no considera solo la entrada a un sistema preexistente, sino que entiende que este se construye de forma dinámica con participación de la ciudadanía y el control social sobre el sistema (Giovannella y Fleury,

1996: 194). El acceso es propuesto también como un componente cognoscitivo a partir del cual la población comprende la determinación social del Proceso de Salud Enfermedad Atención/ Cuidado (Abreu de Jesús y Araújo Assis, 2010: 166).

En este trabajo partimos de la noción ampliada de acceso a los servicios de salud para analizar los datos de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) 2010. Sin embargo, el análisis empírico estará limitado por las características de los datos secundarios disponibles, que por ejemplo, nos impiden analizar los resultados de la utilización de los servicios (el acceso efectivo y eficiente) y limitan el estudio de los efectos de los factores comunitarios (debido a las características de la muestra el mayor grado de desagregación que permite es la región de residencia). Por otro lado, y como lo desarrollamos en el siguiente apartado, nos diferenciamos del modelo propuesto por Andersen (1995), en considerar que la edad y el sexo, además de ser factores demográficos, son parte del conjunto de variables que componen la estructura social, al condicionar la desigual apropiación de recursos, de distribución de roles y de representaciones sobre el comportamiento correcto para los distintos grupos de edades y los géneros.

2.2. El acceso a los servicios y su vinculación con la utilización

La forma de operacionalizar el concepto de acceso a partir del marco teórico de Aday y Andersen (1974), y seguido por la mayoría de los estudios que analizan esta temática, es la utilización de los servicios en un período determinado teniendo en cuenta que esta no se explica solo por la accesibilidad, sino que también está mediada por otros factores como las necesidades de salud y factores demográficos (Aday y Andersen, 1974: 608; ; Giovanella y Fleury, 1996: 190; Mendoza Sassi

y Beria, 2001: 44; Goddard y Smith, 2001: 1151; Levesque *et al.* 2013:6). A partir de un metaanálisis sobre estudios de acceso y utilización de servicios de salud, Mendoza Sassi y Beria (2001: 45-46) encontraron que la consulta con el médico durante el último año es el indicador más utilizado para medir el acceso a los servicios de salud.

Entre los factores demográficos que explican parte de la utilización no vinculados con el acceso, las edades extremas (niños y adultos mayores) y ser mujer (las mayores diferencias con los hombres se encuentran en las edades reproductivas), son los predictores más importantes para el uso de los servicios de salud (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 45-46). La edad y el sexo influyen en la utilización de los servicios por factores biológicos, pero también porque son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad (Kornblit y Mendes Diz, 2000: 28; López *et al.*, 2005: 11).

Con relación a la edad, la población joven además de tener una menor carga de morbilidad, tiende a no priorizar el cuidado de la salud vinculado con la percepción de una menor vulnerabilidad; mientras que lo opuesto ocurre con relación a los niños y ancianos (Kornblit, 1997; Kornblit *et al.*, 2005). Las personas más jóvenes tienen mejores estados de salud autorreportados, declaran tener menos enfermedades de tratamiento prolongado, consultan menos los servicios de salud, y cuando lo hacen, en mayor proporción es por motivos curativos (López *et al.*, 2005).

Por otro lado, siguiendo a Gómez Gómez (2002: 329-330) con relación a las diferencias de género, existen tres hipótesis explicativas complementarias sobre el por qué la mayor utilización por parte de las mujeres no está asociado con un privilegio social. La primera plantea que existe una necesidad *objetiva*

diferencial de utilización de los servicios debido a las funciones reproductivas de las mujeres y porque están expuestas a mayores tasas de morbilidad y discapacidad que los hombres. La segunda sostiene que por la socialización de género, las expectativas culturales y los ejercicios concretos de las mujeres del rol de “cuidadoras” de la salud, hace que estén más familiarizadas con el reconocimiento de los síntomas y predispuestas a la búsqueda de atención. Además, distintas investigaciones han encontrado que los hombres tienden a ver a la enfermedad y a la atención como símbolos de debilidad. La tercera hipótesis plantea que hay factores institucionales que favorecen la mayor utilización de los servicios de salud asociado con la medicalización de procesos biológicos de las mujeres, con el subsidio a ciertos servicios y por las ineficiencias generadas en la atención producto de la fragmentación de la organización. Debido a que la mayor necesidad requiere una mayor utilización de los servicios, y por lo tanto un mayor gasto en salud, Gómez Gómez (2002: 333) sostiene que se vulnera el principio de equidad, al ser el género con menos recursos quien más debe gastar. También se ha señalado que las mujeres utilizan los servicios en mayor proporción de forma preventiva, mientras que los hombres lo hacen más frecuentemente de forma curativa (Checa, 2000; López *et al.*, 2005). Por todo lo anterior entendemos que el género y la edad, además de ser factores demográficos, deben ser consideradas variables vinculadas con la estructura social para explicar el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Con relación a las necesidades de salud, las mismas suelen ser medidas a partir de la morbilidad referida o la autopercepción del estado general de salud, y están fuertemente asociadas con la utilización de los servicios. Los indicadores de autopercepción de salud y autorreporte de morbilidades o incapacidades

llevan aparejado el problema de que pueden existir diferencias sistemáticas en la forma en que los distintos grupos sociales interpretan esas preguntas (Goddard y Smith, 2001: 1150) y de que existen percepciones diferenciales entre grupos sociales ante un mismo daño orgánico (Boltanski, 1975; Llovet, 1984). En este sentido, se ha comprobado que los sectores estructuralmente desfavorecidos tienden a percibir (y por lo tanto a reportar en las encuestas) malestares cuando se trata de casos más severos (Llovet, 1984; Prece y Schufer, 1991; Schufer de Paikin *et al.*, 1992). Sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado que la autopercepción reportada de la salud puede servir como un buen predictor del estado de salud de la población y de su morbimortalidad (Ocampo, 2010). Distintos autores (Aday y Andersen, 1974; Frenk, 1985, entre otros) destacan la importancia de incorporar las necesidades de salud de forma conjunta con los factores sociales al momento de analizar el acceso. Esto es así ya que en varios trabajos se ha encontrado que la asociación entre los grupos sociales y la utilización de los servicios de salud solo aparecen una vez que se controlan las necesidades de salud. Así, por ejemplo, se ve que en los grupos con peores estados de salud, los sectores estructuralmente más desfavorecidos utilizan menos los servicios (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 45-46).

En cuanto a los factores socioeconómicos, varios estudios sostienen que la clase social, el nivel educativo y el ingreso inciden fuertemente en las consultas, aunque según el sistema de salud los hallazgos son diversos. Dado que los sectores socialmente más desfavorecidos tienen mayores cargas de morbilidad y un peor estado de salud autorreportado (Kornblit *et al.*, 2005; Jorrat *et al.*, 2008; Alzraqui *et al.*, 2009; Adaszko, 2011), tienden a utilizar más los servicios en aquellos sistemas donde la accesibilidad al sistema de salud

les es favorable (por ejemplo, en países donde hay un sistema universal de salud y se promueven políticas para favorecer el acceso a los sectores postergados). En cambio, en otros países en los que el sistema no corrige las desigualdades de recursos para acceder a los servicios, o incluso las aumenta, puede suceder la situación inversa (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 47-48; Goddard y Smith, 2001: 1155-1156). Es por ello que las diferencias en la utilización de los servicios entre distintos grupos sociales puede estar mostrando el efecto del sistema de salud, ya que en aquellos que se contempla la mayor necesidad de los grupos menos favorecidos, estos tienden a usar más los servicios (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 47-48). En todos los casos, los sectores estructuralmente privilegiados tienden a realizar de forma más frecuente consultas de tipo preventiva, tanto en lo referente a la consulta con profesionales de la salud como en los estudios de diagnóstico, mientras que los sectores desfavorecidos tienen más dificultades en reconocer y darle importancia a los síntomas de distintas enfermedades y, debido a la mayor frecuencia con que realizan un uso “intensivo” del cuerpo, tienden a soportar un mayor grado de malestar antes de realizar la consulta, a punto tal que en muchas ocasiones se retrasa hasta que las dolencias impidan la continuidad de la vida cotidiana (Llovet, 1984; Prece y Schufer, 1991; Kornblit y Mendes Diz, 2000). Además, en muchas ocasiones la atención de la salud queda en un lugar subalterno con relación a la necesidad de garantizar la supervivencia diaria, teniendo estos sectores menos flexibilidad para dejar de cumplir actividades como ir al trabajo, la realización del trabajo doméstico o el cuidado de los hijos (Llovet, 1984; Prece y Schufer de Paikin, 1991; Kornblit y Mendes Diz, 2000). Si bien la falta de tiempo para el cuidado de la salud afecta más a los sectores populares, también es un limitante importante en sectores medios (Do-

mínguez Mon, 2012). Por otro lado, el mayor soporte social y poseer un seguro de salud, asociados con la posición social de los sujetos, también son predictores de la utilización de los distintos servicios (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 47-48).

Entre los factores del sistema de salud que explican la utilización, se encuentran la distancia y la existencia de los recursos (en lugares donde no hay una “razonable” red de atención y/o tienen una topografía que presenta dificultades para la accesibilidad física), las formas de financiamiento y los tipos cobertura de salud (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 50-51). También el período de espera para acceder a un turno, el tiempo y costo de viaje, el tiempo transcurrido en la sala de espera e interrupciones en la prestación de los servicios son factores predictores de la utilización (Aday y Andersen, 1974: 611).

Cabe destacar también que los factores que determinan la utilización tienen distinto peso en los diferentes servicios de salud (médico, odontólogo, psicólogo, hospitalizaciones, etc.) y los motivos del uso (preventivos, curativos o de rehabilitación), por lo que es recomendable analizarlo por separado (Aday y Andersen, 1974: 609; Travassos y Martins, 2004: 191). Por ejemplo, en servicios de salud dental, considerados como servicios con un mayor carácter discrecional que la consulta con el médico y las hospitalizaciones, van a tener más peso que en estos últimos los factores habilitantes, la estructura social y las creencias en salud (Andersen, 1995: 4). Además, el lugar y el motivo por el que se realiza la consulta pueden ser elementos importantes para comprender la utilización de los servicios (Andersen, 1995).

2.3. El estudio de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina

El estudio de esta temática en el país cuenta con una rica tradición y se ha realizado desde diversos ángulos. Entre ellos, se ha analizado la influencia de la posición social (clase, ingreso, educación) en el comportamiento individual, así como en el nivel de las familias, además de la edad y el género, con respecto al cuidado de la salud, concluyendo que estas características de la población tienen una gran importancia en las percepciones acerca de los estados de salud y morbilidad, los comportamientos frente al cuidado, y el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Dentro de la literatura de Argentina sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, algunas investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas han estudiado el comportamiento de la población comparando distintos sectores sociales (Prece y Schufer de Paiking, 1991; Findling *et al.*, 2004; Lopez *et al.*, 2005; Mazzeo, 2007; Arrossi *et al.*, 2008; Jorrat *et al.*, 2008; Maceira, 2009; Desantis y Herrero, 2009; Chiara *et al.*, 2010; Adaszko, 2011), mientras otras se han centrado en sectores populares (Llovet, 1984; Schufer *et al.*, 1992; Checa, 1996; Barcala y Stolkiner, 2000; Stolkiner *et al.*, 2003; Gogna *et al.*, 2005; Epele, 2007; Báscolo *et al.*, 2007; Sachi *et al.*, 2007; Monsalvo, 2010) y en menor medida en sectores medios (López *et al.*, 2010; Domínguez Mon, 2012). Algunas de ellas han analizado las características que esta problemática asumía en grupos específicos como niños (Mazzeo, 2007), adolescentes (Kornblit *et al.*, 2005; Checa *et al.*, 2011), mujeres embarazadas (Checa, 1996; Gogna *et al.*, 2005; Báscolo *et al.*, 2007), adultos mayores (Pantelides, 2005; López *et al.*, 2009), población con enfermedades crónicas (Domínguez Mon, 2012) y usuarios de drogas (Epele, 2007). Además,

cabe destacar que varios de estos trabajos han analizado las desigualdades en el acceso a servicios específicos como por ejemplo la realización de estudios de diagnóstico preventivos (Medvetzky y Klimovsky, 1998; Arrossi *et al.*, 2008; Ponce, 2012), a servicios de salud reproductiva (Cerrutti y Freidin, 2004; Gogna *et al.*, 2005; Pecheny y Tamburrino, 2009; Checa *et al.*, 2011) y a medicamentos (Monsalvo, 2010). Por último, otro conjunto de investigaciones cualitativas han estudiado la forma en que el acceso a los servicios de salud se complementan con distintas medicinas complementarias y alternativas (Idoyaga Molina, 2002; Freidin y Abrutzky, 2010 y 2011; Freidin *et al.*, 2013).

Varios de estos trabajos han analizado barreras en el acceso a los servicios de salud, y entre las que aparecen como más importantes se encuentran la falta de tiempo y los tiempos de espera (Stolkiner *et al.*, 2003; Findling *et al.*, 2004; Báscolo *et al.*, 2007; Checa *et al.*, 2011), y los problemas financieros (pago del servicios, costos del viaje a los servicios) (Barcala y Stolkiner, 2000; Stolkiner *et al.*, 2003; Findling *et al.*, 2004; Pantelides, 2005; Ministerio de Salud, 2011; Adaszko, 2011). Otras barreras que aparecen son la imposibilidad de disponer un día de trabajo (Barcala y Stolkiner, 2000), los limitados horarios de atención del centro de salud (Báscolo *et al.*, 2007), la distancia y la falta de transporte (Pantelides, 2005), la obtención de turnos (Checa *et al.*, 2011) y vinculadas con diversos aspectos simbólicos, de la relación médico paciente y de la satisfacción con relación a la atención (Comes y Stolkiner, 2004; Pantelides, 2005; Epele, 2007).

Otro conjunto de trabajos han analizado las desigualdades en el acceso que se producen producto de la organización del sistema de salud argentino. Se ha marcado la desigualdad de recursos entre los distintos subsistemas (público, obras

sociales y prepagas), en particular luego de la reforma del sistema en los '90, que permitió que las empresas de medicina prepaga coopten a la población de mayores ingresos, sin grupos familiares a cargo y más joven (por lo tanto menos proclive a enfermarse) (Findling *et al.*, 2000; Fidalgo, 2008; Centrángolo *et al.*, 2011). También se ha señalado la heterogeneidad de recursos que existen al interior de un mismo subsistema. Entre las obras sociales, a pesar de la existencia del fondo redistribuidor que asegura una cápita mínima por beneficiario, algunas obras sociales han sido particularmente perjudicadas por las últimas reformas, quedándose con una cartera de beneficiarios de bajas contribuciones y elevada edad. Esto genera que existan grandes diferencias en los recursos por beneficiarios que manejan, por lo que son muy diferentes las prestaciones que pueden ofrecer (Findling *et al.*, 2002; Belmartino, 2005; Báscolo, 2008; Centrángolo *et al.*, 2011). Pero además, algunas obras sociales ofrecen planes de salud diferenciales, por lo que existen diferencias en la cobertura que tienen los beneficiarios de una misma obra social (Báscolo, 2008; Centrángolo *et al.*, 2011). Por otro lado, se ha resaltado particularmente la desigual distribución de recursos en el sector público que existen entre las distintas provincias del país, y entre los municipios al interior de ellas (Maceira *et al.*, 2006; Chiara *et al.*, 2010; Lago *et al.*, 2012). A las diferencias en el acceso por las desiguales capacidades económicas entre las jurisdicciones, se le suman las distintas respuestas y capacidades de gestión locales (Báscolo *et al.*, 2007; Chiara *et al.*, 2010; Centrángolo *et al.*, 2011; Faraone *et al.*, 2012). En líneas generales, los estudios coinciden en señalar que las provincias del NEA y el NOA es donde la población en mayor medida depende del subsector público (ya que son las provincias con menor porcentaje de la población cubiertas con otras formas de aseguramiento) y donde menos

recursos materiales y humanos por habitante sin cobertura cuenta este subsector (Triano, 2006; Centrángolo *et al.*, 2011). Además, en estas jurisdicciones, así como en los municipios con menos recursos de otras regiones, también es donde la población tiene más necesidades en salud (Triano, 2006; Centrángolo *et al.*, 2011; Lago *et al.*, 2012). Esto genera por ejemplo que sea usual que sectores humildes del conurbano bonaerense deban viajar varias horas para atenderse en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Stolkiner *et al.*, 2003). Por todo lo anterior es que el acceso no solo depende de las características socioeconómicas y del tipo de cobertura de los individuos y sus familias, sino también del lugar de residencia.

En el presente documento, actualizamos los análisis realizados con la información cuantitativa más reciente (2010) a nivel nacional para estudiar el acceso en el sentido amplio del término, con la originalidad de adaptar el modelo de teórico de Andersen (1995) a las posibilidades que brinda la EUGSS 2010. Más específicamente, a partir de regresiones logísticas estudiamos la forma en que se articulan los distintos determinantes del acceso a tres profesionales de la salud (médico, psicólogo y psiquiatra).

3. Metodología

3.1. Estrategia metodológica y características de los datos

La estrategia metodológica del documento es cuantitativa y está basada en el análisis de datos secundarios. Si bien el análisis de datos secundarios cuantitativos comparte con el del análisis primario la lógica deductiva en desarrollo de la investigación, este se vuelve un poco más laxo, ya que parte del marco teórico y la operacionalización de los conceptos deben ajustarse a las definiciones implícitas en los datos originales. Los datos secundarios existentes imponen un “margen de acción” sobre lo que se puede analizar (Otamendi y Otero, 2009: 3-4). Cuando se trabaja con encuestas, ese margen de acción es más amplio si se obtienen las bases de datos, que si simplemente se obtienen los tabulados. En nuestro caso, accedimos a la base de datos, los manuales de códigos y los apartados metodológicos de la Encuesta De Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2010 (EGUSS 2010). Además tuvimos la posibilidad de consultar personalmente a técnicos e investigadores del CEDOP-UBA y del Ministerio de Salud de la Nación, encargados de desarrollar y analizar parte de la encuesta (a quienes agradecemos su desinteresada colaboración)². Esto nos permitió, utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0, recodificar los sistemas de categorías originales de algunas variables, crear nuevas variables en base a la combinatoria de

² Agradecemos particularmente a Raúl Jorrot y Manuel Riveiro (director y auxiliar del CEDOP al momento de desarrollarse la EUGSS 2010) por las constantes y desinteresadas respuestas a las múltiples preguntas que surgieron al momento de procesar los datos de encuesta. También a María de las Mercedes Fernández y Élica Marconi de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de Nación, quienes nos han facilitado el acceso a la base de datos y aclarado varias dudas sobre la EUGSS 2010.

otras, así como realizar cruces de variables y análisis multivariados diferentes a los publicados, siguiendo nuestro marco teórico y para responder a nuestro objetivo de investigación. Sin embargo, hemos tenido que adaptar nuestro análisis a las posibilidades que nos brindan los datos.

Dado que Argentina no cuenta con un registro permanente sobre la utilización de los servicios de salud de los tres subsistemas a nivel nacional³, los estudios cuantitativos sobre el acceso a los servicios se deben realizar a partir de encuestas a hogares e individuos (Ministerio de Salud, 2004). Además, las encuestas brindan información complementaria a la que pueden brindar los registros permanentes de los servicios de salud (sobre hábitos personales, entornos físicos y sociales, barreras en el acceso y experiencias sobre la utilización de los servicios, gastos de bolsillo en salud, la autopercepción de la calidad de vida y estado de salud, la morbilidad percibida y referida, así como diversos aspectos de las características sociales, económicas, culturales y demográficas de los individuos y sus familias) y permiten llegar a la población que no utiliza los servicios (Üstün *et al.*, 2003; Brugulat- Guiteras *et al.*, 2010).

En nuestro caso, centramos nuestro análisis la “Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud” (EUGSS) realizada de forma conjunta por el CEDOP (UBA) y la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación

3 Si bien existe el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA), que permite actualizar permanentemente la información sobre un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) que incluyen a los recursos y prestaciones de los servicios de salud (Monsalvo, 2011: 41-46), el mismo tiene un alto nivel de cobertura del sector público, pero no así del sector privado y de obras sociales. Cabe destacar según la Organización Mundial de la Salud la falta de cobertura de los registros permanentes de los sectores no estatales es una característica que comparten la gran mayoría de los sistemas de salud de los distintos países del mundo, por lo que estos datos suelen brindar un cuadro incompleto sobre la utilización de los servicios de salud (Üstün *et al.*, 2003: 797).

(DEIS-MSN) en el año 2010. La misma se basó en una muestra probabilística estratificada multietápica. En la etapa final, una vez seleccionado el hogar a realizar la encuesta, en caso de existir más de un mayor, el encuestado se eligió aleatoriamente. Además, si en el hogar había menores de 18 años, también se seleccionó al azar a uno de ellos. La muestra quedó conformada por 3.128 casos (2.263 de 18 años y más y 865 menores de 18 años) (Ministerio de Salud, 2012: 22-23).

Sin embargo cabe destacar que el universo de estudio de nuestra investigación está delimitado por la población adulta (18 años y más) de zonas urbanas de argentina. En la decisión del recorte etario seguimos la estrategia adoptada por otras investigaciones realizadas a partir de las EUGSS 2005 (Jorrat et al., 2008; de Santis Herrero, 2009) de analizar a la población adulta por separado ya que la utilización de los servicios de salud en la población menor de edad adquiere características específicas que requiere un análisis diferencial (Trías, 2004 citado en de Santis y Herrero 2009). Entendemos que algo similar sucede con la población del ámbito rural, en cuanto a que la oferta de servicios de salud, los factores geográficos, como la topografía de las distintas zonas, y las distancias y medios de transporte disponibles, condicionan de una forma diferencial la utilización, el acceso y las barreras a los servicios de salud, lo que justificaría la realización de estudios específicos. Debido al recorte a la población adulta urbana, la base de datos de la EUGSS 2010 quedó compuesta de 2.049 casos.

Hemos incorporado también información complementaria que nos brinda la “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo” (ENFR) llevada a cabo por el MSN y el INDEC en el año 2009. La misma se realizó en base a un diseño probabilístico multietápico (por conglomerado y estratificado), a través de 4 etapas. Las primeras tres (departamento, área y vivienda)

corresponden al “Marco de Muestreo Nacional de Viviendas”, recortándose el universo a localidades urbanas de 5.000 habitantes y más. En la cuarta etapa, se relevaron todos los hogares encontrados dentro de una vivienda y para seleccionar a la persona a entrevistar entre los integrantes del hogar, se utilizó la tabla de Kish. En total se encuestaron a 34.732 personas (Ministerio de Salud, 2011: 17-19).

Debido a que tanto la EUGSS 2010 como la ENFR 2009 se realizaron a partir de un muestreo probabilístico estratificado no proporcional, en las dos encuestas se desarrollaron factores de ponderación para ajustar los resultados obtenidos a los parámetros poblacionales. En nuestro caso trabajamos respetando los factores de ponderación elaborados para cada una de las encuestas.

Con el objetivo de analizar el acceso a los servicios de salud en la acepción amplia del concepto, trabajamos con la EUGSS 2010 y nos basamos en el modelo teórico de Andersen (1995) para explicar el acceso a la consulta médica, odontológica y de salud mental, aunque debimos adaptar el modelo a las posibilidades que brinda la encuesta. Nos centramos casi exclusivamente en la EUGSS 2010 (solo introdujimos un análisis descriptivo de la variable autopercepción de ansiedad y depresión de la ENFR 2009), debido a que trabajamos con regresiones logísticas para analizar el acceso a la consulta con los tres profesionales de la salud y para ello es necesario que las distintas variables estén en la misma base de datos. Y de las encuestas nacionales disponibles que consultan sobre utilización de servicios de salud, la EUGSS 2010 es la que mejor se puede adaptar al modelo teórico de Andersen, ya que indaga sobre una amplia batería de enfermedades crónicas, dolencias y autopercepciones del estado de salud y sobre las características sociodemográficas de la población. Sin embargo, no hemos podido incorporar al modelo indicadores de las creencias

sobre salud de la población, ni los resultados de la utilización de los servicios (en tanto indicador de la calidad del acceso y condicionante de futuras utilizaciones de los servicios) ya que la EUGSS 2010 no indagó sobre la temática. Cabe destacar también que contamos con un indicador débil de lugar de residencia debido a que la región es el máximo nivel que permite desagregar la EUGSS 2010. Esto representa una importante limitación ya que existen grandes diferencias en las características del sistema de salud de distintas provincias al interior de una región, e incluso entre distintos municipios al interior de una provincia (Triano, 2006; Maceira *et al.*, 2006).

Para realizar el análisis de los datos utilizamos regresiones logísticas. Cabe destacar que las mismas son una herramienta que se utiliza para construir modelos de análisis multivariado, que permiten examinar la relación entre una variable dependiente dicotómica con varias independientes. A partir de la regresión logística podemos saber cuál es el efecto de una variable independiente, una vez controlada el resto. Para analizar el acceso a los servicios de salud, utilizamos la modalidad paso por paso que permite introducir las variables por bloques teóricos, de forma tal que se puede analizar cómo se modifica (o no) el efecto de cada variable una vez introducidas las variables de otro bloque teórico. En este caso introdujimos en un primer bloque las *variables predisponentes* (demográficas y de la estructura social) y la región de residencia, en un segundo bloque las de *necesidades de salud* (de autopercepción de la salud, de impedimento físico y de diagnóstico médico de enfermedades) y en un tercer bloque los *capacitantes de nivel individual* (tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso per cápita familiar). Previo a las regresiones logísticas realizamos un análisis descriptivo bivariado entre la variable dependiente con cada una de las variables independientes. Luego introdujimos al modelo

solo las variables independientes relacionadas (según la prueba chi cuadrado) con la variable dependiente a explicar. También realizamos análisis bivariados entre las variables independientes, ya que la elevada correlación entre ellas puede generar que se sesgue el modelo (se denomina presencia de multicolinealidad en el modelo). Cuando ello sucede se recomienda seleccionar la variable que teóricamente aporta más a la explicación del fenómeno (Sánchez Viscaíno, 2000: 457-458). En nuestro caso, ello ocurrió con las variables clase social y nivel educativo (correlación de Pearson= 0.65), motivo por el cual solo incluimos en las regresiones logísticas la variable clase social (de mayor importancia teórica según nuestra perspectiva).

La elaboración del modelo de análisis multivariado, la lógica con la que fuimos introduciendo las variables por grupos teóricos y la elaboración de los indicadores, se desprenden de nuestro marco teórico. En este sentido, entendemos que nuestra propuesta se distancia del “empirismo burdo”. Este consiste en acercarse a los datos secundarios y, a partir de modelo analíticos complejos, cruzando una gran cantidad de variables, esperar que surjan interpretaciones relevantes y de interés (Otamendi y Otero, 2009). Siguiendo a Schuster (2002: 43-44) el problema es que muchas veces las correlaciones se deben a situaciones azarosas o aspectos irrelevantes. O también puede suceder que haya variables que tengan una vinculación causal, pero queden anuladas por otras que no tengan influencia real pero se vinculen con esta. Esto se debe a que se saltea un paso previo, que corresponde a la articulación con la teoría, que es lo que permite establecer si las correlaciones entre variables son relevantes (Schuster, 2002: 43-44). El problema no reside en la aplicación de los modelos multivariados en sí mismo, sino en considerar que es posible encontrar la resolución a los problemas de investigación siguiendo técnicas avanzadas de análisis

estadístico sin realizar una reflexión teórica al respecto (Silva Aycaguer, 2005: 311). La utilización de una gran cantidad de datos secundarios y de modelos estadísticos complejos no constituye un problema en tanto estos sean parte del diseño de la investigación y sirvan para responder a objetivos que se desprendan del marco teórico (Sautu, 2003:164).

Para finalizar este apartado, cabe destacar también algunas precisiones con relación a la variable clase social. En nuestro caso, siguiendo la construcción empírica del esquema de clases desarrollado por Sautu (Sautu *et al.*, 2007; Sautu, 2011) diferenciamos a cuatro posiciones en función de la categoría ocupacional, las condiciones de autoridad, supervisión y calificación laboral y el número de personas empleadas (para los propietarios de capital) (Sautu *et al.*, 2007: 7). El esquema quedó compuesto por cuatro clases: clase media propietaria, directiva y profesional, clase media intermedia técnico-comercial-administrativa, clase obrera calificada y clase obrera no calificada⁴. No es parte del esquema empírico la alta burguesía ya que los propietarios de capital que suelen integrar las muestras con las que trabajamos son parte de la clase media (por el tamaño de sus empresas) (Sautu, *et al.*, 2007: 14). Cabe destacar que al analizar los datos de la ENFR 2009 no hemos podido utilizar la variable debido a que la misma no indaga sobre las características de la ocupación de los encuestados, por lo que es imposible reconstruir su posición de clase a partir de nuestro marco teórico. En cambio trabajamos con otras variables proxy que dan cuenta de las características socioeconómicas de la población y con alta correlación con la clase social (nivel educativo e ingreso per cápita del hogar).

4 Para un detalle de la operacionalización del esquema de clase y de la ubicación de cada una de las ocupaciones a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) véase Riveiro, Krause y Ballesteros (2013).

3.2. La adaptación de nuestro marco teórico a los datos de la EUGSS 2010

En la siguiente sección caracterizamos los patrones de utilización de la consulta con tres profesionales de la salud (médico, odontólogo y psicólogo-psiquiatra) entre distintos grupos sociales siguiendo el modelo teórico de Andersen (1995). En el marco teórico hemos desarrollado que además de las características del sistema de salud y contextuales del lugar de residencia, existen *factores predisponentes* (demográficos, de estructura social y de creencias en salud), *capacitantes de nivel individual* (cobertura de salud, ingreso y tiempo), *capacitantes de nivel colectivo* (disponibilidad de servicios) y de *necesidades de salud* que explican la utilización (Andersen, 1995). En este modelo, los factores demográficos y de necesidades de salud son los únicos que explican diferentes utilidades de las consultas con los profesionales sin denotar la existencia de desigualdad social. Con relación a las necesidades de salud, planteamos que es importante analizar su vínculo con los distintos grupos sociales, ya que en algunas ocasiones la desigual utilización de los servicios de salud, solo aparece cuando se tienen en cuenta las diferentes necesidades de salud. Además, la inclusión del análisis de la percepción de la salud y la conducta diferencial frente a la morbilidad, permite encuadrar el acceso a los servicios de salud como una parte de un proceso más amplio de la Salud-Enfermedad y Atención/Cuidado de la población. Es por todo lo anterior que comenzamos el análisis de los datos con una primera sección en la que examinamos la relación entre la clase social, la edad, el género y la región de residencia con las *necesidades de salud* de la población.

En una segunda parte, analizamos el acceso a los servicios de salud a partir del modelo de Andersen (1995). Comenzamos con un análisis descriptivo de las diferencias en la consulta

con los distintos profesionales de la salud según la región de residencia (en tanto *proxy* del sistema de salud y de las características contextuales de donde vive la población), de algunas variables que siguiendo a Andersen (1995) postulamos como *predisponentes* (edad, clase social y género), otras como *capacitantes* (ingreso per cápita del hogar y cobertura de salud) y otras de *necesidades de salud* de la población (a partir de indicadores de autopercepción de la salud, de impedimento físico y de diagnóstico médico de enfermedades). Por último, realizamos una regresión logística para analizar la forma en que las distintas variables se complementan para explicar la consulta con los distintos profesionales. Al seguir la modalidad paso por paso pudimos introducir las variables por bloques teóricos, de forma tal de analizar cómo se modifica (o no) el efecto de cada variable una vez introducidas las variables de otro bloque teórico. Ello nos permitió incluir en un primer bloque los factores *predisponentes* y la región de residencia, en un segundo bloque incorporar las *necesidades de salud* y por último a los factores *capacitantes*.

Decidimos ubicar a la región de residencia en un primer bloque junto a los factores *predisponentes*, en tanto un indicador del sistema de salud y las características contextuales del lugar de residencia, y no como un factor *capacitante de nivel colectivo* (en ese caso debería incluirse en el tercer bloque de la regresión logística). Ello se debe a que entendemos que además de la disponibilidad de los servicios, hay aspectos ambientales sociales, culturales, económicos y físicos asociados al lugar de residencia que influyen en el acceso (Ricketts y Goldsmith, 2005: 275; Lavesque *et al.*, 2013: 7). Sin embargo, cabe destacar que distintos autores (Silva Aycauer, 2005: 313-314; Diez Roux, 2004: 74) han marcado las limitaciones que tienen los modelos de regresión logística al no jerarquizar las variables

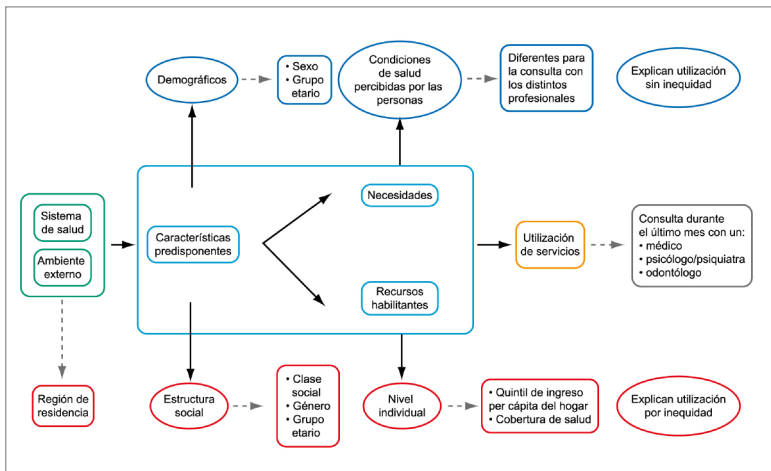
contextuales. Esto fortalece las determinaciones más inmediatas (individuales y biológicas) en detrimento de las más distales y sociales (Diez Roux 2004: 74). De esta forma, se produce la falacia “psicologista”: se ignora variables del nivel grupal que ayudan a explicar variables de nivel individual. A ello se le suma que por las características de la muestra no pudimos ver diferencias a nivel provincial y menos aún a nivel municipal, sino a nivel regional. Este nivel de desagregación geográfico tiene grandes limitaciones, teniendo en cuenta que hay estudios que muestran la existencia de fuertes diferencias en la salud de la población entre Provincias y localidades al interior de ellas y que la infraestructura sanitaria depende en gran medida de los recursos y capacidades Jurisdiccionales (Triano, 2006; Báscolo *et al.*, 2007; Alazraqui *et al.*, 2009; Maceira, 2010; Centrángolo *et al.*, 2011; Lago *et al.*, 2012).

En cuanto a la edad y el sexo-género, las ubicamos en el modelo tanto como factores demográficos (como figuraban en el modelo de Andersen) y de la estructura social. Ello se debe a que si bien son factores demográficos, también los consideramos mediadores culturales de los comportamientos de la población, por lo que intentaremos problematizar en distintas circunstancias qué rol están cumpliendo las variables.

Por otro lado, cabe destacar que no incluimos en este análisis las creencias en salud, debido a que no contamos con datos para ello. Por el mismo motivo, simplificamos el esquema y no incluimos los resultados de la utilización de los servicios, que en el marco teórico desarrollamos como un indicador de la calidad del acceso y un condicionante de futuras utilidades de los servicios. Por último, cabe recordar que no incluimos en el análisis al nivel educativo como indicador de la estructura social, por el problema de colinealidad que surge al introducirlo en las regresiones logísticas junto con la clase social.

A continuación (Esquema 2) presentamos nuestro modelo de análisis operacionalizado incluyendo los indicadores de cada dimensión. Es similar al presentado en el marco teórico, aunque está simplificado (sin incluir los resultados de la utilización de los servicios, las creencias de salud y los factores capacitantes de nivel colectivo) y con los indicadores de cada dimensión. Los rectángulos a los que llegan las flechas punteadas son los indicadores. Los que se encuentran en la parte superior del gráfico y en azul, son los que explican la utilización sin inequidad, mientras que los que se encuentran por debajo y en rojo explican la utilización diferencial de los servicios por desigualdades sociales de acceso.

ESQUEMA 2. Modelo de análisis de Andersen (1995) simplificado y operacionalizado.⁵



Fuente: Elaboración propia en base a Andersen (1995).

⁵ Con relación al modelo de Anderson (1995), no incorporamos a nuestro modelo los resultados de la utilización de los servicios, las creencias de salud y los factores capacitantes de nivel colectivo dado que la encuesta con la que trabajamos (EUGSS) no cuenta con los indicadores para hacerlo.

4. Las necesidades de salud de la población

4.1. La autopercepción del estado de salud

Si bien la caracterización del estado de salud de una persona es algo muy complejo, distintos estudios epidemiológicos han demostrado que la autopercepción reportada de la salud puede servir como un buen predictor del estado de salud de la población, de su morbilidad, discapacidad y mortalidad (Ocampo, 2010). Se ha planteado que esta variable tiene deficiencias, ya que algunas de las Provincias argentinas con peores indicadores de salud (como alta mortalidad infantil y baja esperanza de vida) se encuentran entre las provincias con los mayores niveles de autopercepción positiva (De maio, 2010: 200-201). Sin embargo, distintos autores del ámbito local han trabajado con esta variable como indicador de la salud de la población, encontrando una fuerte asociación con la clase social, la educación, el ingreso, el género y las características contextuales del lugar de residencia (López *et al.*, 2005; Jorrat *et al.*, 2008; Alazraqui *et al.*, 2009; Ministerio Nacional de Salud, 2011). Debido que se lo considera una medición subjetiva que integra factores biológicos, mentales, sociales y funcionales del individuo (Ocampo, 2010), entendemos que la población con una autopercepción negativa del estado de salud tiene mayores necesidades de salud y por lo tanto de utilización de los servicios médicos y de salud mental.

Como se observa en el Cuadro 1, hay una clara relación entre la autopercepción del estado de salud y la clase social. Los menores niveles de autopercepción negativa (muy mala, mala y regular) se encuentran en la clase media propietaria, profesional y directiva (6,6%) y los mayores en la clase trabajadora no calificada (22,1%) y calificada (19,3%). En cambio los mayores niveles de autopercepción de salud positiva (excelente

y muy buena) se encuentran en la clase media propietaria, profesional y directiva (54,8%), seguida por la clase media técnico-comercial-administrativa (41,0%), mientras los menores niveles se encuentran en la clase trabajadora calificada (30,6%) y semi y no calificada (28,1%).

CUADRO 1. Autopercepción de la salud según posición de clase social. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en%. **

Autopercepción de salud	Posición de clase social				Total
	Clase media profesional y managers	Clase media técnico-comercial-administrativa	Clase trabajadora calificada	Clase trabajadora semi-no calificada	
Muy malo, malo y regular	6,6	15,9	19,3	22,1	17,9
Bueno	38,6	43,1	50,1	49,8	47,0
Muy bueno y Excelente	54,8	41,0	30,6	28,1	35,1
Total	100	100	100	100	100
	(197)	(471)	(703)	(506)	(1877)

Nota: ** $p < 0,01$

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Con relación a la edad (Cuadro 2), vemos que disminuye el porcentaje de población que reporta un estado de salud positivo a medida que aumenta el grupo etario. Mientras que cerca de la mitad (49,6%) de la población de 18 a 29 años reporta tener un estado excelente o muy bueno, ese porcentaje desciende a uno de cada cinco (19,4%) entre quienes tienen 60 y más años. Entre el grupo más joven y la población de 30 a 44 años (48%) prácticamente no hay diferencias, que sí aparecen al pasar al grupo de 45 a 59 años (30,0%). La vinculación entre estas variables es esperable, debido a que a medida que aumenta la edad, aumentan la carga de morbilidad de la población.

CUADRO 2. Autopercepción de la salud según grupo etario.
Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina
en el año 2010. Datos en %.**

Autopercepción de salud	Grupo etario			
	18 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años
Muy malo, malo y regular	7,3	11,6	19,6	30,3
Bueno	43,1	40,5	50,4	50,3
Muy bueno y Excelente	49,6	48,0	30,0	19,4
Total	100,0 (397)	100,0 (561)	100,0 (520)	100,0 (535)

Nota: ** $p < 0,01$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En cuanto al género (Cuadro 3), vemos que también está relacionado con la autopercepción de la salud. Coincidiendo con estudios previos realizados en el país (López *et al.*, 2005; Jorrat *et al.*, 2008), los hombres tienen mayores niveles de autopercepción positiva (38,5%) que las mujeres (33,8%). Si bien esta relación es más débil que la de los grupos etarios y la de la clase social, la misma es estadísticamente significativa trabajando con un 99% de confianza. Recordemos que la mayor autopercepción positiva de los hombres puede deberse a la menor carga de morbilidad que soportan pero también porque los roles de género son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad (Kornblit y Mendes Diz, 2000: 28; López *et al.*, 2005: 11). Debido a la socialización de género y el rol que ocupan como “cuidadoras” de la salud, las mujeres están más familiarizadas con el reconocimiento de síntomas y malestares, mientras que los hombres tienden a ver a la enfermedad como símbolos de debilidad (Gómez Gómez, 2002: 329-330).

CUADRO 3. Autopercepción de la salud según género. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.**

Autopercepción de salud	Género	
	Masculino	Femenino
Muy malo, malo y regular	14,0	21,4
Bueno	47,5	44,8
Muy bueno y Excelente	38,5	33,8
Total	(981)	(1033)

Nota: ** $p < 0,01$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Por último, vemos que es la población residente en el NOA (26,5%) y el NEA (24,7%) la que reporta niveles más altos de autopercepción negativa, mientras que los niveles más bajos se encuentran entre la población residente en la región patagónica (14,7%) y la pampeana (14,9%), seguidos por el AMBA (17,0%) y Cuyo (17,2%) (Cuadro 4). A la inversa, los niveles de autopercepción positiva más altos se encuentran en Cuyo (40,2%), en la Patagonia (40%), en la región Pampeana (37,9%) y en el AMBA (37%), mientras que los más bajos se encuentran en el NOA (25,5%) y el NEA (31,3%). Cabe destacar que el NEA y el NOA son las regiones más pobres del país y con peores indicadores objetivos de salud (Triano, 2006; Centrángolo *et al.*, 2011).

CUADRO 4. Autopercepción de la salud según región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.**

Autopercepción de salud	Región					
	AMBA	Pampeana	CUYO	NOA	NEA	Patagónica
Muy malo, malo y regular	17,0	14,9	17,2	26,5	24,7	14,7
Bueno	46,0	47,2	42,6	48,0	44,0	45,3

Muy bueno y excelente	37,0	37,9	40,2	25,5	31,3	40,0
Total	(787)	(659)	(122)	(200)	(150)	(95)

Nota: **p<0,01.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En la regresión logística que se muestra a continuación (Cuadro 5), vemos que incorporando a las cuatro variables de forma conjunta, todas están vinculadas con la autopercepción del estado de salud. En cuanto a la clase social, una vez controlada el resto de las variables, vemos que los sectores de clase trabajadora no calificada tienen 3,75 veces más chances de no tener una autopercepción del estado de salud muy buena o excelente que la clase media propietaria, profesional y directiva⁶. Por su parte, las mujeres tienen 1,35 veces más chances que los hombres de no tener este nivel de autopercepción positiva de la salud, mientras que los residentes del NEA y del NOA tienen un 1,26 veces más chances que los residentes en el resto del país. Por último, vemos que las chances de no reportar un estado de la salud positivo se incrementan con la edad. Analizando lo que sucede entre los grupos etarios extremos, la población de

6 En todas las regresiones logísticas que realizamos en el documento informamos el Exp (B) que nos dice cuánto aumento o disminuye el odds ratio. El término odds ratio suele traducirse como razones de momio, posibilidades o chances. Nosotros utilizamos estos dos último términos como sinónimos durante el documento. También informamos la significación de la prueba del estadístico Wald (con el símbolo p) que indica la probabilidad de error al descartar la hipótesis nula. Por último también indicamos el R cuadrado de Nagelkerke, que es un coeficiente que varía de 0 a 1 e indica la bondad de ajuste del modelo. Si bien existen otras medidas para evaluar la bondad de ajuste del modelo como lo son la eficacia predictiva y el estadístico desviación (o -2 log likelihood) decidimos informar solo el R cuadrado de Nagelkerke debido a que su comprensión es más intuitiva ya que varía de 0 a 1 (siendo los más cercanos a 1 los que indican un mejor ajuste del modelo). Sin embargo, este coeficiente no puede ser interpretado la misma forma que el R cuadrado de las regresiones lineales, en el sentido de que el coeficiente no indica la proporción de la variación de la variable dependiente que es explicado por las independientes (Sánchez Vizcaíno, 2000; Chitarroni, 2002).

60 años y más tiene 5,03 veces más chances de no reportar un estado de salud positivo que la población de 18 a 29 años.

CUADRO 5. Regresión logística: Factores que inciden en la autopercepción del estado de salud de la población (1). Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010.

Posición de clase (referencia: media propietaria, profesiona y directiva)	Exp(B)
Clase intermedia	2,038**
Trabajadora calificada	3,086**
Trabajadora no calificada	3,752**
Región (0= no Norte, 1= Norte)	1,260**
Género (0= masculino, 1= femenino)	1,355**
Grupo de edad (referencia: 18 a 29)	
30 a 44 años	1,351*
45 a 59 años	2,407**
60 años y más	5,032**
Constante	0,164**
R cuadrado de Nagelkerke	0,145

Notas: (1) La autopercepción del estado de salud fue dicotomizada entre: 0= excelente o muy buena y 1= muy mala, mala, regular o buena.

**p<0,01 *p<0,05.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

4.2. Enfermedades crónicas diagnosticadas

Otro indicador relevado por la EUGSS 2010 que sirve para comprender el estado de salud de la población y las necesidades diferenciales de utilización de los servicios, es el diagnóstico médico de una enfermedad crónica⁷. En este caso, vemos

⁷ Se le consultó a los entrevistados si algún médico le diagnosticó enfermedades que se extienden en el tiempo y que requieren tratamiento prolongado como artritis, artrosis, reumatismo, alergias, asma, bronquitis crónica, diabetes, presión alta, infarto, otras enfermedades del corazón,

en el Cuadro 6 que si bien es la clase media propietaria, profesional y directiva la que en menor medida ha recibido este diagnóstico (53%), esta asociación es leve y no es estadísticamente significativa. La región de residencia tampoco tiene una incidencia estadísticamente significativa, siendo la población del Cuyo la única que se diferencia levemente con un 49,6%. En cambio con relación a la edad y el género, vemos que el indicador varía significativamente. El diagnóstico de alguna de esas enfermedades aumenta con la edad: alrededor de un tercio de los encuestados de los grupos etarios más jóvenes han recibido el diagnóstico de alguna de esas enfermedades (33,0% el grupo de 18 a 29 años y 38,1% el grupo de 30 a 44 años), frente a casi dos tercios del grupo etario de 45 a 59 años (63%) y a casi 9 de cada 10 del grupo de 60 años y más (85,3%). Por último, el 61,9% de las mujeres ha recibido el diagnóstico médico de alguna de enfermedad crónica, frente al 50,0% de los hombres.

CUADRO 6. Porcentaje de población diagnosticada con una enfermedad crónica, según posición de clase social, grupo etario, género y región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Posición de clase social+		Grupo Etario**		Género**		Región+	
Clase media profesional y directiva	53,0	15 a 29 años	33,0	Masc.	50,0	AMBA	56,1
Clase media técnico-comercial-administrativa	58,1	30 a 44 años	38,1	Fem.	61,9	Pampeana	57,4
Clase trabajadora calificada	57,5	45 a 59 años	63,0	Total	56,1 (1132)	Cuyo	49,6

colesterol alto, enfermedades del hígado o vesicular biliar, gastritis-úlceras, molestias urinarias, ansiedad-depresión y otras enfermedades.

Clase trabajadora semi-no calificada	56,2	60 y más años	85,3
Total	56,8 (1068)	Total	56,1 (1132)

NOA	57,5
NEA	54,0
Patagonica	55,2
Total	56,1 (1132)

Nota: ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Sin embargo, esta variable a la vez de ser un indicador de estado de salud de la población, nos puede estar indicando el vínculo con el sistema médico y/o las percepciones diferenciales del cuerpo. Es decir, es más probable que quienes tengan más contacto con el sistema médico se les indiquen una mayor cantidad de estudios preventivos y de esa forma tengan más posibilidades de detectar una enfermedad crónica. Y también es más probable que quienes tienen mayores capacidades de reconocer y darle importancia a los síntomas de distintas enfermedades, tengan mayores posibilidades de concurrir a un médico y producto de dicho acceso se le diagnostique una enfermedad crónica. Por otro lado, los niveles de malestares y las imposibilidades que generan estas enfermedades crónicas en la vida cotidiana dependen en gran medida del acceso a especialistas dentro y fuera del sistema de salud formal, de la posibilidad de cumplir con sus recomendaciones, así como las desiguales condiciones de existencia de la población. Es por ello que es muy importante vincular el anterior indicador con las dificultades que generan en la vida cotidiana de los sujetos dichas enfermedades.

En el Cuadro 7 se ve claramente que entre quienes han recibido el diagnóstico de una enfermedad crónica, es la pobla-

ción de la clase trabajadora no calificada quienes en mayor medida han debido limitar sus actividades principales y/o del tiempo libre (48,8%), mientras que es la población de la clase media profesional y directiva la que en menor medida debieron interrumpirlas (20,2%). En medio de los dos extremos se encuentra la clase media técnico-comercial-administrativa (33,9%) y la clase trabajadora calificada (38,0%). La mayor limitación que las enfermedades crónicas generan en la población de la clase trabajadora (principalmente en la no calificada) puede estar explicada por dos motivos complementarios. Por un lado, puede deberse a que el diagnóstico médico aparezca cuando la enfermedad está en un grado más avanzado, ya que está demostrado que esta población tiene mayores dificultades en reconocer y darle importancia a los síntomas (Llovet, 1984; Prece y Schufer, 1991; Kornblit y Mendes Diz, 2000). Eso es así ya que debido a las características del trabajo manual realizan con mayor frecuencia un uso “intensivo” del cuerpo. Por otro lado, puede deberse a que esta población cuenta con menor capacidad de movilizar recursos para lidiar y afrontar la enfermedad (Link y Phelan, 1995).

Por su parte, las enfermedades limitan levemente más a las mujeres y a los grupos de edades extremas, aunque en el caso de la edad las diferencias no son estadísticamente significativas. Por último, la población residente en región patagónica (22,6%), seguida por la residente en el AMBA (32,6%), son a las que las enfermedades en menor medida han limitado la realización de actividades físicas, mientras que las residentes en las regiones NOA (49,1%), NEA (48,1%) y Cuyo (45,9%) son a las que lo han hecho en mayor medida.

CUADRO 7. Porcentaje de población que ha tenido limitaciones en sus actividades cotidianas entre la población a la que se le ha diagnosticado una enfermedad crónica, según posición de clase social, grupo etario, género y región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Posición de clase social**		Grupo Etario+		Género*		Región**	
Clase media, propietaria profesional y directiva	20,2	15 a 29 años	40,5	Masc.	34,1	AMBA	32,6
Clase media técnico-comercial-administrativa	33,9	30 a 44 años	33,6	Fem.	41,2	Pampeana	40,2
Clase trabajadora calificada	38,0	45 a 59 años	35,2	Total	38,1 (430)	Cuyo	45,9
Clase trabajadora semi-no calificada	48,8	60 y más años	41,7			NOA	49,1
Total	38,1 (406)	Total	38,1 (430)			NEA	48,1
						Patagonica	22,6
						Total	38,1 (430)

Nota: ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Combinando las dos variables anteriores (haber recibido el diagnóstico médico de una enfermedad crónica y las limitaciones generadas en la vida cotidiana por enfermedades crónicas), armamos un nuevo indicador: el diagnóstico de una enfermedad crónica que haya limitado la realización de las actividades principales y/o de tiempo libre durante el último año (Cuadro 8). La categoría que se muestra en el Cuadro 8 indica a la po-

blación que ha limitado sus actividades producto de una enfermedad crónica, y la categoría que permanece oculta representa tanto a la población que no tiene una enfermedad crónica y la que sí tiene pero no le ha significado una limitación⁸. Vemos que existe una fuerte asociación de esta variable con la posición de clase, el grupo etario, el género y la región de residencia. Son los sectores de la clase trabajadora semi y no calificada los que en mayor porcentaje han visto limitada sus actividades por una enfermedad crónica (27,4%), seguidos por los de la clase trabajadora calificada (21,8%) y los de la clase media técnico-comercial-administrativa (19,7%), mientras que los sectores de la clase media propietaria, profesional y directiva son los que menos han visto limitada su actividad (10,6%). Con relación al género, estas enfermedades han limitado en mayor medida las actividades de las mujeres (25,4%) que la de los hombres (17,0%). Además, las limitaciones producto de estas enfermedades aumentan con la edad, aunque las mismas comienzan a incrementarse con el grupo de 45 a 59 años (22%) y del de 60 años y más (35,4%), mientras que no hay diferencias entre el grupo de 18 a 29 años (13,4%) y el de 30 a 44 (12,9%). Por último, vemos que es la población residente en las regiones patagónica (12,6%) y del AMBA (18,3%) la que en menor medida ven

⁸ Cabe aclarar con mayor precisión las diferencias entre la Tabla 7 y la Tabla 8. En la Tabla 7 el total de la población está dado por quienes recibieron el diagnóstico médico de enfermedades crónicas. En la Tabla mostramos el porcentaje de la población con enfermedades crónicas que ha tenido limitaciones durante el último año y mantenemos oculto el porcentaje de población con enfermedades crónicas que no ha tenido limitaciones durante el último año. En cambio, en la Tabla 8 el total es toda la población (tanto los que han recibido un diagnóstico de enfermedades crónicas como los que no lo han recibido). En la Tabla mostramos el porcentaje de población con enfermedades crónicas que ha tenido limitaciones durante el último año y mantenemos oculto tanto al porcentaje de población que no ha recibido un diagnóstico médico de enfermedades crónicas como al porcentaje de población que sí ha recibido el diagnóstico médico de enfermedades crónicas pero que estas no le generaron limitaciones durante el último año.

restringida sus actividades debido a las enfermedades crónicas, y la del NOA (28,0%) y el NEA (26,0%) las que en mayor medida. En el medio se encuentra la población residente en la región Pampeana y del Cuyo (ambas con 23,0%). Nuevamente son las regiones más pobres del país (NEA y NOA) las que cuentan con el mayor nivel de población en peores condiciones de salud.

CUADRO 8. Limitaciones en actividad principal o tiempo libre durante el último año debido a enfermedad crónica diagnosticada por el médico, según posición de clase, grupo etario, género y región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Posición de clase social**		Grupo Etario**		Género **		Región**	
Clase media, propietaria profesional y directiva	10,6	15 a 29 años	13,4	Masc.	17,0	AMBA	18,3
Clase media técnico-comercial-administrativa	19,7	30 a 44 años	12,9	Fem.	25,4	Pampeana	23,0
Clase trabajadora calificada	21,8	45 a 59 años	22,0	Total	21,3 (406)	Cuyo	23,0
Clase trabajadora semi-no calificada	27,4	60 y más años	35,4			NOA	28,0
Total	21,6 (406)	Total	21,3 (406)			NEA	26,0
						Patagonica	12,6
						Total	21,3 (406)

Nota: **p<0,01.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Al realizar la regresión logística, nuevamente vemos que todas las variables independientes están relacionadas con la dependiente. Con relación a la clase vemos que, una vez controladas el resto de

las variables, a medida que se desciende de posición aumentan las posibilidades de haber tenido limitaciones por una enfermedad crónica, de forma tal que los miembros de la clase trabajadora no calificada tienen 3,5 veces más chances que la clase media propietaria, profesional y directiva de haber tenido limitaciones para realizar actividades durante el último año debido a una enfermedad crónica. Las mujeres tienen 1,66 veces más chances que los hombres, mientras que los residentes del NEA y del NOA tienen un 1,19 más que los residentes en el resto del país. Por último, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos etarios más jóvenes, pero sí las hay entre el grupo de 18 a 29 con relación a la población de 45 a 59 (2,21 veces más posibilidades) y con la de 60 y más (4,25 veces más chances).

CUADRO 9. Regresión logística: Factores que inciden en el diagnóstico de enfermedad crónica que haya limitado la realización de las actividades (1). Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010.

Posición de clase (referencia: media propietaria, profesional y directiva)	Exp(B)
Clase intermedia	2,26**
Trabajadora calificada	2,49**
Trabajadora no calificada	3,50**
Región (0= no Norte, 1=Norte)	1,19**
Género (0=masculino, 1=femenino)	1,66**
Grupo de edad (referencia: 18 a 29)	-
30 a 44 años	1,32+
45 a 59 años	2,21**
60 años y más	4,25**
Constante	0,02**
R cuadrado de Nagelkerke	0,112

Notas: (1) 0=No tener limitaciones en actividad principal o tiempo libre durante el último año debido a enfermedad crónica diagnosticada por médico ; 1= sí tener limitaciones por esos motivos

**p<0,01, +p>0,05.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

4.3. Diagnóstico Ansiedad-depresión

Como mencionamos anteriormente, consideramos a la autopercepción general del estado de salud como un indicador válido de las necesidades de salud en la consulta médica y de salud mental (dado que el mismo sirve como un *proxy* del estado físico y mental de la población). Sin embargo, entendemos que las limitaciones generadas por enfermedades crónicas solo puede ser un indicador válido de las necesidades de la consulta médica. Si bien la EUGSS 2010 no ofrece ningún indicador específico de la autopercepción del estado de salud mental, consulta si al entrevistado un médico le ha diagnosticado ansiedad o depresión. Evidentemente esta pregunta, en tanto indicador para establecer las necesidades de la consulta con un psicólogo o psiquiatra, cuenta con la misma limitación del indicador de enfermedades crónicas, en tanto puede estar indicando el vínculo con el sistema de salud, la importancia que se le otorga a los padecimientos mentales y las creencias de que es con profesionales de la salud con quien se debe discutir esta problemática. Sin embargo, aún con estas limitaciones, entendemos que el análisis del indicador nos puede servir para ver sobre qué grupos se realiza más frecuentemente el diagnóstico. Además, aún teniendo en cuenta las limitaciones anteriores, es más probable que quien reciba un diagnóstico médico de ansiedad o depresión necesite consultar con un especialista de la salud mental que quien no lo ha recibido.

En el Cuadro 10 se ve que haber recibido el diagnóstico de ansiedad o depresión tiene una relación fuerte con el género y el grupo etario, mientras que tiene una relación menor con la región de residencia y la posición de clase. Con relación al género, el 11,1% de las mujeres han recibido este diagnóstico frente a tan solo el 2,7% de los hombres. Esta fuerte diferencia se ha encontrado de forma sistemática en una gran cantidad

de estudios que se han hecho en distintos países. Siguiendo a Rieker y Bird (2000: 98), existen dos teorías para explicarlo. La teoría de la *exposición diferencial* sostiene que debido a la posición desventajosa que ocupan en la división social del trabajo y en la distribución de roles familiares, las mujeres soportan cargas más pesadas y mayores restricciones que los hombres, por lo que tienen mayores niveles de problemas psicológicos. En cambio, la teoría de la *vulnerabilidad diferencial* sostiene que los hombres y mujeres tienen similares niveles de problemas mentales, pero mientras es más frecuente que las mujeres tengan desórdenes depresivos y de ansiedad, es más común que los hombres tengan mayores niveles de abuso de alcohol y otras drogas, así como desórdenes de comportamientos antisociales.

Con relación a la edad, se observa claramente que a medida que aumenta el grupo etario, se incrementa el porcentaje de población que ha sido diagnosticada con ansiedad o depresión. Entre los extremos etarios, vemos que solo representa al 2,3% de la población de 18 a 29 años, frente al 11,8% de la población de 60 años y más. Sin embargo, el corte más claro ocurre cuando se pasa del grupo de 30 a 44 años (4,5%) al grupo de 45 a 59 años (8,6%). La mayor prevalencia de depresión entre los adultos mayores se ha encontrado sistemáticamente en estudios epidemiológicos (Hoyl *et al.*, 2000; Menéndez *et al.*, 2005). Otros estudios también han encontrado un aumento importante en la prevalencia de este padecimiento a partir de los 46 años (Gómez-Restrepo *et al.*, 2004).

Con relación a la clase social, vemos que si bien es la clase media propietaria, profesional y directiva la que en menor medida ha recibido el diagnóstico (4,5%) y la clase trabajadora no calificada la que en mayor medida lo ha recibido (9,3%); la clase trabajadora calificada ha tenido en menor medida el diag-

nóstico (5,3%) que la clase intermedia (7,6%). Entendemos que esta situación puede ser explicada por las limitaciones que tiene el indicador comentadas anteriormente. Algo similar sucede con la región, se ve que existe una asociación débil, y a diferencia de los indicadores anteriores, no hay una relación clara entre vivir en las regiones más pobres (NEA y NOA) con el diagnóstico de depresión y ansiedad. Debido a esta distribución aleatoria entre regiones, en la regresión logística no agruparemos las regiones como en los casos anteriores.

CUADRO 10. Población que ha sido diagnosticada con ansiedad-depresión por un médico, según posición de clase, grupo etario, género y región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Posición de clase social*		Grupo Etario**		Género **		Región*	
Clase media propietaria, profesional y directiva	4,5	18 a 29 años	2,3	Masc.	2,7	AMBA	5,2
Clase media técnico-comercial-administrativa	7,6	30 a 44 años	4,5	Fem.	11,1	Pampeana	9,2
Clase trabajadora calificada	5,3	45 a 59 años	8,6	Total	7,0	Cuyo	4,1
Clase trabajadora semi-no calificada	9,3	60 y más años	11,8			NOA	8,5
Total	6,9	Total	7,0			NEA	6,0
						Patagonica	9,5
						Total	7,0

Nota: ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Cuando realizamos la regresión logística (Cuadro 11), vemos que las mujeres tienen 4,1 veces más posibilidades de haber recibido el diagnóstico de estar ansiosa o deprimida que los hombres, mientras que la población de 60 años y más tiene 6,5 veces más posibilidades que la población de 18 a 29 años. Con relación a la clase social, tomando a la clase media

profesional-directiva como referencia, vemos que la única diferencia significativa es con la trabajadora no calificada, que tiene 2,1 veces más posibilidades. Por último, tomando como referencia al AMBA, las únicas regiones con diferencias significativas son la región Pampeana y la Patagónica.

CUADRO 11. Regresión logística: Factores que inciden en el diagnóstico médico de ansiedad-depresión (1). Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010.

Posición de clase (referencia: media propietaria, profesional y directiva)	Exp(B)
Clase intermedia	1,616+
Trabajadora calificada	1,326+
Trabajadora no calificada	2,126*
Región (referencia: AMBA)	
Pampeana	1,744*
Cuyo	0,721+
NOA	1,768+
NEA	1,314+
Patagonica	2,233**
Género (0=masculino, 1=femenino)	4,103**
Grupo de edad (referencia: 18 a 29)	
30 a 44 años	2,047+
45 a 59 años	4,398**
60 años y más	6,495**
Constante	0,001**
R cuadrado de Nagelkerke	0,142

Notas: (1) 0= no haber recibido diagnóstico de ansiedad o depresión por parte de un médico, 1= haber recibido el diagnóstico.

**p<0,01, *+ p<0,05, p>0,05.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

4.4. Autopercepción de Ansiedad-depresión

A diferencia de lo que sucedió con las enfermedades crónicas, que pudimos acompañarlo con las limitaciones que estas

generan en las actividades principales y en el tiempo libre, no contamos en la EUGSS 2010 con otro indicador que pueda complementar la información que brinda el diagnóstico de ansiedad y depresión. Sin embargo, en la ENFR 2009 se indaga sobre la autopercepción del nivel de ansiedad y depresión, que es un indicador utilizado para la vigilancia de la salud mental de la población (Ministerio de Salud, 2011)⁹. A continuación presentamos los resultados del indicador considerando las mismas variables que en la EUGSS 2010, con excepción de la posición de clase (que no es posible construir con datos de la ENFR 2009 ya que no indaga el tipo de ocupación de la población), por lo que la reemplazamos con el nivel educativo en tanto es otra variable de la estructura social y el quintil de ingreso per cápita. Tanto el nivel educativo como el quintil de ingreso per cápita tienen una fuerte asociación con la posición en la estructura de clase medida por la inserción en la estructura ocupacional. El análisis de la autopercepción de la ansiedad-depresión nos servirá para obtener información complementaria a la del diagnóstico, sin embargo no podremos incluirla como un indicador de necesidades de la consulta con un psicólogo o psiquiatra en el modelo de regresión logística que realizaremos más adelante, debido a que lo analizaremos con la EUGSS 2010 (donde no está esta pregunta, pero sí la autopercepción general de salud y el diagnóstico de ansiedad o depresión).

Con relación al nivel educativo, vemos que es la población con menos estudios formales la que reporta mayores niveles de población ansiosa o deprimida (24,4% entre quienes tienen

9 Cabe destacar que para los datos trabajados con la ENFR 2009 no utilizaremos la prueba Chi cuadrado (X^2), debido a que la misma es sensible al tamaño muestral. Debido al tamaño muestral de la ENFR (34.732 casos), la prueba de independencia estadística tiende a sesgarse.

hasta primario incompleto y 21,0% entre quienes tienen hasta secundario incompleto). Sin embargo, prácticamente no hay diferencias entre la población con secundario completo y superior incompleto (16,7%) y la que tiene superior completo (17%). También tiende a aumentar muy levemente con el quintil de ingreso per cápita del hogar, de forma tal que entre el quintil de ingreso más pobre el 22,5% de la población se autodescribe como ansiosa o deprimida, frente al 17,2% de la población perteneciente a hogares de mayores ingresos. Estos resultados pueden ser comprendidos a partir de las teorías de la privación relativa y del estrés jerárquico. Estas sostienen que la posición social está fuertemente asociada con la forma en que las personas se sienten diferencialmente valoradas en la jerarquía social, así como con los recursos sociales diferenciales que pueden movilizar para lidiar con el estrés (Capriano *et al.*, 2008: 239). Para autores como Wilkinson y Marmot, ocupar posiciones negativamente valoradas expone a sus miembros a una situación de estrés crónico y mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad. Esto podría estar explicando que sean los sectores estructuralmente más desfavorecidos los que se autorreporten en mayor proporción como ansiosos o deprimidos¹⁰.

Este indicador de estado de salud mental también está asociado fuertemente con el grupo etario, de forma tal que solo el 13% de la población de 18 a 29 años reporta estar ansiosa o deprimida, frente al 25,6% de la población de 60 años y más. El corte más grande está entre la población que tiene entre 30 y 44 años (16,9%) y la de 45 a 59 años (23,8%). Con relación al

¹⁰ Una explicación alternativa es que la autopresentación pueda incidir diferencialmente en la respuesta a la pregunta, de forma tal que los sectores de mayores ingresos y educación tengan menor disposición a develar padecimientos mentales en una situación de encuesta.

género, se ve que es mayor el porcentaje de mujeres (22,3%) que de hombres (15,9%) que se auto-percibe como ansiosa o deprimida. Por último, con relación a las regiones del país, la Patagonia es en donde menor población que se autorreporta como ansiosa y-o deprimida (13,8%), mientras que Cuyo y el NOA son las regiones en las que en mayor proporción la población se autorreporta de dicha forma. Al igual que con el diagnóstico médico de ansiedad y depresión, y a diferencia de los indicadores anteriores, no parece haber una relación clara entre residir en las regiones más pobres (NEA y NOA) y la autopercepción de depresión y ansiedad.

CUADRO 12. Población que se auto-percibe como moderadamente o muy ansiosa-deprimida, según nivel educativo, quintil de ingreso per cápita del hogar, grupo etario, género y región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Nivel educativo		Quintiles de ing. per cápita del hogar		Grupo Etario	
Hasta primario incompleto	24,4	1	22,5	18 a 29 años	13,0
Prim. completo y Sec. incompleto	21,0	2	19,4	30 a 44 años	16,9
Sec. completo y Superior inc.	16,7	3	20,2	45 a 59 años	23,8
Superior completo	17,0	4	18,3	60 y más años	25,6
Total	19,3 (6695)	5	17,2	Total	19,3 (6699)
		Total	19,6 (6699)		

Género		Región	
Masc.	15,9	AMBA	20,1
Fem.	22,3	Pampeana	17,5
Total	19,3 (6699)	Cuyo	23,0
		NOA	17,0
		NEA	24,9
		Patagonia	13,8
		Total	19,3 (6699)

Fuente: Elaboración propia en base a la ENFR 2009.

Cabe destacar que al igual que haber recibido un diagnóstico médico de depresión y/o ansiedad, la autopercepción de estar ansioso o deprimido aumenta a medida que aumenta el grupo etario y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Además, es levemente más frecuente en los grupos estructuralmente más desfavorecidos (esto es personas cuyo máximo nivel de educación formal es hasta secundario incompleto y se ubican en el quintil de ingreso más bajo, en la autopercepción a partir de la ENFR 2009; y la clase trabajadora no calificada para el diagnóstico médico en la EUGSS 2010). Por último, con relación a la región, ambos indicadores muestran resultados en un punto coincidentes y en otro contradictorio. Coinciden en que, a diferencia de los otros indicadores de estado de salud, las personas residentes en las regiones más pobres (NEA y NOA) no tienen peores indicadores de salud. Sin embargo, mientras que en las EUGSS 2010 los residentes de la Patagonia son quienes en mayor medida han recibido el diagnóstico de estar ansiosos o deprimidos (9,5%), en la ENFR

2009 quienes viven en esta zona son quienes en menor medida se autoperciben como ansiosos –deprimidos (13,8%). Para finalizar cabe destacar también que mientras solo el 7% de la población ha recibido el diagnóstico clínico de estar ansioso o deprimido, el 19,3% de la población considera estar muy o medianamente ansiosa o deprimida.

5. La utilización de los servicios de salud

En la sección anterior hemos visto que los sectores de la clase trabajadora, los residentes del NOA y del NEA, las mujeres y la población de mayor edad son los que reportan mayores *necesidades de salud* (con la excepción de la relación entre los indicadores de ansiedad y depresión y la región de residencia). A continuación, a partir de las mismas variables que utilizamos en la sección anterior (clase social, región, género y grupo etario) analizaremos la consulta durante el último mes con tres profesionales de la salud (el médico, el odontólogo y el psicólogo-psiquiatra)¹¹. También incluimos en el análisis dos factores *capacitantes individuales*, que dan cuenta de los medios disponibles para obtener atención de salud: el ingreso per cápita del hogar y la cobertura de salud. Por último, incluimos los indicadores de *necesidades de salud* que describimos anteriormente. Mientras que el diagnóstico de enfermedad crónica que haya limitado la realización de actividades lo utilizamos como indicador de necesidades de la consulta con un médico, el diagnóstico médico de ansiedad o depresión como indicador de necesidades de la consulta con un psicólogo o psiquiatra, y la autopercepción general del estado de salud como indicador de necesidad de ambos especialistas. Para la consulta con el odontólogo no contamos con ningún indicador de necesidad en la encuesta.

11 El período de referencia con el que trabaja tanto la EUGSS como el ENFR para estos tres profesionales es el último mes. La EUGSS también permite reconstruir para el médico si realizó una consulta en el último año. Sin embargo, para poder comparar las diferencias en las consultas con los tres profesionales de la salud, nos centraremos en la utilización de los servicios durante los últimos treinta días.

5.1. La consulta con el médico

En el Cuadro 13 se ve que la consulta al médico durante el último mes está fuertemente asociada con el género y el grupo etario de la población. La consulta entre las mujeres asciende al 51,5%, mientras que entre los hombres llega al 30,4%. Por su parte, a medida que asciende el grupo etario, aumenta el porcentaje de población que consulta con el médico. Entre los dos grupos más jóvenes la diferencia es mínima (32,4% y 35,1%), mientras que al pasar al grupo de 45 a 59 años y al grupo de 60 años y más, el porcentaje aumenta de forma pronunciada (41,2% y 54,4%, respectivamente). Con relación a la clase social, entre las dos posiciones de sectores medios no hay diferencias (46%), la diferencia con la clase trabajadora no calificada es mínima (43,8%), mientras que los sectores de la clase trabajadora calificada son los que menos consultan (37,0%). Por último, con relación a la región, es la población residente en Cuyo (43,4%) y el AMBA (42,7%) la que más se consulta, mientras que la residente en el NEA (38,0%) y la región patagónica (37,9%) es la que menos, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Mientras en el caso de la edad y el género, los grupos que mayores necesidades de salud tienen consultan más con el médico, no ocurre lo mismo con la región (donde no hay asociación) y la posición de clase (donde hay una asociación débil y son las posiciones con menos necesidades las que más consultan). Si bien la Región de residencia no está estadísticamente asociada con la consulta médica, sí lo está con las necesidades de salud. Es por ello que incluiremos a esta variable en la regresión logística, ya que es posible que las diferencias en la consulta con el médico aparezcan luego de controlar las *necesidades de salud*.

CUADRO 13. Consulta al médico durante el último mes, según posición de clase, grupo etario, género y región de residencia. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %. (1)

Posición de clase social*		Grupo Etario**		Género **		Región+	
Clase media, propietaria profesional y directiva	46,0	18 a 29 años	32,4	Masc.	30,4	AMBA	42,7
Clase media técnico-comercial-administrativa	46,0	30 a 44 años	35,1	Fem.	51,5	Pampeana	40,5
Clase trabajadora calificada	37,0	45 a 59 años	41,2	Total	41,3	Cuyo	43,4
Clase trabajadora semi-no calificada	43,8	60 y más años	54,4			NOA	41,0
Total	42,0	Total	41,3			NEA	38,0
						Patagonica	37,9
						Total	41,3

Notas:(1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el médico y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$ + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En el Cuadro 14, vemos que los dos indicadores de *necesidades de salud* están fuertemente asociados con la consulta médica. Como era de esperarse, a medida que mejora el nivel de autopercepción general de la salud, descende el porcentaje de población que consulta al médico. El 65,6% de la población que considera tener una salud muy mala, mala o regular consultó al médico, frente al 41,1% de los que consideran que es buena y el 29,7% de los que es muy buena o excelente. A su vez, vemos que la consulta al médico también está asociada con tener enfermedades crónicas y con que estas generen limitaciones en la vida de las personas. Así,

vemos que consultó un 25,9% de la población a la que no le han diagnosticado una enfermedad crónica, frente al 47,9% que le han diagnosticado una enfermedad crónica pero esta no les ha generado limitaciones en su actividad principal o en su tiempo libre y frente al 62,3% que le han diagnosticado una enfermedad crónica y esta le genera una limitación en sus actividades cotidianas. Esta lectura descriptiva nos ha servido para corroborar que es la población con mayor carga de morbilidad y peor estado de salud la que consulta con más frecuencia al médico.

CUADRO 14. Consulta al médico durante el último mes, autopercepción de salud y limitaciones durante el último año debido a enfermedades crónicas. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %. (1)

Autopercepción de salud**		Limitaciones en durante el último año debido a enfermedad crónica**	
Muy malo, malo y regular	65,6	Limitaciones por EC	62,3
Bueno	41,1	Sin Limitaciones por EC	47,9
Muy bueno y Excelente	29,7	No le han diagnosticado una EC	25,9
Total	41,3	Total	41,3

Notas: (1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el médico y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

**p<0,01.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En un último Cuadro descriptivo (Cuadro 15) vinculado con la consulta al médico, vemos las variables que siguiendo la propuesta de Andersen (1995) incluimos como *capacitantes individuales*. Con relación al tipo de cobertura, vemos que existe una fuerte diferencia en la consulta entre la población que cuenta únicamente con la cobertura pública (30,5%) y la población que cuenta con algún otro tipo de cobertura. A su vez, vemos que prácticamente no hay diferencias en el por-

centaje que consulta al médico entre la población que tiene Obra Social (45,8%), prepaga (46,1%) y otros tipos de cobertura (48,0%). Con relación al ingreso, es la población del tercer quintil la que más consulta (44,2%) y la del quintil más pobre la que menos (35,5%). No hay una relación lineal entre el ingreso per cápita del hogar y la consulta médica y las variables no están significativamente relacionadas.

CUADRO 15. Consulta al médico durante el último mes, según tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Tipo de Cobertura de salud**		Quintil de ingreso per cápita del hogar+	
Obra Social	45,8	1er quintil	35,5
Prepaga o Mutual	46,1	2do quintil	39,0
Otros	48,0	3er quintil	44,2
Solo Cobertura Pública	30,5	4to quintil	37,6
Total	41,3	5to quintil	42,7
		Total	39,8

Notas: (1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el médico y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

A continuación vemos lo que sucede cuando realizamos una regresión que nos permite controlar el efecto de las distintas variables (Cuadro 16). En el primer modelo incorporamos solo las variables *predisponentes* (clase social, género y edad) y la región como variable representante del *sistema de salud y del contexto*. En el segundo modelo agregamos las dos variables que son indicadores de las *necesidades de cuidado de la salud*: la autopercepción del estado general de salud y

haber tenido limitaciones durante el último año debido a enfermedades crónicas. Esto nos permitirá ver si las variables incluidas en el primer modelo están relacionadas con la consulta médica, una vez controladas las *necesidades de salud*. Por último, agregamos las variables *capacitantes*: el quintil de ingreso per cápita familiar y la cobertura de salud (esta última variable la trabajaremos como dicotómica entre los que cuentan únicamente con la cobertura pública y los que tienen alguna otra cobertura). Este modelo nos permitirá ver si las variables *predisponentes* siguen siendo significativas y si la *capacitantes* tienen peso una vez controladas las *variables predisponentes* y de *necesidades de salud*.

En el primer modelo, la edad y género están significativamente asociadas con la no consulta al médico. A medida que aumenta un año la edad, suben un 2% las posibilidades de consultar. Por su parte, los hombres tienen 2,73 veces más posibilidades de no consultar al médico que las mujeres. En cuanto a la clase social, la única posición que significativamente tiene más chances de no consultar al médico tomando a la clase propietaria, profesional y directiva como referencia, es la trabajadora calificada. Por último la región de residencia (dicotomizada entre NOA y NEA por un lado y el resto de las regiones por el otro), tampoco está asociada con la consulta¹².

12 Decidimos continuar dicotomizando la variable región entre el Norte (NEA y NOA) con relación al resto del país, ya que si bien no existen diferencias significativas entre regiones con relación a la consulta al médico, sí lo existen con relación a las necesidades de salud. Por lo tanto, al controlar por las necesidades, es posible que la región agrupada de esta forma se vuelva significativa. A su vez, justificamos esta agrupación a partir de que son las dos regiones más pobres y con peores indicadores de salud del país.

CUADRO 16. Regresión logística: Factores que inciden en la no consulta con el médico en el último mes(1). Población de 18 años y más de zonas urbanas. Argentina, 2010.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	Exp (B)	Exp (B)	Exp (B)
Género (0= femenino; 1= masculino)	2,727**	2,511**	2,582**
Edad	0,980**	0,990**	0,995+
Clase media propietaria, profesional y directiva	-	-	-
Clase media intermedia	1,1901+	1,498+	1,365+
Clase trabajadora calificada	1,886**	2,712**	2,225**
Clase trabajadora no calificada	1,425+	2,117**	1,753*
Región (0= no Norte, 1=Norte)	1,009+	1,084+	1,072+
Autopercepción del estado de salud	n/c	1,950**	1,941**
Enfermedades crónicas-con limitaciones para la salud	n/c	1,875**	1,938**
Quintil del ingreso per cápita del hogar	n/c	n/c	0,964+
Cobertura de salud (0= con cobertura, 1=solo cobertura pública)	n/c	n/c	1,657*
Constante	1,553**	0,053**	0,026**
Nagelkerke R2	0,125	0,208	0,225

Notas: (1) 0= consultó con el médico; 1= no consultó con el médico.

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; + $p > 0,05$

n/c: no considerada.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En un segundo modelo, incluimos los dos indicadores de *necesidades de salud*, que están significativos asociados con la consulta médica. Vemos que el género continúa estando significativamente asociado, aunque disminuyen las diferencias. Los hombres pasan a tener 2,51 veces más posibilidades de no consultar al médico, una vez controladas las *necesidades de salud* (recordemos que previo a introducir estas variables esas chances eran de un 2,73). Algo similar sucede con la edad, que continúa siendo significativa, aunque pierde peso.

Aquí a medida que aumenta un año la edad, suben un 1% las posibilidades de consultar al médico. Por otro lado, la clase social como variable se transforma en significativa. Con relación a la clase media propietaria, profesional y directiva, aumentan las posibilidades de no consultar por parte de la clase trabajadora calificada (pasan de 88,6% a 171,1%) y se vuelve significativa las diferencias con la clase trabajadora no calificada (tienen un 111,7% más de chances de no consultar). Las diferencias con la clase intermedia continúan siendo no significativas. Por último, con relación la región de residencia, si bien aumenta las posibilidades de no consultar para los habitantes del NEA y NOA una vez controlada las necesidades de salud (pasa de 0,9% a 8,4%), esta variable continúa siendo no significativa. Cabe destacar que incluyendo estas variables, la capacidad explicativa del modelo aumenta sustantivamente (el R^2 Nagelkerke pasa de 0,125 a 0,208).

En el último modelo incorporamos la cobertura de salud y el quintil de ingreso per cápita del hogar (factores *capacitantes*). El género, como era de esperarse, ya que no está asociado con la cobertura de salud ni con el ingreso per cápita del hogar, prácticamente mantiene el mismo poder de explicación. La edad, en cambio, deja de ser significativa. En gran medida ello puede explicarse por la fuerte asociación que tiene la edad con la cobertura de salud¹³. La clase social, si bien tiene menos influencia (también por su fuerte asociación con la cobertura y el ingreso) continúa siendo significativa (la clase media propietaria, profesional y directiva con relación a la trabajadora calificada y no calificada, pero no con relación a la intermedia). La cobertura es significativa, aunque tiene

13 En particular para la población de 60 años y más. Según los datos de la EUGSS 2010, más del 90% de la población perteneciente a este grupo cuenta con prepa, obra social y/o plan de emergencia.

poco peso, por su fuerte asociación con la clase y la edad. El quintil de ingreso per cápita del hogar no es significativo. Por último, las variables de necesidad tienen un peso similar a las del modelo anterior. Cabe destacar que no es muy importante el aumento de la capacidad explicativa del modelo (el R^2 de Nagelkerke pasa de 0,208 a 0,225).

Con relación al género, se ve que parte de la consulta diferencial con el médico es por la mayor carga de morbilidad que las mujeres reportan (por eso se reduce el poder explicativo de la variable cuando se incorpora las necesidades de salud). Sin embargo, la reducción de las diferencias una vez controlado el estado de salud es muy leve (los hombres pasan de un 2,70 a 2,51 veces más de posibilidades de no consultar al médico en el último mes). Recordemos que en el marco teórico desarrollamos que una de las hipótesis para explicar la mayor utilización de las mujeres de los servicios de salud, sostenía que se debía a una mayor carga de morbilidad y a sus funciones reproductivas. Aquí no hemos podido controlar las diferencias de las consultas vinculadas con la salud reproductiva de las mujeres, sin embargo sí hemos visto que la mayor morbilidad autopercebida y diagnosticada tiene muy poca incidencia en la mayor consulta de las mujeres. Es por ello que a la luz de nuestros resultados parecen tener más fuerza las otras dos hipótesis. Una sostiene que la mayor utilización por parte de las mujeres se debe a su familiarización con el reconocimiento de los síntomas y predisposición a la búsqueda de atención por la socialización de género, las expectativas culturales y los ejercicios concretos de las mujeres en el rol de “cuidadoras” de la salud. Y la otra, que son los factores institucionales de los servicios de salud, a partir de la medicalización de los procesos biológicos de las mujeres, los que generan que utilicen más los servicios (Gómez Gómez, 2002: 329-330).

Con relación a la clase, vemos que en el primer modelo, controlando por género y edad, la misma solo tiene una asociación significativa en la consulta con el médico al comparar la clase propietaria, profesional y directiva con los sectores trabajadores calificados (recordemos que tenía una asociación débil en la relación bivariada). Sin embargo, cuando incluimos las variables de *necesidades de salud*, a diferencia de la edad y el género, la clase social aumenta su influencia y se vuelve estadísticamente significativa las diferencias entre los miembros de la clase propietaria, profesional y directiva con relación a los miembros de la clase trabajadora (calificada y no calificada), pero no con relación a la clase de media técnico-comercial-administrativa. Como desarrollamos en el apartado teórico, las diferencias de clase en la consulta con el médico aparecen una vez controladas las *necesidades de salud* de la población. Ello se debe a que la mayor cantidad de consultas preventivas de los sectores estructuralmente favorecidos, se ven compensadas en parte por la mayor cantidad de consultas de tipo curativo entre los sectores de la clase trabajadora debido a la mayor carga de morbilidad que estos soportan (Llovet, 1984). Cabe destacar también que la clase trabajadora calificada continúa siendo la que más posibilidades tiene de no asistir al médico, por encima de la trabajadora no calificada, aún una vez controladas las *necesidades de salud*, el género y la edad. Sería interesante, en caso de que otras investigaciones corroboren esta información, profundizar a partir de investigaciones cualitativas en cuáles pueden ser los motivos para que ello suceda. Una hipótesis a trabajar es si hay elementos vinculados con las mayores exigencias en los procesos de trabajo que le impliquen a esta población una mayor carga horaria laboral o que les dificulten en mayor medida que a la clase trabajadora no calificada la ausencia o un retraso en el trabajo.

Por último, con relación a la única variable geográfica con la que trabajamos (región), vimos que en los distintos modelos la misma no está significativamente asociada con la consulta. Entendemos que es posible que la falta de asociación con el lugar de residencia no se deba a que no existe relación entre este y el acceso a la consulta médica, sino a que contamos con un indicador débil para captarlo. Como desarrollamos al principio del capítulo, ello se debe tanto al modelo de análisis utilizado (la regresión logística que no jerarquiza a las variables contextuales) como a las características de la muestra (permite desagregar hasta nivel regional).

5.2. La consulta con profesionales de la salud mental

Siguiendo a Stolkiner y Solitario (2007:121-122), cada vez es mayor el reconocimiento de la importancia de los padecimientos mentales, que en la actualidad representan el 12% de la carga global de morbilidad a escala mundial según la OMS. A pesar del reconocimiento de la importancia de la problemática, continúan existiendo grandes limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007:121-122).

Para analizar el acceso al psicólogo o psiquiatra, trabajamos con un modelo de análisis similar al de la consulta médica, con la diferencia que reemplazamos a una de las variables de *necesidades de salud*. Mientras que continuamos trabajando con la autopercepción general del estado de salud, debido a que es un indicador que hace referencia a la salud física y mental, las limitaciones generadas por enfermedades crónicas la reemplazamos por haber recibido un diagnóstico de ansiedad o depresión. Comenzamos el análisis con una lectura descriptiva de la región de residencia, las variables *predisponentes* (género, edad y clase social), las *capacitantes* (cobertura de salud y

quintil de ingreso per cápita del hogar) y las dos de *necesidades de salud* que mencionamos anteriormente. Para finalizar, realizamos una regresión logística repitiendo los modelos utilizados en la consulta con el médico.

En el Cuadro 17 vemos que la consulta con el psicólogo o psiquiatra está fuertemente relacionada con la clase social y el género, en menor medida con el grupo etario y no tiene una vinculación significativa con la región de residencia. Con relación a la clase, vemos que las diferencias más grandes se encuentran entre los grupo de la clase media (consulta el 8,5% de la clase media propietaria, profesional y directiva y el 7,4% de la técnico-comercial-administrativa) y la clase trabajadora (consulta solo el 3,3% tanto la calificada como la no calificada). Recordemos que la clase trabajadora no calificada es el sector que cuenta con los mayores niveles de población con una auto-percepción general de la salud negativa (22,1%) y que han recibido el diagnóstico de estar ansiosos o deprimidos (9,1%). O sea, es la población con mayores *necesidades* de la consulta con un especialista en salud mental la que menos utiliza el servicio.

En cuanto al grupo etario, sucede algo similar que con la clase. Si bien la asociación de esta variable con la consulta con el psiquiatra o psicólogo es más débil y no es lineal (son los grupos de edades intermedias los que más consultan y los de edades extremas los que menos), el grupo etario de 60 años y más es el que menos utiliza este servicio (3,0%), a pesar de ser el que peores indicadores de salud mental tiene. Recordemos que es el grupo con peor estado general de salud (30,3% reporta tener un estado muy malo, malo o regular y solo un 19,4% reporta muy bueno o excelente) y que en mayor medida ha recibido el diagnóstico de estar ansioso-deprimido (11,8%). Además la población de este grupo etario es la que con más frecuencia autorreporta estar moderadamente o muy ansiosa y deprimi-

da (25,6%)¹⁴. Cabe destacar que la asociación entre distintos padecimientos mentales y los adultos mayores ha sido sistemáticamente registrada en distintos estudios epidemiológicos (Hoyl *et al.*, 2000; Menéndez *et al.*, 2005).

En cambio, las mujeres son quienes más consultan (6,4%, frente al 3,4% de los hombres), y en este sentido coincide con ser quienes en mayor medida han reportado tener una auto-percepción negativa de la salud (21,4%) y han recibido el diagnóstico de estar ansiosas-deprimidas (11,1%). Para finalizar, la región no está estadísticamente asociada con la consulta. Si bien es la población residente en las regiones del NEA (1,3%) y Patagónica (2,1%) las que menos consultan, y la residente en el AMBA (5,7%) y la región Pampeana (5,6%) la que más, no encontramos un sentido teórico para establecer una agrupación de la región de residencia de esta forma. De todas formas, en la regresión logística incluiremos la variable con el AMBA como referencia, ya que es posible que aparezcan diferencias significativas al incluir las necesidades de salud.

CUADRO 17. Consulta al psicólogo-psiquiatra durante el último mes, según tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %. (1)

Posición de clase social**		Grupo Etario*		Género**		Región+	
Clase media, propietaria profesional y directiva	8,5	18 a 29 años	3,8	Masc.	3,4	AMBA	5,7
Clase media técnico-comercial-administrativa	7,4	30 a 44 años	6,6	Fem.	6,4	Pampeana	5,6

14 Recordemos que el indicador de autorreporte de ansiedad-depresión no fue realizado por la EUGSS 2010, sino por la ENFR 2009 y por ese motivo no lo incluiremos en la regresión logística como un indicador de necesidad de consulta con los profesionales de la salud mental.

Clase trabajadora calificada	3,3	45 a 59 años	5,7	Total	4,9	Cuyo	4,1
Clase trabajadora semi-no calificada	3,3	60 y más años	3,0			NOA	4,0
Total	4,9	Total	4,9			NEA	1,3
						Patagonica	2,1
						Total	4,9

Notas:(1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el psicólogo o psiquiatra y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, * $p > 0,05$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En el Cuadro 18 vemos que existe una fuerte relación entre el tipo de cobertura y la consulta. Un primer dato que llama la atención con relación a la cobertura es que quienes cuentan con un sistema de emergencia u otro tipo de cobertura distinta a prepaga u obra social, no consultan con el psicólogo. Cabe destacar que la categoría Sistema de emergencia y otros corresponde tan solo al 1,2% de la población (24 casos en la muestra), que combinado con la baja proporción de la población que consulta al psicólogo (4,9%), produce una frecuencia esperada de casos de 1,18. Dada la baja cantidad de casos, y porque no contamos con ningún argumento teórico para sostener que la población que cuenta con una cobertura de un sistema de emergencia tenga menos acceso a la consulta con el psicólogo que los que cuentan únicamente con cobertura pública, entendemos que la misma puede deberse a un sesgo producido por el tamaño de la muestra y de casos de la categoría¹⁵. Por otro lado, a diferencia de la consulta con el médico, es mayor la consulta entre la población que cuenta con cobertura de mutual o prepaga (9,8%) que la que cuenta con obra social (4,9%).

15 Ya veremos que en la consulta con el odontólogo, ocurre lo contrario. Este grupo es el que en mayor proporción consulta, sin existir elementos que puedan justificarlo.

Aunque también, al igual que con la consulta médica, continúa existiendo una diferencia entre estos y los que solo cuentan con la cobertura pública (3%). Por último, vemos que si bien existe una leve asociación entre el quintil de ingreso per cápita del hogar y la consulta con estos especialistas, de forma tal que los quintiles más pobres son los que menos consultan (3,2%) y el más rico el que más (6,6%), estas diferencias no son estadísticamente significativas. A pesar de que la relación no es estadísticamente significativa, incluiremos esta variable en la regresión logística ya que puede transformarse en significativa al incorporarse las necesidades diferenciales de salud entre los distintos quintiles de ingreso.

CUADRO 18. Consulta al psicólogo-psiquiatra durante el último mes, según tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %. (1)

Tipo de Cobertura de salud**		Quintil de ingreso per cápita del hogar+	
Obra Social	4,9	1er quintil	3,2
Prepaga o Mutual	9,8	2do quintil	3,2
Sistema de Emergencias y otros	0,0	3er quintil	5,9
Solo Cobertura Pública	3,0	4to quintil	5,1
Total (1)	4,9	5to quintil	6,6
		Total	4,8

Nota: (1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el psicólogo o psiquiatra y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, * $p > 0,05$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Para finalizar con la sección descriptiva, vemos la relación entre los dos indicadores de necesidades de salud y la consulta con el psicólogo o psiquiatra (Cuadro 19). Con relación a la autopercepción general del estado de salud, los que más consultan son quienes tienen una peor percepción del estado de salud

(7,0%), mientras que prácticamente no hay diferencias entre los que consideran tener un estado de salud bueno (4,6%) y los que consideran tenerlo muy bueno o excelente (4,3%). Cabe destacar que trabajando con tres categorías las variables no están significativamente relacionadas. Sin embargo la relación se vuelve estadísticamente significativa cuando dicotomizamos la variable entre muy malo, malo y regular por un lado, y bueno, muy bueno y excelente por el otro (consultan un 4,5%). Por eso incluiremos la variable de esta forma dicotómica. En cuanto al diagnóstico de ansiedad-depresión, vemos que la población que ha recibido el diagnóstico de estar ansiosa o deprimida consulta en un porcentaje mucho más importante (23,3%) que la que no ha recibido el diagnóstico (3,5%).

CUADRO 19. Consulta al psicólogo-psiquiatra durante el último mes, según autopercepción de salud y diagnóstico de ansiedad depresión. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Autopercepción de salud+		Autopercepción de salud*		Diagnóstico de ansiedad-depresión**	
Muy malo, malo y regular	7,0	Muy malo, malo y regular	7,0	Le han diagnóstico ansiedad o depresión	23,2
Bueno	4,6	Bueno, muy bueno y excelente	4,5	No le han diagnóstico ansiedad o depresión	3,5
Muy bueno y Excelente	4,3	Total	4,9	Total	4,9
Total	4,9				

Notas: (1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el psicólogo o psiquiatra y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, * $p > 0,05$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

A continuación presentamos la regresión logística siguiendo los mismos modelos utilizados en la consulta médica (Cuadro 20). En el primero incorporamos a la región de residencia y a las variables *predisponentes* (clase social, género y grupo etario). En el segundo, incorporamos a los indicadores de *necesidades de salud* (autopercepción general de la salud y haber recibido el diagnóstico de ansiedad- depresión). En el último, incorporamos las variable *capacitantes* (cuartil de ingreso per cápita del hogar y cobertura de salud) para determinar la importancia que estas tienen una vez controladas las variables predisponentes e incluidas en el modelo las necesidades de salud.

En el primer modelo vemos que los hombres tienen un 2,11 veces más posibilidades de no consultar al psicólogo o el psiquiatra que las mujeres. Con relación al grupo etario, todos tienen más posibilidades de utilizar este servicio que la población de 60 años y más, aunque la única diferencia significativa la vemos con relación al grupo de 30 a 44 años (que tiene un 65,3% menos posibilidades de no consultar). Con relación a la posición de clase, la única diferencia significativa con relación a la clase media propietaria, profesional y directiva la encontramos con la clase trabajadora no calificada, que tiene un 3,49 veces más posibilidades de no consultar a un psicólogo o a un psiquiatra. Las diferencias con las otras posiciones de clase no son significativas. Por último, no encontramos diferencias con relación a la región geográfica (lo que es coherente con la descripción bivariada).

CUADRO 20. Regresión logística: Factores que inciden en la consulta con el psicólogo-psiquiatra en el último mes(1). Población de 18 años y más de zonas urbanas. Argentina, 2010.

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	Exp (B)	Exp (B)	Exp (B)
Género (0=femenino, 1= masculino)	2,111**	1,426+	1,172+
Grupo etario (60 años y más referencia)			
18 a 29 años	0,868+	0,377+	0,314*
30 a 44 años	0,347**	0,177**	0,162**
45 a 59 años	0,483+	0,341*	0,319**
Clase socia (clase media propietaria, profesional y directiva)			
Clase media intermedia	1,034+	1,503+	1,346+
Clase trabajadora calificada	1,717+	2,373*	1,863+
Clase trabajadora no calificada	3,488**	6,142**	4,735**
Región (AMBA referencia)			
Pampeana	0,995+	1,140+	1,113+
Cuyo	2,314+	2,004+	1,983+
NOA	1,236+	1,796+	1,847+
NEA	1,029+	1,248+	1,115+
Patagonica	2,486+	3,280+	3,191+
Diagnóstico de ansiedad-depresión (0= Con diagnóstico, 1= sin diagnóstico)	n/c	12,491**	12,967**
Autopercepción del estado de salud	n/c	1,426+	1,241+
Quintil del ingreso per cápita del hogar	n/c	n/c	0,942+
Cobertura de salud (0=Con cobertura, 1= solo cobertura pública)	n/c	n/c	2,346**
Constante	13,092	0,208	0,161
Nagelkerke R2	0,108	0,229	0,247

Notas: (1)0= Consultó con psicólogo o psiquiatra; 1= no consultó.

** p < 0,01; *p < 0,05; + p > 0,05

n/c no considerada

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En el modelo 2, al agregar los indicadores de necesidades de salud, vemos que aumentan las diferencias entre las posibilidades de no consultar para la población de la clase trabajadora no califi-

cada (pasan de 3,49 a 6,14 veces) y se vuelven significativas las posibilidades de no consultar de la clase trabajadora calificada (2,37 veces) tomando como referencia a la clase media propietaria, profesional y directiva. En cambio, las diferencias con los sectores medios intermedios continúa siendo no significativa. Con relación a la edad ocurre algo similar, ya que aumentan las diferencias con la población de 30 a 44 años (pasan 65,3% a 82,3% menos posibilidades de no consultar) y se vuelven significativas las diferencias con la población de 45 a 60 años (65,9% menos posibilidades de no consultar). Las diferencias con la población de 18 a 30, si bien crecieron, continúan siendo no significativas.

En cuanto al género, pasa a tener independencia estadística con relación a la consulta. Es decir que a diferencia de la consulta con el médico, una vez controladas las necesidades de salud, el género deja de estar vinculado con la consulta con el psiquiatra o psicólogo. Lo anterior no quiere decir que el género no tenga una relación con la consulta de salud mental. Los peores niveles de salud mental que dieron cuenta los distintos indicadores utilizados, nos pueden estar dando cuenta de la posición subordinada de la mujer en nuestra sociedad, las mayores dificultades por parte de los hombres para reconocer y/o darle importancia a un síntoma mental al vincularlo con un símbolo de debilidad, así como la mayor tendencia de los médicos a diagnosticar con problemas de salud mental a las mujeres que a los hombres. Por otro lado, incluimos un indicador de *necesidades de salud* (diagnóstico médico de ansiedad o depresión) que afecta en mayor medida a las mujeres, pero no pudimos incluir otros como adicción a drogas o alcohol, o desórdenes de comportamiento antisocial que afectan más a los hombres (Rieker y Bird, 2000: 98). En definitiva, lo que el Modelo dos nos dice es que una vez controlado la autopercepción del estado general de salud (que en el modelo no aparece como significativo), y el diagnóstico de ansiedad-depresión, las mujeres no consultan más al psicólogo y al psiquiatra que los hombres.

En cuanto a los indicadores de salud, la autopercepción del estado de salud es estadísticamente independiente de la consulta una vez controlada el resto de las variables. Recordemos que en la relación bivariada presentaba una relación débil. En cambio, haber recibido el diagnóstico de depresión-ansiedad muestra una relación fuerte y parece ser la variable que genera el importante aumento del poder explicativo del modelo (el R^2 de Nagelkerke pasa de 0,108 a 0,229). La población a la que no le han diagnosticado estar ansiosa o deprimida tiene 12,49 veces más posibilidades de no consultar al psicólogo o al psiquiatra.

Por último, en el Modelo 3, al incorporar las variables *capacitantes*, vemos que el poder explicativo del modelo apenas mejora (el R^2 pasa de 0,229 a 0,247). El quintil de ingreso per cápita del hogar no está significativamente relacionado con la consulta. En cambio, la cobertura de salud, aun controlando todas las variables *predisponentes*, el ingreso per cápita del hogar, e incorporando las *necesidades de salud*, es una variable significativa. La población que cuenta únicamente con cobertura pública, tiene 2,35 veces más de posibilidades de no consultar que la población que cuenta con algún otro tipo de cobertura. Es interesante ver que al incorporar esta variable, las diferencias de la población de 60 años y más con el resto de los grupos etarios aumentan levemente y se transforma en significativa para el grupo de 18 a 29 años. Por otro lado, las diferencias de clase disminuyen y para la única categoría que continúa siendo significativa es para la clase trabajadora no calificada. El resto de las variables tienen una relación similar a la del modelo 2.

5.3. La consulta odontológica

Para analizar las desigualdades en el acceso a la consulta odontológica, planteamos un esquema similar al que utiliza-

mos para la consulta con el médico y con el psicólogo-psiquiatra. Comenzamos con un análisis descriptivo de las variables y luego realizamos una regresión logística basados en el modelo de Andersen (1995). Sin embargo, en este caso no contamos con ningún indicador de *necesidades de salud* para la consulta odontológica, por lo que no podemos incluir esas variables en nuestros modelos de análisis.

En el Cuadro 21 vemos que la posición de clase, el grupo etario y el género están vinculados con la consulta odontológica, a diferencia de la región de residencia. Con relación a la clase, vemos que son los sectores de la clase media propietaria, profesional y directiva quienes en mayor medida consultan (25,1%), seguidos de la clase media intermedia técnico-comercial-administrativa (17,5%), la clase trabajadora no calificada (15,4%) y la calificada (12,8%). En contraste a la consulta con los otros profesionales de la salud, el salto más importante entre las clases se da entre la media propietaria, profesional y directiva con la intermedia técnico, comercial, administrativa, y no de esta con los sectores de la clase trabajadora. Cabe destacar también que son los sectores de la clase trabajadora calificada y no los de la no calificada los que menos consultan. Con relación al género, y al igual que las consulta con los otros profesionales, las mujeres (19,7%) han concurrido con más frecuencia que los hombres (12,7%) al odontólogo durante el último mes. En cuanto a la edad, la consulta descende a medida que avanza el grupo etario, siendo el grupo de 18 a 29 años el que más concurrió (19,4%) y el de 60 años y más el que menos (12,5%). Por último, la región de residencia no está significativamente asociada con la consulta. Dado que a diferencia de la consulta con los otros profesionales no contamos con ningún indicador de necesidades que pueda transformar a la región en una variable significativa, excluirémos a la región de residencia de la regresión logística.

CUADRO 21. Consulta al odontólogo durante el último mes, según tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %. (1)

Posición de clase social**		Grupo Etario*		Género**		Región+	
Clase media, propietaria profesional y directiva	25,1	18 a 29 años	19,4	Masc.	12,7	AMBA	16,1
Clase media técnico-comercial-administrativa	17,5	30 a 44 años	17,6	Fem.	19,7	Pampeana	16,5
Clase trabajadora calificada	12,8	45 a 59 años	16,5	Total	16,3	Cuyo	16,4
Clase trabajadora semi-no calificada	15,4	60 y más años	12,5			NOA	14,5
Total	16,0	Total	16,3			NEA	18,0
						Patagonica	18,8
						Total	16,4

Notas: (1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el odontólogo y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, * $p > 0,05$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Con relación al tipo de cobertura, vemos que es la población que cuenta con sistema de emergencias y otros tipos de cobertura la que en mayor proporción ha concurrido al odontólogo (32%), seguido de quienes cuentan con prepaga o mutual (19,1%), quienes tienen obra social (16,4%) y por último los que solo tienen cobertura pública (14,2%). Al igual que lo sucedido en la consulta con los profesionales de la salud mental, entendemos que el comportamiento diferencial de la categoría sistema de emergencia y otros se debe a que solo representa al 1,2% de la población (24 casos en la muestra). Además, no contamos con ningún argumento para sostener que esta población tenga un mayor acceso

a la consulta odontológica que quienes cuentan con obra social o prepaga. Es por ello que en la regresión logística dicotomizamos la variable entre población con cobertura (consultó al odontólogo en un 17,2%) y la población cuya única cobertura es la pública (14,2%). Con relación al quintil de ingreso, si bien es la población del quintil de más ingreso la que en mayor medida consultó (19,4%), la variable no está estadísticamente asociada. Es por ello, y al igual que con la región de residencia, tampoco incorporaremos a esta variable en la regresión logística. Por último, cabe destacar que si bien no podemos incorporar indicadores sobre las *necesidades de salud* de la consulta odontológica, distintos estudios coinciden en señalar que son los sectores estructuralmente más desfavorecidos los que tienen peores estados de salud bucodental (incluyendo mayor presencia y severidad de caries y pérdida de dientes) (Yankilevich *et al.*, 1993; Sanders y Spenser, 2004; Medina Solís *et al.*, 2006; Suárez *et al.*, 2009).

CUADRO 22. Consulta al odontólogo durante el último mes, según tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %. (1)

Tipo de Cobertura de salud**		Quintil de ingreso per cápita del hogar+	
Obra Social	16,4	1er quintil	15,4
Prepaga o Mutual	19,1	2do quintil	14,4
Sistema de Emergencias y otros	32,0	3er quintil	16,2
Solo Cobertura Pública	14,2	4to quintil	15,3
Total	16,3	5to quintil	19,4
		Total	16,1

Notas: (1) Se muestran los porcentajes de la población que consultó con el odontólogo y permanecen ocultos los porcentajes de la población que no consultó.

** $p < 0,01$, + $p > 0,05$.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En este caso, la regresión logística aparece muy simplificada (Cuadro 23). En el primer modelo, incorporamos las variables *predisponentes* (clase, edad y sexo-género) y en el segundo agregamos la cobertura. A diferencia de los otros dos modelos previos, no incluimos variables de *necesidades de salud* porque no contamos con ellas, ni la región y el quintil de ingreso porque no están relacionadas con la utilización del servicio.

En el modelo 1, vemos que todas las posiciones de clase tienen más chances de no concurrir al odontólogo en comparación con la clase profesional y directiva. La clase trabajadora calificada tiene 2,31 veces más de chances de no consultar, la no calificada 1,95 veces y la técnico-comercial-administrativa 1,74 veces. El género también está significativamente asociado, los hombres tienen un 75% más de posibilidades de no consultar al dentista que las mujeres. Por último, con relación a la edad, la única diferencia significativa se produce entre la población de 18 a 29 en comparación con la de 60 y más. Los más jóvenes tienen un 45,8% menos de chances de no consultar al odontólogo que la población de 60 años y más.

CUADRO 23. Regresión logística: Factores que inciden en la consulta con el odontólogo en el último mes(1). Población de 18 años y más de zonas urbanas. Argentina, 2010.

	Modelo 1	Modelo 2
	Exp (B)	Exp (B)
Posición de clase (Clase media profesional y directiva referencia)	-	-
Clase media técnico-comercial-administrativa	1,743**	1,730**
Clase trabajadora calificada	2,131**	2,073**
Clase trabajadora no calificada	1,952**	1,928**
Género (0=femenino, 1= masculino)	1,751**	1,598**
Grupo etario (60 años y más referencia)	-	-
18 a 29 años	0,591**	0,542**

30 a 44 años	0,730+	0,672*
45 a 59 años	0,755+	0,713+
Cobertura de salud (con cobertura referencia)	n/c	1,538*
Constante	2,956**	2,624**
Nagelkerke R2	0,038	0,047

Notas: (1) 0= Consultó con odontólogo, 1= no consultó.

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; + $p > 0,05$

n/c no considerada

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En el segundo Modelo introdujimos la cobertura de salud, que está significativamente asociada, de forma tal que la población sin cobertura tiene 1,54 veces más posibilidades de no consultar que los que tienen algún otro tipo de cobertura. Vemos que la clase y el género continúan siendo significativas, aunque descienden levemente las diferencias. En cambio, aumentan las chances de la población de 18 a 29 de consultar con relación a la de 60 años y más, y se vuelve significativas las del grupo de 30 a 44 con relación a los de 60 y más. Esto puede deberse a que la población de 60 años y más tiene niveles más altos de cobertura. Al controlar con esta variable, vemos que entre quienes tienen la misma cobertura, las diferencias entre los grupos etarios se vuelven significativas. Cabe destacar que la capacidad explicativa de los modelos (tanto para el Modelo 1 como para el Modelo 2) es mucho más bajo que en la consulta con los otros profesionales de la salud. En el Modelo 1 el R cuadrado de Nagelkerke es 0,038 y cuando introducimos la cobertura de salud pasa a 0,047.

6. Consideraciones finales: las diferencias en la utilización de los distintos servicios de salud

En el documento presentamos distintas formas de conceptualizar el acceso a los servicios de salud, así como la relación entre este concepto con el de utilización de los servicios. Retomando a Frenk (1985) diferenciamos a los estudios que analizan el acceso en dos grandes tipos según el alcance (acotado y amplio). Nosotros tomamos el alcance amplio del concepto acceso, partiendo del modelo teórico de Andersen (1995) para realizar el análisis empírico. A partir de una adaptación del mismo a los datos de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) del año 2010, y con la elaboración de regresiones logísticas, analizamos las desigualdades en el acceso a la consulta con tres profesionales de la salud según la región de residencia y factores predisponentes (clase social, género y edad), factores habilitantes (quintil de ingreso per cápita familiar y cobertura de salud), teniendo en cuenta las necesidades diferenciales de salud de la población (autopercebidas y diagnosticadas).

Para cerrar este trabajo, nos parece interesante reflexionar sobre los datos presentados en el documento desde otro ángulo, comparando cómo las variables independientes inciden de forma diferencial en la consulta con los distintos profesionales de la salud. Hemos visto que las diferencias de clase son más débiles en la consulta médica que en la odontológica y de salud mental. Ya en la relación bivariada observamos que podemos aceptar la relación entre la clase social y la consulta con el médico trabajando con un 95% de confianza, mientras que en el caso de la consulta con los otros profesionales de la salud es posible aceptarla trabajando con el 99%. Además, en las regresiones logísticas vimos que las diferencias de la

clase propietaria, profesional y directiva con otras posiciones de clase son más importantes en la consulta con el psicólogo o psiquiatra (Cuadro 20) y con el odontólogo (Cuadro 23) que con el médico (Cuadro 16). Los distintos niveles de desigualdades en la consulta con estos tres profesionales de la salud se pueden deber en parte a las distintas percepciones sobre la salud, la enfermedad y las formas de responder a ellas. Así, por ejemplo es posible que los sectores de la clase media propietaria, profesional y directiva tengan incorporado en su horizonte de posibilidades recurrir al psicólogo en caso de necesidad; mientras que sea una opción particularmente lejana de la clase trabajadora no calificada. Sin embargo, también hay factores vinculados con la organización de los servicios de salud, que imponen mayores obstáculos o barreras financieras a la consulta con el psicólogo o psiquiatra y con el odontólogo que con el médico (Ballesteros, 2014). En el caso del psicólogo o psiquiatra se le agrega que suelen ser tratamientos que requieren mayor continuidad y disposición de tiempo por parte del paciente, y son los sectores estructuralmente más desfavorecidos los que menos tiempo tienen para dedicarle a su salud (Llovet, 1984).

Con relación al grupo etario, como era de esperar, hemos visto que la población más adulta (60 años y más) cuenta con niveles más altos de necesidades de salud para el caso de la consulta médica y con especialistas de salud mental (no contamos con indicadores para el caso de la consulta odontológica). En el caso de la consulta médica, las mayores necesidades de salud van acompañadas con una mayor utilización de este servicio. De hecho la población mayor continúa consultando más al médico una vez controladas las necesidades de salud. En cambio, las personas de 60 años y más son las que menos consultan al psicólogo-psiquiatra, a pesar de ser las que tie-

nen una peor autopercepción general de la salud, a las que en mayor medida les han diagnosticado estar ansiosas o deprimidas, y las que en mayor proporción se sienten moderadamente o muy ansiosas o deprimidas. Sería interesante profundizar en los motivos por lo que ello ocurre. Una hipótesis posible es que por razones culturales, este grupo no considera que sea con los psicólogos y con los psiquiatras con quien se pueden resolver los problemas de la salud mental.

En cuanto al género, hemos visto que las mujeres consultan más a los tres servicios que los hombres. Con relación al médico, hemos visto que si bien son las que reportan tener peores indicadores de salud, una vez controlados éstos las diferencias entre los géneros prácticamente no se modifican y continúan siendo significativas. En cambio, en la consulta con el psicólogo-psiquiatra, los mayores niveles de consulta por parte de las mujeres desaparecen una vez controlados los indicadores de *necesidades de salud*. Hemos planteado que una explicación posible a ello es que incluimos como indicador al diagnóstico médico de ansiedad o depresión, que es un padecimiento que afecta en mayor medida a las mujeres, pero no pudimos incluir otros como las adicciones a drogas, alcoholismo o desórdenes de comportamiento antisociales que afectan en mayor medida a los hombres. Rieker y Bird (2000:100) plantean que hasta principios de los 90 se creía que los padecimientos mentales afectaban en mayor medida a las mujeres, porque las encuestas se centraban solo en la ansiedad y depresión (a partir de la *teoría de la exposición diferencial*). A partir de los 90, varias encuestas incluyeron el relevamiento de otras problemáticas como los desórdenes vinculados con abuso de sustancias y con comportamientos antisociales que afectan en mayor proporción a los hombres, encontrando que existen similares niveles de población con problemas de salud

mental en ambos géneros (a partir de la *teoría de la vulnerabilidad diferencial*).

Por su parte, hemos visto que la región de residencia está asociada de forma significativa con algunos indicadores de *necesidades de salud*, de forma que la regiones más pobres (NEA y NOA) tienen los mayores porcentajes de población con una autopercepción general de la salud negativa (muy mala, mala o regular) y de población que durante el último año ha tenido limitaciones debido a una enfermedad crónica. Sin embargo, vivir en una determinada región no está asociado con el diagnóstico médico de estar ansioso o deprimido, ni con el autorreporte de ansiedad-depresión de la población. Tampoco lo está en la consulta con los profesionales de la salud que hemos analizado, incluso luego de incluir las variables de *necesidades de salud*. Teniendo en cuenta que existen estudios que han analizado las importantes diferencias entre provincias, e incluso entre municipios o barrios pertenecientes a una misma Jurisdicción con el estado de salud (Alazraqui *et al.*, 2009) y el acceso a los servicios (Báscolo *et al.*, 2007; Mazzeo, 2007; Maceira, 2010; Centrángolo *et al.*, 2011), entendemos que es posible que la falta de asociación entre la región y el acceso a los servicios se deba a las limitaciones mencionadas anteriormente sobre las características de la muestra (que no permite desagregar la información a nivel provincial ni municipal) y de la técnica de regresión logística -que no permite jerarquizar las variables contextuales, por lo que fortalece las determinaciones más inmediatas individuales y biológicas (Diez Roux 2004: 74).

Por último, nos parece interesante comparar la diferencia entre las variables denominadas *capacitantes*. Una vez controlados los factores *predisponentes* e incorporadas las *necesidades de salud*, el quintil de ingreso per cápita del hogar no

es significativo en la consulta con ninguno de los profesionales de la salud, mientras que poseer alguna cobertura de salud además de la pública lo es para todos. Es decir que ante un mismo nivel de necesidad de salud, y controlando el efecto de la clase social, la edad y el género, no poseer una cobertura de salud aumenta de forma estadísticamente significativa las chances de no consultar con un médico, con un psicólogo o psiquiatra y con un odontólogo; mientras que el ingreso per cápita del hogar no lo hace para ninguno de los especialistas.

Bibliografía

- Abreu de Jesus, W. L. y Araújo Assis, M. M. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(1), 161-170.
- Adaszko, D. (2011). La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. En Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario. Buenos Aires: Educa.
- Aday, L. y Andersen, R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. *Health Service Research*, 9 (3), 208-220.
- ALAMES (2008). Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de www.alames.org/documentos/ponencias.pdf
- Alazraqui, M., Diez Rouz, A. V., Fleischer, N., y Spinelli, H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Salud Colectiva*, 25(9), 1990-2000.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. *Health and Social Behavior*, 36 (1): 1-10.
- Arrossi, S., Ramos, S., Paolino, M., y Sankaranarayanan, R. (2008). Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive health matters*, 16 (32), 50-58.
- Ballesteros, M. (2014). *Desigualdades en el acceso y la utilización de servicios de salud en zonas urbanas de Argentina* (Tesis de maestría no publicada). Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Barcala, A., y Stolkiner, A. (2000). Reforma del sector y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En *La salud en crisis* (pp. 69-81). Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Báscolo, E. (2008). *Cambios de los mercados de salud en la seguridad social en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35135/P35135.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/ues/tpl/top-bottom.xsl>
- Báscolo, E., Yavich, N., y Urquía, M. (2007). Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Rev Gerenc Polit Salud*, 6(12), 112–125.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- Breilh, J. (2009). *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Brugulat-Guiteras, P., Mompert-Penina, A., Séculi-Sánchez, E., Tresserras-Gaju, R., y de la Puente-Martorell, M. L. (2010). Encuestas de salud: luces y sombras. *Medicina Clínica*, 134, 21–26.
- Capriano, M., Link, B. y Phelan, J. (2008). Social Inequality and Health: Future Directions for the Fundamental Cause Explanation. En A. Laureau y D. Conley (comps.) *Social Class. How does it Work*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Cerrutti, M., y Freidin, B. (2004). Evaluando la calidad de la atención en servicios de planificación familiar en la ciudad de Buenos Aires: medidas estandarizadas y percepción de las usuarias. Buenos Aires: CENEP.
- Cetrángolo, O., Goldschmit, A., Lima Quintana, L., San Martín, M. y Aprile, M. (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. Buenos Aires: PNUD. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20-%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>
- Checa, S. (1996). Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, XV(1), 12–17.

- _____ (2000). La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal. En *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 4, 19: 152-156.
- Checa, S., Erbaro, C., Schwartzman, E., y Tapia, S. (2011). Calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de género y derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de CABA. En IX Jornada IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Chiara, M., Moro, J., Ariovich, A., Jiménez, C.A. y, Di Virgilio, M., (2010). *Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de San Fernando*. Los Polvorines: UNGS. Recuperado el 7 de junio de 2014 de <http://www.ungs.edu.ar/areas/publicaciones/314/accesibilidad-a-la-atencion-de-la-salud-en-el-municipio-de-san-fernando.html>
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2004). Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Invest Fac Psicol UBA*, 12, 137-143.
- De Maio, G. (2010). Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud. En *SALUD COLECTIVA*, 6 (2):195-209.
- De Santis, M. y Herrero, V. (2009). Desigualdad y Utilización de los Servicios de Salud Una Aplicación al Caso Argentino en 2001. *Revista de Economía y Estadística*, 47(1). Recuperado el 23 de febrero de 2014 de http://ief.eco.unc.edu.ar/files/publicaciones/economiayestadistica/2009_47_n1/06_125-162_desantis_herrero.pdf
- Diez Roux, A. (2004). Genes, individuos y sociedad. En H. Spinelli (Comp.) *Salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Domínguez Mon, A. (2012). Temporalidades, género y salud: los sectores medios porteños ante las enfermedades crónicas no transmisibles. En A. Domínguez Mon, A. M. Mendes Diz, P. Schwarz, y M. Camejo (Comps.), *Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos* (pp. 101-131). Buenos Aires: Antropofagia.

- Donabedian, A. (1988). Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Epele, M. (2007). Sobre Barreras Invisibles y Fracturas Sociales: Criminalización del Uso de Drogas y Atención Primaria de la salud. En D. Maceira (Comp.) *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios* (pp147-169). Buenos Aires: Paidós.
- Faraone, S., Valero, A., Torricelli, F., Rosendo, E., Mendez, M., y Geller, Y. (2012). Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Rev Argent Salud Pública*, 3(12), 28–33.
- Fidalgo, M. (2008). Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga. Buenos Aires: Espacio.
- Findling, L., Abramzón, M. y Peterlini, C. (2004). 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
- Findling, L., Arruñada, M., y Klimovsky, E. (2000). La desregulación de obras sociales: un balance de la libre elección. En *La salud en crisis* (pp. 55–67). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- _____ (2002). Desregulación y Equidad: el proceso de reconversión de las obras sociales en Argentina. *Reports in Public Health*, 18, (4), 1077-1086. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n4/10187.pdf>
- Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública Mex*, 27(5):438-453.
- Freidin, B. y Abrutzky, R. (2010). *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios* (Documentos de Trabajo. N° 54). Buenos Aires: IIGG-UBA. Recuperado el 23 de febrero de 2014 de <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt54.pdf>

- _____ (2011). Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 15 (37): 505-518.
- Freidin, B., Ballesteros, M. y Echeconea, M. (2013). En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del Ayurveda en Buenos Aires (Documento de Trabajo N° 65). Buenos Aires: IIGG-UBA. Recuperado el 23 de febrero de 2014 de <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt65.pdf>
- Giovanella, L., y Fleury, S. (1996). Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. En *Política de saúde: o público eo privado* (pp. 177-198). Fiocruz.
- Goddard, M., y Smith, P. (2001). Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine*, 53(9), 1149-1162.
- Gogna, M., Fernández, S. y Zamberlin, N. (2005). "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a puérperas" en M. Gogna (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.
- Gómez-Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 327-334.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J. F., Rondón, M., Díaz-Granados, N., y Pinto, D. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*, 16(6), 378-386.
- Hoyl, T., Valenzuela, E., y Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204
- Idoyaga Molina, A. (2002). Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina. Buenos Aires: Prensa del Instituto Universitario Nacional del Arte.

- Jorrat, R., Fernández, M. M., y Marconi, E. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva*, 4(1), 57–96.
- Kornblit, A. L. (1997). *Culturas juveniles*. Buenos Aires: EUDEBA
- Kornblit, A. L., y Mendes Diz, A. M. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Aique.
- Kornblit, A. L., Mendes Diz, A. M., Di Leo, P. F., Camarotti, A. C., y Adasko, D. (2005). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires* (Documento de Trabajo número 45). Buenos Aires: Instituto Gino Germani.
- Lago, F. P., Moscoso, N. S., Elorza, M. E., y Ripari, N. V. (2012). Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 8(3), 263–274.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1).
- Link, B. y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, 80-94.
- Llovet, J. J. (1984). Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso. Buenos Aires: CEDES.
- López, E., Finding, L. y Abramzon, M. (2005). *Desigualdades en la percepción de morbilidad y en las conductas frente al cuidado de la salud*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- López, E., Finding, M., Abramzón, M., Lehner, M. P., Ponce, M. y Venturiello, M. P. (2009). Redes sociales y salud de los adultos mayores. En E. López y L. Findling (Comp.) *Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Buenos Aires : Eudeba.
- López, E., Findling, L., Lehner, P., Ponce, M., Venturiello, M. P., Mario, S., y Champalbert, L. (2010). Cuidado de la salud, prac-

- ticas preventivas y género en estratos medios de la ciudad de Buenos Aires. En L. Pagnamento (Coord.), Mesa 33: El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud. VI Jornadas de Sociología de la Plata Universidad Nacional de La Plata, La Plata Argentina.
- Maceira, D. (2008). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. (Documento de Trabajo). Buenos Aires : CEDES. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/39.pdf
- _____ (2009). *Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina* (Documento de políticas públicas, Análisis Número 52). Buenos Aires : CIPPEC. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.danielmaceira.com.ar/pdfs/Inequidad.acceso.salud.pdf>
- Maceira, D., Olaviaga, S., Kremer, P., y Cejas, C. (2006). Centros de Atención Primaria de Salud: Radiografía de su distribución en Argentina. Buenos Aires: CEDES.
- Mazzeo, V. (2007). La situación de la salud-enfermedad-atención en la Ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2002. *Salud Colectiva*, 3(3), 285-300.
- Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Pelcastre-Villafuerte, B., Avila-Burgos, L., Vallejos-Sánchez, A. A., y Casanova-Rosado, A. J. (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de investigación clínica*, 58(4), 296-304.
- Medvetzky, L., y Klimovsky, E. (1998). Conocimientos y prácticas de detección del cáncer génito mamario resultados de una encuesta poblacional. *Med. y soc.*, 21(4), 194-205.
- Mendoza-Sassi R. y Beria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud : una revisión sistemática de los factores relacionados. *Cuadernos Méd Soc*, 81, 43-60.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., y Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 17(5/6), 353-361.

- Ministerio Salud de la Nación (2011). *Segunda encuesta nacional de factores de riesgo*. Buenos Aires: Ministerio Salud. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de http://www.msal.gov.ar/fesp/descargas_home/seg_encuesta_nac_factores_riesgo_2011.pdf
- _____ (2012). Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Argentina- Año 2010. Primeros resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Monsalvo, M. (2010). Continuidad de los cuidados farmacológicos de pacientes crónicos en el Primer Nivel de Atención: El rol de la oferta y los condicionantes estructurales en Argentina (Tesis de maestría no publicada). Maestría en Epidemiología en Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil y Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), Ministerio de Salud de la Nación de Argentina.
- _____ (2011). Noveno Encuentro: Estadísticas Catastrales de Servicios de Salud. Material didáctico entregado en el curso Estadísticas y Fuentes de Información en Salud, FLACSO-CEIA, Argentina.
- Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3). Desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar.
- Otamendi, A. y Otero, M. P. (2009). *Análisis de datos secundarios cuantitativos: ejemplos de uso de datos en el contexto argentino* (Documento de Cátedra 57). Metodología y técnicas de la investigación Social, Cátedra Sautu, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Pantelides, E. A. (2005). Acceso de los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Buenos Aires: INDEC.
- Pechansky, R. y Thomas, W. (1981). The concept of access. *Medical Care*, 19, 127-140.
- Pecheny, M., y Tamburrino, M. C. (2009). ¿« La palabra lo dice»? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anti-concepción de emergencia. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (1), 158-176.

- Ponce, M. (2012). Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3 (13): 6-12.
- Prece, G. y Schufer de Paikin M. (1991). Diferente percepción de enfermedad y consulta médica según niveles socioeconómicos en las ciudades de Buenos Aires y San Salvador de Jujuy. *Medicina y Sociedad*, 14 (1).
- Ricketts, T. y Goldsmith, L. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing*, 53 (6), 274-280.
- Rieker, P.P. y Bird, C.E. (2000). Sociological explanations of gender differences in mental and physical health. En C.E. Bird, P. Conrad y A. M. Fremont (Eds.), *Handbook of medical sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Riveiro, M., Krause, M. y Ballesteros, M. (2013). La construcción del esquema de clase (Documento de Cátedra 86). Metodología y técnicas de la investigación Social, Cátedra Sautu, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Sacchi, M., Hausberger, M., y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Sánchez Vizcaíno, G. (2000). Regresión logística. En *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados* (pp. 431-468). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sanders, A. E., y Spencer, A. J. (2004). Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Australian and New Zealand journal of public health*, 28(2): 159-166.
- Sautu, R. (2003). *Todo es teoría*. Buenos Aires: Lumiere.
- _____ (2011). *El Análisis de las Clases Sociales: Teorías y Métodos*. Buenos Aires: Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- Sautu, R., Dalle, P., Otero, M. P. y Rodríguez, R. (2007). La construcción de un esquema de clases a partir de datos secundarios (Documento de Cátedra 33). Metodología y técnicas de la

- investigación Social, Cátedra Sautu, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Schufier de Paikin, M., Prece, G., y Adamo, M. T. (1992). El cuidado de la salud en familias de la ciudad de Buenos Aires: su caracterización según nivel socioeconómico. *Medicina y Sociedad*, 15(2), 34-38.
- Schuster (2002). Del Naturalismo al posempirismo. En *Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Manantial.
- Silva Aycauer, L. C. (2005). Una Ceremonia Estadística para identificar Factores de Riesgo. En *Salud Colectiva*, 1(3), 309-322.
- Suárez, A. A., y Herrera, E. M. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 91-105.
- Stolkiner, A., Comes, Y., Parenti, M., Solitario, R. y Unamuno, P. (2003). Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.) *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios* (pp121-146). Buenos Aires: Paidós.
- Travassos, C. y Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20 (2), 190-198.
- Triano, M. S. (2006). Mapa de población con déficit sanitario de la República Argentina 2001. Buenos Aires: CEDES.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Mechbal, A., y Murray, C. J. (2003). The world health surveys. En *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization. Recuperado el 21 de febrero de 2014 de http://cdrwww.who.int/health_financing/documents/healthsysperf-toc.pdf
- Yankilevich, E., Cattoni, S. D., Cornejo, L. S. y Battellino, L. J. (1993). Distribución de la caries dental en niños preescola-

res en una región urbana, Argentina, 1992. *Rev. Saúde Pública*, 27, 436-44. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v27n6/06.pdf>