

“Cuidado de la salud, prácticas preventivas y género en estratos medios de la Ciudad de Buenos Aires”¹

Elsa López, Liliana Findling, María Paula Lehner, Marisa Ponce, María Pía Venturiello, Silvia Mario y Laura Champalbert

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Pte. J.E. Uriburu 950. Piso 6. Oficina 2 (1114) Ciudad Autónoma de Buenos Aires – areasalud@sociales.uba.ar lfindling@arnet.com.ar

Introducción

El cuidado de la salud constituye un aspecto importante del bienestar. En los últimos años, las actividades de cuidado de las personas han cobrado mayor relevancia a raíz de las transformaciones sociodemográficas que afectan a la familia y a la división tradicional de géneros.

Los cambios conceptuales en los enfoques de la salud, la enfermedad y sus condicionantes implicaron el pasaje de un abordaje restringido, de orden biomédico, a otro de carácter más complejo y multidimensional (Evans y Stoddart, 1996), que tiene correlato con una visión más amplia sobre el cuidado de la salud, en la cual algunas corrientes permiten conceptualizar a las prácticas preventivas desde un perspectiva de derechos, como un derecho fundamental de ciudadanía y asociadas a la noción de cuidado integral en salud (Pinheiro et al, 2009 citado en Ponce, 2010).

Las consultas médicas preventivas contribuyen a mejorar la salud de las personas, además son importantes como estrategias para lograr su bienestar general, las actividades físicas y recreativas y las redes familiares y de amistades (López et al., 2009).

La relación entre salud, enfermedad y factores de riesgo es uno de los marcos interpretativos desarrollados para comprender cómo operan esas instancias, a lo cual se suman las perspectivas centradas en el entorno socioeconómico y cultural, en las que se resalta el papel de la educación, el trabajo, las condiciones sanitarias, el acceso a los servicios de salud, la vivienda, las redes sociales y comunitarias, los estilos de vida y los

¹ Este trabajo forma parte del Proyecto SO76 financiado por UBACYT “Salud, trabajo y estrategias reproductivas”. Directora: Elsa López. Co-directora: Liliana Findling. Integrantes: María Paula Lehner, Silvia Mario, Victoria Mazzeo, Marisa Ponce y María Pía Venturiello. Período 2008–2010. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

niveles de prosperidad y bienestar, además del sexo, la edad y los factores constitucionales más ligados a la biología (Evans y Stoddart, 1996).

Los abordajes referidos a la equidad de género y las desigualdades en salud provienen de distintos paradigmas y disciplinas, cada una con sus particulares fundamentos y fuentes de información. Los temas de equidad de género se comenzaron a plantear dentro de los campos de la ciencia política, el derecho y las humanidades, en tanto que los relativos a las desigualdades socioeconómicas están más anclados en la sociología, la economía, la epidemiología y la salud pública. La integración de estas perspectivas permite una mejor comprensión de los efectos que ejercen los patrones sociales y económicos sobre la salud de las personas y sus prácticas preventivas, que varían según el sexo y las etapas de la vida.

El sexo, además de marcar diferencias biológicas y culturales en la determinación de los problemas de salud, constituye uno de los mediadores sociales en las experiencias diferenciadas de varones y mujeres de un mismo contexto social. (Barradas Barata et al., 2002). Asimismo, la disponibilidad de capital social asociada al nivel educativo desempeña un papel preponderante en la percepción de la salud (Bourdieu, 1985). En ese sentido, Alleyne (2000) argumenta que “la segmentación de la sociedad en ámbitos de acción masculinos y femeninos marca diferencias sustantivas entre hombres y mujeres, no sólo en materia de riesgos y necesidades sociales y biológicas sino en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud”.

Dos Encuestas de población, la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (EUGSS, 2003 y 2005) y la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida (ECV, 2001) realizada por el Sistema Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales, (SIEMPRO) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC), mostraron que a medida que avanzaba la edad, las mujeres del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires tuvieron tasas de morbilidad y discapacidad más altas que los varones y, por su mayor longevidad, también evidenciaron mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas.

De las Encuestas de la EUGSS (2003 y 2005) se desprende que una tercera parte de las personas que consultaron al médico lo hizo por control de enfermedad, otro tercio por control general sin estar enfermos y una proporción similar por síntomas de malestar. Las consultas por control de enfermedades fueron más frecuentes en los varones que en las mujeres y aumentaron con la edad (50 años o más). En cambio, la

consulta por prevención (control general sin enfermedad) fue mencionada más usualmente por las mujeres, las personas con cobertura de salud y las que contaban con ingresos y niveles educativos más altos; en tanto, la consulta por síntomas se dio más en varones en general y en personas jóvenes de ambos sexos (25 a 29 años).

Objetivos y metodología

El objetivo general de este trabajo es comparar las estrategias de cuidado de salud de mujeres y varones de 28 a 40 años residentes en la Ciudad de Buenos Aires. Los objetivos específicos son: a) describir las características sociodemográficas prácticas preventivas y de salud de mujeres y varones. Los datos provienen de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (EAH, 2006), para lo cual se procesaron los cuadros estadísticos del subuniverso de personas de 28 a 40 años, y b) indagar las opiniones de mujeres y varones de estratos socioeconómicos medios con estudios secundarios completos o más que viven en pareja, tienen hijos y trabajan en empleos remunerados, en relación a las estrategias que encaran para cuidar su salud. Este objetivo se cumplió mediante el diseño de un estudio cualitativo que indagó opiniones y prácticas a través de la realización de entrevistas en profundidad a 30 mujeres y 21 varones. Las entrevistas fueron realizadas por las integrantes del equipo de investigación y el trabajo de campo se efectuó en dos etapas: las mujeres fueron entrevistadas durante 2008 (noviembre/diciembre) y los varones durante 2009 y 2010 (diciembre y febrero) respectivamente. Se indagó sobre dimensiones ligadas a consultas preventivas, cuidado de la salud, uso de métodos anticonceptivos y vivencias sobre el embarazo y parto.

Perfil sociodemográfico y acceso a consultas médicas de la población de 28 a 40 años de la Ciudad de Buenos Aires

Seis de cada 10 personas de 28 a 40 años que residen en la Ciudad de Buenos Aires están casadas o unidas consensualmente, no observándose diferencias por sexo. 3 de cada 10 varones nunca se han unido, proporción ligeramente más baja en las mujeres; entre ellas, el porcentaje de separadas o divorciadas es mayor que el de varones (10% contra 6%) (Cuadro 1).

En cuanto a la educación formal, las personas de estas edades tienen niveles elevados (alrededor del 80% alcanzó estudios secundarios completos y más). Una

característica a resaltar es que las mujeres han llegado a estadios educativos más altos que los varones: el 38% de ellas y el 31% de ellos cursó estudios superiores completos (Cuadro 1).

La cobertura de salud de los encuestados es amplia y cerca del 80% de ellos están afiliados a una obra social o a una empresa de medicina prepaga (porcentaje similar al promedio de todos los habitantes de la Ciudad), no observándose diferencias por sexo. La elevada cobertura se explica en gran medida por la alta tasa de ocupación de este conjunto de personas: el 94% de los varones y el 77% de las mujeres están ocupados² (Cuadro 1). Los varones ocupados trabajan en promedio más horas que las mujeres: el 45% de ellos supera las 48 horas semanales, mientras que sólo dos de cada diez mujeres ocupadas le dedica ese tiempo al trabajo remunerado. Un tercio de las encuestadas trabaja menos de 35 horas (no se muestra en cuadros).

En relación a las consultas a médicos o especialistas, se observa que la mayoría ha consultado, aunque se aprecian diferencias respecto al tiempo de realización: el 75% de las mujeres y el 53% de los varones refiere haber asistido en los últimos 6 meses anteriores al relevamiento y casi un tercio de varones lo ha hecho hace más de un año (Cuadro 2). Es notable entre las mujeres el espaciamiento de las consultas médicas a medida que aumenta el número de hijos (Cuadro 3).

En la Encuesta Anual de Hogares no se indagó sobre el motivo de la consulta. El mayor acceso a la consulta de las mujeres en estas edades podría explicarse debido a la presencia de hábitos sobre prácticas preventivas adquiridos en el transcurso de sus vidas reproductivas, a lo cual se suman los programas de atención y prevención de la salud sexual y reproductiva.

En ese sentido, puede mencionarse que el 12% de las mujeres manifestó haber estado internada durante el último año y que los partos constituyeron la mitad de las causas de internación. Las mujeres triplican a los varones que han estado internados; las causas de hospitalización de ellos se han debido a intervenciones quirúrgicas por accidentes o enfermedades (Cuadro 4).

Respecto a las prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino y de mama se observa que, a pesar de ser jóvenes, el 95% de las mujeres ha hecho el estudio de Papanicolau bastante recientemente (menos de tres años antes del relevamiento). En el caso de la mamografía, cuya práctica en ausencia de antecedentes de cáncer u otras

² La situación de ocupado era un requisito para integrar la muestra del estudio cualitativo.

dolencias específicas, se aconseja a partir de los 40 años (CDC, 2006) la mitad de las encuestadas lo ha realizado alguna vez (Cuadro 5).

Al efectuar un análisis trivariado por edad, nivel educativo y condición de actividad según sexo, prevalecen las diferencias de una mayor frecuencia de consultas médicas de las mujeres (no se muestran cuadros).

El discurso de las mujeres y los varones sobre el cuidado de la salud

I. La consulta médica preventiva

La prevención a través de controles médicos periódicos adquiere relevancia porque permite la búsqueda de los signos precursores de la enfermedad que todavía no se han manifestado (Boltanski, 1975), lo cual favorece la detección precoz de ciertas enfermedades, contribuye a reducir sus consecuencias e incide favorablemente en las condiciones de salud presentes y futuras.

El estudio cualitativo mostró que los controles clínicos de salud son poco frecuentes en las personas entrevistadas y, aunque las mujeres los efectúan con mayor regularidad que los varones, no todas mantienen la misma constancia en los controles ginecológicos que, como se vio, adquieren mayor prioridad.

Los motivos de las mujeres para efectuar consultas clínicas rutinarias (17 casos con una periodicidad que varía de 3 meses a 2 años) están basados en enfermedades preexistentes que requieren seguimiento (hipotiroidismo, hipertensión arterial, disfunciones hepáticas o neurológicas, diabetes y anemia). El médico especialista cumple la función del médico de cabecera, ya que es a quien visitan con mayor frecuencia y al que acuden para consultar por nuevos estudios si surgen malestares.

Además de los controles mencionados, algunas mujeres se ocupan con especial cuidado de otros de orden general, aunque asistir a consultas y realizar estudios requiere de una organización del tiempo adicional de las rutinas diarias. Cuando ellas se sienten superadas por falta de tiempo es habitual que releguen los controles de salud frente a otras obligaciones (laborales, cuidado de los hijos, tareas domésticas). Josefina, 34 años, 1 hijo, comenta: *“Sí, trato de hacerlos cuando puedo organizar los horarios, el trabajo (...) ahora tendría que hacerlo, pero perdí la billetera con documento y la credencial, tengo que hacer 400 trámites para recuperarlo todo y no tengo tiempo, en algún momento de las vacaciones lo haré”*. Por otro lado, la percepción de estar sanas lleva a algunas mujeres a estar menos pendientes de realizar chequeos y a postergar la visita al médico por prevención: Carolina, 35 años, 3 hijos, expresa *“Un chequeo clínico puede*

ser que haya pasado 2 años o 3, pero como que en el medio voy por separado a los médicos, y en general como nunca tuve ningún problema, digamos, ni de colesterol ni de presión, como que medio me relajé”.

Son pocas las mujeres que realizan controles esporádicos o sólo concurren a la consulta por padecer algún malestar. Sofía, 33 años, 2 hijos, dice: *“No, no los hago, salvo que me sienta mal o tenga algún inconveniente”.*

La periodicidad de realización de chequeos entre los varones es menor que la de las mujeres, y oscila entre 1 y 3 años. Uno de los motivos invocado es de orden económico más que preventivo: dicen ir al médico para que les rinda el costo en salud que desembolsan mensualmente en beneficio de la familia: *“Si pagamos la prepaga al menos quiero usarla y como generalmente estoy sano, hago controles preventivos...”* (Pedro, 35 años, 2 hijos). *“De hecho pagamos una obra social que cuesta un huevo y mi teoría es usémosla, no como un hipocondríaco, pero no dejemos de aprovechar lo que pagamos”* (Luis, 38 años, 2 hijos). *“Arranqué ahora por una cuestión de si estamos pagando OSDE por qué no cuidarse uno (Juan, 34 años, 2 hijos)”.*

Algunos varones, en menor proporción, van al médico como una medida de cuidado: *“... lo hago yo por mi cuenta, me gusta saber que estoy más o menos bien”* (Alberto, 34 años, 2 hijos). En ocasiones, la noticia de que serían papás ha influido en una mayor consideración por el cuidado de la salud; para algunos varones los controles médicos son parte de la responsabilidad de ser padre: *“(...) eso sí te cambia, cuando tenés un niño empezás a preocuparte un poco más por vos, en términos de durabilidad, antes no te importaba nada (Leandro, 31 años, 1 hijo).*

Otros entrevistados reconocen la importancia del cuidado, pese a lo cual desestiman las visitas médicas porque no se perciben en riesgo: *“... uno piensa que nunca le va a pasar nada, debería de vez en cuando hacerme algún control clínico (Eduardo, 37 años, 1 hijo).* *“... yo puedo pasar algunos años sin ir, hasta que escucho que a alguien le pasó algo y voy” (Jorge, 36 años, 1 hijo).*

Entre los que no hacen chequeos médicos, casi nadie discute la conveniencia de llevarlos a cabo, y su ausencia se atribuye a una cierta desidia, por lo cual los mantienen en su agenda de pendientes: *“... porque no me gusta ir al médico, porque soy un colgado, siempre pido turnos y me olvido de ir” (Alvaro, 33 años, 2 hijos).* *“...tendría que arrancar (...) vagancia, nada, me tengo que buscar un clínico” (Néstor, 34 años, 2 hijos).* Asimismo, varios varones expresan que tienen dificultades para cumplir adecuadamente con las rutinas de chequeos y postergan la concurrencia a los servicios

de salud: “...hace algunos meses me fui a hacer uno y todavía no me hice los análisis, pero la idea es de hacerlos” (Néstor, 34 años, 2 hijos).

La costumbre poco frecuente de hacer consultas médicas preventivas podría relacionarse con la escasa percepción de riesgos en salud que tienen los adultos jóvenes, señalado como un impedimento para la prevención. Este tipo de actitudes puede relacionarse con la ilusión de invulnerabilidad (Mendes Diz, 2001) y el imaginario de confianza y protección asociado a la juventud (Margulis y Urresti, 1998), que lleva a algunas personas a desestimar el peligro y a atribuirlo a la gente mayor. También puede vincularse a la creencia de que la ausencia de síntomas es suficiente para saber que una persona está sana y no necesita acudir al médico, circunstancia que deslegitima la prevención y puede conducir a consultas tardías (Castro, 2000).

II. Los cuidados de la salud reproductiva

II.1. Controles ginecológicos y anticoncepción

Las prácticas preventivas sobre las cuales se indagó incluyen los controles ginecológicos, el uso de métodos anticonceptivos, las consultas previas a la gestación, los cuidados del embarazo y la participación de los varones en estos cuidados de las mujeres.

La mayoría de las entrevistadas concurre regularmente al ginecólogo y cumple con los controles indicados, cuya frecuencia varía entre 6 a 12 meses. Sólo 3 entrevistadas no se controlan regularmente. Para las demás se trata de prácticas preventivas de gran importancia y de la que se ocupan “religiosamente”, según las palabras de Valentina (38 años, 1 hijo). Las mamografías son menos mencionadas, y ello podría estar en conexión con las edades recomendadas por los protocolos médicos para este tipo de práctica.

La prevención del embarazo es ejercida tanto por mujeres como por varones, quienes en su gran mayoría han planificado su descendencia. Para ello, las mujeres declararon una mayor preferencia por el uso del preservativo (13) seguido por el DIU (6) y una menor proporción (5) usa pastillas u otros métodos (una mujer ha recurrido a la ligadura tubaria y otra practica la abstinencia en los días fértiles). El resto de las entrevistadas (6) no usan ningún método porque buscan un nuevo embarazo.

En el pasado, las entrevistadas usaron diversos métodos evaluando su eficacia y practicidad así como los efectos secundarios sobre la salud. En este sentido, lo que opina Catalina (36 años, 2 hijos, preservativo) es muy elocuente: “...porque si

decidiéramos ya no tener más hijos, bueno, por ahí cambiamos de método pero por ahora está todo bien”.

El preservativo aparece como el método más utilizado tanto en el pasado como actualmente. Si se dejan de lado los comentarios de Alicia (36 años, 1 hijo, preservativo), que se autodefine como “*anti-tomar*”, los anticonceptivos orales aparecen como el segundo método más utilizado anteriormente por las mujeres. Los argumentos que esgrimen no cuestionan la efectividad de las pastillas sino que se basan en las experiencias negativas relacionadas con los efectos secundarios de su ingesta. Expresiones como, “*no me caían bien*”, “*terminaban haciéndome mal*”, “*me ponían nerviosa*” o “*tuve un problema de retención de líquidos, no me adaptaba, estaba siempre hinchada*”, ilustran estas situaciones. También aparece en los discursos la idea de que es un método del que hay que estar pendiente de forma cotidiana, algo que se complica entre las mujeres que trabajan, como lo expresa Analía (29 años, 1 hijo, DIU) “*...tomar pastillas cuando tenés un hijo seguro que te olvidas, porque con todo lo que tenés que hacer y qué sé yo, te olvidás...*”. Esta sensación de rechazo hacia las pastillas podría ser atribuida al hecho de que muchas las han utilizado durante varios años y han decidido abandonarlas por otro método no hormonal como el preservativo, cuyo uso se ha extendido desde la aparición del Sida.

Respecto del DIU, no se expresan tanto los trastornos de salud sino cierta desconfianza hacia un método de probada eficacia: refieren casos de amigas y conocidas que quedaron embarazadas debido a fallas en el método: “*...tengo casos muy cercanos de embarazo con DIU...*” (Nazarena, 30 años, 2 hijos, preservativo y Laura, 34 años, 2 hijos, preservativo); lo cual parece constatarse en la propia experiencia de una entrevistada: “*...tuve un embarazo que perdí, un DIU mal colocado por lo cual quedé embarazada, fue sin buscarlo, el embarazo lo perdí después. El DIU había quedado en la cavidad abdominal, me tuvieron que hacer una laparoscopia... (...) Sí, no quise saber más nada con DIU (risas)*” (Inés, 35 años, 1 hijo, pastillas). Otras mujeres expresan sentimientos de “odio”, lo “molesta” que es su colocación y el “pánico” que provoca pensar en tener que retirarlo. Marianela (40 años, 2 hijos) recurrió al DIU por un problema de salud que le impedía tomar anticonceptivos orales y Celina (31 años, 1 hijo, DIU) que también utiliza el DIU a su pesar o por decisión de su médica, quien se lo indicó luego de haber tenido un parto complicado.

El caso más extremo de las mujeres entrevistadas parece ser el de Leonor (35 años, 2 hijos, contracepción quirúrgica) que ha recurrido a la ligadura tubaria luego de

un largo itinerario de prueba de diferentes métodos y sus efectos adversos sobre la salud y debido a su decisión y la de su pareja de no querer tener más hijos.

Los testimonios de los varones sobre las prácticas anticonceptivas aportan poca información en comparación con los de las mujeres, limitándose a señalar qué método usaban antes del nacimiento de sus hijos y después, sin mencionar qué sienten, piensan o creen sobre esas prácticas.

Las pastillas anticonceptivas y los “profilácticos”, como varios denominan al preservativo, son los métodos más utilizados antes y después de tener hijos, con excepción de un entrevistado que reemplazó el preservativo por el DIU después de su primer hijo sin explicar las razones. Entre quienes indicaron no usar ningún método antes de ser padres, dos optaron por pastillas y dos por preservativos luego del nacimiento de sus hijos.

La elección del método anticonceptivo suele estar orientada por las necesidades o preferencias de sus parejas, sobre quienes recae la decisión del método a emplear, lo cual lleva a pensar que los varones tienen un rol menos protagónico en la elección de métodos: *“Ella tomaba pastillas (...) siempre usó ese método, y lo usábamos juntos porque es el más cómodo para ella (Alvaro, 33 años, 2 hijos)”*. *“Sí, antes preservativos, pero ella pastilla dice que tomó, que hormonalmente ha cambiado mucho, así que no, no quiere pastillas, ni DIU, ni nada, también con la idea de que si llega a venir, viene...” (Juan, 34 años, 2 hijos)*. *“... el calendario, ella es extremadamente creyente y no quiere usar ningún método, aunque estando de novios hemos utilizado profilácticos” (Sergio, 39 años, 1 hijo)*.

Entre los varones prevalece una mirada algo ajena sobre las prácticas anticonceptivas, que probablemente aparezca reforzada por ciertas inhibiciones y/o falta de diálogo sobre estos temas, lo que pudo haber condicionado una menor explicitación sobre las experiencias de los métodos que utilizan. Martín, 38 años, 2 hijos, dice no saber con exactitud qué anticonceptivo utilizan con su pareja y se refiere al cuidado como una práctica que involucra sólo a su compañera: *“No sé, creo que con pastillas se cuida.”*

II.2. Los cuidados del embarazo y el parto

Las entrevistadas manifiestan haber acudido muy a menudo a consultas médicas previas a la gestación, como parte de la planificación de sus embarazos. Sus motivaciones se vinculan con las precauciones para dejar el método anticonceptivo

usado hasta ese momento (pastillas o DIU), para comenzar a tomar ácido fólico o para controlar su situación de salud. Algunas mujeres, aunque no consultaron para el primer embarazo, lo hicieron o planean hacerlo en los sucesivos, ya que hacerlo les genera sentimientos de tranquilidad: *“Mirá, la hice por una cuestión de tranquilidad para mí (...) Sí, lo hice, lo hice, las dos veces, antes, una consulta ginecológica, tomar el ácido fólico antes de quedar embarazada”* (Sofía, 33 años, 2 hijos). En contraste, también hay mujeres que no han encontrado pertinente efectuar esas consultas, otorgándoles más valor a tomar la decisión con sus parejas. Más allá de estas diferencias, todas hicieron los controles indicados del embarazo.

Los cuidados del embarazo y el parto han supuesto para las mujeres intensas búsquedas de profesionales e instituciones de salud. Algunas de ellas dedicaron mucho tiempo a la elección de un profesional que les generara confianza. Según sus experiencias, sus testimonios revelan que el cuidado de los servicios de salud se limita a los aspectos biomédicos descuidando la contención, escucha, acompañamiento, información y respeto. Al contrario, las entrevistadas valoran positivamente los cuidados brindados por sus redes sociales primarias: sus parejas y familias.

Durante el embarazo, algunas entrevistadas participaron en actividades que ofrecen instituciones privadas a las futuras mamás que les sirvieron para transitar mejor esa etapa: *“fue un embarazo lindo donde pudimos investigar, ir a charlas, hacer un curso de preparación”* (Alicia, 36 años, 1 hijo). Algunas de ellas, especialmente las primerizas, recuerdan haber vivido de manera muy diferente la etapa del parto y posparto, pues al culminar el embarazo se sintieron muy solas y con escasa contención. En tal sentido reclaman no haber podido contar con mayor información que las ayudara a tomar decisiones durante los primeros años del bebé. Por ejemplo, Leticia (38 años, 1 hijo) reconoce que tuvo mucho más apoyo en la etapa del parto y que cuando tuvo a su hijo *“la contención desapareció”*. En su opinión, las charlas parto no son tan necesarias, porque se trata de un tipo de información que puede brindar el médico o a la que se puede acceder por otros medios. En cambio, expresa que le hubiese gustado tener en la misma clínica reuniones semanales con pares y profesionales para compartir experiencias.

En el momento del parto, algunas mujeres describen que las relaciones interpersonales con el equipo de salud fueron conflictivas. Laura (34 años, 2 hijos) se refiere al parto como *“una experiencia olvidable absolutamente, cero contención”*, lo cual la llevó a cambiar de médico cuando se enteró de su segundo embarazo. Varias

mujeres transmiten una idea acerca de la pasividad de sus cuerpos, sobre los que los profesionales de la salud intervienen sin informar o avisar; así Leticia, ya citada, expresa: *“el parto fue medio bestial (...) me hicieron inducción (...) entraban, salían, te mete la mano uno, te mete la mano otro, es medio... de natural no tiene nada aunque sea natural, se llama parto natural, pero es salvaje...”*.

Las experiencias de los varones sobre el embarazo y el parto indican que todos han acompañado a sus parejas a los controles médicos durante el embarazo y asistieron al nacimiento de sus hijos, pero en los cursos de preparto hubo algunas deserciones: *“Renuncié al curso de preparto fue too much, no lo pude soportar”* (Alvaro, 32 años, 2 hijos). *“Con el primero fui a un par de clases de preparto pero me cansé rápido y salí huyendo”* (Pedro, 35 años, 2 hijos). La resistencia y/o rechazo a participar en esas actividades se relaciona con la percepción de que no aportan grandes beneficios o resultan poco amenas, opiniones que suelen ser compartidas por sus compañeras y permiten constatar las opiniones de algunas entrevistadas: *“... no nos gustó (...) la verdad no nos estaban informando nada que no supiéramos ya... (Federico, 30 años, 1 hijo)”*. *“Traté de zafar, (...) pero mi voluntad era no ir a ninguna (clase) era aburrido, no está bueno”* (Leandro, 31 años, 1 hijo). En otro trabajo (López et al, 2010) se ha observado la tendencia de los varones a buscar elementos placenteros como requisito para la realización de algunas tareas del hogar y el cuidado de los hijos y a evadir aquellas actividades que no los satisfacen, patrón que parece confirmarse en la etapa del embarazo.

En otros casos, la asistencia parece formar parte de los deberes de acompañamiento a la futura madre: *Sí (fui), ¡qué buen marido!* (Bruno, 34 años, 1 hijo). Estos patrones, que buscan adaptarse al modelo de un “buen padre y marido”, pueden interpretarse, siguiendo a Ventimiglia (2002), como un modo en el que los varones y las mujeres resuelven los conflictos derivados de la asimetría en las relaciones de género. La autora advierte que, para reducir e intentar contener situaciones conflictivas, algunos varones tienden a valorar y resignificar –sólo a nivel del discurso- la importancia de compartir plenamente ciertas actividades. Lo que aquí se advierte en algunos entrevistados es que no sólo enuncian mejorar la asimetría de género, sino que además ese discurso se acompaña con algunas acciones que tienen en cuenta las expectativas de sus compañeras.

Sólo un entrevistado destaca algún beneficio personal cuando acude a los cursos de preparto, señalando las ventajas de poder comprender cuestiones poco conocidas

para él: *Sí, yo la acompañé. (...) y fue bueno al menos para mí: como era primerizo estaba bastante nervioso por cómo iba a ser todo y como que teniendo información me da tranquilidad. Llegamos tranquilos al momento del parto (Gustavo, 37 años, 1 hijo).*

En el momento del parto, si bien alguno de los varones temió no estar a la altura de las circunstancias: “... *en la sala de partos casi me desmayo (Pedro, 35 años, 2 hijos)*”, es posible inferir que han internalizado su presencia en el nacimiento de sus hijos como parte de lo que es el correcto ejercicio de la paternidad, de manera que lo vinculan con los códigos culturales del entorno social de pertenencia, del que se saben parte y cuya opinión les importa: “... *y presencié el parto, creo que como todo el mundo, bah todo el mundo de clase media*” (Luis, 38 años, 2 hijos). En tal sentido, este testimonio enuncia ciertos atributos de clase anclados en la construcción de la identidad masculina en algunos varones de los estratos socioeconómicos medios (Connell, 1985).

Otros padres, en cambio, expresan el deseo propio y de sus compañeras de asistir al parto y se sienten sumamente involucrados en la experiencia de dar a luz: “*Ella me lo había pedido pero (...) para mí no había duda...*” (Bruno, 34 años, 1 hijo). “... *cancelé el vuelo, llamé a mi gerente a las 3 de la mañana, le dije, no puedo viajar, estoy en proceso de parto* (Sergio, 39 años, 1 hijo).

La admisión de los papás en la sala de partos, que dejó atrás el confinamiento del varón a la sala de espera, marca un contraste generacional en las experiencias de los varones. Los entrevistados expresan que se sienten incluidos en las instituciones de salud y pueden evaluar el trato en la relación médico-paciente: “...*me sentí bien tratado en la clínica (...) el obstetra era un capo...*” (Pedro, 35 años, 2 hijos). “... *el tipo es un tipo grande, capo (...) solamente me preguntaba si no estaba por desmayarme, si querés venir, vení, estuve todo el tiempo atrás y después adelante*” (Alvaro, 33 años, 2 hijos). Estas opiniones difieren de las de las mujeres y ello puede comprenderse a partir de las diferencias biológicas y culturales asociadas a la reproducción, que implican para ellas el involucramiento de la totalidad de su cuerpo, del cual derivan sentimientos, sensaciones, necesidades y demandas específicas (Findling et al, 2009 y 2010).

Acompañar, sostener y contener a la futura mamá durante el embarazo y especialmente en el momento del parto son las funciones que asumen y cumplen estos padres, aunque con la sensación de que es poco o casi nada lo que hacen ante la magnitud de la tarea que enfrentan sus compañeras: “*Me sentí que estaba ahí para acompañarla, no podía hacer nada, un poco inútil, si, porque no podés hacer nada, realmente, cuando ella te dice, me duele, me duele*” (Jorge, 36 años, 1 hijo). “... *la*

participación del padre es más casi de espectador en todo eso, acompañar un poquito a la madre, no hay mucho que uno pueda hacer, la fuerza la hace ella” (Alvaro, 33 años, 2 hijos).

Los entrevistados manifiestan que experimentan una participación más activa y útil, en la medida en que sus compañeras se lo expresan y les hacen saber, claramente, que los necesitan: “... *ahí antes de la sala de parto, disfrazadito de monigote un rato largo, me sentía así como un cero a la izquierda (...) pero después me dejaron entrar, vi que ella (...) me necesitaba, entonces me sentí muy participe, no sé, para mí fueron dos segundos, pero bueno, fue muy lindo...*” (Federico, 30 años, 1 hijo). “... *no es que cumplí un rol muy importante, pero sí, hasta el momento que apareció la partera, era un apoyo muy importante y era el que tomaba las decisiones porque en ese momento la mujer es como que pierde conciencia, si está completamente absorbida por el parto y entonces...*” (Bruno, 34 años 1 hijo). “... *estuvo al límite de que le hagan cesárea (...) y yo estuve laburando todo el tiempo, laburé como un negro, obviamente después te dan las tijeras para, te mandan atrás y te dejan simplemente la tarea de apoyar y contener...*” (Luis, 32 años, 2 hijos).

III. ¿Qué piensan unas de otros y viceversa sobre la prevención?

A las personas entrevistadas se les preguntó acerca de los cuidados de la salud de sus cónyuges; las respuestas permiten observar la influencia de aspectos de género en las opiniones sobre actitudes y comportamientos preventivos.

Las mujeres expresan que sus compañeros concurren al médico motivados por el control de alguna enfermedad, los requerimientos laborales y, en menor medida, por “conducta” o “responsabilidad”. Perciben con claridad la resistencia de sus parejas a la práctica preventiva, señalando que ellos no cumplen con los chequeos médicos en igual proporción que ellas. Las argumentaciones presentadas para explicar esas diferencias destacan cualidades estereotipadas que atribuyen a las mujeres una capacidad natural para desenvolverse eficientemente en la esfera de la salud, así como una mayor fortaleza para afrontar problemas de ese tipo. En conexión con esas ideas, algunas entrevistadas señalan el temor al dolor físico que puede derivar de la consulta médica, como un impedimento para el cuidado de la salud de los varones. Desde la visión de las mujeres, en el imaginario masculino una extracción de sangre o la aplicación de una inyección se convierten en amenazas a la integridad corporal, lo cual lleva a los varones a no querer concurrir al médico, como dice Nazarena de su esposo (30 años, 2 hijos): “... *es muy*

miedoso de los médicos, es más, se tiene que estar muriendo para ir (...) él tiene muchos problemas de espalda y para ir a inyectarse lo que necesita, tiene que estar doblado directamente, si no toma algo por su cuenta... ”.

En la misma dirección, los varones consideran que la regularidad o la disciplina en las prácticas preventivas de sus parejas son comportamientos inherentes al género femenino. Estas opiniones parecen tener origen en una representación sobre el cuerpo femenino cuyo uso social, en términos de Boltanski (1975), estaría determinado únicamente por sus funciones reproductivas, tal como se desprende de las opiniones de algunos entrevistados: *“... la mujer como que va al ginecólogo, tiene más vínculo con la medicina, no sé si lo imponen o qué...” (Leandro, 34, años 1 hijo). “(...) cuestión de temas también femeninos, que a la ginecóloga va más seguido (...) es como que tiene una cotidianeidad médica mucha más periódica, que no es mi caso...” (Fernando, 40 años, 1 hijo). “... está más acostumbrada” (Néstor, 34 años, 2 hijos).*

Los varones manifiestan casi en forma unánime que sus compañeras se hacen controles periódicos con más frecuencia que ellos, empezando por las visitas al ginecólogo: *Paula hace bastante más que yo (...) los controles ginecológicos cada año (Néstor, 34 años, 2 hijos). Sí, Ana va mucho más que yo (Jorge, 36 años, 1 hijo).* La condición de cuidadora - como un rasgo típico del género femenino - también aparece vinculado a la mayor consideración por el cuidado de la salud que ellos atribuyen a sus compañeras: *“Ella lleva al padre, a la madre, le dice a todos (...) ella a todo el mundo le dice qué hacer...” (Sergio, 39 años, 1 hijo).*

Sin embargo, los entrevistados se expresan de manera imprecisa y vacilante al momento de especificar los cuidados de la salud de sus cónyuges, como si les prestaran una relativa atención o descontaran que ellas hacen lo más conveniente sin esperar un papel más activo de sus compañeros: *“... pero sí va al médico. Una vez por año al clínico, calculo que va...” (Bruno, 34 años, 1 hijo). “Ginecológicos cálculo que cada tanto irá, pero la verdad no sé...” (Eduardo, 37 años, 1 hijo). “Mucho no sé lo que ella hace, creo que va al ginecólogo, pero no te podría decir ciento por ciento” (Pedro, 35 años, 2 hijos).*

A diferencia de los varones, las entrevistadas parecen estar más interiorizadas sobre las prácticas preventivas de sus parejas y suelen ser ellas quienes se ocupan de pedir los turnos con los médicos, promover la concurrencia de sus compañeros a esas consultas y acompañarlos durante las visitas, lo cual pone de manifiesto que las mujeres

siguen ocupando un lugar protagónico en la prevención y la atención de la salud de sus familias.

Comentarios finales

La asistencia a las consultas médicas resulta una práctica frecuente en las personas de 28 a 40 años de los estratos socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires que viven en pareja, tienen hijos y trabajan en empleos remunerados: más de la mitad de los varones y las mujeres han realizado consultas médicas en el último año, según los datos de la EAH (2006). Esta población se caracteriza por un nivel educativo elevado y por tener acceso a un empleo que les provee de una cobertura médica privada o de la seguridad social, factores que se asocian con una mayor predisposición al cuidado de la salud. Las mujeres asisten a las consultas médicas en mayor proporción que los varones, tendencia que también se constata en las entrevistas realizadas. De esos relatos se desprende que la experiencia de ser madres y padres ha influido de manera positiva en el cuidado de la salud, ya que conlleva la responsabilidad de hacerse cargo de personas más vulnerables.

Sin embargo, hay indicios que llevan a pensar que el cuidado de la salud no se ejerce de manera integral y que la percepción del derecho a cuidarse, a ser cuidados y a cuidar no parece estar del todo instalado en los y las jóvenes adultos entrevistados.

El tipo de prevención que realizan las mujeres se concentra en el área reproductiva, ya que muchas efectúan sus controles ginecológicos con rigurosidad, han realizado consultas antes de quedar embarazadas y cumplieron con los controles del embarazo. Son menos asiduos los chequeos clínicos, los cuales suelen postergarse si existen cuestiones familiares o laborales que atender. No obstante, las mujeres suelen realizar más controles médicos preventivos que los varones. La atención de la salud sexual y reproductiva femenina favorece un mayor contacto de las mujeres con los servicios de salud. Esto facilita una mayor cercanía y diálogo con los profesionales, así como un mayor acceso a la información y un mejor desenvolvimiento en las instituciones, factores que podrían explicar la mayor predisposición de las mujeres a adoptar hábitos preventivos.

Los varones son más reticentes a efectuar controles clínicos y entre aquellos que los hacen, disminuye la periodicidad de las consultas, que obedecen a razones que se definen – curiosamente - por su carácter económico antes que preventivo: van al médico

para hacer valer la inversión en salud que desembolsan mensualmente en beneficio del grupo familiar.

Pese a que ellos trabajan más horas fuera del hogar en comparación con las mujeres, el escaso hábito de efectuar controles clínicos no se relaciona con la falta de tiempo, como en el caso de las mujeres, que asumen una mayor carga de tareas hogareñas y de cuidado de los hijos. Probablemente la práctica menos frecuente de realizar chequeos se relacione con que aún no han alcanzado las edades en que se recomienda que dichos controles se cumplan con regularidad, y a una menor percepción de riesgos por tratarse de jóvenes adultos. Todos estos factores permiten comprender por qué recurren al médico sólo si padecen alguna enfermedad crónica o ante la aparición de un trastorno en la salud. De modo tal que la ausencia de síntomas podría ser una circunstancia que deslegitima la prevención. Este patrón también se observó en algunas mujeres, aunque es más pronunciado entre los varones.

La socialización de género según modelos tradicionales implica para las mujeres su desempeño como agentes de salud más que como sujetos de salud e influye en que ellas adopten un rol protagónico en el cuidado de la salud familiar. Esa mirada permanente hacia los otros se expresa en las actitudes de las entrevistadas que están pendientes y se ocupan de la atención de la salud de sus compañeros. Los entrevistados, en cambio, tienen una mirada algo ajena y confían en las cualidades naturales que atribuyen a sus compañeras para el cuidado de ellas mismas y de otras personas, y tienen una escasa participación en algunas decisiones (como la elección del método anticonceptivo) y actividades de cuidado (como los cursos de parto).

La prevención de la salud reproductiva tiene a las mujeres como principales protagonistas. Al parecer, la elección del método anticonceptivo se adecúa más a sus necesidades que a las de los varones. La menor inclusión y participación de los varones en los programas de salud reproductiva puede asociarse con esta tendencia.

Muchas mujeres opinaron de modo desfavorable sobre las pastillas y el DIU. Se destacan tanto el preservativo como las pastillas antes del primer embarazo, después del cual predomina ampliamente el preservativo.

El embarazo convoca a ambos integrantes de la pareja a participar conjuntamente de esos cuidados. Sin embargo, varios entrevistados y entrevistadas tienen opiniones negativas respecto de los cursos de parto, lo cual lleva a reflexionar sobre las ventajas y desventajas de esas prácticas, ampliamente recomendadas por los profesionales de la salud, pero que al parecer no alcanzan a satisfacer completamente las

necesidades de los futuros papás y mamás. Por su parte, las experiencias de las mujeres durante el embarazo y el parto revelan que la atención en los servicios de salud se limita a los aspectos biomédicos y se descuida la contención, escucha, acompañamiento, información y respeto, atributos fundamentales del cuidado integral de salud. Esta omisión interpela a las instituciones y a las políticas públicas de salud que deberían adecuar las respuestas de acuerdo a las demandas y necesidades de mujeres y varones.

Referencias bibliográficas

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

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

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

Bourdieu, P. (1985). “La producción y reproducción de la lengua legítima”, en *Qué significa hablar*, Madrid, Editorial Akal.

Castro, R. (2000) “La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad”, en *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Morelos, UNAM.CRIM.

Connell, R. (1995) *Masculinities*. Berkeley, University of California Press.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, Disponible on line en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/pdf/mammogram_brochure.pdf. Fecha de acceso: 24/9/2010

Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires (2006). Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida (2001). Sistema Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) e Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (2003). Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud.

Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (2005). Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud.

Evans, R. G. y G. L. Stoddart (1996) “Producir salud, consumir asistencia sanitaria”, en R. Evans, M. Barer y T. Marmor (ed.) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Editorial Díaz de Santos.

Findling, L.; M. P. Lehner, M. Ponce y M. P. Venturiello (2010) “Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”, en Pinheiro, R. (comp.), *Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde*, IMS - UERJ, Brasil. En prensa.

Findling, L.; M. P. Lehner, M. Ponce, M. P. Venturiello y L. Champalbert: “Estrategias reproductivas y de cuidado de la salud: una mirada desde las madres que trabajan”, en A. L. Kornblit, A.C. Camarotti y G. Wald, *VIII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. En CD-ROM.

López, E.; L. Findling, M. P. Lehner, M. Ponce, M. P. Venturiello, S. Mario y L. Champalbert (2010) “Padres de hoy, varones de antes: decisiones reproductivas, familia y trabajo en varones de estratos medios de la Ciudad de Buenos Aires”, en M. Schufer y R. Geldstein (comps.) *VI Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, en el marco de las transformaciones en la familia*, CENEP / UNFPA, Ciudad de Buenos Aires. En prensa.

López, E.; L. Findling, M. Abramzón, M. P. Lehner, M. Ponce y M. P. Venturiello (2009) “Primera Parte: 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.

Margulis, M. y M. Urresti (1998) “La construcción social de la noción de juventud”, en VVAA *Viviendo a toda, jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Bogotá, Universidad Central. DIUC. Siglo del Hombre.

Mendes Diz, A. M. (2001) *El riesgo en los jóvenes. Una alternativa de vida. Aportes a la comprensión de las conductas de riesgo en los jóvenes*. Buenos Aires, Corregidor.

Ponce, M. (2010) “Mujeres y salud: la prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Tesis Doctoral para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Junio de 2010. En evaluación.

Ventimiglia, C. (2002) “Las madres dirigiendo, los padres sentados”, en Congreso Internacional: *Los hombres ante el nuevo orden social*. Vitoria-Gasteiz, Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.

Anexo Cuadros Estadísticos

Cuadro 1. Población de 28 a 40 años. Características seleccionadas según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares, 2006

Características	Varón %	Mujer %
Situación conyugal		
Unido/casado	62,9	62,4
Separada/o de unión o matrimonio	5,8	10,4
Viuda/o de unión o matrimonio	0,3	0,5
Divorciada/o	1,0	2,2
Soltera/o nunca unida/o o casada/o	30,0	24,5
Máximo nivel de instrucción		
Hasta secundario incompleto	24,9	20,7
Secundario completo	19,8	18,3
Superior/univ. Incompleto	24,0	23,5
Superior/univ. Completo	31,3	37,5
Cobertura de salud		
Sólo público	22,3	21,8
Obra social o privada	77,7	78,2
Situación ocupacional		
Inactivo	3,2	18,0
Desocupado	2,5	4,8
Ocupado	94,3	77,2
Total	100,0 282.916	100,0 300.673

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Cuadro 2. Población de 28 a 40 años, distribución por tiempo de realización de consulta médica según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares, 2006

<i>¿Cuándo consultó a un médico clínico o especialista por última vez?</i>	Varón %	Mujer %
Hace 6 meses o menos	53,4	74,9
Más de 6 meses y menos de 1 año	14,4	11,4
1 a 2 años	17,0	8,7
Más de 2 años	11,3	3,7
No recuerda	3,4	1,3
Nunca consultó	0,5	0,1
Total	100,0 266.776	100,0 232.238

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Cuadro 3. Mujeres de 28 a 40 años según realización de consulta médica por cantidad de hijos nacidos vivos. Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares, 2006

¿Cuándo consultó a un médico clínico o especialista por última vez?	Cantidad de hijos nacidos vivos				Total
	Ninguno	1	2	3 y más	
Hace 6 meses o menos	78,1	72,8	75,7	68,5	74,9
Entre 6 meses y 1 año	10,8	11,1	10,9	14,7	11,4
1 a 2 años	7,2	9,9	8,0	11,3	8,7
Más de 2 años	2,2	4,8	4,1	5,0	3,7
No recuerda	1,7	1,4	1,0	0,5	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	117.755	74.656	65.266	42.996	300.673

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Cuadro 4. Población de 28 a 40 años, distribución por internación según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares, 2006

Internación y motivo	Varón	Mujer
	%	%
Estuvo internado al menos una vez durante el año	4,1	12,0
Por...	100,0	100,0
Enfermedad/ problemas de salud	37,8	21,6
Accidente	10,9	0,4
Parto	//	39,1
Cesárea	//	15,5
Operación	49,0	19,5
Otro	2,3	3,4
Total	266.776	232.238

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Cuadro 5. Mujeres de 28 a 40 años según realización de prácticas preventivas del cáncer genito-mamario. Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares, 2006

Práctica	%
Papanicolau	95,2
Menos de un año	61,0
De uno a tres años	25,1
Más de tres años	9,1
Mamografía	50,8
Menos de un año	29,2
De uno a dos años	13,2
Más de dos años	8,4
Total	100,0
	300.673

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires