

**Explorando la interseccionalidad en las desigualdades en salud en Argentina:  
discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional**

Matías S. Ballesteros, Mercedes Krause

IIGG-UBA y CONICET

matiballesteros@yahoo.com.ar, merkrause@gmail.com

**Resumen**

El concepto de interseccionalidad surge alrededor de los ochenta para describir cómo diferentes ejes de estratificación social (raza, clase social, género y otros) interactúan en términos de la producción de las relaciones sociales y en términos de la vida de las personas. En las últimas décadas, las teorías de la interseccionalidad han estado en el centro de los debates feministas y de género europeos y estadounidenses. Se ha producido una enorme y sustantiva literatura que aborda la interseccionalidad conceptualmente, multidisciplinariamente y desde estrategias metodológicas cualitativas (etnografía, deconstrucción, genealogía, etnometodología) poniendo en cuestión la posibilidad de llevar a cabo análisis interseccionales en estudios cuantitativos. Aún sin lograr un consenso al respecto, más recientemente, han emergido interesantes propuestas metodológicas para modelar la interseccionalidad en estudios cuantitativos. El objetivo de esta ponencia es contribuir a dichas discusiones teórico-metodológicas utilizando la interseccionalidad para analizar las desigualdades en salud de la población de 18 años y más residente en zonas urbanas de Argentina a través de regresiones logísticas. Más específicamente, abordamos el efecto del sexo, la edad, la clase social y la región de residencia sobre la autopercepción del estado de salud y existencia de limitaciones en la vida cotidiana asociadas a una enfermedad crónica diagnosticada. Para ello analizamos la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) realizada en 2010 por la DEIS-MSAL y el CEDOP-UBA.

**Palabras clave:** Desigualdades en salud; Encuestas de salud; Interseccionalidad; Métodos de investigación

## Introducción

El concepto de interseccionalidad surge a mediados de los ochenta en los Estados Unidos como una crítica de las mujeres negras hacia el sesgo de clase media blanca no reconocido por parte de la teoría y la política feministas (Knapp, 2005). De acuerdo con Crenshaw (1991, citada en Knapp, 2005), el principal problema era de representación política, ya que el movimiento feminista con frecuencia ignoraba las diferencias intragrupo de las mujeres. Al mismo tiempo, las organizaciones antirracistas se conformaban alrededor de problemáticas e ideales implícitamente masculinos (Bauer, 2014: 11). Así, el concepto de interseccionalidad venía a “mediatizar la tensión” entre las diferencias *dentro* y *entre* los grupos sociales y facilitar la comprensión de la raza, la clase y el género como estructuras interrelacionadas de opresión (Knapp, 2005).

En las últimas décadas, la interseccionalidad ha estado en el centro de los debates feministas y de género (Knapp, 2005). En Estados Unidos y en Europa, ha alcanzado un estatus hegemónico y se presenta como *la* teoría feminista: la mayor contribución teórica que los estudios de las mujeres hayan hecho hasta el momento, según McCall (2005: 1771)<sup>1</sup>. Carbin y Edenheim (2013) incluso identifican un "giro interseccional" en la teoría feminista y muestran cómo, de ser un signo de amenaza y conflicto al feminismo (blanco), la interseccionalidad pasó a crear consenso entre importantes líneas de investigación feministas (feminismo negro y blanco, estructuralista y post-estructuralista, poscolonial y occidental, etc.). Aun así, su significado se encuentra en constante negociación, lo que ha llevado a numerosos autores a criticar la superficialidad con que se ha utilizado la noción de interseccionalidad, como una fórmula o una palabra de moda que se menciona sin un sentido concreto (Bilge, 2010). La interseccionalidad se ha convertido en un éxito, precisamente porque no cumple los requisitos de una teoría o concepción con contornos definidos (Carbin y Edenheim, 2013). Más bien podríamos hablar de un enfoque, con variados razonamientos presentes en sus estudios: un conjunto de supuestos que aún están siendo aplicados y probados por los investigadores en una innumerable variedad de contextos (Veenstra, 2011: 2). Como enfoque, ha sido definido como especialmente válido para estudiar las desigualdades que son interdependientes, en sus dimensiones entrelazadas a nivel histórico, micro y macro social, evitando las reducciones unidimensionales (Roth,

---

<sup>1</sup> No encontramos tal hegemonía posicional en América Latina, donde numerosas feministas latinoamericanas argumentan que el concepto de interseccionalidad no les aporta nada nuevo y que históricamente se han visto obligadas a tomar en cuenta diferentes formas de opresión simultáneas e intersectadas para abordar sus experiencias poscoloniales (Roth, 2013).

2013). La perspectiva interseccional examina la forma en que diferentes divisiones sociales se interrelacionan en términos de la producción de las relaciones sociales y en términos de la vida de las personas (Anthias 2008: 13). Por lo tanto, el análisis interseccional abarca las interconexiones entre clase y género y otras divisiones sociales en dos niveles: considera los efectos de las estructuras de desigualdad en las vidas individuales, al tiempo que cuestiona las formas en que múltiples instituciones y procesos también están involucrados en las construcciones sociales de poder y privilegio (Bilge 2010).

En líneas generales, podríamos decir que el enfoque interseccional supone un carácter multidimensional, y que siempre debería tener en cuenta los enredos, las analogías y las simultaneidades entre varios ejes de estratificación (Roth, 2013: 2). Es decir, va más allá de un simple reconocimiento de una multiplicidad de sistemas de opresión y postula su interacción en la producción y reproducción de las desigualdades sociales (Bilge, 2010: 58).

Así, el programa de investigación asociado a la interseccionalidad se extiende desde un análisis micro-social a las estructuras macro-sociales (Bilge, 2010). Sin embargo, la mayor parte los estudios se han concentrado en el nivel micro para observar cómo diferentes opresiones interactúan en la formación de experiencias subjetivas -a menudo experiencias de discriminación-, cómo determinan el acceso a recursos y cómo se toman en cuenta en la construcción de identidades (Knapp, 2005: 259). Más recientemente, han emergido interesantes propuestas metodológicas para modelar la interseccionalidad en estudios cuantitativos. El objetivo de esta ponencia es contribuir a dichas discusiones teórico-metodológicas utilizando la interseccionalidad para explicar las desigualdades en salud de la población de 18 años y más, residente en zonas urbanas de Argentina a través de regresiones logísticas. Más específicamente, abordamos el efecto del sexo<sup>2</sup>, la edad, la clase social y la región de residencia sobre la autopercepción del estado de salud y la existencia de limitaciones en la vida cotidiana asociadas a una enfermedad crónica diagnosticada.

---

<sup>2</sup> Cabe señalar que desde distintas perspectivas teóricas feministas se ha puesto en cuestión la diferenciación biológica dicotómica de dos sexos, la consideración del sexo como un elemento inmutable y anterior al género, la noción estática de la identidad de género y la concepción biologicista que asume una continuidad automática entre el sexo y el género (Lamas, 2000; Stolke, 2004; Esteban, 2006). En esta ponencia no avanzamos con estas consideraciones ya que los datos con los que contamos indagan solamente sobre la variable sexo de forma dicotómica. Sin embargo, nos parece importante recuperar de la literatura de género debates que nos permitan comprender, por fuera de las explicaciones meramente biologicistas, las diferencias que surgen de nuestros análisis en el estado de salud entre hombres y mujeres.

En las próximas secciones abordamos algunos puntos de disenso y posicionamiento dentro del enfoque de la interseccionalidad, tanto teóricos como metodológicos, y de las consecuencias para la investigación en salud. Luego, describimos nuestra estrategia analítica y los datos utilizados, presentamos los resultados y, por último, las conclusiones.

## **Dentro del enfoque interseccional: puntos de disenso y posicionamiento**

### *Desafíos teóricos*

Dada la vaguedad con que a menudo se ha utilizado la noción de interseccionalidad, algunos autores dentro de este enfoque hacen hincapié en la necesidad de un refinamiento teórico. Anthias (2008) destaca la importancia de alejarse de la interseccionalidad como un modelo aditivo de opresiones diferentes (por ejemplo, de género + de racialización + de clase) que se viven de forma simultánea. Este modelo es rechazado por ser demasiado mecanicista, ya que conceptualiza las experiencias de las personas como independientes y aditivas, y no como un todo significativo (Bowleg, 2008). Aportes más recientes tratan cada división social como constituida a través de una intersección con las demás: las experiencias de clase son siempre generizadas y racializadas, las experiencias de género son siempre racializadas y clasistas y así sucesivamente (Anthias, 2008; Veenstra, 2011). A fines de integrar teórica y políticamente los diferentes enfoques de la desigualdad social, Anthias (2008) propone alejarse de las posiciones sociales como categorías fijas y permanentes; o sea, inequidades de naturaleza diferente que se intersectan al caracterizar a determinados individuos o grupos (por ejemplo, mujeres + inmigrantes peruanas + de clase trabajadora) y prestar mayor atención a cómo los procesos y prácticas sociales repercuten en posiciones que son socialmente producidas a través de su interacción. Para ello, debería revisarse la ontología de cada conjunto de relaciones sociales (de clase, de género, de raza, etc.) como basada en un sistema específico (el sistema productivo, el sistema político, el sistema cultural, etc.), y en cambio teorizar sobre una base única que incluyera la totalidad de los dominios (la economía, la política, la sociedad civil, etc.) (Bilge, 2010: 67). Como afirman Choo y Ferree (2010: 131), los estudios que asocian determinados tipos de desigualdades con determinadas instituciones (como, por ejemplo, las clases sociales con la economía y el género con la familia), en la práctica no aplican un análisis interseccional sino que explican las contradicciones “secundarias” o “extra” de los grupos no dominantes dentro de un

sistema o institución. En este sentido, no consideramos al género como una relación social aparte, que viene a “agravar” las desigualdades de clase -u otras- de las mujeres frente a los varones; el género y la clase social se co-constituyen en interacción, estructurando posiciones sociales complejas, también llamadas “translocaciones” (Anthias, 2008).

### *Desafíos metodológicos*

Otros autores llaman la atención sobre la falta de discusión metodológica para estudiar la interseccionalidad. Siguiendo a McCall (2005), se han favorecido las metodologías que se asumen como más aptas para abordar la complejidad (etnografía, deconstrucción, genealogía, etnometodología, estudio de caso, etc.), y se han rechazado los abordajes cuantitativos por considerarse simplistas o reduccionistas<sup>3</sup>. Sin embargo, se necesita una amplia gama de metodologías para investigar el conjunto de cuestiones y temas de la interseccionalidad. McCall (2005) propone tres tipos de abordajes que se definen principalmente en términos de cómo entienden y usan las categorías de análisis para explorar la complejidad. El abordaje de la *complejidad anticategorica* [*anticategorical complexity*] se basa en la deconstrucción de las categorías analíticas en tanto ficciones sociales, ya que la vida social se considera demasiado compleja e irreducible a categorías fijas.

El abordaje de la *complejidad intracategorica* [*intracategorical complexity*] es el que inauguró los estudios de la interseccionalidad. Busca identificar un grupo hasta el momento invisibilizado dentro de una categoría, para luego describir las diferentes y complejas experiencias comprendidas bajo dicha posición social.

El abordaje de la *complejidad intercategorica* [*intercategorical complexity*, también referido como *categorical approach*] adopta provisionalmente las categorías analíticas existentes y las utiliza estratégicamente para explorar las relaciones de desigualdad entre grupos sociales. Aquí las relaciones de desigualdad entre los grupos sociales no se contemplan como factores antecedentes, contextuales, discursivos o ideológicos -como suele suceder en los otros dos abordajes- sino como un foco del análisis mismo (McCall, 2005: 1785-1786). Es decir, mientras que el análisis intracategorico se enfoca única e intensivamente sobre un grupo social como núcleo interseccional; el análisis intercategorico es comparativo entre múltiples grupos y contempla un proceso de

---

<sup>3</sup> De acuerdo con McCall (2001: 7) es preocupante la falta de una perspectiva estructural en los debates sobre las desigualdades de género.

síntesis de las relaciones de desigualdad entre los grupos definidos al interior del conjunto (McCall, 2005: 1787)<sup>4</sup>.

Este tipo de análisis intercategorial es a menudo asociado negativamente con el positivismo, el empirismo, o ambos (McCall, 2005: 1791). Por ejemplo, Bowleg (2008) argumenta que es prácticamente imposible dentro de una estrategia metodológica cuantitativa, postular preguntas de investigación que no sean inherentemente aditivas. Para dicha autora, la interdependencia, la multidimensionalidad y las relaciones mutuamente constitutivas -núcleo teórico de la interseccionalidad- son atributos que se contradicen con las suposiciones positivistas inherentes a los enfoques cuantitativos. Simplemente comparar poblaciones con características sociodemográficas diferentes no constituye un análisis interseccional, argumenta. Para llevarlo a cabo se necesitarían equipos interdisciplinarios que desarrollen investigación cualitativa y cuantitativa (Bowleg, 2008: 323).

#### *Desafíos dentro de la investigación en salud*

Aunque reconocido como un importante marco teórico para la investigación en salud, la interseccionalidad ha sido incorporada principalmente en estudios cualitativos. Los enfoques para modelar la interseccionalidad en estudios cuantitativos todavía están emergiendo, con lo cual se ha producido un área de vacancia dentro de la literatura sobre determinantes sociales de la salud (Veenstra, 2011: 3).

De acuerdo con Bauer (2014), las aplicaciones cuantitativas en salud se vieron ofuscadas por el predominio de conceptos matemáticos dentro de las teorías de la interseccionalidad. Aunque su uso fuera más metafórico que estrictamente matemático, esto ha generado confusiones entre los investigadores. Estudiar cómo interactúan multiplicativamente (en un sentido interseccional) dos o más ejes de desigualdad no implica necesariamente la utilización de una escala multiplicativa como modelo de interacción estadística (Bauer, 2014: 12).

Recientes investigaciones cuantitativas en salud contraponen modelos aditivos frente a modelos multiplicativos. Por ejemplo, Veenstra (2011) utiliza un modelo multiplicativo a partir de la inclusión de interacciones entre variables en modelos de regresiones logísticas binarias. Por su parte, Seng et al. (2012) trabajan con modelos aditivos a

---

<sup>4</sup> Su propia investigación proporciona un ejemplo concreto de cómo aplicar el análisis intercategorial para describir las desigualdades de género, raza y clase en los ingresos, dentro de una economía regional y luego cómo varían entre las economías regionales de los Estados Unidos (McCall, 2001).

partir de regresiones lineales múltiples donde se incluyen distintos “niveles de interseccionalidad”<sup>5</sup>, en diferentes pasos de la regresión. Los autores aclaran que no incluyen interacciones entre variables al interior de la regresión, dado que las mismas no resultan significativas.

Por otro lado, autores enmarcados dentro de la Epidemiología Social Europea, han priorizado la realización de modelos de análisis multivariados por separado para hombres y mujeres (principalmente regresiones logísticas) (véase Rohlf et al., 2000; Artazcoz et al., 2001; Borrell y Artazcoz, 2008; García Calvente et al., 2010). En términos de los modelos analíticos, se sostiene la importancia de realizar esta modalidad de análisis dado que las “diferencias en los determinantes de la salud según sexo pueden evidenciarse, bien incluyendo en los modelos términos de interacción o bien realizando el análisis por separado. [Sin embargo] Dada la marcada estructuración por género de la sociedad, es posible que tuvieran que introducirse varios términos de interacción, lo que dificultaría la interpretación de los resultados. La solución más sencilla, siempre que hubiera poder estadístico suficiente, es realizar el análisis separado por sexo” (Rohlf et al., 2000: 152).

#### *Nuestros datos y plan de análisis*

Teniendo en cuenta los desafíos teórico-metodológicos planteados por la literatura, en la presente ponencia conceptualizamos a la interseccionalidad de forma multiplicativa, co-constitutiva y compleja, llevamos a cabo un análisis intercategorial dentro de una estrategia cuantitativa, y realizamos cuadros trivariados y regresiones logísticas. Es decir, coincidimos con quienes plantean lo difícil que resulta postular preguntas de investigación no aditivas, pero -como plantean McCall (2005), Bauer (2014) y otros- creemos que es ciertamente posible llevar a cabo análisis cuantitativos no aditivos que permitan elucidar los efectos multiplicativos e interseccionales de las posiciones sociales a través de las comparaciones entre múltiples grupos sociales.

Para ello analizamos la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) realizada en 2010 por la DEIS-MSAL y el CEDOP-UBA dirigido por el Dr. Raúl Jorrat. La EUGSS se basó en una muestra probabilística estratificada multietápica (tres etapas). En la etapa final, una vez seleccionado el hogar a realizar la encuesta, en

---

<sup>5</sup> De acuerdo a Seng et al. (2012), los abordajes de la interseccionalidad a menudo se basan en factores sociodemográficos sin tener en cuenta los distintos niveles en los que se produce la interseccionalidad (estructural, contextual, interpersonal e intrapersonal).

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. Debido a este recorte poblacional, la base de datos quedó compuesta de 2.049 casos. Dado que la encuesta se basó en un muestreo probabilístico estratificado no proporcional, se desarrollaron factores de ponderación para ajustar los resultados obtenidos a los parámetros poblacionales. En nuestro caso trabajamos respetando los factores de ponderación elaborados por los realizadores de la encuesta.

Para analizar las desigualdades en la salud de la población, comenzamos realizando un análisis bivariado entre la clase social<sup>6</sup>, el grupo etario, el sexo y la región de residencia con dos indicadores de estado de salud (autopercepción general del estado de salud y existencia de limitaciones en la vida cotidiana por enfermedades crónicas). Este primer análisis nos sirvió para comprobar la existencia estadísticamente significativa de la relación bivariada, pero también para problematizar la construcción de uno de los indicadores del estado de salud.

A continuación realizamos análisis trivariados en los que controlamos la relación entre la clase social y el indicador del estado de salud según el sexo. En esta primera instancia de análisis multivariado, privilegamos el análisis de la interacción entre el sexo y la clase social por sobre otras interacciones posibles (sexo y grupo etario, por ejemplo) debido a que son múltiples los desarrollos teóricos y antecedentes empíricos (López et al., 2005; Sen et. al., 2005; ALAMES, 2008; Annandale, 2010, entre otros) que señalan la importancia de prestar atención a cómo las desigualdades de clase en el estado de salud son más importantes entre las mujeres.

En una última instancia trabajamos con regresiones logísticas binarias. Cabe destacar que esta es una herramienta que se utiliza para construir modelos de análisis multivariado, que permiten analizar la relación de varias variables independientes con una dependiente dicotómica. A partir de la regresión logística podemos saber cuál es el efecto de una variable independiente, una vez controlada el resto. Es decir, la regresión logística incorporada a estos modelos analíticos nos puede decir cuál es el efecto neto

---

<sup>6</sup> Para la construcción de la variable clases sociales nos basamos en el esquema desarrollado por el equipo de investigación dirigido por Ruth Sautu (véase Sautu et al., 2007).



que tiene el ser mujer sobre la autopercepción del estado de salud una vez controlado un conjunto de otras variables (como por ejemplo edad, clase social y región de residencia). También nos dice cuál es el efecto neto de pertenecer a la clase obrera no calificada una vez controlada el resto de las variables independientes. Lo que no nos dice es si produce un efecto diferencial la combinación de, por ejemplo, ser mujer y pertenecer a la clase trabajadora no calificada. Es por ello que en primer lugar realizamos una regresión logística en la que analizamos el efecto de las cuatro variables independientes (sexo, clase social, grupo etario y región de residencia) sobre los indicadores de estado de salud. Luego repetimos la regresión logística, por un lado para los hombres y por el otro para las mujeres.

Las regresiones logísticas binarias (o regresiones lineales u otros métodos estadísticos de análisis multivariado) por separado para hombres y mujeres es una de las formas de analizar empíricamente lo desarrollado teóricamente sobre la interseccionalidad, ya que permite ver la forma en que los distintos determinantes de la salud tienen efectos diferenciales según el sexo-género (Rohlf et al., 2000; Borrell y Artazcoz, 2008; García Calvente et al., 2010). Entre las desventajas de este modelo de análisis destacamos que no se incorpora el efecto del sexo y su interacción con las distintas variables al interior de la regresión, lo que impacta en la bondad de ajuste del modelo. Además, no permite ver la interacción de otras variables entre sí que pueden tener un interés teórico importante. Por ejemplo, con este análisis no podemos ver si las desigualdades en salud entre los distintos grupos etarios es constante entre las distintas clases sociales o se hacen más intensas en algunas de ellas.

Existen también otras opciones analíticas no seguidas en la ponencia que nos proponemos explorar a futuro. Una es incorporar la interacción entre dos variables teóricamente relevantes en cuanto a la interacción (por ejemplo, clase social y sexo) al interior de la regresión logística general (seguida por Warner y Brown, 2011, citado Seng et al., 2012). Esta opción permite aumentar la bondad de ajuste del modelo, ya que incluye al sexo como una de las variables independientes. Sin embargo, tiene la limitación de privilegiar el análisis de sólo alguna/s de las interacciones posibles. Otra opción es realizar múltiples regresiones logísticas, que analicen las distintas interacciones entre las variables independientes con la variable dependiente (véase Veenstra, 2011). Esta opción tiene la ventaja de señalar en qué caso las interacciones entre las variables independientes son significativas con relación a la variable dependiente. Luego se puede incluir las interacciones significativas en la regresión

logística general. El problema con esta opción puede ser la dificultad en la interpretación de los resultados en una regresión logística en la que se introducen múltiples interacciones (Rohlf's et al., 2000: 152).

### **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, 2009: 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 sexo y las características contextuales del lugar de residencia (López et al., 2005; Jorrat et al., 2008; Alazraqui et al., 2009). 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.

En la Tabla 1 observamos la relación entre tener una autopercepción del estado de salud excelente o muy buena con la posición de clase, el grupo etario, el sexo y la región de residencia de la población. Allí podemos ver que hay una clara relación entre la autopercepción del estado de salud y la clase social. 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 intermedia (41,0%), mientras los menores niveles se encuentran en la clase trabajadora calificada (30,6%) y semi y no calificada (28,1%). Con relación a la edad, 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.

**Tabla 1. Porcentaje de población con autopercepción de la salud excelente o muy buena según clase social, grupo etario, sexo 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**		Sexo*		Región*	
Clase media, propietaria profesional y directiva	54,8%	18 a 29 años	49,6%	Hombre	38,5%	AMBA	37,0%
Clase media técnico-comercial-administrativa	41,0%	30 a 44 años	48,0%	Mujer	33,8%	PAMPEANA	37,9%
Clase trabajadora calificada	30,6%	45 a 59 años	30,0%	Total	36,1%	CUYO	40,2%
Clase trabajadora semi-no calificada	28,1%	60 y más años	19,4%			NOA	25,5%
Total	35,1%	Total	36,1%			NEA	31,3%
						PATAGONICA	40,0%
						<b>Total</b>	<b>36,1%</b>

Prueba chi2: \*\*p<0,01, \*p<0,05.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

En cuanto al sexo, vemos que también está vinculado 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 95% de confianza. 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 (Annadale, 2010: 107). Por último, vemos que la población residente en el Cuyo (40,2%), en la Patagonia (40%), en la región Pampeana (37,9%) y en el AMBA (37,0%) es la que reporta niveles más altos de autopercepción positiva, mientras que los niveles más bajos se encuentran en el NOA (25,5%) y el NEA (31,3%). El NEA y el NOA, son las regiones más pobres del país y con peores indicadores objetivos de salud (PNUD, 2011).

Ahora bien, observemos lo que sucede cuando controlamos el efecto de la clase social con el sexo. En la Tabla 2 vemos que el peor estado de salud entre las mujeres con relación a los hombres no se reparte de forma homogénea entre las distintas clases sociales. Allí podemos ver que entre los sectores mejor posicionados en la estructura de clases (la clase media propietaria, directiva y profesional), las diferencias entre la autopercepción del estado de salud son mínimas: un 55,9% de los hombres tiene una autopercepción del estado de salud muy bueno o excelente, frente al 53,7% de las mujeres. Es decir, una diferencia de 2 puntos porcentuales. En cambio, cuando analizamos el otro extremo de la estructura de clases (la clase trabajadora no calificada), apenas el 22,2% de las mujeres afirman tener un estado de salud muy bueno o excelente frente al 35,5% de los hombres (una diferencia porcentual de 13 puntos). Considerando las cuatro posiciones de la estructura de clase puede decirse que las diferencias en la autopercepción del estado de salud tienden a desaparecer entre los sectores medios y se vuelven particularmente importantes entre los sectores de la clase trabajadora. Leyendo el cuadro de una forma más similar a como lo veremos en la regresión que presentamos a continuación, podemos decir que las desigualdades de clase son más fuertes entre las mujeres (31,5 puntos de diferencia porcentual entre la clase media propietaria directiva y profesional y la trabajadora no calificada) que entre los hombres (20,5 puntos de diferencia porcentual entre las mismas posiciones de clase).

**Tabla 6.2. Autopercepción de la salud por posición de clase social, controlado por sexo. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010.**

Datos en%.

Sexo	Autopercepción	Posición de clase social	Total
------	----------------	--------------------------	-------

	de la salud	Clase media propietaria, profesional y directiva	Clase media técnico- comercial- administrativa	Clase trabajadora calificada	Clase trabajadora semi-no calificada	
Hombres	Muy malo, malo, regular y Bueno	44,10	56,80	67,10	64,50	62,10
	Muy bueno y Excelente	55,90	43,20	32,90	35,50	37,90
	Total	100 (102)	100 (183)	100 (444)	100 (228)	100 (957)
Mujeres	Muy malo, malo, regular y Bueno	46,30	60,40	73,60	77,80	67,90
	Muy bueno y Excelente	53,70	39,60	26,40	22,20	32,10
	Total	100 (95)	100 (288)	100 (258)	100 (279)	100 (920)

Prueba chi2 hombres: \*\*p<0,01.

Prueba chi2 mujeres: \*\*p<0,01.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Este análisis evidencia la utilidad de seguir las sugerencias de la Epidemiología Social Europea. El mismo parece aportar evidencias de que entre los sectores económicamente privilegiados las mujeres disponen de mayores mecanismos para disminuir las asimetrías de género, mientras que entre los sectores populares las disparidades tienden a ser más importantes (Ariza y Oliveira, 1996: 79-80). Uno de los motivos por los cuales aumentan las diferencias de género en la clase trabajadora, es porque entre las mujeres de dicho sector cobra más fuerza la “doble jornada de trabajo” (en el ámbito laboral y en la reproducción de la unidad doméstica). Diversos estudios han demostrado que la sobrecarga asociada a este doble rol impacta la disponibilidad de tiempo libre, en las relaciones familiares y sociales, en la salud y otros aspectos que afectan la calidad de vida de las mujeres (principalmente a las pertenecientes a las clases trabajadoras) (Sen et al., 2005; Esteban, 2006; López et al., 2015). El doble rol se ve atenuado para las

mujeres mejor posicionadas en la estructura social principalmente debido a que pueden obtener “ayuda contratada” (Venturiello, 2015), pero también porque suelen estar inmersas en relaciones de género menos asimétricas en la distribución de roles al interior del hogar (además de tener mejores trabajos rentados, también, de menor desgaste físico). Ello puede observarse en que las horas dedicadas a realizar cuidados informales entre quienes tienen mayor nivel educativo y ocupaciones no manuales, aumentan para los hombres y disminuyen para las mujeres (García Calvente et al., 2007). En Argentina, Sautu et al. (2000) y Wainerman (2009) dan cuenta que entre los sectores medios es más equitativa la división del trabajo doméstico. Además, los datos de la encuesta sobre “Trabajo no remunerado y uso del tiempo” del año 2013 confirma que son las mujeres con estudios superiores completos las que destinan en promedio menos horas al trabajo doméstico (INDEC, 2014: 23)

En la regresión logística que se muestra a continuación (Tabla 3), vemos que incorporando a las cuatro variables de forma conjunta, todas están estadísticamente relacionadas 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 de chances de no tener una autopercepción del estado de salud muy buena o excelente que la clase media propietaria, profesional y directiva. 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 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 60 años y más tiene 5,03 veces más de chances de no reportar un estado de salud positivo que la población de 18 a 29 años.

**Tabla 6.3. 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.**

		Hombres	Mujeres
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Posición de clase (referencia: media propietaria, profesional y directiva)		-	-

Clase intermedia	2,038**	2,140**	2,067**
Trabajadora calificada	3,086**	2,752**	3,602**
Trabajadora no calificada	3,752**	2,916**	4,681**
Región (referencia: no norte)	1,260**	1,772**	2,258**
Grupo de edad (referencia: 18 a 29)		-	-
30 a 44 años	1,351*	1,056+	1,737**
45 a 59 años	2,407**	2,096**	2,793**
60 años y más	5,032**	3,990**	6,494**
Sexo (referencia: hombre)	1,355**	-	-
Constante	,164**	0,817**	0,517**
R cuadrado de Nagelkerke	0,145	0,129	0,170

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.

También en la Tabla 3 mostramos lo que sucede cuando realizamos por separada la regresión para hombres y mujeres. Al igual que lo vimos en el cuadro trivariado (Tabla 2), las desigualdades de clase en la autopercepción del estado de salud aumentan entre las mujeres y disminuyen entre los hombres. Considerando la clase trabajadora no calificada, las mujeres que ocupan esta posición tienen 4,7 veces más chances de no reportar un estado de salud muy bueno o excelente que las de clase media propietaria, profesional y directiva; mientras que entre los hombres esas chances son 2,9. Por último, observamos que las diferencias etarias, así como por lugar de residencia, en la autopercepción del estado de salud también tienden a ser mayor entre las mujeres y menor entre los hombres.

### **Enfermedades crónicas diagnosticadas**

Otro indicador relevado por la EUGSS 2010 que sirve para comprender el estado de salud de la población es el diagnóstico médico de una enfermedad crónica<sup>7</sup>. En este

<sup>7</sup> 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, colesterol alto,

caso, vemos en la Tabla 4 que si bien es la clase propietaria, profesional y directiva la que en menor medida ha recibido este diagnóstico (53%), esta relación 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 sexo, 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 15 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.

**Tabla 4. Porcentaje de población diagnosticada con una enfermedad crónica, según posición de clase social, grupo etario, sexo 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**		sexo**		REGIÓN+	
Clase media profesional y directiva	53,0	15 a 29 años	33,0	Hombre	50,0	AMBA	56,1
Clase media técnico-comercial-administrativa	58,1	30 a 44 años	38,1	Mujer	61,9	PAMPEANA	57,4
Clase trabajadora calificada	57,5	45 a 59 años	63,0	Total	56,1 (1132)	CUYO	49,6
Clase trabajadora semi-no calificada	56,2	60 y más años	85,3			NOA	57,5
Total	56,8% (1068)	Total	56,1% (1132)			NEA	54,0
						PATAGONICA	55,2
						Total	56,1

---

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



Prueba chi2: \*\*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 la Tabla 5 se ve claramente que entre quienes han recibido el diagnóstico de una enfermedad crónica, es la población 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 debió 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; Kornblit y Méndez 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, 2000).

**Tabla 5. 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, sexo 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+		Sexo*		Región**	
Clase media, propietaria profesional y directiva	20,2	15 a 29 años	40,5	Hombre	34,1	AMBA	32,6
Clase media técnico-comercial-administrativa	33,9	30 a 44 años	33,6	Mujer	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)		38,1 (430)			NEA	48,1
						PATAGONICA	22,6
						Total	38,1 (430)

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Prueba chi2: \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ , +  $p > 0,05$ .

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 la 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.

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 (Tabla 6). La categoría que se muestra en la Tabla 6 indica a la población 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 limitación<sup>8</sup>. Vemos que existe una fuerte relación de esta variable con la posición de clase, el grupo etario, el sexo 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 sexo, 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 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.

---

<sup>8</sup> Cabe aclarar con mayor precisión las diferencias entre la Tabla 5 y la Tabla 6.

En la Tabla 5 el total de la población está dado por quienes recibieron el diagnóstico médico de enfermedades crónicas. En esta Tabla (5) 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 6 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.

**Tabla 6. 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, sexo 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**		Sexo **		Región**	
Clase media, propietaria profesional y directiva	10,6	15 a 29 años	13,4	Hombre	17,0	AMBA	18,3
Clase media técnico-comercial-administrativa	19,7	30 a 44 años	12,9	Mujer	25,4	PAMPEANA	23,0
Clase trabajadora calificada	21,8	45 a 59 años	22,0	Total	21,3 (430)	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 (430)			NEA	26,0
						PATAGONICA	12,6
						Total	21,3 (430)

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

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Al controlar la relación de la clase social con el sexo (Tabla 7), vemos que se vuelve a dar un efecto similar que con la autopercepción del estado de salud. Entre sectores de la clase media propietaria, profesional y directiva, las diferencias entre hombres y mujeres es mínima y de hecho se revierte el sentido: la limitación de actividades debido a una enfermedad crónica afecta al 9,5% de las mujeres y al 10,7% de los hombres. Las diferencias aumentan en el resto de las posiciones de clase, produciéndose la expresión máxima de esta desigualdad entre los sectores de la clase trabajadora no calificada: la limitación de actividades debido a una enfermedad crónica afecta al 33,0% de las mujeres y al 20,6% de los hombres. Es decir, nuevamente es entre los sectores

estructuralmente más favorecidos donde existen menos diferencias de género con relación al estado de salud, mientras que es entre los sectores más desfavorecidos donde estas diferencias se evidencian con mayor fuerza. Otra lectura que nos permite el cuadro es comparar las desigualdades de clase para cada uno de los sexos. Allí podemos ver que existe una diferencia de 23,5 puntos porcentuales entre las mujeres de clase media propietaria, profesional y directiva (9,5%) y las de clase trabajadora semi- no calificada (33,0%); mientras que entre los hombres esa diferencia se reduce a 10 puntos porcentuales (10,7% contra 20,6%). Además, según la prueba chi cuadrado las diferencias de clase entre las mujeres son significativas trabajando con el 99% de confianza, mientras que entre los hombres esas diferencias no son significativas aún trabajando con el 95% de confianza.

**Tabla 7. Limitaciones en actividad principal o tiempo libre durante el último año debido a enfermedad crónica diagnosticada por el médico, según posición de clase y controlada por sexo. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.**

Sexo	Limitaciones	Posición de clase social				Total
		Clase media propietaria profesional y directiva	Clase media técnico-comercial-administrativa	Clase trabajadora no calificada	Clase trabajadora semi-no calificada	
Hombres +	SI	10,7	13,7	18,9	20,6	17,4
	NO	89,3	86,3	81,1	79,4	82,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		(103)	(183)	(444)	(228)	(958)
Mujeres* *	SI	9,5	23,5	26,7	33,0	25,8
	NO	90,5	76,5	73,3	67,0	74,2
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		(95)	(289)	(258)	(279)	(921)

Prueba chi2: \*\*p<0,01, + p> 0,05.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Al realizar la regresión logística, nuevamente vemos que todas las variables están estadísticamente relacionadas con la dependiente (Tabla 8). 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 chances) y con la de 60 y más (4,25 veces más chances).

**Tabla 8. 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.**

		Hombres	Mujeres
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Posición de clase (referencia: media propietaria, profesional y directiva)	-	-	-
Clase intermedia	2,26**	1,63+	3,09**
Trabajadora calificada	2,49**	1,72+	3,59**
Trabajadora no calificada	3,50**	2,47*	4,85**
Región (referencia: no norte)	1,19**	1,19+	1,2*
Grupo de edad (referencia: 18 a 29 )	-	-	-
30 a 44 años	1,32**	0,93+	1,62+
45 a 59 años	2,21**	2,51**	2,01*
60 años y más	4,25**	4,67**	3,9**
Sexo (referencia: hombre)	1,66**	-	-
Constante	0,02**	0,04**	0,04**
R cuadrado de Nagelkerke	0,112	0,111	0,098

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.

En la Tabla 8 también mostramos lo que sucede al realizar la regresión logística para hombres por un lado y para mujeres por otro. Allí puede verse, al igual que en la autopercepción del estado de salud, y como lo vimos en el cuadro trivariado (Tabla 7), que las desigualdades de clase tienden a acrecentarse entre las mujeres y a disminuir entre los hombres. De hecho, entre los hombres las diferencias significativas aparecen solo cuando se compara a la clase trabajadora no calificada con la clase media propietaria, profesional y directiva, mientras que para las mujeres las diferencias son significativas para todas las posiciones cuando se lo comparan con la clase media propietaria, profesional y directiva. Por otro lado, y a diferencia de lo que sucedió con la autopercepción del estado de salud, las diferencias etarias son levemente más importantes entre los hombres que entre las mujeres.

## **Conclusiones**

Retomando las discusiones teórico-metodológicas sobre el estudio de la interseccionalidad, y también las existentes sobre los determinantes sociales de la salud, podemos concluir que los análisis bivariados y las regresiones logísticas en las que incluimos de forma conjunta a hombres y mujeres permitieron ver desigualdades en el estado de salud de la población según sexo, grupo etario, clase social y región de residencia. A su vez, nos gustaría destacar la importancia de incorporar las recomendaciones de autores enmarcados en la epidemiología social europea sobre realizar análisis diferenciales para hombres y mujeres. Distintos antecedentes en Argentina que han analizado las desigualdades en el estado de salud de la población (Jorrot et al, 2008; Alazraqui et al., 2009; Ballesteros, 2014) utilizan al sexo solo como una variable independiente, sin preocuparse por la interacción que tiene el género con otros anclajes sociales como la clase social. Al no analizarse la forma en que el sexo-género se combina con otros estratificadores sociales, se produce la limitación de tratar

a los hombres y mujeres como grupos homogéneos mientras que su y estado de salud y sus prácticas varían sustancialmente según su ciclo de vida, clase social, etnia y orientación sexual, pero también según la existencia de enfermedades crónicas o impedimentos físicos (Robertson, 2006; Annandale, 2010; Freidin y Krause, 2016). Al controlar cómo el género se combina con otros estratificadores, pudimos obtener resultados más refinados. Vimos que el peor estado entre las mujeres con relación a los hombres no se reparte de forma homogénea entre los distintos sectores sociales. Las diferencias más fuertes se encuentran entre los sectores de clase trabajadora no calificada, mientras que tienden a desaparecer entre los sectores mejor posicionados en la estructura social. Esto reflejaría en el campo de la salud el hecho de que las asimetrías de género tienden a ser más importantes entre los sectores de las clases trabajadoras (Ariza y Oliveira, 1996: 79-80). La mayor carga de la “doble jornada de trabajo” entre las mujeres de estos sectores explicaría parte de la problemática (García Calvente et al., 2004 y 2007; López et al., 2015; Venturiello, 2015). Pero también la asunción de determinados roles y comportamientos en situaciones de privación y en el manejo desigual de recursos. Así, por ejemplo datos de encuestas poblacionales marcan que entre los sectores populares la problemática del sobrepeso afecta más a las mujeres, posiblemente debido a que es más frecuente que ellas no consuman alimentos de alta calidad nutricional para permitir que otros miembros de su grupo familiar lo hagan (Monteverde et al, 2013; Acosta et al., 2015: 115). Otros estudios destacan que han disminuido las desigualdades de género en la realización de deporte en los sectores medios, pero las mujeres de clase trabajadora con hijos son quienes menos los practican debido a la “doble jornada de trabajo”, pero también al menor dinero que disponen en comparación con los hombres de clase trabajadora para destinar al ocio (Hargreaves, 1993; Ponce, 2015). En términos de interseccionalidad, podríamos concluir en que estas diferentes translocaciones en la estructura social significan también diferentes percepciones sobre el estado de la salud, que no se explican por el género ni por la clase sino por la interacción entre ambas. Las relaciones laborales, la distribución de las tareas domésticas y de cuidado, la socialización de género y otros factores nos ayudan describir las desigualdades de clase en salud, pero también las desigualdades de género en salud y la co-constitución entre ambas.

Resaltamos también que en nuestro análisis no hemos incorporado a la interacción del sexo con otras variables dentro de la regresión logística general. Tampoco hemos podido analizar las posibles interseccionalidades de otras variables independientes (por



ejemplo clase social y grupo etario). En futuras aproximaciones al tema, nos proponemos seguir esta estrategia analítica recomendada por Bauer (2014), lo que suponemos podría aumentar la bondad de ajuste del modelo. Mientras que el modelo de análisis seguido tiene las restricciones mencionadas (menor bondad de ajuste del modelo e imposibilidad de analizar otras interseccionalidades), la propuesta de Bauer tiene el inconveniente de que la introducción de varios términos de interacción puede dificultar la interpretación de los resultados (Rohlf et al., 2000: 152).

Por último, destacamos que existe la posibilidad de triangular los resultados cuantitativos con datos cualitativos para potenciar observaciones más ricas. Éstas nos permitirían comprender los resultados sobre los niveles de autopercepción de la salud y las limitaciones en la vida cotidiana poniéndolos en relación con otros elementos contextuales como, por ejemplo, las condiciones habitacionales, socioeconómicas y ambientales en las que viven las personas, sus vivencias pasadas, sus concepciones sobre la salud, sus prácticas de autocuidado y automedicación, sus cargas laborales, domésticas y de cuidado, entre otros factores.

### **Referencias bibliográficas**

- Acosta, L. D., Carrizo, E. D., Peláez, E., y Torres, V. E. R. (2015). Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 18(1), 107-118.
- Alazraqui, M., Diez Roux, 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.
- Anthias, F. (2008). Thinking through the lens of translocational positionality: an intersectionality frame for understanding identity and belonging. *Translocations: Migration and social change*, 4(1), 5-20.
- Annandale, E. (2010). Health Status and Gender. En Cockerham, W .C. (Ed). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Londres: Willey-Blackwell.
- Ariza, M., y Oliveira, O. (1996). Inequidades de género y de clase. En O. de Oliveira et al. (Comp.), *La condición femenina: una propuesta de indicadores*. México: SOMEDE-CONAPO.
- Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 639-647.

Ballesteros, M. S. (2014b). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios*. Buenos Aires: IIGG, FSOC, UBA. (Documentos de Jóvenes Investigadores).

Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.

Bilge, S. (2010). Recent feminist outlooks on intersectionality. *Diogenes*, 57(1), 58-72.

Borrell, C., y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.

Bowleg, L. (2008). When Black+ lesbian+ woman ≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex roles*, 59(5-6), 312-325.

Carbin, M. y Edenheim, S. (2013). The intersectional turn in feminist theory: A dream of a common language? *European Journal of Women's Studies*, 20(3), 233-248.

Choo, H. Y. y Ferree, M. M. (2010). Practicing intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities. *Sociological theory*, 28(2), 129-149.

De Maio, G. (2010). Desigualdad en el ingreso como determinante social de la salud. En *SALUD COLECTIVA*, 6 (2):195-209.

Esteban, M.L. (2006). Estudio de la salud y el género, las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20.

Freidin, B y Krause, M. (2016). “La atención de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas”, en B. Freidin (coord.) *El cuidado de la salud: mandatos culturales, experiencias biográficas y prácticas cotidianas en sectores medios de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi.

García-Calvente, M., del Río Lozano, M., y Eguiguren, A. P. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44, 291

García-Calvente, M. D., Rodrigo, M. L. J. y Morante, E. M. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

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.

INDEC (2014). Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo. Recuperado el 1 de septiembre de 2015 de:

[http://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/tnr\\_07\\_14.pdf](http://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf)

Knapp, G. A. (2005). Race, class, gender: Reclaiming baggage in fast travelling theories. *European Journal of Women's Studies*, 12(3), 249-265.

Kornblit, A. L., y Mendes Diz, A. M. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Aique.

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Ed. Taurus-Pensamiento.

Link, B. y Phelan, J. (2000). Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health. En C. Bird, P. Conrd y A. Fremont (Eds.) *Hanbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River: Pentice Hall

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.; Findling, L. Lehner, M.P., Ponce, M., Venturiello, M.P., Mario, S., Champalbert, L. y Cirino, E. (2015). Introducción. En E. López y L. Findling (Coord.) *De cuidados y cuidadoras*. Buenos Aires: Biblos.

Monteverde, M., Celton, D., Peláez, E., y Chaufan, C. (2013). Obesity and socioeconomic status in Argentina. *Journal of Behavioral Health*, 2(4), 326-333

McCall, L. (2001). *Complex Inequality: Gender, Class, and Race in the New Economy*. New York: Routledge.

McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of women in culture and society*, 30(3), 1771-1800.

Ministerio de Salud de la Nación (2012). *Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Argentina- Año 2010. Primeros resultados*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3).

PNUD (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.

Ponce, M. (2015). El cuidado de la salud de los que cuidan. Las cuidadoras familiares. En E. López y L. Findling (Coord.) *De cuidados y cuidadoras*. Bs. As.: Biblos.

Robertson, S. (2006). 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health*, 10(2), 175-189.

Rohlf, I., Borrell, C., & Fonseca, M. D. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*, 60-71.

Roth, J. (2013). *Entangled Inequalities as Intersectionalities: Towards an Epistemic Sensibilization*, desiguALdades.net Working Paper Series No. 43, Berlin: desiguALdades.net Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America.

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.

Sautu, R., Eguía, A., y Ortale, S. (2000). Las mujeres hablan: Consecuencias del ajuste económico en familias de sectores pobres y medios en la Argentina. La Plata: Editorial Al Margen.

Seng, J. S., Lopez, W. D., Sperlich, M., Hamama, L. y Meldrum, C. D. R. (2012). Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: Empirical exploration of an interpersonal-level approach to modeling intersectionality. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2437-2445.

Sen, G., George, A., y Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud

Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: the culture of gender. *Revista Estudios Feministas*, 12(2), 77-105.

Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International journal for equity in health*, 10(1), 3.

Venturiello, M. P. (2015). ¿Opción o destino? Mujeres, práctica cotidiana y tensiones en torno al cuidado de familiares. En E. López y L. Findling (Coord.) *De cuidados y cuidadoras*. Bs. As.: Biblos.

Wainerman, C. (2009). De hachas vs. bisturíes en la investigación social. Cómo se hizo “La vida cotidiana en las nuevas familias”. *Política y sociedad*, 46(3), 57-75.