



Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

Krause, Mercedes; Ballesteros, Matías Salvador
INTERSECCIONALIDAD EN DESIGUALDADES EN SALUD EN ARGENTINA: DISCUSIONES
TEÓRICO-METODOLÓGICAS A PARTIR DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL
Hacia la Promoción de la Salud, vol. 23, núm. 2, 2018, Julio-Diciembre, pp. 13-33
Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.2>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309157826002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INTERSECCIONALIDAD EN DESIGUALDADES EN SALUD EN ARGENTINA: DISCUSIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS A PARTIR DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL

Mercedes Krause*
Matías Salvador Ballesteros**

Recibido en julio 31 de 2017, aceptado en enero 19 de 2018

Citar este artículo así:

Krause M., Ballesteros MS. Interseccionalidad en desigualdades en salud en argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23(2): 13-33. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.2


Resumen


Objetivos: Contribuir a las discusiones teórico-metodológicas sobre la interseccionalidad, analizando las desigualdades en salud de la población de 18 años y más, residente en zonas urbanas de Argentina. **Materiales y Métodos:** A través de regresiones logísticas, se aborda el efecto del sexo, 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. Para ello, se analiza la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud realizada en 2010 en Argentina. **Resultados:** Tanto la autopercepción del estado de salud como las limitaciones en la vida cotidiana producto de una enfermedad crónica diagnosticada se encuentran estadísticamente relacionadas con la posición de clase social, la edad, el sexo y la región de residencia. Las regresiones logísticas por separado para hombres y mujeres muestran que las desigualdades de clase tienden a ser mayores entre las mujeres y menores entre los hombres, para ambos indicadores de salud aquí analizados. **Conclusiones:** El peor estado de salud de las mujeres en relación con los hombres no se reparte de manera homogénea entre los distintos grupos sociales, lo que indica una interacción entre estratificadores sociales.

Palabras clave

Condiciones sociales, desigualdades en la salud, encuestas epidemiológicas, estado de salud, mediciones, métodos y teorías (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Socióloga. Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: merkrause@gmail.com

 orcid.org/0000-0002-3724-6413

** Sociólogo. Doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires, Argentina. Autor para correspondencia. Correo electrónico: matiballesteros@yahoo.com.ar  orcid.org/0000-0003-1321-2777



INTERSECTIONALITY IN HEALTH INEQUALITIES IN ARGENTINA: THEORETICAL-METHODOLOGICAL DISCUSSIONS BASED ON A POPULATION SURVEY

Abstract

Objectives: To contribute to the theoretical-methodological discussions on intersectionality, analyzing the health inequalities of the population aged 18 and over, resident in urban areas of Argentina. **Materials and Methods:** Logistic regressions were used to analyze the effect of gender, age, social class and region of residence on the self-perception of health status and the existence of limitations in everyday life, associated with a diagnosed chronic disease. Information was obtained from the Survey of Utilization and Expenses of Health Services carried out in 2010 in Argentina. **Results:** Both the self-perception of health status and the limitations in everyday life, resulting from a diagnosed chronic disease, are statistically related to social class position, age, gender and the region of residence. Logistic regressions separately for men and women show that class inequalities tend to be higher among women and lower among men, for both health indicators analyzed here. **Conclusions:** The worst health status of women in relation to men is not evenly distributed among the different social groups, indicating an interaction between socially stratifying factors.

Key words

Social conditions, health inequalities, health surveys, health status, measurements, methods and theories(*Source: MeSH, NLM*).

INTERSECCIONALIDADE EM DESIGUALDADES EM SAÚDE EM ARGENTINA: DISCUSSÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS A PARTIR DUMA ENQUETE POVOACIONAL

Resumo

Objetivos: Contribuir às discussões teórico-metodológicas sobre a interseccionalidade, analisando as desigualdades em saúde da população de 18 anos e mais, residentes em zonas urbanas de Argentina. **Materiais e Métodos:** A través de regressões logísticas se aborda o efeito do sexo, a idade, a classe social a região de residência sobre a autopercepção do estado de saúde e a existência de limitações na vida cotidiana associadas a uma doença crônica diagnosticada. Para isto, se analisa a Enquete de Utilização e Gastos em Serviços de Saúde realizada em 2010 em Argentina. **Resultados:** Tanto a autopercepção do estado de saúde como as limitações na vida cotidiana produto duma doença crônica diagnosticada se encontra estatisticamente relacionadas com a posição de classe social, a idade, o sexo e a região de residência. As regressões logísticas por separado para homens e mulheres amostram que as desigualdades de classe tendem a serem maiores entre as mulheres e menores entre os homens, para ambos indicadores de saúde aqui analisados. **Conclusões:** O pior estado de saúde das mulheres em relação com os homens não se reparte de maneira homogênea entre os distintos grupos sociais, o que indica uma interação entre estratificadores sociais.

Palavras Chave

Condições sociais, desigualdades na saúde, enquetes epidemiológicas, estado de saúde, medições, métodos e teorias (*Fonte: DeCS, BIREME*).

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. El principal problema era de representación política, ya que el movimiento feminista con frecuencia ignoraba las diferencias intragrupo de las mujeres (1). Al mismo tiempo, las organizaciones antirracistas se conformaban alrededor de problemáticas e ideales implícitamente masculinos (2). 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 (1).

En las últimas décadas, la interseccionalidad ha estado en el centro de los debates feministas y de género (1). En Estados Unidos, Canadá y Europa, ha alcanzado un estatus hegemónico y se presenta como *la* teoría feminista: la mayor contribución teórica de los estudios de las mujeres hasta el momento (3). 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 (4).

Aun así, el significado de la interseccionalidad se encuentra en constante negociación, lo que ha llevado a numerosos autores a criticar la superficialidad con que se ha utilizado dicha noción, como una fórmula o una palabra de moda que se menciona sin un sentido concreto (5-8). La interseccionalidad se ha convertido en un éxito, precisamente porque no cumple con los requisitos de una teoría o concepción con contornos definidos (9). Más bien podríamos hablar de un enfoque o teoría crítica, 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 y disciplinas (10, 6).

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 (4). 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 (11). Por lo tanto, el análisis interseccional abarca las interconexiones entre clase, 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 (5).

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 (4). 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 (5).

Así, el programa de investigación asociado a la interseccionalidad se extiende desde un análisis micro-social a las estructuras macro-sociales (5). 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 (1). Más recientemente, han emergido interesantes propuestas metodológicas para modelar la

interseccionalidad en estudios cuantitativos. El objetivo de este artículo es contribuir a dichas discusiones teórico-metodológicas mediante el uso de 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. Específicamente, abordamos el efecto del sexo, 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 diagnosticada¹.

A continuación, abordamos algunos puntos de diseño 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 y discutimos los resultados y, por último, las conclusiones.

Dentro del enfoque interseccional: puntos de diseño 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. Se 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 (11). 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 (15). Aportes más recientes tratan cada división social como constituida a través de la 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 (10-11). A fines de integrar teórica y políticamente los diferentes enfoques de la desigualdad social, Anthias 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 (11). 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 incluya la totalidad de los dominios (la economía, la política, la sociedad civil, etc.) (5). La teoría interseccional es una forma de caracterizar al sistema de estratificación social en su conjunto (7); mientras que los estudios que asocian determinados tipos de desigualdades con determinadas instituciones o sistemas (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 (16). En este sentido, no consideramos al género como una relación social aparte, que viene a ‘agravar’ las desigualdades de clase –u otras–. Tampoco consideramos a la interseccionalidad como una característica o propiedad de ciertas personas (por ejemplo, de las mujeres de clase trabajadora, como si los hombres de clase media no habitaran múltiples categorías sociales) (7). Consideramos que el género, la clase social, la edad y la etnia, entre otras, se co-constituyen en interacción, estructurando

¹ 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 sexo y género (12-14). En este artículo no avanzamos con estas consideraciones ya que los datos con los que contamos indagan solamente sobre la variable sexo de forma dicotómica.

posiciones sociales complejas, también llamadas ‘translocaciones’ (11).

Desafíos metodológicos

Otros autores llaman la atención sobre la falta de discusión metodológica para estudiar la interseccionalidad. 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 (3), o bien por cuestiones epistemológicas, equiparando directamente a la metodología cuantitativa con la epistemología positivista y a la cualitativa con el construccionismo social (6). Sin embargo, se necesita una amplia gama de metodologías para investigar el conjunto de cuestiones y temas de la interseccionalidad. Y resulta sumamente productivo desafiar a la investigación cuantitativa “desde adentro” (6).

McCall propone tres tipos de abordajes que se definen principalmente en términos de cómo entienden y usan las categorías de análisis para explorar la complejidad (3). 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 el foco del análisis mismo (3). 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 síntesis de las relaciones de desigualdad entre los grupos definidos en el conjunto (3). Este abordaje, que analiza relaciones y procesos de desigualdad entre categorías, es necesaria y sistemáticamente comparativo (6).

Este tipo de análisis intercategorial es a menudo asociado negativamente con el positivismo, el empirismo o ambos (3). Por ejemplo, Bowleg argumenta que es prácticamente imposible dentro de una estrategia metodológica cuantitativa, postular preguntas de investigación que no sean inherentemente aditivas (15). 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. 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 (15).

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 (10).

Las aplicaciones cuantitativas en salud se vieron ofuscadas por el predominio de conceptos matemáticos dentro de las teorías de la interseccionalidad (2). 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 (2).

Recientes investigaciones cuantitativas en salud contraponen modelos aditivos frente a modelos multiplicativos. Por ejemplo, Veenstra utiliza un modelo multiplicativo a partir de la inclusión de interacciones entre variables en modelos de regresiones logísticas binarias (10). Por su parte, Seng et al. trabajan con modelos aditivos a partir de regresiones lineales múltiples donde se incluyen distintos “niveles de interseccionalidad”, en diferentes pasos de la regresión (17). Los autores aclaran que no incluyen interacciones entre variables dentro 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) (19-22). En términos de los modelos analíticos, se sostiene la importancia de esta modalidad ya 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” (19: 152).

MATERIALES Y MÉTODOS

Teniendo en cuenta los desafíos teórico-metodológicos planteados por la literatura, en el presente artículo conceptualizamos a la interseccionalidad de forma multiplicativa, co-constitutiva y compleja. Es decir, coincidimos con quienes plantean lo difícil que resulta postular preguntas de investigación no aditivas, pero –como plantean McCall, Bauer et al. (3, 2) – 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.

Llevamos a cabo un análisis intercategorial dentro de una estrategia cuantitativa, explorando las diferencias y similitudes entre las posiciones interseccionales o ‘translocaciones’ que provienen del sexo con la clase social, la edad y la región de residencia. Nuestro interés por dichos efectos interseccionales se deriva de las siguientes proposiciones hipotéticas. La clase social y el género conllevan el acceso a más o menos recursos que contribuyen a cuidar la salud (23) y son una parte integral de las subjetividades de las personas e influyen poderosamente sobre sus acciones, actitudes y experiencias de cuidado (24-25). A su vez, se ha señalado que entre las mujeres se acentúan las desigualdades de clase, ya que las mujeres de clase trabajadora se encuentran en contextos de relaciones de género más asimétricas y son más afectadas por el doble rol asociado a la carga laboral y doméstica (“doble jornada de trabajo”) (26-27; 14; 24).

Por otro lado, los roles y las relaciones de género se modifican a lo largo del curso de vida. Los y las jóvenes tienden a construir prioridades diferentes a los adultos, a percibirse invulnerables en su vida cotidiana (28-29; 25), y a consultar menos los servicios de salud (30; 25). Por último, también nos preguntamos si la región de residencia da forma a

las relaciones de género ya que la importancia y la manera en que éstas se conforman varían según el contexto social (6).

Para ello realizamos tablas bivariadas y regresiones logísticas utilizando un software estadístico para analizar la base de datos de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) realizada en 2010 por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Ministerio de Salud de la Nación Argentina) y el Centro de Estudios de Opinión Pública (Universidad de Buenos Aires). Es la tercera vez que la EUGSS se realiza con el universo de toda la población residente en Argentina (las anteriores fueron en los años 2003 y 2005). La encuesta aborda un conjunto de dimensiones vinculadas con la salud-enfermedad-atención de la población, entre las que se destacan el estado de salud, la utilización y el gasto en servicios de salud y el consumo y gasto en medicamentos. La encuesta del 2010 se basó en una muestra probabilística estratificada multietápica (tres etapas). En la etapa final, una vez seleccionado el hogar a realizar la encuesta, en caso de existir más de un mayor, el encuestado se eligió aleatoriamente. Además, si en el hogar había menores de 18 años, también se seleccionó al azar a uno de ellos. La muestra quedó conformada por 3.128 casos (2.263 de 18 años y más y 865 menores de 18 años) (31). 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 2.017 casos².

² 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 examinar las desigualdades en la salud de la población, comenzamos realizando un análisis bivariado entre la clase social³, 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 crónicas⁴. El primer análisis nos sirve para comprobar la existencia estadísticamente significativa de la relación bivariada. A continuación, trabajamos con regresiones logísticas binarias, 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; o sea, nos puede decir cuál es el efecto neto que tiene el ser mujer sobre la autopercepción del estado de salud, una vez controlado un conjunto de otras variables (como la edad, la clase social y la región de residencia). 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. Por ello, en primer

³ Para la construcción de la variable posición de clase social nos basamos en el esquema desarrollado por el equipo de investigación dirigido por Ruth Sautu que utiliza como principal variable para la clasificación a la ocupación (32). Debido a que 136 encuestados no tuvieron nunca una ocupación, no se los pudo clasificar en el esquema de clases. Los mismos no han sido incorporados en los análisis que incluyen a la variable clase social.

⁴ Con relación a la autopercepción general del estado de salud, los encuestados debieron elegir entre seis opciones de respuesta: excelente, muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo. Tres entrevistados no respondieron a la pregunta, por lo que no fueron considerados en los análisis. Cabe destacar que a este indicador se lo considera una medición subjetiva que integra factores biológicos, mentales, sociales y funcionales del individuo; y que estudios epidemiológicos han demostrado que puede servir como un buen predictor del estado de salud de la población, de su morbilidad, discapacidad y mortalidad (33).

Con relación a la existencia de limitaciones en la vida cotidiana por enfermedades crónicas, es un indicador basado en dos preguntas. Por un lado, se le consultó a los entrevistados si algún médico les 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, enfermedades del hígado o vesícula biliar, gastritis-úlceras, molestias urinarias, ansiedad-depresión y otras enfermedades. Luego, se indagó si estas enfermedades limitaron sus actividades principales o su tiempo libre durante los últimos 12 meses.

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. Desde un marco interseccional, estos resultados estadísticos se interpretan como “múltiples efectos principales” (34), indicando que tanto la clase social como el sexo, la edad y la región de residencia están relacionadas con la probabilidad de reportar una autopercepción positiva del estado de salud y con la probabilidad de diagnóstico de enfermedad crónica que haya limitado la realización de actividades cotidianas. Para finalizar repetimos la regresión logística, por un lado, para los hombres y, por el otro, para las mujeres. Aquí vemos cómo las posiciones interseccionales pueden reflejar una moderación o una exacerbación de una desventaja según el sexo (34). Entendemos que esta 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 (19; 21-22)⁵.

⁵ Cabe destacar que en las regresiones logísticas binarias presentamos el Promedio de los Efectos Marginales (PEM) (“Average Marginal Effect”) y no las razones de oportunidades (“odds ratio”) como se suele presentar cuando se utiliza esta técnica. En publicaciones recientes, Mood señala que es frecuente la utilización e interpretación inadecuada de las razones de oportunidades en las regresiones logísticas para determinadas situaciones (34-35). Entre ellas, la autora cuestiona que se comparen las razones de oportunidades (o sus logaritmos) de modelos similares entre grupos de una misma muestra (por ejemplo, realizando una regresión logística para hombres y otra para mujeres). Mood sostiene, y demuestra a partir de ejemplos empíricos, que las regresiones logísticas están afectadas por variables omitidas (“omitted variables”), aun cuando éstas no estén relacionadas con las variables independientes del modelo de la regresión (34-35). Ello se debe a que los modelos reflejan cierto grado de heterogeneidad no observada, que es la variación en la variable dependiente causada por variables omitidas en el modelo. Al igual que en la regresión lineal, surgen problemas cuando estas variables están correlacionadas con las independientes. Sin embargo, en la regresión logística, a diferencia de la lineal, los coeficientes también están afectados cuando las variables omitidas no están relacionadas con las variables independientes (34: 69). Es por ello que Mood propone que para comparar los coeficientes de regresiones logísticas se utilice el PEM que no se ve afectado por la heterogeneidad no observada (34: 75; 35: 4). El PEM expresa el efecto promedio de la variable independiente sobre la probabilidad de que suceda la categoría de contraste de la variable dependiente ($y=1$) (34: 75; 35: 4).

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En la primera columna de 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, aumenta 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 %.

		1. Autopercepción de estado de salud muy buena o excelente		2. Diagnóstico de enfermedad crónica		3. Limitaciones entre diagnosticados con enfermedad crónica		4. Limitaciones durante el último año debido a enfermedad crónica	
Posición de clase (1)	Media propietaria, profesional y directiva	54,8		53,0		20,2		10,6	
	Clase intermedia	41,0	**	58,1	+	33,9	**	19,7	**
	Trabajadora calificada	30,6		57,5		38,0		21,8	
	Trabajadora no calificada	28,1		56,2		48,8		27,4	
Grupo etario	18 a 29 años	49,6		33,0		40,5		13,4	
	30 a 44 años	48,0		38,1		33,6		12,9	
	45 a 59 años	30,0	**	63,0	**	35,2	+	22,0	**
	60 años y más	19,4		85,3		41,7		35,4	
Sexo	Hombres	38,5	*	50,0	**	34,1	*	17,0	**
	Mujeres	33,8		61,9		41,2		25,4	
Región	AMBA	37,0		56,1		32,6		18,3	
	Pampeana	37,9		57,4		40,2		23,0	
	Cuyo	40,2	*	49,6	+	45,9	**	23,0	**
	NOA	25,5		57,5		49,1		28,0	
	NEA	31,3		54,0		48,1		26,0	
	Patagónica	40,0		55,2		22,6		12,6	
Total		36,1(726)		56,1 (1132)		38,1(430)		21,3 (430)	
		100 (2014)		100 (2017)		100(1131)		100 (2017)	

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

(1) 136 encuestados no tuvieron nunca una ocupación por lo que no pudo clasificárselos en el esquema de clases. Los mismos no han sido incorporados en el análisis.

Fuente: Elaboración propia con base en 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 (30; 37), 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. 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 Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (37,0%) es la que reporta mayores niveles de autopercepción positiva, mientras que los niveles más bajos se encuentran en el noroeste argentino (NOA) (25,5%) y el noreste argentino (NEA) (31,3%).

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. En este caso, vemos en la columna 2 de la tabla 1 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 18 a 29 años y 38,1% el grupo de 30 a 44 años), frente a casi dos tercios del grupo etario de 45 a 59 años (63%) y a casi 9 de cada 10 del grupo de 60 años y más (85,3%). Por último, el 61,9% de las mujeres ha recibido el diagnóstico médico de alguna de enfermedad crónica, frente al 50,0% de los hombres.

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 o las percepciones diferenciales del cuerpo. Es decir, es más probable que a 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. También es más probable que quienes posean 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. Por ello es muy importante vincular el anterior indicador con las dificultades que dichas enfermedades generan en la vida cotidiana de los sujetos.

En la columna 3 de la tabla 1 se ve claramente que, entre quienes han recibido el diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas de clase trabajadora no calificada son quienes en mayor medida han debido limitar sus actividades principales o de tiempo libre (48,8%), mientras que la población de la clase media profesional y directiva es 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%).

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%), es la que en menor medida ha limitado la realización de actividades cotidianas

por enfermedades, mientras que las personas residentes en las regiones del NOA (49,1%), NEA (48,1%) y Cuyo (45,9%) son las que en mayor medida han limitado sus actividades.

Al combinar 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 o de tiempo libre durante el último año (columna 4 de la tabla 1). La categoría que se muestra en la columna 4 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 como a la que sí tiene, pero no le ha significado una limitación⁶. Vemos que existe una fuerte relación de esta variable con la posición de clase, el grupo etario, el sexo y la región de residencia. Los sectores de clase trabajadora semi y no calificada son los que en mayor medida han limitado sus actividades por una enfermedad crónica (27,4%), seguidos por los de la clase trabajadora calificada (21,8%) y los de la clase intermedia (19,7%); mientras que los sectores de la clase media propietaria, profesional y directiva son los que menos han limitado sus actividades (10,6%). Con relación al sexo, estas enfermedades han limitado en mayor medida las actividades de las mujeres (25,4%) que las de

los hombres (17,0%). Además, las limitaciones producto de estas enfermedades aumentan con la edad. Comienzan a incrementarse con el grupo de 45 a 59 años (22%) y el 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 ve restringida sus actividades debido a las enfermedades crónicas, y la del NOA (28,0%) y el NEA (26,0%) las que lo hacen en mayor medida. En el medio se encuentra la población residente en la región pampeana y del Cuyo (ambas con 23,0%).

Análisis multivariado diferencial por sexo

En el análisis descriptivo vimos que son las mujeres, las personas de clase trabajadora no calificada, de más edad y que residen en el norte argentino (NEA y NOA) quienes reportan peores indicadores de salud. A continuación, realizamos una regresión logística binaria, para determinar si cada una de las variables continúa teniendo efecto una vez controladas el resto de las variables. Adicionalmente, realizamos regresiones logísticas para hombres y para mujeres, que nos permiten ver si el resto de las variables independientes tienen efectos diferenciales según el sexo.

En la regresión logística que se muestra a continuación (tabla 2), 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, se observa que la probabilidad de que los sectores de clase trabajadora no calificada reporten una autopercepción muy buena o excelente es 27,5% menor que los de la clase media propietaria, profesional y directiva. Por su parte, las mujeres tienen 6,4% menos probabilidades de reportar una salud positiva que los hombres, mientras que los residentes del norte (NEA y NOA) tienen 11,4% menos posibilidades que los residentes en el resto del país. Por último, vemos que las posibilidades de

⁶ Cabe aclarar con mayor precisión las diferencias entre las columnas 3 y 4 de la tabla 1.

En la columna 3 el total de la población está dado por quienes recibieron el diagnóstico médico de enfermedades crónicas. En esta columna 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 columna 4 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 columna 4 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 éstas no le generaron limitaciones durante el último año.

reportar un estado de la salud positivo descienden con la edad, aunque entre los dos grupos más jóvenes las diferencias no son significativas. Analizando lo que sucede entre los grupos etarios

extremos, las probabilidades de la población de 60 años y más de reportar un estado de salud muy bueno o excelente son 29,7% menores que los de la población de 18 a 29 años.

Tabla 2. Regresión logística: promedio de efectos marginales (PEM), en puntos porcentuales, de factores que inciden en la probabilidad de reportar una autopercepción del estado de salud muy buena o excelente (1). Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010.

	PEM	Hombres PEM	Mujeres PEM
Posición de clase (referencia: media propietaria, profesional y directiva)		-	-
Clase intermedia	-14,5**	-13,5*	-16,4**
Trabajadora calificada	-23,8**	-21,8**	-26,1**
Trabajadora no calificada	-27,5**	-21,9**	-32,2**
Región (referencia: no norte)	-11,4**	-13,2**	-9,7**
Grupo de edad (referencia: 18 a 29)			
30 a 44 años	-1,8+	3,3+	-6,5+
45 a 59 años	-18,7**	-15,4**	-21,7**
60 años y más	-29,7**	-25,8**	-33,2**
Sexo (referencia: hombre)	-6,4**	-	-
R cuadrado de Nagelkerke	0,147	0,123	0,172
n	1907	975	932

Notas: (1) La autopercepción del estado de salud fue dicotomizada entre: 0= muy mala, mala, regular o buena y 1= excelente o muy buena. **p<0,01, *p<0,05, +p>0,05.

Fuente: Elaboración propia con base en la EUGSS 2010.

También en la tabla 2, mostramos lo que sucede cuando realizamos por separada la regresión para hombres y mujeres. Las desigualdades de clase en la autopercepción del estado de salud aumentan entre las mujeres y disminuyen entre los hombres. Al considerar la clase trabajadora no calificada, las probabilidades de las mujeres que ocupan esta posición de reportar un estado de salud muy bueno o excelente son 32,2% menores que las de clase media propietaria, profesional y directiva; mientras que entre los hombres esas probabilidades son 21,9% menores. Con relación a las diferencias etarias, observamos que también

tienden a ser mayores entre las mujeres que entre los hombres. En cambio, las diferencias según el lugar de residencia son levemente mayores entre los hombres que entre las mujeres.

En la tabla 3 realizamos una regresión logística similar, pero para la presencia de limitaciones en la vida cotidiana debido a una enfermedad crónica diagnosticada. Nuevamente vemos que todas las variables independientes están estadísticamente relacionadas con la dependiente. Con relación a la clase vemos que, una vez controladas el resto de las variables, a medida que se desciende de

posición aumentan las posibilidades de haber tenido limitaciones por una enfermedad crónica. Los miembros de la clase trabajadora no calificada tienen 16,9% más probabilidades que los de 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 7,9% más

probabilidades que los hombres, mientras que los residentes del NEA y del NOA tienen 9,3% 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 (9,3% más probabilidades) y con la de 60 y más (22,3% más probabilidades).

Tabla 3. Regresión logística: promedio de efectos marginales (PEM), en puntos porcentuales, de factores que inciden en la probabilidad de 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.

	PEM	Hombres PEM	Mujeres PEM
Posición de clase (referencia: media propietaria, profesional y directiva)	-	-	-
Clase intermedia	9,3**	3,1+	14,9**
Trabajadora calificada	11,4**	6,8+	16,0**
Trabajadora no calificada	16,9**	10,6*	23,2**
Región (referencia: no norte)	9,3**	10,7*	8,7+
Grupo de edad (referencia: 18 a 29)	-	-	-
30 a 44 años	0,5+	-2,8+	4,0+
45 a 59 años	9,3**	9,6**	9,2**
60 años y más	22,3**	21,4**	23,3**
Sexo (referencia: hombre)	7,9*	-	-
R cuadrado de Nagelkerke	0,119	0,126	0,101
n	1910	976	934

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, + p>0,05.

Fuente: Elaboración propia con base en la EUGSS 2010.

En la tabla 3 también mostramos lo que sucede al realizar la regresión logística para hombres por un lado y para mujeres por el otro. Al igual que con la autopercepción del estado de salud, 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 sólo 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 las comparan con la clase media propietaria, profesional y directiva. Por otro lado, las diferencias geográficas y etarias son similares entre ambos sexos. Sin embargo, las diferencias por región de residencia

sólo son significativas en los hombres y no en las mujeres.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que existen mayores probabilidades de reportar una autopercepción positiva del estado de salud entre los hombres, las personas de clase media propietaria, profesional y directiva, las personas más jóvenes y quienes no residen en el NOA o el NEA –o sea, las regiones más pobres y con peores indicadores objetivos de salud en Argentina (38)–. Con relación al sexo, cabe destacar que las diferencias podrían deberse a la menor carga de morbilidad que soportan los hombres, pero también a que los roles de género son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad (39; 30). 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 la enfermedad como símbolo de debilidad (40). Ello podría llevar a las mujeres a reportar peores estados de salud que los hombres. Asimismo, 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, grupos etarios y regiones. Podemos decir que las diferencias de clase y etarias en la autopercepción del estado de salud tienden a atenuarse entre los hombres y a intensificarse entre las mujeres; mientras que las diferencias regionales son levemente más importantes entre los hombres.

Por otro lado, también observamos que la población que más ha visto limitadas sus actividades por una enfermedad crónica diagnosticada es la de clase trabajadora, las mujeres, la población del NEA y del NOA y de mayor edad. La mayor limitación que las enfermedades crónicas generan en la población de la clase trabajadora (principalmente en la no calificada) puede ser 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 e incapacitante, ya que está demostrado que esta población tiene mayores dificultades para reconocer y darle importancia a los síntomas (41; 39). Esto es así ya que debido a las características del trabajo manual realizan con mayor frecuencia un uso ‘intensivo’ del cuerpo (42). Por otro lado, puede deberse a que esta población cuenta con una menor capacidad de movilizar recursos para lidiar y afrontar las enfermedades (43).

Sin embargo, cuando observamos el efecto de los distintos factores por separado para hombres y mujeres, vemos que las desigualdades de clase se reducen entre los hombres mientras que se acrecientan entre las mujeres. Con relación a la edad y la región de residencia, estas diferencias son similares tanto para hombres como para mujeres.

Los resultados parecen aportar evidencias de que entre los sectores medios las mujeres disponen de mayores mecanismos para disminuir las asimetrías de género en salud, mientras que entre los sectores populares las disparidades tienden a ser más importantes (44). Uno de los motivos por los cuales disminuyen las diferencias de género en los sectores medios es que en estos sectores tanto hombres como mujeres han adoptado la “nueva cultura de la salud” (45). Con relación a la atención hacia el cuidado de la salud, los hombres de sectores medios en Buenos Aires han comenzado a mostrar formas de actuar el género que expresarían “masculinidades en transición” (25). Por otro lado, la “doble jornada de trabajo” (en el ámbito laboral y en la reproducción de la unidad doméstica) cobra más fuerza en la clase trabajadora. Diversos estudios han demostrado que la sobrecarga asociada a este doble rol impacta sobre la disponibilidad de tiempo libre, en las relaciones familiares y sociales, en la salud y otros aspectos que afectan a la calidad de vida de las mujeres (principalmente a las pertenecientes a las clases trabajadoras) (26-27; 14; 24). El doble rol se ve atenuado para las mujeres mejor posicionadas

en la estructura social principalmente debido a que éstas pueden obtener “ayuda contratada” (46), pero también porque suelen estar inmersas en relaciones de género menos asimétricas en la distribución de roles dentro del hogar (además de tener trabajos mejor rentados y de menor desgaste físico) (47). En Argentina, en los sectores medios es más equitativa la división del trabajo doméstico (48-49). Puede observarse 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 (50).

Los resultados también muestran que, si bien las mujeres tienden a reportar peores estados de salud que los hombres, estas diferencias por sexo aparecen más notablemente a medida que se incrementa la edad. Esto podría deberse a la acumulación a lo largo de la trayectoria de vida de las desventajas que sufren las mujeres en el mercado de trabajo y en la división de tareas en el hogar. En cuanto a la región de residencia, podríamos interpretar que se trata de una variable de nivel estructural que afecta de manera similar tanto a las mujeres como a los hombres.

En términos de la interseccionalidad, los matices encontrados en los estados de salud reportados por las mujeres y los hombres muestran cómo el sexo, la posición de clase social, la edad y la región de residencia co-constituyen las desigualdades sociales en salud. Este análisis evidencia la utilidad de seguir las sugerencias de la epidemiología social europea sobre realizar regresiones logísticas diferenciadas por sexo. Asimismo, cabe señalar que esta estrategia analítica tiene sus desventajas. Destacamos que este modelo de análisis no incorpora el efecto del sexo y su interacción con las distintas variables en la regresión, lo que puede impactar 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 son constantes entre las distintas clases sociales o se hacen más intensas en algunas de ellas.

Existen también otras técnicas analíticas no seguidas en el artículo que nos proponemos explorar a futuro. Una es incorporar la interacción entre dos variables teóricamente relevantes en cuanto a la interacción (por ejemplo, la clase social y el sexo) dentro de la regresión logística general (17). Esta opción permite aumentar la bondad de ajuste del modelo, ya que incluye a las interacciones en el modelo. 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 (10). 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 (19). En cualquier caso, el uso de interacciones estadísticas entre categorías sociales no implica *per se* un análisis interseccional; siempre es necesario considerar los mecanismos y procesos de poder y desigualdad subyacentes a las interacciones (34). Esto último lo hemos logrado hacer aquí a través de las regresiones logísticas diferenciales por sexo.

CONCLUSIONES

Al retomar 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 (37; 51-52) utilizan al sexo sólo como una variable independiente, sin preocuparse por la interacción que tiene el sexo con otros anclajes sociales como la clase social, la edad y la región de residencia. Al no analizarse la forma en que el sexo se combina con otros estratificadores sociales, se produce la limitación de tratar a los hombres y mujeres como grupos homogéneos, mientras que su 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 (53; 25; 40), la interpretación de antecedentes familiares y percepción de vulnerabilidad en los distintos momentos del ciclo vital (25).

En este sentido, el análisis interseccional propuesto busca abordar tanto la diversidad dentro una posición interseccional como las características en común con otras posiciones (54). Al controlar cómo el sexo se combina con otros estratificadores, pudimos obtener resultados más refinados, que discutimos más arriba. En términos de interseccionalidad, podríamos concluir en que estas diferentes translocaciones en la estructura social proporcionan diversos grados de acceso a la promoción de la salud y de exposición a riesgos para la salud (34); también diferentes percepciones y actitudes sobre el estado de la salud. Estas diferencias no se explican por el sexo ni por la clase ni por la edad o la región de residencia, sino por su interacción. 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 por sexo, etarias y regionales en salud y la co-constitución entre dichas categorías.

Resaltamos también que en nuestro análisis no hemos incorporado a la interacción del sexo con otras variables dentro de la regresión logística general. Tampoco los efectos multiplicativos entre otras variables independientes (por ejemplo, clase social y grupo etario). En futuras aproximaciones al tema, nos proponemos seguir esta estrategia analítica recomendada por Bauer (2). 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 (20).

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.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Betina Freidin y a la Dra. Ruth Sautu por guiarnos en nuestras investigaciones y supervisar nuestros proyectos y al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, Argentina) por su financiamiento. Agradecemos también a la Dra. Alicia Gutiérrez por sus comentarios a una versión preliminar de este trabajo, presentada en el *IV Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina*, y a los evaluadores anónimos de esta revista que realizaron contribuciones sustantivas para mejorar la versión original. El

artículo fue parcialmente elaborado en el contexto de la Red INCASI, un proyecto europeo que ha recibido fondos del Programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea, bajo la Marie Skłodowska-Curie GA No 691004

y es coordinado por el Dr. Pedro López-Roldán. Este artículo refleja únicamente la opinión de los autores y la agencia no es responsable del uso que pueda hacerse de la información que contiene.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Knapp GA. Race, class, gender: Reclaiming baggage in fast travelling theories. *European Journal of Women's Studies*. 2005; 12(3); 249-265.
2. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine* [internet]. 2014 [citado 2017 Jul 17]; 110;10-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
3. McCall L. The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of women in culture and society*. 2005; 30(3); 1771-1800.
4. Roth J. Entangled Inequalities as Intersectionalities: Towards an Epistemic Sensibilization [internet]. Berlin: *desigualdades.net Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America*; 2013. [citado 2017 Jul 17]. Disponible en: http://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/43_WP_Roth_Online.pdf
5. Bilge S. Recent feminist outlooks on intersectionality. *Diogenes* [internet]. 2010 [citado 2017 Jul 17]; 57(1); 58-72.
6. Else-Quest NM y Hyde JS. Intersectionality in Quantitative Psychological Research: I. Theoretical and Epistemological Issues. *Psychology of Women Quarterly*. 2016; 40(2); 155-170.
7. Marecek J. Invited Reflection: Intersectionality Theory and Feminist Psychology. *Psychology of Women Quarterly*. 2016; 40(2); 177-181.
8. Warner LR. Invited Reflection: Contested Interpretations and Methodological Choices in Quantitative Research. *Psychology of Women Quarterly*. 2016; 40(3); 342-346.
9. Carbin M. & Edenheim S. The intersectional turn in feminist theory: A dream of a common language? *European Journal of Women's Studies*. 2013; 20(3);233-248.
10. Veenstra G. Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International journal for equity in health* [internet]. 2011 [citado 2017 Jul 17]; 10(1); 3. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/3>
11. Anthias F. Thinking through the lens of translocational positionality: an intersectionality frame for understanding identity and belonging. *Translocations: Migration and social change* [Internet]. 2008 [citado 17 Jul 2017]; 4(1); 5-20. Disponible en: http://roar.uel.ac.uk/3331/1/Vol_4_Issue_1_Floya_Anthias.pdf
12. Lamas M. *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus/Pensamiento; 2002.
13. Stolke V. La mujer es puro cuento: the culture of gender. *Revista Estudos Feministas* [internet]. 2004 [citado 2017 Jul 17]; 12(2);77-105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2004000200005>
14. Esteban ML. Estudio de la salud y el género, las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva* [internet]. 2006 [citado 2017 Jul 17]; 2(1);9-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n1/v2n1a02.pdf>
15. Bowleg L. When Black+ lesbian+ woman≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex roles*. 2008; 59(5-6); 312-325.
16. Choo HY & Ferree MM. Practicing intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities. *Sociological theory*. 2010; 28(2); 129-149.
17. Seng JS, Lopez WD, Sperlich M, Hamama L y Meldrum CDR. Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: Empirical exploration of an interpersonal-level approach to modeling intersectionality. *Social Science & Medicine*. 2012; 75(12); 2437-2445.

18. Rohlfs I., Borrell C. & Fonseca MDC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000; 60-71.
19. Artazcoz L., Borrell C. & Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* [internet]. 2001 [citado 17 de julio de 2017]; 55(9); 639-647. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/55/9/639.full.pdf>
20. Borrell C. y Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública* [internet]. 2008 [citado 2017 Jul 17]; 82(3); 241-249. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/editorial.pdf>
21. García Calvente MM, Jiménez Rodrigo ML y Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud [internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 2017 Jul 17]. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2575/3/Garcia_GuiaIncorporarPerspectiva.pdf
22. Carpiano RM., Link BG. & Phelan JC. Social inequality and health: future directions for the fundamental cause explanation. En: Lareau A y Conley D, editores. *Social class: How does it work.* New York : Russell Sage Foundation; 2008. p. 232-263.
23. Krause M. Prácticas cotidianas en el cuidado de la salud, la educación y la economía doméstica: Un análisis del mundo de la vida en familias de clase media y clase trabajadora del Área Metropolitana de Buenos Aires a comienzos del siglo XXI (Tesis de doctorado no publicada), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires ; 2015.
24. Freidin B. y Krause M. El cuidado de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas. En Freidin B, coordinadora. *Cuidar la salud: Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires.* Buenos Aires: Imago Mundi; 2017. p. 63-96.
25. Sen G., George A. y Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas [internet]. Organización Panamericana de la Salud/Harvard Center for Population and Development Studies; 2005 [citado 2017 Jul 17]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165830/1/9275322945.pdf>
26. López E. et al. Introducción. En: López E y Findling L, coordinadoras. *De cuidados y cuidadoras.* Buenos Aires: Biblos; 2015. p. 9-28.
27. Kornblit AL. *Culturas juveniles.* Buenos Aires: Eudeba; 1997.
28. Mendes Diz AM. *El riesgo en los jóvenes: Una alternativa de vida.* Buenos Aires: Corregidor ; 2001.
29. López E., Findling L. y Abramzon M. *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; 2005.
30. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). *Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Argentina - Año 2010. Primeros resultados* [internet]. Buenos Aires: MSAL; 2012 [citado 2017 Jul 17]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie10Nro21.pdf>
31. Sautu R, Dalle PM, Otero MP y Rodríguez S. La construcción de un esquema de clases a partir de datos secundarios [internet]. *Metodología y técnicas de la investigación social*, Cátedra Sautu, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; 2007 [citado 2017 Jul 17]. Disponible en: http://metodo3.sociales.uba.ar/files/2015/03/DC_33_Sautu_Dalle_Otero_Rodr%C3%ADguez_2007.pdf
32. Ocampo J. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica.* 2010; 41(3).
33. Else-Quest NM y Hyde JS. Intersectionality in quantitative psychological research: II. Methods and techniques. *Psychology of Women Quarterly.* 2016; 40(3); 319-336.
34. Mood C. Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European sociological review.* 2010; 26(1); 67-82.

35. Mood C. Logistic regression: Uncovering unobserved heterogeneity. [internet]. 2017 [citado 2017 Dic 8]. Disponible en: http://www.su.se/polopoly_fs/1.341160.1501927239!/menu/standard/file/Logit2%20%286%29.pdf
36. Jorrat R., Fernández MM. y Marconi E. Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva* [Internet]. 2008 [citado 2017 Jul 17]; 4(1);57–96. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n1/v4n1a04.pdf>
37. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros [internet]. Buenos Aires: PNUD; 2011. [citado 17 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>
38. Kornblit AL. y Mendes Diz AM. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires: Aique; 2000.
39. Annandale E. Health Status and Gender. En: Cockerham WC, editor. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Londres: Willey/Blackwell; 2010. p. 97-112.
40. Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso. Buenos Aires: CEDES; 1984.
41. Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires: Periferia; 1975.
42. Link B. & Phelan J. Evaluating the Fundamental Cause Explanation for Social Disparities in Health. En: Bird C, Conrad P y Fremont A, editores. *Handbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2000. p. 33-46.
43. Ariza M y Oliveira O. Inequidades de género y de clase. En: Oliveira O. et al., compiladores, *La condición femenina: una propuesta de indicadores*. Vol 1. México: SOMEDE-CONAPO; 1996.
44. Freidin B. Introducción. En: Freidin B, coordinadora. *Cuidar la salud: Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imago Mundi; 2017.
45. Venturiello MP. ¿Opción o destino? Mujeres, práctica cotidiana y tensiones en torno al cuidado de familiares. En: López E y Findling L, coordinadoras. *De cuidados y cuidadoras*. Buenos Aires: Biblos; 2015. p. 49-74.
46. Krause M. La interseccionalidad entre clase y género: un acercamiento desde los relatos de vida. *Lavboratorio* [internet]. 2016 [La interseccionalidad entre clase y género: un acercamiento desde los relatos de vida]; 27(16);91-112. Disponible en: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/lavboratorio/article/download/1650/1967>
47. Sautu R, Eguía A y Ortale S. Las mujeres hablan: Consecuencias del ajuste económico en familias de sectores pobres y medios en la Argentina. La Plata: Al Margen; 2000.
48. Wainerman C. De hachas vs. bisturíes en la investigación social. Cómo se hizo “La vida cotidiana en las nuevas familias”. *Política y sociedad*. 2009; 46(3); 57-75.
49. García-Calvente M., del Río Lozano M. y Eguiguren AP. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak* [internet]. [citado 2017 Jul 17]; 44; 291. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lozano6/publication/41175749_Desigualdades_de_genero_en_el_cuidado_informal_a_la_salud/links/09e4150ca1059e667e000000.pdf
50. Alazraqui M., Diez Roux AV., Fleischer N. y Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Salud Colectiva* [internet]. 2009 [citado 2017 Jul 17]; 25(9);1990–2000. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/13.pdf>
51. Ballesteros MS. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios [internet]. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad

- de Ciencias Sociales, UBA; 2014 [citado 2017 Jul 17]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf>
52. Robertson S. 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health*. 2006; 10(2);175-189.
53. Warner LR., Settles IH. & Shields SA. Invited Reflection: Intersectionality as an Epistemological Challenge to Psychology. *Psychology of Women Quarterly*. 2016; 40(2); 171-176.