

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE CÁNCER EN MUJERES. EVIDENCIAS A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2018

Laura Lamfre¹

Santiago Hasdeu²

68

Resumen

El presente artículo se propone analizar el impacto de las desigualdades sociales en el desarrollo de prácticas de prevención en salud. Se pretende abordar un conjunto de aspectos que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de delinear e implementar políticas tendientes a disminuir las brechas en los resultados de salud. Para ello, en la primera sección, analizaremos la visión económica de la desigualdad, buceando en las distintas concepciones teóricas y las consecuencias asociadas en función de las diferentes escuelas de pensamiento. En la segunda sección realizaremos un acercamiento al concepto de equidad en salud, analizando las perspectivas teóricas de determinantes sociales y determinación social de la salud. La tercera sección expone las principales características de la metodología del análisis estadístico, para poder abordar los resultados obtenidos en la cuarta sección. Finalmente, en la quinta desarrollaremos las principales conclusiones del trabajo. En nuestro estudio, hemos podido reconocer que la circunstancias en las que las mujeres desarrollan su vida en el hogar, en el trabajo y la inserción en el medio social, afecta las posibilidades que tienen de realizar prácticas preventivas de cáncer de mama y de cuello de útero.

Palabras clave: Desigualdad social – Determinantes Sociales de la Salud – Equidad – Tamizaje masivo – Atención Primaria de la Salud

¹ Facultad de Economía y Administración – CUESEB - Universidad Nacional del Comahue

² Facultad de Ciencias Médicas – CUESEB – Universidad Nacional del Comahue / Comité de Biotecnologías de la Provincia del Neuquén

Abstract

This article aims to analyze the impact of social inequalities in the development of health prevention practices. It is intended to address a set of aspects that should be taken into account when delineating and implementing policies aimed at reducing the gaps in health outcomes. To do this, in the first section, we will analyze the economic vision of inequality, diving into different theoretical conceptions and the associated consequences depending on the different schools of thought. In the second section, we will approach the concept of equity in health, analyzing the theoretical perspectives of social determinants and social determination of health. The third section exposes the main characteristics of the statistical analysis methodology, in order to address the results obtained in the fourth section. Finally, in the fifth section we will develop the main conclusions of the work. In our study, we have been able to recognize that the circumstances in which women carry out their lives at home, at work and insertion in the social environment, affect their possibilities of carrying out preventive practices for breast and cervical cancer.

Key words: Social inequity - Social Determinants of Health - Equity – Mass screening – Primary Health Care

Introducción

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, las inequidades en salud son las diferencias sistemáticas (no debidas al azar), injustas y evitables en la capacidad de funcionar de las personas. Las mismas pueden darse a nivel individual o colectivo y resultan de la desigual distribución del poder y los recursos a lo largo de la escala social, son acumulables en el tiempo y, además, pueden ser revertidos a través del abordaje de las políticas públicas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social de una sociedad y, por lo tanto, están vinculadas con la realidad política y fundamentalmente con la asignación diferencial del poder, la riqueza y los recursos de acuerdo con las posiciones sociales.

Diversos estudios muestran la relación entre la gradiente socioeconómica y la inequidad en el ingreso con los resultados de salud. La pobreza y la inequidad se manifiestan en toda la región de Latinoamérica y dificultan los avances en salud.

En la actualidad, múltiples factores no biológicos son considerados como determinantes del pronóstico de pacientes oncológicos, entre ellos variables socioeconómicas, educacionales, étnicas, el tipo de seguro médico o incluso el estatus migratorio, que para determinados grupos implican un acceso limitado o tardío a procesos diagnósticos. El análisis de las desigualdades sociales y cáncer incluye las diferencias en las condiciones de vida y trabajo, atención médica inadecuada y políticas sociales que afectan los determinantes sociales como ocupación, ingresos, riqueza, pobreza y educación. Ello desemboca en discriminación social y en desigualdades en la incidencia, prevención, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, calidad de vida y mortalidad por cáncer.

El cáncer de mama y el de cuello uterino representan una elevada carga de enfermedad en Argentina (Borrueel 2010) están entre las principales causas de mortalidad por cáncer (Abriata et al. 2012), y podrían ser reducidos mediante estudios de rastreo y detección precoz (Arrossi 2015).

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación (INDEC 2018), incorpora preguntas sobre realización de estudios de rastreo y detección precoz de tumores, e incluye información socioeconómica para el año 2018.

El presente capítulo se propone analizar el impacto de las desigualdades sociales en el desarrollo de prácticas de prevención en salud. Podría pensarse el presente texto como una aproximación a un conjunto de aspectos que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de delinear e implementar políticas tendientes a disminuir las brechas en los resultados de salud. Para ello, el trabajo se estructura en cinco secciones. En la primera analizaremos la visión económica de la desigualdad, buceando en las distintas concepciones teóricas y las consecuencias asociadas en función de las diferentes escuelas de pensamiento. En la segunda realizaremos un acercamiento al concepto de equidad en salud, analizando las perspectivas teóricas de determinantes sociales y determinación social de la salud. La tercera sección expone las principales características de la metodología del análisis estadístico, para poder abordar los resultados obtenidos en la cuarta sección. Finalmente, en la quinta desarrollaremos las principales conclusiones del trabajo.

Economía y desigualdad

La teoría económica neoliberal postula que la forma más eficiente de distribuir los recursos es dejando actuar libremente al mercado. Sus adeptos plantean que a cada uno le corresponde lo que “se merece” en base a su aporte al proceso productivo y que la iniciativa individual y el crecimiento de la productividad permiten mejorar en el largo plazo los ingresos y las condiciones de vida de los menos favorecidos (Hayek 1990; Kuznets 1955). En este sentido, muchos economistas del *mainstream* han caracterizado a la desigualdad como una fuente de incentivos para el esfuerzo y la creatividad, de la cual la sociedad en su conjunto se beneficia. Asimismo, postulan que el establecimiento de impuestos elevados a las clases altas y de ayudas sociales a los pobres puede perjudicar el crecimiento económico (Wade London 2014) y sostienen que la libertad es más importante que la igualdad (Norberg, 2005), adhiriendo al planteo de que los intentos por regular la economía hacia una mayor igualdad son “tiránicos” (Friedman y Friedman, 1990). En particular, Robert Lucas (2004), premio Nobel de economía en 1995, destacó el “peligro” que supone para el correcto desempeño de la economía el tratamiento de temas ligados a la desigualdad. Después de todo, *"De todas las tendencias perjudiciales para la economía sana, la más seductora, y en mi opinión la más venenosa, es centrarse en cuestiones de distribución"*.

Sin embargo, la teoría del derrame, lejos de comprobarse empíricamente, ha sido refutada a partir del crecimiento de la desigualdad a nivel mundial. Numerosos economistas han alertado sobre los peligros del aumento de la brecha social: Desde David Ricardo (1817) hasta recientes estudios como el de Ostry, Berg y Tsangarides (2014) señalan que los países con niveles altos de desigualdad experimentan niveles de crecimiento menores y más volátiles; mientras que aquellos con niveles menores de desigualdad tienden a tener un crecimiento mayor y más estable.

El economista Thomas Piketty es uno de los autores que mayor impulso ha dado al estudio de la desigualdad. En su innovadora obra *El Capital en el Siglo XXI* plantea que la riqueza heredada crece a un ritmo mayor que la producción y el ingreso. Asimismo, la existencia de mayores rendimientos del capital a medida que se incrementa la riqueza inicial da como resultado un incremento en la concentración económica (Piketty 2014). Esta desigualdad no sólo implica un desigual nivel de producción e ingresos de los habitantes de los distintos países del planeta, sino

también se traduce en importantes diferencias en oportunidades de vivir y desarrollarse. Un claro ejemplo de ello surge al analizar la mortalidad infantil de 2010. Si en la África subsahariana uno de cada nueve niños murió antes de cumplir los cinco años, en los países más ricos del mundo solo tres de cada mil niños no cruzaban ese umbral (Therborn 2016:20). Eso significa que un niño nacido en Japón tiene 60 veces más chances de llegar a los cinco años que un niño nacido en África.

Por otro lado, autores como Gilens (2012) destacaron el peligro que supone la desigualdad para la democracia, señalando que sus elevados niveles en los EEUU han llevado a que “las preferencias de la mayoría de los ciudadanos americanos apenas tengan impacto en las políticas gubernamentales” (2012: 1). Así, cuando las preferencias de los ricos difieren de aquellas del público en general, las políticas públicas reflejan la voluntad de los grupos sociales que tienen mayor capacidad de hacerse escuchar, lo cual puede ocasionar un círculo vicioso: los mayores niveles de desigualdad llevan a una elección de políticas públicas que favorecen a los más ricos y esto, como no puede ser de otra manera, contribuye a su aumento.

A nivel individual, la desigualdad de ingresos tiene impactos decisivos en el desarrollo de la vida diaria de las personas. Según Therborn “la desigualdad es un ordenamiento sociocultural que (para la mayoría de nosotros) reduce nuestras capacidades de funcionar como seres humanos, nuestra salud, nuestro amor propio, nuestro sentido de la identidad, así como nuestros recursos para actuar y participar en este mundo” (2016: 9). En este sentido, el punto de partida para que las personas puedan alcanzar su desarrollo deja de ser el mismo, así como las oportunidades que pueden aprovechar quienes se encuentran en los extremos de la estructura social también difieren significativamente. Aquellos que nacen y viven en situaciones de vulnerabilidad, en general tienen acceso a bajos niveles de bienestar en distintas dimensiones del desarrollo, pero también a sistemas de relaciones sociales que perpetúan y ahondan el rezago económico y social y que exigen nuevas relaciones sistémicas para revertirse (CEPAL 2010).

En la misma dirección, Nussbaum y Sen (1998), desde el campo de la economía, postularon que la desigualdad que debería incomodar a todos los seres humanos decentes es aquella que se vincula a la desigual capacidad de funcionar en plenitud como ser humano. Por esa razón, las desigualdades no son “un producto de la naturaleza”, sino la resultante de determinadas políticas: algunas de ellas las aumentan y otras las reducen. Para confirmar el punto de vista de Sen basta con chequear

algunas cifras: la mitad de la población mundial está por debajo de la línea de pobreza y, por ese motivo, no puede cubrir sus necesidades básicas (Kliksberg 2014). Como consecuencia de ello, tendrán limitado el acceso a la educación y a servicios sanitarios, y sus años de vida se acortarán por las privaciones múltiples.

Equidad en salud

Al hablar de desigualdad es importante tener presente que los seres humanos somos a la vez iguales y diferentes. Las palabras vertidas por Jean-Jacques Rousseau en su *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres* nos siguen pareciendo válidas:

“Considero en la especie humana dos clases de desigualdades: una, que yo llamo natural o física porque ha sido instruida por la naturaleza [...]; otra, que puede llamarse desigualdad moral o política [...] porque ha sido establecida; o al menos autorizada, con el consentimiento de los hombres. Esta consiste en los diferentes privilegios de que algunos disfrutan en perjuicio de otros, como el ser más ricos, más respetados, más poderosos, y hasta el hacerse obedecer”. (Rousseau, 2002:73)

En este sentido, debemos reconocer que las desigualdades en salud no siempre son injustas. Las diferencias entre hombres y mujeres relacionadas con características biológicas o entre niños y adultos mayores en función del deterioro fisiológico no pueden ser entendidas como socialmente inaceptables o injustas. Las inequidades o desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias innecesarias, injustas y evitables (Whitehead 1991; World Health Organization and Commission on Social Determinants of health 2008), que aparecen entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Las causas de las desigualdades sociales en salud están en la estructura social subyacente, y en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales tienen en los distintos grupos poblacionales. Por ello, las desigualdades en salud, ya sea entre personas o entre grupos sociales, se consideran inequidades cuando se valoran a la luz de un principio de justicia social y esa valoración es la que permite definir una desigualdad como injusta y, por lo tanto, se considera en términos de una inequidad (Braveman y Gruskin 2003).

El concepto de equidad se relaciona con aquello que consideramos “justo” y, por tanto, su significado depende de los valores o enfoques de sociedad y justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos. Las distintas concepciones de justicia social intervienen fuertemente en la definición de las políticas que se requieren llevar a cabo para mejorar el bienestar de la sociedad y, en particular, sobre el estudio de las desigualdades en salud.

¿Determinantes sociales de la salud o determinación social?

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), en 1946, plantea el derecho a la salud como derecho humano al establecer que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS 1946). En palabras de Whitehead, “cada persona debería tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial completo de salud, y más pragmáticamente, que nadie debería estar en desventaja para alcanzarlo, siempre y cuando esta desventaja pueda evitarse” (Whitehead 1991:7). En este sentido, no debe pensarse la equidad en salud únicamente en relación con el acceso a los servicios de salud, vistos aisladamente, sino que debe abordarse incorporando en el análisis las causas de las causas. Es decir, desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando debida atención al papel que la salud desempeña en la vida y en consecución de libertad (Sen 2002). En palabras de Sen, el estado de salud de la población se debe, sobre todo, a las condiciones de empleo y trabajo, a la vivienda, al medioambiente, y a otros muchos factores de tipo social. Por ello, es necesario desarrollar un abordaje multidimensional de la desigualdad.

Es precisamente por esta razón que surge el estudio de los determinantes sociales de la salud (DSS), que busca analizar las relaciones entre las condiciones sociales y los estados de salud, para conocer dónde y cómo intervenir, con el fin de mejorar la condición sanitaria de la población, así como también investigar sobre los mecanismos a través de los cuales se producen las desigualdades en salud, especialmente explorar cuales son los impactos en materia de salud de las diferencias sociales.

Se han elaborado varios modelos para mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales influyen en el estado de salud, con el fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos tipos de determinantes y definir políticas específicas para mejorar la equidad en salud entre los distintos grupos en la sociedad (Acheson 1998; Dahlgren y Whitehead 1991; Diderichsen y Hallqvist 1998). Desde la Organización Mundial de la Salud se estableció en 2005 una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en cuyo informe final (Organización Mundial de la Salud. 2008) se definen como elementos principales a los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud. Los primeros están compuestos por el contexto socioeconómico y político (organización gubernamental y políticas públicas), que da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales, que determina y es determinado por la estructura social. Ésta incluye los distintos ejes de desigualdad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. La posición socioeconómica se relaciona con la salud a través de los determinantes intermedios como son las condiciones materiales de vida, factores psicosociales y factores conductuales.

En Latinoamérica, por su parte, en la segunda mitad del siglo XX se desarrolla el movimiento de medicina social y salud colectiva, como nueva corriente de pensamiento que concibe al proceso de salud-enfermedad del colectivo social como expresión de procesos sociales. Por ello, analizan los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto político, económico e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómeno biológico (Gallardo 2014).

Este movimiento sostiene que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina, por lo que insisten en la **determinación social** del proceso salud-enfermedad. Es crítico del marco conceptual de los determinantes sociales de la OMS por plantear que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas de tensión y relaciones de poder de la sociedad. Los autores del movimiento latinoamericano relevan las relaciones de poder y exaltan las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes

sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia (Borrero et al. 2013).

Antecedentes: ¿por qué estudiar los determinantes sociales de la salud?

En 1977, el gobierno británico nombró una comisión de estudio de las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña, dirigida por Sir Douglas Black, cuyo informe final tuvo un gran impacto, tanto en Gran Bretaña como en el resto del mundo (Black 1982). Era la primera vez que un gobierno documentaba de una manera detallada la evolución de las desigualdades sociales en salud al interior de su población. Estimulados por el ejemplo de lo que había pasado a llamarse el *Black Report*, otros gobiernos conformaron comisiones semejantes que estudiaron y elaboraron informes sobre la evolución de las desigualdades sociales en sus respectivos países, contribuyendo así al desarrollo de la convicción generalizada de que la reproducción, ampliación o disminución de las desigualdades sociales tienen un impacto muy importante en la salud de la población (Navarro Lopez and Benach de Rovira 1996). Como respuesta a esta inquietud, la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud ha señalado como un objetivo prioritario la disminución de las desigualdades sociales en salud entre y dentro de los países de la región europea.

Numerosos estudios han mostrado que las desigualdades en salud causan un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al de la mayoría de los factores de riesgo conocidos. Las desigualdades en salud según nivel socioeconómico tienden a aumentar porque las personas de clases sociales más favorecidas mejoran más su salud que el resto de la población. Kawachi y otros (2002) insisten en que la mayoría de las desigualdades en salud entre grupos sociales —por ejemplo, por clase social, género o etnia— son injustas porque reflejan una distribución, también injusta, de los determinantes sociales que subyacen a ellas: acceso a servicios de salud, educación, trabajo, nivel de ingresos, vivienda, entre otros (Krieger 2000; Mackenbach and Howden-Chapman 2003; M. Marmot 2000; M. G. Marmot 2003). Wilkinson y Pickett (2011) analizan los efectos de la desigualdad en variables sociales y sanitarias como la mortalidad infantil, la esperanza de vida, las tasas de criminalidad, la obesidad, las enfermedades mentales, entre otras. Con esa información en

mano, los autores concluyen que los problemas sociales y sanitarios no sólo son más frecuentes entre la población de menores ingresos, sino que el alcance de estos problemas es muy superior en las sociedades más desiguales.

En el mismo sentido, Evans, Wolfe y Adler (2012) estudiaron el gradiente positivo que existe entre el nivel socioeconómico y los resultados de salud de la población. Describieron una creciente brecha de mortalidad en Estados Unidos entre el cuartil más rico y el resto de la población, incluidos los cuartiles segundo y tercero. Pijoan-Mas y Ríos-Rull (2012) encontraron que en Estados Unidos un hombre blanco con estudios universitarios completos tiene, a los 50 años de edad, seis años más de vida por vivir que otro con estudios incompletos. La riqueza del quintil más alto brinda a sus integrantes un premio de cuatro años adicionales y el empleo de tiempo completo, 3,4 años más de vida que el desempleo. Es teniendo en consideración estos resultados, que la OMS recomienda, con el objetivo de disminuir las inequidades, que los países miembros presten atención especial a la cobertura universal de salud (OMS 2010), entendida como la situación en la cual “todas las personas reciben servicios de salud de buena calidad que satisfacen sus necesidades sin estar expuestas a dificultades económicas como consecuencia del pago de los servicios”.

Metodología

Se trabajó con la base de microdatos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2018. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado y multivariado, para analizar la relación entre la realización de prácticas preventivas de cáncer de mama y de cuello de útero y los determinantes sociales de la salud.

Para abordar el análisis de los determinantes sociales de la salud se trabajó con variables relacionadas con características demográficas, condiciones de vida material y acceso a servicios, salud, educación y condiciones de trabajo de la ENFR 2018.

El análisis multivariado, que permite estudiar a las relaciones entre más de dos variables en un grupo de individuos, se instrumentó a través de la técnica del Análisis de Correspondencias Múltiples. Este tipo de análisis se realiza a partir de una tabla de “individuos x variables cualitativas” y pone en juego tres familias de objetos: individuos, variables, modalidades. Uno de

los objetivos del ACM es realizar una tipología de los individuos. Esta tipología debe basarse en una noción de semejanza tal que dos individuos están tanto más próximos cuanto mayor es el número de modalidades que poseen en común. Asimismo, dos modalidades se parecen más cuanto mayor es su presencia o ausencia simultánea en un gran número de individuos.

En la tabla N°1 se presentan las variables incorporadas en el análisis, su definición y las modalidades que comprende cada una de las variables cualitativas.

Tabla N° 1: Definición de variables de la ENFR 2018, incorporadas en el análisis

Variable	Descripción	Categorías
CALMAT	Calidad de Material de la Vivienda	S: Suficiente
		PI: Parcialmente Insuficiente
		I: Insuficiente
CombCocinar	Combustible que principalmente utiliza para cocinar	Gas de Red
		Sin Gas de Red (garrafa, carbón u otro)
Ten_Agua	Tenencia de Agua en la vivienda	Dentro de la vivienda
		Fuera de la vivienda (dentro o fuera del terreno)
Proced_Agua	Procedencia del Agua	Red de agua corriente
		Sin red de agua corriente (perforación, pozo, otros)
BañoExclus	Baño exclusivo del hogar	Si
		No
Hacinamiento	3 o más personas por cuarto	Hacinados
		No Hacinados
quintil_uc	Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	1er quintil
		2do quintil
		3er quintil
		4to quintil
		5to quintil
Sexo	Sexo	Varón
		Mujer
rango_edad	Rango de edad de la persona	18 a 24 años
		25 a 34 años
		35 a 49 años
		50 a 64 años
		65 años y más
Sit_Conyugal	Situación conyugal	En pareja: Unido, casado
		Separado o Divorciado
		Viudo o soltero
MNI	Máximo nivel de instrucción	Hasta primario incompleto
		Hasta secundario incompleto
		Secundario completo y más
cobertura_salud	Cobertura de salud	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica
		Sólo cobertura pública
cond_activ	Condición de actividad	Ocupado
		Desocupado
		Inactivo
Salud_autoperc	En general, ¿usted diría que su salud es...	Excelente o muy buena
		Buena
		Regular o mala
control_mamo	Realización de mamografía en los últimos 2 años	Si
		No
		Ns/NC
control_pap	Realización de Papanicolau en los últimos 2 años	Si
		No
		Ns/NC

Fuente: elaboración propia

Resultados

¿La condición social afecta la realización de prácticas preventivas?

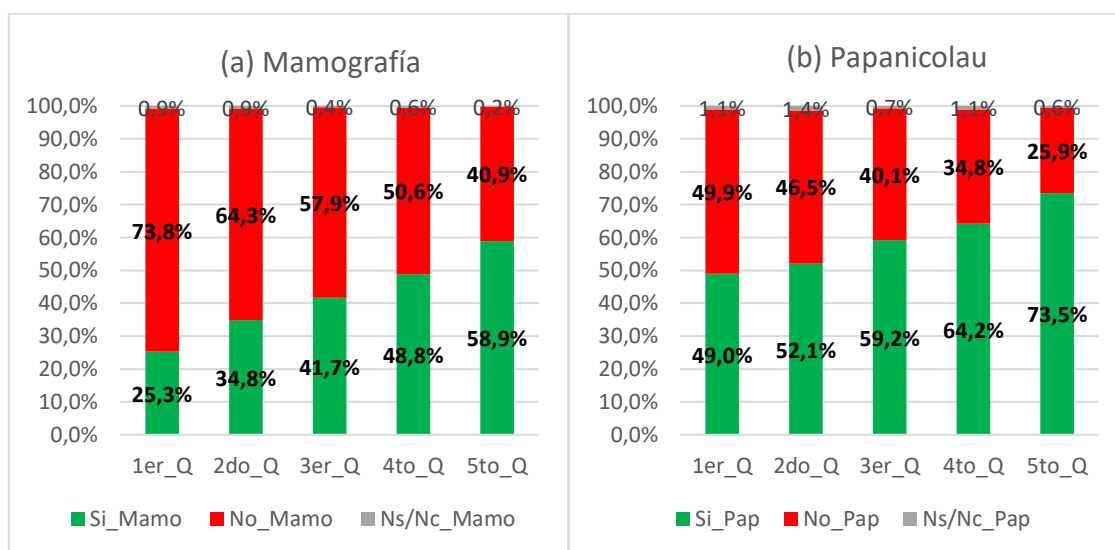
El análisis bivariado permite analizar las relaciones entre 2 variables, que muestran la relación entre la realización de las prácticas de prevención de cáncer de mama y de cuello de útero en relación a variables socioeconómicas. Este análisis busca indagar si existe evidencia en que las mujeres que tienen mejores condiciones socioeconómicas se realizan en mayor proporción prácticas preventivas.

Diversos trabajos han investigado la relación entre inequidad de ingresos y nivel de salud, encontrando que la inequidad de ingresos afecta la esperanza de vida (R. G. Wilkinson 1992), la mortalidad (Lochner et al. 2001), la autopercepción de salud (Blakely, Lochner, and Kawachi 2002; Kennedy et al. 1998), los síntomas depresivos (Kahn et al. 2000) y factores de riesgo como fumar o sedentarismo (Diez-Roux, Link, and Northridge 2000).

En los datos bajo análisis, también se puede observar un gradiente en el que se incrementa el porcentaje de mujeres que se realizan tanto mamografía como Papanicolau en los últimos 2 años a medida desde el primer quintil de ingresos (menores ingresos) al quinto quintil de ingresos (ingresos más altos). Mientras en el quintil de ingresos más bajo sólo el 25% de las mujeres se realizaron mamografía, en el 20% de las mujeres con mayores ingresos, este valor es más del doble, alcanzando casi al 60%. La realización de Papanicolau también muestra diferencias importantes según los ingresos de las mujeres. En las mujeres con menores ingresos, el 50% se realizaron Papanicolau en los últimos 2 años, mientras que el 73,5% de las mujeres de mayores ingresos se hicieron esta práctica.

En ambas prácticas preventivas el valor de la prueba chi-cuadrado, que es una prueba estadística utilizada para evaluar la independencia entre dos variables, es tan grande que permite descartar con un 95% la hipótesis de independencia entre la realización, tanto de mamografía como de Papanicolau, y el quintil de ingresos ($\chi^2 = 904,15$ $\chi^2 = 523,49$, respectivamente).

Gráfico N° 1: Realización de mamografía (a) y de Papanicolau (b) en los últimos 2 años según quintil de ingresos

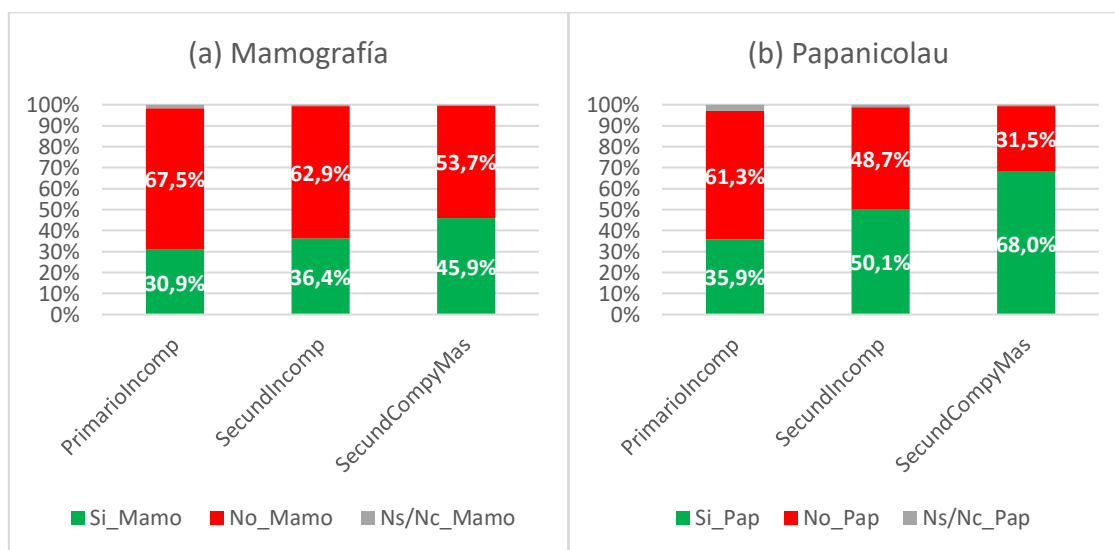


Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2018

El nivel educativo es un indicador indirecto del nivel de ingresos (Groisman 2010; Perren and Lamfre 2015). Pero no se trata de una relación a la que podríamos pensar en términos unilaterales. Como bien han señalado Camilo Arriagada Luco y Jorge Rodríguez Vignoli (2003), los vínculos entre instrucción y pobreza funcionan en un doble sentido: por un lado, un bajo nivel de instrucción genera pobreza; mientras que, por el otro, la situación de pobreza aparece como un limitante a la hora de adquirir capital educativo, con lo que aquella se reproduce de manera inter-generacional. La relación ingresos-salud permite explicar, en parte, las diferencias por nivel educativo en materia de salud o discapacidad (Montez, Hummer, and Hayward 2012). En particular, en nuestra análisis, se observa una relación entre la realización de prácticas preventivas y el máximo nivel de instrucción de las mujeres, ya que se puede apreciar un gradiente en el que se incrementa el porcentaje de mujeres que se realizan prácticas de rastreo a medida que mayor nivel de instrucción tienen. Mientras que sólo el 30% de las mujeres que tienen como máximo nivel de instrucción la primaria incompleta se realizaron una mamografía en los últimos 2 años, este porcentaje aumenta un 50% en las mujeres con secundaria completa y más. En la realización de Papanicolau la brecha

entre las mujeres con menor y mayor instrucción es mayor, 36% y 68%, respectivamente. La prueba chi-cuadrado muestra que las dos prácticas preventivas no son independientes del nivel de instrucción, con valores de p-valor $< 2.2e-16$.

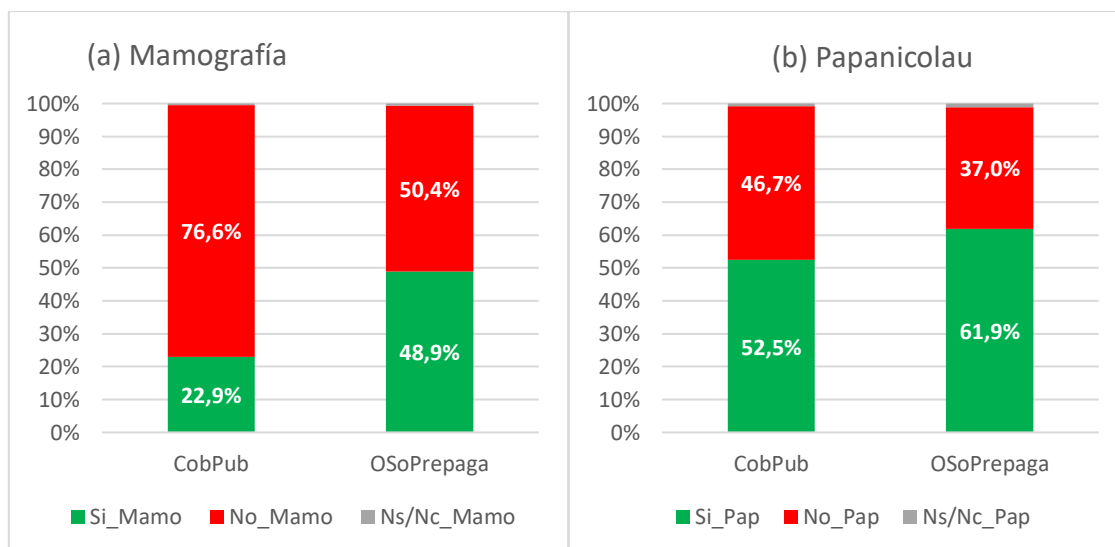
Gráfico N° 2: Realización de mamografía (a) y de Papanicolau (b) en los últimos 2 años según máximo nivel de instrucción de las mujeres



Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2018

La cobertura de salud también parece influir en la decisión de realizar prácticas preventivas en mujeres. De las mujeres que sólo tienen cobertura por el sector público de salud, sólo el 23% se realizó alguna mamografía en los últimos 2 años, mientras que duplica este valor el porcentaje de mujeres que tienen obra social o prepaga. Esta diferencia, en relación a la cobertura de salud, no es tan marcada en la realización de Papanicolau.

Gráfico N° 3: Realización de mamografía (a) y de Papanicolau (b) en los últimos 2 años según cobertura de salud

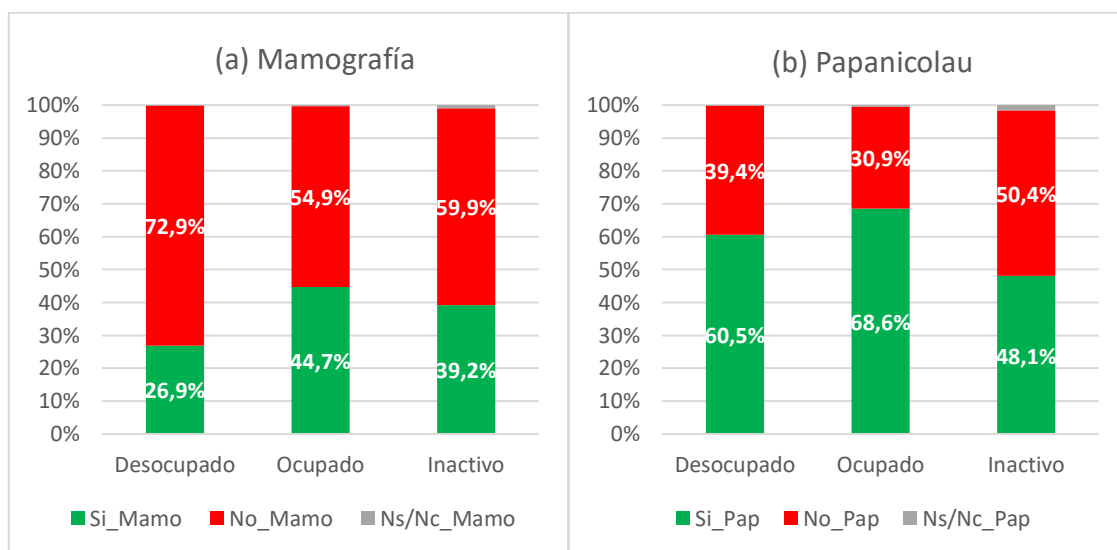


Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2018

Las condiciones de trabajo forman partes de los determinantes sociales de la salud. Quien no posee un trabajo está en mayores probabilidades de dañar su salud y mermar seriamente la de quienes dependen económicamente de él (M. Marmot and Bell 2010). La Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS ha establecido que el trabajo, en particular, bajo condiciones de empleo apropiadas, puede complementar las necesidades que permiten reducir las inequidades en salud (World Health Organization and Commission on Social Determinants of health 2008). En la misma Comisión, en el documento sobre condiciones laborales e inequidades en salud coordinado por Joan Benach (2007) plantea que centra al trabajo en la configuración de la clase social es fundamental para entender el complejo mundo de las inequidades que existen en y por esta actividad, así como también las condiciones específicas que la rodean. En este sentido, se posibilita la construcción de una visión más completa e integral del problema, fundamentado en que, por ejemplo, la frecuencia de desnutrición, bajo peso al nacer, el surgimiento de enfermedades mentales o cardiovasculares, se observan más entre aquellos individuos que se catalogan como desempleados (Joan Benach et al. 2007; Tamez-González and Pérez-Domínguez 2012). En nuestro

caso de estudio, esta inequidad también se evidencia, ya que mientras poco más de un cuarto de las mujeres desocupadas (que no trabajan, pero buscan activamente trabajo) se realizaron mamografías en los últimos 2 años, casi la mitad de las mujeres que efectivamente tienen trabajo pudieron hacerlo. En la prevención de cuello de útero la brecha entre desocupadas y ocupadas no es tan grande, con el 60,5% y 68,6% de las mujeres que se realizaron Papanicolau, respectivamente. Las pruebas chi-cuadrado permiten rechazar las hipótesis de independencia entre realización de prácticas preventivas y condición de actividad.

Gráfico N° 4: Realización de mamografía (a) y de Papanicolau (b) en los últimos 2 años según condición de actividad

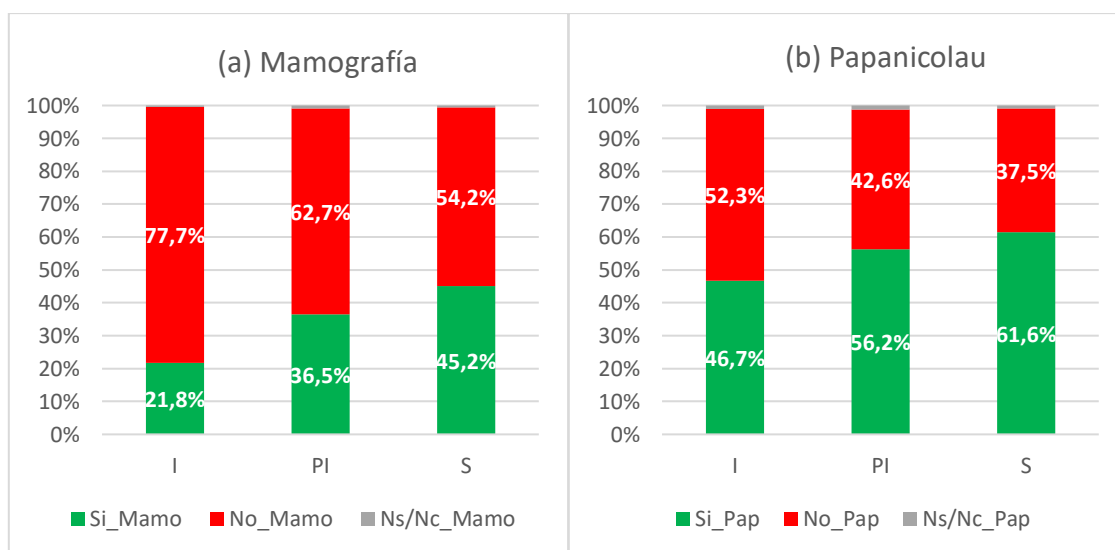


Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2018

Las malas condiciones de habitabilidad pueden exponer a las personas a una serie de riesgos para la salud. Como se explica en las Directrices de la OMS sobre vivienda y salud (OMS 2018), las deficiencias estructurales afectan los resultados sanitarios. Asimismo, el informe establece que las malas condiciones habitacionales son uno de los mecanismos a través de los cuales las desigualdades sociales y ambientales se traducen en inequidades sanitarias que, a su vez, afectan aún más a la calidad de vida y el bienestar.

La relación entre realización de prácticas preventivas y condiciones de la vivienda concuerda con lo planteado por la OMS. Se observa que el porcentaje de mujeres que se realizaron mamografía o Papanicolau es considerablemente menor en aquellas que viven en viviendas con materiales insuficientes, que en las que habitan viviendas con materiales suficientes.

Gráfico N° 5: Realización de mamografía (a) y de Papanicolau (b) en los últimos 2 años según materiales de la vivienda



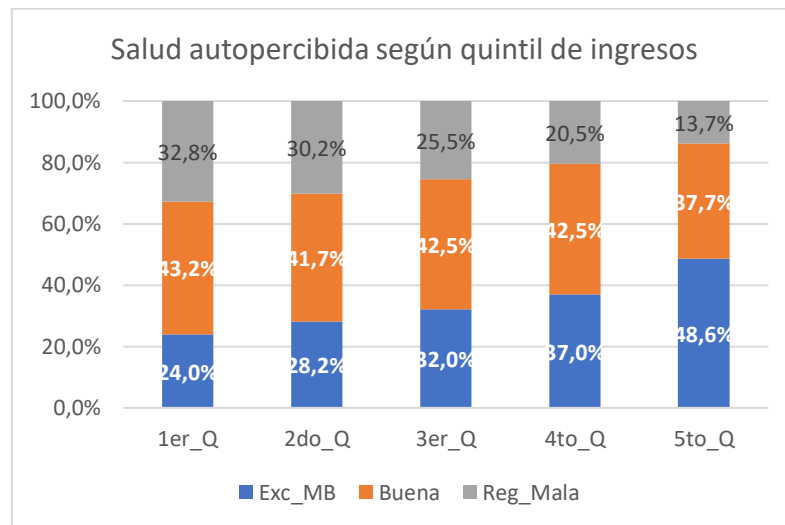
Nota: I: Insuficientes; PI: Parcialmente Insuficientes; S: Suficientes

Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2018

La salud autopercebida es uno de los indicadores de salud más utilizados en la investigación en desigualdades sociales en salud, pues se considera un fiel reflejo del estado de salud en que se encuentra el individuo (Navarro López and Benach de Rovira 1996). La salud autopercebida se estima en la ENFR 2018 con la pregunta “En general, ¿usted diría que su salud es...”, opciones de respuesta pueden ser: excelente, muy buena, buena, regular y mala. La importancia de la medida de la salud autopercebida radica en su fuerte asociación con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas (J Benach, Muntaner, and Bonet 2005; Navarro López and Benach de Rovira 1996) y con la utilización de los servicios sanitarios (Van Doorslaer et al. 2000; Van Doorslaer, Koolman, and Jones 2002; Sáez 2003). Algunos autores han sugerido, incluso, que

podría comportarse también como un potente predictor de mortalidad (DeSalvo et al. 2006; E. Idler et al. 2004; E. L. Idler and Benyamini 1997; Jylhä 2009; Sargent-Cox, Anstey, and Luszcz 2010). En particular, se estudió la relación entre la inequidad de ingreso y la autopercepción de salud en las comunas chilenas (Subramanian et al. 2003), evidenciando que la inequidad de ingresos afecta el nivel de salud individual en el caso de Chile. En nuestro caso, a partir de las respuestas de la ENFR2018, se arriba a similares resultados, ya que se observa un gradiente en el que el porcentaje de mujeres que refiere tener excelente o muy buena salud se incrementa a medida que se incrementan los niveles de ingreso de las mujeres. Mientras sólo el 24% de las mujeres de menores ingresos refiere tener excelente o muy buena salud, este porcentaje es el doble en las mujeres de mayores ingresos.

Gráfico N° 6: Salud autopercebida según quintil de ingresos



Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2018

Análisis multivariado: ¿Qué características generales tienen las mujeres que se hacen y que no se hacen prácticas preventivas de cáncer de mama y útero?

Se realizó el Análisis de Correspondencias Múltiples sobre el conjunto de datos de 16.632 individuos y 16 variables, desagregadas en 45 categorías. El resultado se expresa en 29 dimensiones, de las cuales vamos a considerar sólo las 2 primeras, que acumulan el 87% de la varianza explicada ajustada³.

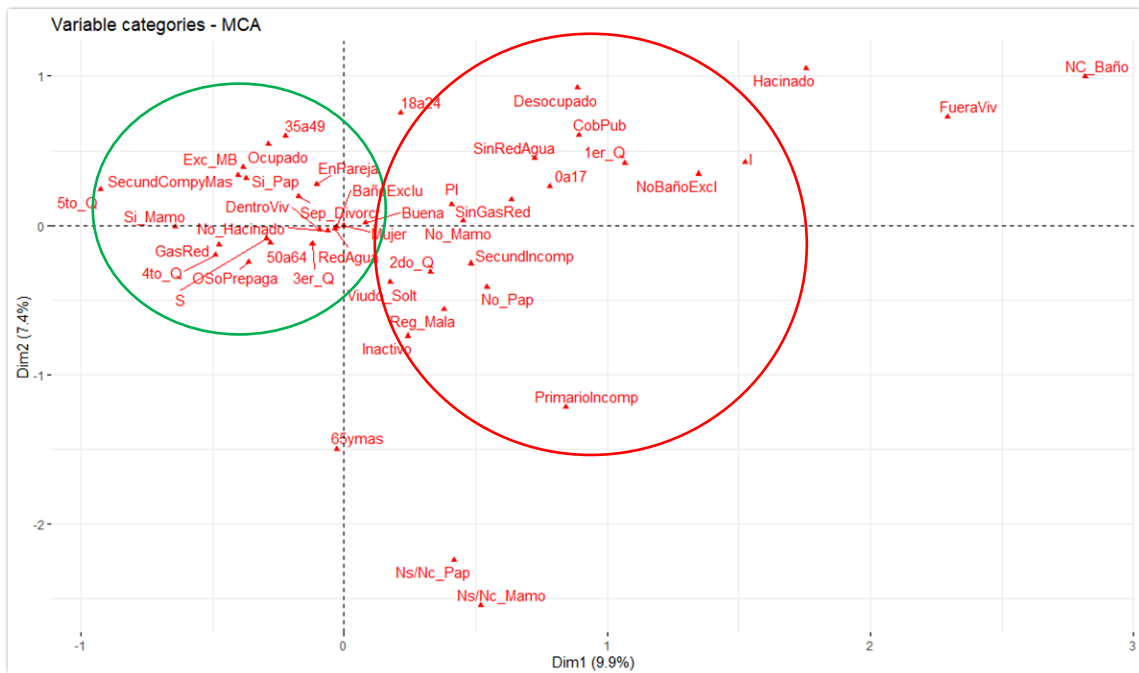
La primera dimensión está vinculada a las condiciones materiales de vida de las mujeres. A lo largo de este primer eje factorial se observa un gradiente en el que empeoran las condiciones socioeconómicas de izquierda a derecha. En los valores negativos del eje están determinados los quintiles de ingresos más altos, hogares que tienen gas de red, personas con alto nivel de instrucción, que tienen cobertura por obra social o prepaga y condiciones materiales de la vivienda suficiente. Mientras que los valores positivos están principalmente formados por grupos sociales pertenecientes a los más bajos quintiles de ingreso, cuyas viviendas son de materiales insuficientes, que sólo tienen cobertura pública de salud, sin acceso a servicios como agua dentro de la vivienda y gas de red. En esta dimensión, las mujeres que se han realizado prácticas preventivas de mamografía, así como también de Papanicolau, se encuentran en el lado negativo del este eje factorial, por lo que están asociadas a las mejores condiciones socioeconómicas descritas previamente. Por su parte, las mujeres que no se han realizado prácticas preventivas, se encuentran en el lado positivo, asociadas a las peores condiciones socioeconómicas.

La segunda dimensión está determinada por características etarias y de actividades personales vinculada al trabajo y al nivel de instrucción. En este caso, los valores negativos están asociados a personas mayores de 65 años, inactivas, con bajo nivel de instrucción y un bajo nivel de salud autopercebida, que no se realizan prácticas preventivas de Papanicolau. La parte positiva del eje 2

³ En el análisis de correspondencia múltiple los valores propios generan una idea pesimista de la variabilidad explicada, siendo conveniente medir la tasa de inercia realizando una modificación de éstos utilizando la corrección de Benzécri (1979). Bajo esta corrección el Eje 1, cuya inercia inicial era de 17,9%, pasa a ser de 64% y el eje 2 pasa de una inercia de 13,3% a 23,5%.

está asociada a personas más jóvenes, que se encuentran ocupadas, con alto nivel de instrucción, que perciben que su salud es excelente o muy buena y que se han realizado el Papanicolau.

Imagen Nro 1: Dimensiones de los factores socioeconómicos y la realización de prácticas preventivas



Fuente: elaboración propia en base a la ENFR2018

A partir de este análisis, se pueden delimitar dos grupos de mujeres. El primer grupo, definido en el cuadrante II y III del plano de la imagen 1, caracteriza a aquellas mujeres entre 35 y 64 años, pertenecientes a los quintiles de ingresos más altos, que habitan en hogares con materiales de calidad suficiente que tienen acceso a red de agua y gas de red, poseen agua dentro de la vivienda, tienen cobertura de salud con obra social o prepaga, alto nivel de instrucción, se encuentran ocupadas, tiene salud excelente o muy buena salud autopercebida y se realizan prácticas preventivas de mamografía y Papanicolau. Por otro lado, el grupo definido por el cuadrante I y IV, está caracterizado por mujeres pertenecientes al 1er y 2do quintil de ingresos, cuyos hogares tienen calidad de materiales insuficientes o parcialmente insuficientes, sin acceso a la red de agua y gas, que tiene cobertura de salud sólo por parte del sector público, con bajo nivel de instrucción, que no forman parte del mercado laboral por estar inactivas o desempleadas, tienen un nivel de salud autopercebida regular o malo y no se realizan prácticas preventivas de mamografía y Papanicolau.

Conclusiones

La desigualdad social limita la capacidad de las personas para desarrollarse plenamente y viene dada por un ordenamiento económico que define cuánto puede apropiarse cada sector de la población de lo producido en una economía, no sólo dependiendo de cuánto aporta al proceso productivo, sino en función de su posición inicial en la estructura social. Esta situación dificulta la movilidad social y, en realidad, contribuye a aumentar la brecha de inequidad. No podemos afirmar que los que más tienen trabajan más que los que menos tienen, sino que tienen mayor capacidad para apropiarse de la producción que se genera por ser los dueños de los factores productivos o por ocupar puestos gerenciales a partir de mejores niveles educativos, mejores relaciones sociales con el ámbito empresarial y mayor expectativa de vida.

Esta desigualdad no sólo se limita a la diferencia en los ingresos percibidos por los distintos grupos sociales; también se traduce en diferencias en la calidad de vida, en el acceso a servicios, en participación ciudadana y, también, en diferentes resultados en salud. Esta condición, si bien depende de la organización de los sistemas de salud, está definida principalmente por la forma en la que está organizado el sistema económico. Se ha demostrado que el mayor factor de riesgo conocido es la desigualdad, que produce excesos de muerte y de enfermedad, sólo por el hecho de pertenecer a grupos sociales desventajados. El estudio de los determinantes (o determinación) social de la salud (DSS) comienza a hacer foco en que las causas de los resultados en salud no dependen tanto de la atención de la salud como de las condiciones en las que nacen, viven, trabajan y envejecen las personas. Este enfoque intenta generar cambios en los resultados sanitarios a partir de lo que se denominan las “causas de las causas”. Esto es, incidir sobre los determinantes estructurales que definen el ordenamiento social a partir de la estructura económica y política.

En nuestro estudio, hemos podido reconocer que la circunstancias en las que las mujeres desarrollan su vida en el hogar, en el trabajo y la inserción en el medio social, afecta las posibilidades que tienen de realizar prácticas preventivas de cáncer de mama y de cuello de útero. Estos peores resultados en la realización de este tipo de prácticas en mujeres vulnerables socialmente, muchas veces se traduce en peores resultados en puntos finales más duros, como la detección tardía de cáncer y la mortalidad.

Los DSS como productores de inequidad en salud no suelen ser tenidos en cuenta a la hora de implementar intervenciones sanitarias. El abordaje desde los DSS implica el intento de acciones correctivas o rectificadoras que, aunque no logren revertirlas, al menos reduzcan las inequidades en salud. Se ha visto que los programas que no tienen este abordaje generan un aumento en la brecha de inequidad, ya que los primeros en beneficiarse son personas con mayor nivel educativo, mejor nivel de ingresos, mayor capital social, menor chance de pertenecer a minorías étnicas, sexuales o culturales, entre otros. Una acción homogénea sobre una situación de inequidad contribuirá a profundizarla o perpetuarla. Los indicadores de proceso y resultado de los programas e intervenciones que no estén centrados en los DSS y la equidad pueden mostrar resultados favorables (en cuanto a número de estudios realizados, número de casos detectados, entre otros indicadores), desconociendo que han aumentado la inequidad sin favorecer a los más vulnerables.

Bibliografía

ABRIATA, M. G., ROQUES, L. F., MACÍAS, G. y LORIA, D. (2012). “Atlas de Mortalidad Por Cáncer: Argentina 2007-2011.” *Instituto Nacional del Cáncer-Ministerio de Salud de la Nación*.

ACHESON, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*. HM Stationery Office.

ARRIAGADA, C. y VIGNOLI, J. (2003). *Segregación Residencial En Áreas Metropolitanas de América Latina: Magnitud, Características, Evolución e Implicaciones de Política*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7189/S0310709_es.pdf.

ARROSSI, S. (2015). *Prevención del cáncer cervicouterino. Recomendaciones Para El Tamizaje, Seguimiento y Tratamiento de Mujeres En El Marco de Programas de Tamizaje Basados En El Test de VPH Actualización 2015*. Buenos Aires.

BENACH, J., MUNTANER, C. y BONET, C. M. (2005). *Aprender a Mirar La Salud: Cómo La Desigualdad Social Daña Nuestra Salud*. El viejo topo.
<https://books.google.com.ar/books?id=AWkYnHyqau0C>.

BENACH, J., MUNTANER, C., SANTANA, V. y CHAIRS, F. (2007). “Employment Conditions and Health Inequalities.” *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*

(CSDH) *Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Geneva: WHO.

BENZÉCRI, J. P. (1979). “Sur Le Calcul Des Taux d’inertie Dans l’analyse d’un Questionnaire [On the Calculation of the Rates of Inertia in the Analysis of a Questionnaire].” *Cahiers de l’Analyse des Données* 4: 377–78.

BLACK, S. D. (1982). “Inequalities in Health: The Black Report.”

BLAKELY, T. A., LOCHNER, K. y KAWACHI, I. (2002). “Metropolitan Area Income Inequality and Self-Rated Health—a Multi-Level Study.” *Social science & medicine* 54(1): 65–77.

BORRERO, C. M., BORDE, E., ESLAVA CASTAÑEDA, J. C., y CONCHA SÁNCHEZ, S. C. (2013). “¿Determinación Social o Determinantes Sociales? Diferencias Conceptuales e Implicaciones Praxiológicas.” *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health* 15(6): 797.

BORRUEL, M. A., MAS, I. P., Y BORRUEL, G. D. (2010). “Estudio de Carga de Enfermedad: Argentina.” *Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación*.

BRAVEMAN, P, AND S GRUSKIN. (2003). “Defining Equity in Health.” *J Epidemiol Community Health* 57: 254–58. <http://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf> (September 26, 2017).

CEPAL. 2010. *La Hora de La Igualdad. Brechas Por Cerrar, Caminos Por Abrir*. Santiago de Chile. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13309/S2010986_es.pdf (September 5, 2017).

DAHLGREN, G. Y WHITEHEAD, M. (1991). “Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.” *Stockholm: Institute for future studies*.

DESALVO, K. B et al. (2006). “Mortality Prediction with a Single General Self-rated Health Question: A Meta-analysis.” *Journal of general internal medicine* 21(3): 267–75.

DIDERICHSEN, F., y HALLQVIST, J. (1998). “Social Inequalities in Health: Some Methodological Considerations for the Study of Social Position and Social Context.” *Inequality in health—a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research: 25–39*.

DIEZ-ROUX, A. V., LINK, B. G. y NORTHRIDGE, M. E. (2000). “A Multilevel Analysis of Income Inequality and Cardiovascular Disease Risk Factors.” *Social science & medicine* 50(5): 673–87.

EVANS, W., WOLFE, B. y ADLER, N. (2012). “The SES and Health Gradient: A Brief Review of the Literature.” *Wolfe, B., Evans, W. and Seeman, T. The Biological Consequences of*

Socioeconomic Inequalities.

FRIEDMAN, M., y FRIEDMAN, R. (1990). *Free to Choose: A Personal Statement*. Houghton Mifflin Harcourt.

GALLARDO, C. 2014. *El Movimiento de Medicina Social y Los Determinantes Sociales En Salud En Latinoamérica*.

GILENS, M. (2012). *Affluence and Influence: Economic Inequality and Political Power in America*. Princeton University Press.

GROISMAN, F. (2010). “La Persistencia de La Segregación Residencial Socioeconómica En Argentina.” *Estudios Demográficos y Urbanos* 25(2): 429–60.

VON HAYEK, F. (1990). *La Fatal Arrogancia: Los Errores Del Socialismo*. ed. Union Editorial. Madrid.

IDLER, E. L., y BENYAMINI, Y. (1997). “Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies.” *Journal of health and social behavior*: 21–37.

IDLER, E., LEVENTHAL, H., MCLAUGHLIN, J., y LEVENTHAL, E. (2004). “In Sickness but Not in Health: Self-Ratings, Identity, and Mortality.” *Journal of health and social behavior* 45(3): 336–56.

INDEC. 2018. *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2>.

JYLHÄ, M. (2009). “What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model.” *Social science & medicine* 69(3): 307–16.

KAHN, R. S., WISE, P. H., KENNEDY, B. P. y KAWACHI, I. (2000). “State Income Inequality, Household Income, and Maternal Mental and Physical Health: Cross Sectional National Survey.” *BMJ: British Medical Journal* 321(7272): 1311.

KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S. V. y ALMEIDA-FILHO, N. (2002). “A Glossary for Health Inequalities.” *Journal of Epidemiology & Community Health* 56(9): 647–52.

KENNEDY, B. P., KAWACHI, I., GLASS, R. y PROTHROW-STITH, D. (1998). “Income Distribution, Socioeconomic Status, and Self Rated Health in the United States: Multilevel Analysis.” *Bmj* 317(7163): 917–21.

KLIKSBERG, B. (2014). *Los Parias de La Tierra: Entre La Miseria y La Xenofobia*. Editorial

Página 12.

- KRIEGER, N. (2000). "Discrimination and Health." *Social epidemiology* 1: 36–75.
- KUZNETS, S. (1955). "Economic Growth and Income Inequality." *The American economic review* 45(1): 1–28.
- LOCHNER, K. et al. (2001). "State-Level Income Inequality and Individual Mortality Risk: A Prospective, Multilevel Study." *American journal of public health* 91(3): 385.
- LUCAS, R. (2004). "The Industrial Revolution: Past and Future." *Annual Report* (May): 5–20. <https://ideas.repec.org/a/fip/fedmar/y2004imayp5-20nv18no.1.html>.
- MACKENBACH, J. P., y HOWDEN-CHAPMAN, P. (2003). "New Perspectives on Socioeconomic Inequalities in Health." *Perspectives in biology and medicine* 46(3): 428–44.
- MARMOT, M. (2000). "Social Determinants of Health: From Observation to Policy." *The Medical Journal of Australia* 172(8): 379–82.
- MARMOT, M. y BELL, R. (2010). "Challenging Health Inequalities—Implications for the Workplace."
- MARMOT, M. G. (2003). "Understanding Social Inequalities in Health." *Perspectives in biology and medicine* 46(3): S9–23.
- MONTEZ, J. K., HUMMER, R. A. y HAYWARD, M. D. (2012). "Educational Attainment and Adult Mortality in the United States: A Systematic Analysis of Functional Form." *Demography* 49(1): 315–36.
- NAVARRO LÓPEZ, V., y BENACH DE ROVIRA, J. (1996). "Desigualdades Sociales de Salud En España. Informe de La Comisión Científica de Estudios de Las Desigualdades Sociales de Salud En España." *Rev Esp Salud Pública* 70: 505–636.
- NORBERG, J. (2005). *In Defence of Global Capitalism*. Academic Foundation.
- NUSSBAUM, M. y SEN, A. (1998). *La Calidad de Vida*. Fondo de Cultura Economica.
- OMS. (1946). *Constitución de La Organización Mundial de La Salud*.
- OMS. (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud: resumen de orientación*. Ginebra PP - Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279743>.
- OMS. (2008). *Informe Final Comisión Sobre Determinantes Sociales de La Salud*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.

- OMS. (2010). “Informe Sobre La Salud En El Mundo: La Financiación de Los Sistemas de Salud: El Camino Hacia La Cobertura Universal.”
- OSTRY, J. D., BERG, A. y TSANGARIDES, C. G. (2014). “Redistribution, Inequality, and Growth.” *IMF Staff Discussion Note*: 1–30.
http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=i2ccAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Redistribution,+Inequality,+and+Growth&ots=_tZIMwBoov&sig=XkTp_-0WBOOrSK5kAoJypcCCYNPU%5Cnhttp://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf.
- PERREN, J., y LAMFRE, L. (2015). “La Segregación Residencial En Tiempos de La ‘Gran Transformación Neoliberal’. Una Aproximación Al Caso de La Ciudad de Neuquén, 1991-2001.” *Cuadernos de Economía* 34(66): 569–603.
- PIJOAN-MAS y RÍOS-RULL. (2012). “Who Lives Longer?” <http://voxeu.org/article/who-lives-longer-and-why> (November 21, 2016).
- PIKETTY, T. (2014). *El Capital En El Siglo XXI*. 1º Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica.
- RICARDO, D. (1817). *Principios de Economía Política y Tributación/Por David Ricardo*.
- ROUSSEAU, J. J. (2002). *Discurso Sobre El Origen de La Desigualdad Entre Los Hombres*. ed. Editorial LIBSA. Madrid.
- SÁEZ, M. (2003). “Condicionantes En La Utilización de Los Servicios de Atención Primaria: Evidencias Empíricas e Inconsistencias Metodológicas.” *Gaceta Sanitaria* 17(5): 412–19.
- SARGENT-COX, K. A., ANSTEY, K. J. y LUSZCZ, M. A. (2010). “The Choice of Self-Rated Health Measures Matter When Predicting Mortality: Evidence from 10 Years Follow-up of the Australian Longitudinal Study of Ageing.” *BMC geriatrics* 10(1): 18.
- SEN, A. (2002). “¿ Por Qué La Equidad En Salud?” *rev Panama Salud Publica* 11: 302–9.
- SUBRAMANIAN, V. et al. (2003). “Inequidad de Ingreso y Autopercepción de Salud: Un Análisis Desde La Perspectiva Contextual En Las Comunas Chilenas .” *Revista médica de Chile* 131: 321–30.
- TAMEZ-GONZÁLEZ, S. y PÉREZ-DOMÍNGUEZ, J. F. (2012). “La Sociedad Del Riesgo y Las Inequidades En La Salud de Los Trabajadores.” *Revista de Salud Pública* 14: 43–55.
- THERBORN, G. (2016). *Los Campos de Exterminio de La Desigualdad*: Fondo de Cultura

Economica. <https://books.google.com.ar/books?id=AAszDQAAQBAJ>.

VAN DOORSLAER, E. et al. (2000). “Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US.” *Journal of health economics* 19(5): 553–83.

VAN DOORSLAER, E., KOOLMAN, X y JONES, A. M. (2002). “Explaining Income-Related Inequalities in Doctor Utilisation in Europe: A Decomposition Approach.” *ECuity II project*.

WADE LONDON, R. H. (2014). “The Piketty Phenomenon and the Future of Inequality.” *Real-world economics review* (69). <http://rwer.wordpress.com/comments-on-rwer-issue-no-69/> (July 28, 2017).

WHITEHEAD, M. (1991). “Los Conceptos y Principios de La Equidad En La Salud.” *OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones 1*.

WILKINSON, R. G. (1992). “Income Distribution and Life Expectancy.” *BMJ: British Medical Journal* 304(6820): 165.

WILKINSON, R., y PICKETT, K. (2011). *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. Bloomsbury Publishing USA.

WORLD HEALTH ORGANIZATION y COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. (2008). *Closing the Gap in a Generation Health Equity through Action on the Social Determinants of Health Commission on Social Determinants of Health*. Geneva.