

**SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES: DIFERENCIALES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN POBLACIÓN ADOLESCENTE EN ARGENTINA¹**

Palabras clave: adolescencia, salud, diferenciales sociodemográficos, Argentina

Manzelli, Hernán²; Pantelides, Edith Alejandra³; Fernández, María de las Mercedes⁴; Santoro, Adrián⁵

¹ El proyecto es una colaboración entre el Centro de Estudios de Población (CENEP) y la Dirección de Estadística e Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS), con el apoyo de UNICEF Argentina.

² CENEP-Centro de Estudios de Población. Email: hernan@cenep.org.ar

³ CENEP-Centro de Estudios de Población.

⁴ DEIS-Dirección de Estadísticas e Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

⁵ DEIS-Dirección de Estadísticas e Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Introducción

La salud de los adolescentes, como la del resto de la población, está determinada por factores individuales de origen biológico -algunos de ellos congénitos- pero también, y en forma muy importante, por factores familiares, sociales y económicos. El análisis de los diferenciales sociodemográficos en los indicadores de salud hecha luz sobre la desigual distribución de las posibilidades vitales que hay en nuestras sociedades. En este trabajo consideramos el estudio de las desigualdades como un primer paso para guiar las intervenciones conducentes a la reducción de las brechas detectadas necesarias para un mejoramiento de la situación de salud de toda la población.

El estudio de la salud de los adolescentes tiene fundamental relevancia ya que, más allá de su bienestar durante esa fase de su vida, ella tendrá repercusiones en su salud y bienestar en la edad adulta. También influirá en el desarrollo de las sociedades de las cuales forman parte a través de la carga de enfermedad y sus efectos sobre el sistema productivo y el uso del sistema de salud. La evidencia indica que las desigualdades en la salud en la adolescencia se mantienen a lo largo del curso de vida (Dorling, Mitchell, Pearce, 2007 citado en Elgar, Pfortner, Moor et al., 2015) con lo que la salud futura de la población estará condicionada por la que tiene la población que hoy es menor de 20 años.

En una revisión de investigaciones sobre determinantes sociales de la salud adolescente Viner, Oser, Denny y colegas (2012) encontraron que los factores más fuertemente relacionados con la salud adolescente eran estructurales, tales como la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación. Por las limitaciones de la información disponible, en nuestro país es poco lo que podemos aproximarnos a la medición de la influencia de esos factores sobre la salud en la población adolescente. Aunque se supone la existencia de desigualdades en la prevención y el tratamiento de las enfermedades y en la cobertura de salud entre adolescentes de distintos estratos sociales, de cada sexo y lugar de residencia (una aproximación a las desigualdades de riqueza entre las comunidades), estas desigualdades han sido poco abordadas hasta ahora, en parte por la inexistencia de información o las limitaciones de las fuentes. Estas limitaciones son todavía el obstáculo principal para un análisis detallado

de la situación de salud de los adolescentes. Si bien algunas variables relacionadas con la salud de esta población han sido exploradas, por ejemplo la fecundidad, otros aspectos de la salud reproductiva y las muertes violentas, el enfoque adoptado en esas investigaciones no fue el de la detección de inequidades en salud.

En este artículo nos proponemos como objetivo describir desigualdades en la utilización de servicios de salud entre los adolescentes y la población general, entre adolescentes varones y mujeres y entre adolescentes residentes de las distintas regiones de Argentina. Para alcanzar dicho objetivo se adopta un abordaje metodológico cuantitativo utilizando datos de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de Argentina (ENUGSS-2010).

Este artículo se basa en un estudio colaborativo entre el Centro de Estudios de Población (CENEP) y la Dirección de Estadística e Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS), con el apoyo de UNICEF, que tuvo por objetivo detectar, medir y documentar la existencia de desigualdades en salud en la población adolescente (10-19 años) en Argentina y en el que se utilizaron diferentes fuentes de datos en la descripción de estas desigualdades.

Antecedentes

La literatura sobre la salud adolescente no suele enfocarse en las desigualdades. Una revisión de publicaciones recientes ofrece algunos pocos ejemplos, la mayoría de ellos basados en una investigación hecha en 34 países de Norte América y Europa en 2002, 2006 y 2010⁶. De entre las investigaciones incluidas en esa revisión nos interesa especialmente la realizada por Elgar, Pfortner, Moor y colegas (2015), quienes encuentran un aumento en el tiempo en las desigualdades en la salud adolescente que contrasta con una disminución de las mismas en la salud de la niñez. Por otro lado, los autores de esta investigación encuentran que a mayor ingreso per cápita, menores las desigualdades en actividad física y en salud psicológica. Y que una mayor desigualdad en el ingreso (económico) se relaciona con menor actividad física y más síntomas físicos y

⁶ La investigación se conoce con la sigla HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children).

psicológicos, así como a mayores desigualdades en salud (medida por los síntomas físicos y psicológicos) entre los grupos socioeconómicos.

En un estudio sobre conductas alimentarias saludables en la adolescencia en estudiantes flamencos De Clercq, Abel, Moor et al. (2016) se muestra que la desigual distribución de capital cultural, social y económico pueden modificar las desigualdades en la nutrición saludable.

Numerosos estudios internacionales han demostrado el alto valor predictivo de la variable auto-percepción de salud sobre el estado de salud de los individuos (ver revisión sobre el tema en Rogers, Hummer y Nam, 2000). En la Argentina, la salud de los jóvenes desde sus propias percepciones fue estudiada en una investigación realizada en 116 escuelas públicas secundarias de 81 ciudades de 23 provincias (se excluyó la Ciudad de Buenos Aires que había sido objeto de otro estudio) (Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2006). Para esta investigación fueron encuestados 6.886 jóvenes con edades entre 13 y 21 años que pertenecían a los estratos socioeconómicos bajo y medio. Algunos resultados de ese estudio muestran diferencias según estrato social, edad o provincia de residencia. Así, por ejemplo, los encuestados de estrato medio tienen una percepción de su salud algo más positiva que los de los estratos bajos. Y los de la región Noroeste del país perciben a su estado de salud en forma más negativa que los de las demás regiones. Los varones son algo más positivos que las mujeres evaluando su estado de salud pero no se registran diferencias por grupo de edad. Al preguntar sobre problemas de salud padecidos frecuentemente, los que no mencionan ninguno son una proporción mayor en la clase media. Es interesante mencionar que la concurrencia a servicios de salud (considerada por los autores como una medida de accesibilidad), es más frecuente entre las mujeres que entre los varones (lo que es habitual aun cuando se trata de adultos), pero no se verifican diferencias significativas por edad o estrato social. Los jóvenes de estrato bajo utilizan en mayor medida los servicios públicos de salud y sólo algo más de la mitad no menciona ninguna dificultad en su utilización, en contraste con el 70% que no encuentra ninguna dificultad en la utilización del sistema privado o de obra social.

El análisis de las investigaciones más recientes sobre salud en población adolescente en Argentina muestra que si bien se han explorado diferentes dimensiones del tema y en algunos estudios se han registrado diferencias por estrato socioeconómico,

región y/o género; el principal enfoque adoptado en estas investigaciones no fue el de la detección de desigualdades en salud.

Metodología

Para el análisis de los datos se utilizan técnicas estadísticas descriptivas multivariadas. La fuente de datos es la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud – 2010 (última encuesta realizada hasta la fecha). Esta encuesta es un relevamiento por encuestas a una muestra nacional de base probabilística de 3.128 personas de todas las edades, destinado a evaluar aspectos de utilización y gasto en servicios de salud y en medicamentos. Se trabajó con un diseño muestral en varias etapas, con selección aleatoria en todas las etapas. El trabajo de campo se realizó entre agosto y octubre de 2010.

La muestra estuvo compuesta por 2.263 adultos (18 años y más) y alrededor de 865 menores (de 0 años a menos de 18 años). En el caso de los menores, respondió la encuesta la madre o algún otro adulto responsable. La encuesta se realizó en localidades con 300.000 habitantes o más y los datos permiten ser desagregados a nivel región.

Para este análisis el universo de análisis es la población de entre 10 y 19 años de ambos sexos residente en la Argentina.

Resultados

Una importante dimensión en el estudio de las inequidades en salud es la que tiene que ver con la utilización de servicios de salud. Esta dimensión da cuenta de la accesibilidad diferencial al sistema de salud que puede repercutir en mejores o peores condiciones de salud. En Argentina se cuenta con la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (ENUGSS) realizada en el año 2010 que es una fuente de datos fundamental para analizar la atención de la salud de la población, no sólo porque proporciona indicadores originales sobre la utilización de los servicios de salud sino también porque incluye una serie de variables socioeconómicas de los sujetos más

desarrollada que otras fuentes de información como por ejemplo las de la base de mortalidad de las estadísticas vitales.

El cuadro 1 presenta información básica sobre la utilización de servicios de salud en la población total en general⁷ y en la población adolescente en particular. Se observa que la población adolescente presenta un menor nivel de afiliación a obra social o sistema privado de salud que la población general, y que las mujeres adolescentes presentan menores porcentajes de afiliación que cualquiera de los otros grupos poblacionales analizados. Existen casi diez puntos porcentuales de diferencia entre el grupo con mayor nivel de afiliación (las mujeres con un 67,2%) y las mujeres adolescentes (con un 57,4%)⁸.

Cuadro 1. Argentina. Porcentaje de la población total y adolescente que utilizó los servicios de salud, por sexo. Año 2010

	Varones		Mujeres	
	Población total	Adolescentes	Población total	Adolescentes
Afiliación	66,0	61,8	67,2	57,4
Consultas a médico	35,1	29,5	49,2	30,7
Consultas a dentista	12,6	15,1	18,7	17,5
Consultas a otros profesionales de salud	5,6	*1,9	8,3	*1,8
Uso de medicamentos	64,0	48,8	74,6	58,4
Realización de análisis y/o tratamientos	16,6	6,6	24,0	11,4
Internación	6,6	3,8	10,8	7,0

Nota: * No alcanza el nivel de confiabilidad razonablemente esperado.

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010.

⁷ La población general incluye a los adolescentes, que son entre el 11 y el 23% del total, dependiendo de las jurisdicciones.

⁸ Se observan diferencias – aunque de menor cuantía- en el porcentaje de población adolescente cubierta (afiliada) entre los datos del Censo Nacional de Población y la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, ambas realizadas en el año 2010.

Las consultas al médico en los treinta días anteriores a la realización de la encuesta por distintos motivos (problemas de salud, controles u otros), también muestran un menor porcentaje en la población adolescente que en el promedio poblacional. Si bien en esta variable varones y mujeres adolescentes presentan un porcentaje muy similar, las mujeres adolescentes se diferencian en mayor medida del promedio poblacional femenino que los varones adolescentes del promedio poblacional masculino. Esto es, si bien las mujeres en general concurren en mayor proporción a alguna consulta médica en los últimos 30 días que los otros grupos poblacionales analizados, las adolescentes presentan porcentajes de concurrencia al médico más similares a sus congéneres etarios (alrededor del 30% en varones y mujeres adolescentes) que al promedio poblacional femenino (49,2% en población femenina vs. 30,7 por ciento en mujeres adolescentes). La evidencia empírica indica que no hay diferencia por sexo en las consultas al médico en la población adolescente y que la clásica hipótesis de una mayor concurrencia femenina a los servicios de salud está condicionada por la variable edad (cuadro 1).

Las consultas al dentista en los treinta días anteriores a la realización de la encuesta muestran un patrón diferente al de las consultas al médico. En este caso sí las mujeres presentan frecuencias algo mayores que los varones en la concurrencia a este tipo de servicio de salud (18,7% de las mujeres vs. 12,6% de los varones). La diferencia entre mujeres en general y mujeres adolescentes no parece ser significativa, como tampoco parece serlo entre varones y mujeres adolescentes. Sí se observa una diferencia algo mayor entre la población masculina general y los otros grupos poblacionales analizados, ya que sólo el 12,6 por ciento de los encuestados declaró haber concurrido al dentista en los treinta días anteriores a la realización de la encuesta, un porcentaje incluso menor que el de los varones adolescentes (cuadro 1).

La información que brinda la ENUGSS sobre uso de medicamentos, realización de análisis y/o tratamientos⁹ e internaciones¹⁰ en los treinta días anteriores a la realización

⁹ La ENUGSS define como análisis y tratamientos lo que los encuestados informan como “utilización de servicios de laboratorio, radiología, electrocardiogramas, ecografías, tomografías, biopsias y otros estudios y tratamientos, excluyendo los realizados durante las internaciones”.

¹⁰ La ENUGSS define como internación los casos en que la población informa “haber ocupado una cama de un establecimiento de salud (hospital, sanatorio o clínica, etc.)”. La internación, en general, no responde a una actitud espontánea de los sujetos, sino que suele ser indicado por un profesional de la salud.

de la misma presenta magnitudes muy diferentes a las anteriormente analizadas, pero un patrón similar. La población femenina es la que presenta mayores porcentajes de uso de medicamentos o de estos servicios de salud, tanto en población general como en población adolescente. Por ejemplo, las tres cuartas partes de la población femenina usó medicamentos en los treinta días anteriores a la encuesta, aproximadamente diez puntos porcentuales más que lo que se observa en la población total masculina. Una diferencia en la misma dirección se da entre las mujeres y a los varones adolescentes. Asimismo, la población adolescente presenta menores niveles de uso de medicamentos y de estos servicios que el promedio poblacional. Esta última relación estructural también se repite, con menor diferencia, cuando se analizan las variables realización de análisis y/o tratamiento e internación (cuadro 1).

El cuadro 2 presenta un análisis de algunas de las mismas variables de utilización de servicios de salud que el cuadro 1 pero pone el foco en la condición de afiliación, introduciendo un tipo de diferencial socioeconómico para estudiar las desigualdades en salud en la población adolescente. El porcentaje de adolescentes que no está afiliado a ninguna obra social o servicio de salud privado, y que por lo tanto pueden atenderse exclusivamente en el subsistema público, es mayor que en el promedio poblacional (40,2% vs. 33,4%, respectivamente).

Los diferenciales según condición de afiliación, variable proxy de estrato socioeconómico, son también menores entre los adolescentes que en el promedio poblacional. Por ejemplo, mientras que en la población total la diferencia en la consulta a un médico entre afiliados y no afiliados es de 11 puntos porcentuales, entre los adolescentes esta diferencia según condición de afiliación desciende a aproximadamente tres puntos porcentuales. Incluso se observa que la población adolescente no afiliada tiene un porcentaje de uso de medicamentos similar¹¹ a la población afiliada (cuadro 2).

¹¹ Si bien el porcentaje es algo superior para los adolescentes no afiliados, la escasa magnitud en la diferencia no parece ser significativa por lo que cabe más bien hablar de magnitudes similares.

Cuadro 2. Argentina. Porcentaje de población total y adolescente que utilizó los servicios de salud, por condición de afiliación. Año 2010.

Utilización de servicios de salud	Población total		Adolescentes	
	Afiliados	No afiliados	Afiliados	No afiliados
Afiliación	66,6	33,4	59,8	40,2
Porcentaje de población que consultó un médico	45,7	34,6	31,4	28,1
Porcentaje de población que utilizó medicamentos	71,7	64,5	52,4	54,4
Porcentaje de población que se realizó consultó estudios y/o tratamientos o tuvieron alguna internación	28,5	18,1	14,7	10,5

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010.

Los cuadros 3 y 4 permiten observar el uso de servicios de salud en clave de desigualdades geográficas. Debido a las características de las muestras que se utilizaron en la ENUGSS, el máximo nivel geográfico de desagregación de los datos es la región.

En todas las regiones, los adolescentes concurren al médico en porcentajes notablemente menores a los de la población general. El porcentaje de la población general que consultó un médico en los treinta días anteriores a la realización de la encuesta es bastante similar entre regiones: aproximadamente cuatro de cada diez encuestados realizó alguna visita médica en el período mencionado. El porcentaje de uso es algo inferior en NEA (37,7%) y el más alto lo encontramos en la región Pampeana (43,9%). Sin embargo, considerando el nivel de confianza y el porcentaje de error admitido de la muestra probabilística esta diferencia de cinco puntos porcentuales no parece ser significativa (cuadro 3). En tres de las seis regiones (AMBA, NOA y NEA) el porcentaje de

adolescentes que consultó al médico es similar y oscila alrededor del 30%. Algo menor es la concurrencia en Cuyo. Llama la atención el bajo porcentaje de adolescentes que declaró haber concurrido al médico en Patagonia (14,9%), siendo también la región que presenta una mayor diferencia relativa entre el comportamiento del promedio poblacional y el de la población adolescente, seguida por el AMBA y la región de Cuyo (cuadro 3).

Cuadro 3. Argentina. Utilización de servicios de salud según región. Año 2010

Región	Porcentaje de la población que consultó a un médico		Porcentaje de la población que consultó a otros profesionales de la salud	
	Población Total	Adolescentes	Población Total	Adolescentes
AMBA	42,9	29,5	24,6	34,1
Pampeana	43,9	33,4	23,4	25,9
NOA	40,1	29,4	20,3	32,5
NEA	37,7	31,1	15,4	25,6
Cuyo	40,4	26,4	19,4	21,1
Patagonia	39,2	14,9	25,0	14,9

Nota: Regiones: AMBA (Ciudad de Buenos Aires y partidos del conurbano), Pampeana (Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, La Pampa y resto provincia de Buenos Aires), NOA (Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero), NEA (Corrientes, Chaco, Misiones y Formosa), Cuyo (San Juan, San Luis y Mendoza) Patagonia (Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, y Tierra del Fuego).

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010.

El porcentaje de población que utilizó algún tipo de medicamentos es llamativamente diferente de acuerdo con la región. Nuevamente la región patagónica se diferencia de las demás, en este caso tanto en la población total como en la población adolescente. Cinco de cada diez personas de la población general utilizaron algún tipo de medicación en los treinta días anteriores a la realización de la encuesta mientras que en las otras regiones esta proporción asciende aproximadamente a siete de cada diez. En el caso de la población adolescente se observa que sólo dos de cada diez encuestados de la región Patagonia refirió haber utilizado algún tipo de medicación, contrastando con las otras regiones en las que por lo menos cinco de cada diez adolescentes reportaron haber utilizado medicación (cuadro 4).

Es en la región de Cuyo dónde se observa el mayor porcentaje de utilización de medicamentos en población general y en población adolescente (72% y 68,9% respectivamente), pero es en la región NEA donde se observa la menor diferencia porcentual en el uso de medicación entre el promedio poblacional y la población adolescente (apenas algo menos de dos puntos porcentuales de diferencia). Por otro lado, es en las regiones Patagonia, AMBA y NOA donde se observan las mayores diferencias en uso de medicación entre promedio poblacional y población adolescente (cuadro 4).

Cuadro 4. Argentina. Utilización de servicios de salud según región. Año 2010

Región	Porcentaje de población usuaria de medicamentos		Porcentaje de la población que realizó estudios, tratamientos o tuvo alguna internación	
	Población Total	Adolescentes	Población Total	Adolescentes
AMBA	70,8	49,2	29,6	16,7
Pampeana	69,8	54,6	29,6	11,1
NOA	71,0	50,9	29,4	15,4
NEA	66,3	64,5	26,3	7,8
Cuyo	72,0	68,9	26,3	18,1
Patagonia	52,1	20,7	29,0	9,0

Nota: Regiones: Ver cuadro 3

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010.

Aproximadamente tres de cada diez encuestados de la población general realizó estudios médicos, tratamiento o tuvo algún episodio de internación en todas las regiones, con un porcentaje algo menor en las regiones de Cuyo y NEA (26,3% en ambas). Sin embargo, sí se observan marcadas diferencias en cuanto a porcentaje de población adolescente que utilizó alguno de esos servicios de salud. En las regiones de Cuyo, AMBA y NEA es donde se observan mayores porcentajes de población adolescente que realizó estudios médicos, tratamiento o tuvo alguna internación, mientras que en las otras tres regiones se observan los menores porcentajes de uso de estos servicios así como las mayores diferencias en el comportamiento de esta variable entre el promedio

poblacional y la población adolescente, con una diferencia cercana a los veinte puntos porcentuales (cuadro 4).

Por último, una variable que se incluyó en la ENUGSS 2010 es la autopercepción de salud, que describe cómo los encuestados evalúan su propio estado de salud actual. Varios estudios internacionales han demostrado el importante valor de predicción de esta variable sobre diferentes dimensiones de la salud, incluyendo la mortalidad (Rogers, Hummer y Nam, 2000). El cuadro 5 presenta los porcentajes de encuestados que contestaron que su estado de salud era excelente o muy bueno¹² al momento de la realización de la encuesta según el máximo nivel educativo alcanzado por la madre como proxy de estrato socioeconómico del adolescente. En el análisis de la información presentada debe considerarse que en el caso de los adolescentes menores de quince años quien respondía era la madre, mientras que entre los de mayor edad los que contestaban eran los mismos adolescentes. Esta entendible limitación del instrumento de recolección de datos dificulta el análisis entre grupos etarios pero no influye en el análisis de cada grupo etario por separado en relación con el máximo nivel educativo alcanzado por la madre.

Cuadro 5. Argentina. Porcentajes de adolescentes con estado de salud excelente y muy buena según sexo y máximo nivel educativo alcanzado por la madre. Año 2010

Máximo nivel educativo alcanzado por la madre	Grupo etario y sexo			
	10 a 14 años		15 a 19 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Hasta primario completo	71,4	62,7	69,4	66,5
Secundario incompleto hasta secundario completo	70,2	73,0	61,5	67,9
Terciario o universitario incompleto o completo	85,4	81,4	66,0	94,7

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010.

¹² Las respuestas posibles eran excelente, muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

El cuadro 5 muestra una clara relación directa entre autopercepción positiva de salud y máximo nivel educativo alcanzado por la madre para las mujeres. Esto es, a mayor nivel educativo de las madres de las adolescentes, mayores porcentajes de mujeres adolescentes declaran tener un estado de salud excelente o muy bueno. Entre las adolescentes de mayor edad se registra la diferencia más importante entre quienes tienen madres con nivel secundario y aquellas con madres con educación terciaria o universitaria (cuadro 5).

En el caso de los varones la situación es diferente. En el primer grupo etario parece observarse una tendencia similar a lo encontrado entre las mujeres adolescentes, aunque de una forma más atenuada ya que las categorías “hasta primario completo” y “secundario incompleto, hasta secundario completo” presentan porcentajes muy similares de varones adolescentes con autopercepción de estado de salud excelente y muy bueno, desdibujando la diagonal esperada. Pero en el caso de los varones adolescentes de entre 15 y 19 años esta diagonal se desdibuja completamente.

Conclusiones

A partir de los datos analizados no se encuentra evidencia empírica para sostener que existen diferencias por sexo en las consultas al médico en la población adolescente, por lo que la clásica hipótesis de una mayor concurrencia femenina a los servicios de salud está condicionada por la variable edad.

En relación con el uso de medicamentos, realización de análisis y/o tratamientos e internaciones se observa que la población femenina presenta mayores porcentajes de uso de medicamentos o de estos servicios de salud, tanto en población general como en población adolescente. La población adolescente presenta menores niveles de uso de medicamentos y de estos servicios que el promedio poblacional. Esta última relación estructural también se repite, con menor diferencia, cuando se analizan las variables realización de análisis y/o tratamiento e internación.

Cuando se utiliza condición de afiliación como variable proxy de nivel socioeconómico se observa que el porcentaje de adolescentes que no está afiliado a ninguna obra social o servicio de salud privado, y que por lo tanto pueden atenderse exclusivamente en el subsistema público, es mayor que en el promedio poblacional (40,2% vs. 33,4%, respectivamente).

En todas las regiones, los adolescentes concurren al médico en porcentajes notablemente menores a los de la población general.

Una de las variables analizadas que presenta importantes diferencias regionales es la utilización de algún tipo de medicamentos. Se observa que en la región patagónica porcentajes bastante menores que en las otras regiones, en este caso tanto en la población total como en la población adolescente. En el caso de la población adolescente se observa que sólo dos de cada diez encuestados de la región Patagonia refirió haber utilizado algún tipo de medicación, contrastando con las otras regiones en las que por lo menos cinco de cada diez adolescentes reportaron haber utilizado medicación. Por el otro lado, en la región de Cuyo se observa el mayor porcentaje de utilización de medicamentos en población general y en población adolescente (72% y 68,9% respectivamente), pero es en la región NEA donde se observa la menor diferencia porcentual en el uso de medicación entre el promedio poblacional y la población adolescente (apenas algo menos de dos puntos porcentuales de diferencia). Por otro lado, es en las regiones Patagonia, AMBA y NOA donde se observan las mayores diferencias en uso de medicación entre promedio poblacional y población adolescente.

El análisis de la variable autopercepción de salud muestra una clara relación directa entre autopercepción positiva de salud y máximo nivel educativo alcanzado por la madre para las mujeres. Esto es, a mayor nivel educativo de las madres de las adolescentes, mayores porcentajes de mujeres adolescentes declaran tener un estado de salud excelente o muy bueno. En el caso de los varones la situación es diferente. En el primer grupo etario parece observarse una tendencia similar a lo encontrado entre las mujeres adolescentes, aunque entre los varones adolescentes de entre 15 y 19 años esta relación no se comprueba.

Referencias bibliográficas

De Clercq, B., Abel T., Moor I., Elgar F.J., Lievens J., Sioen I., Braeckman L. y Deforche B. (2016), Social inequality in adolescents' healthy food intake: the interplay between economic, social and cultural capital, en *The European Journal of Public Health*. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw236>. Consultado el 6 de enero de 2017.

DEIS (2000). *Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Dorling, D., Mitchell R., Pearce J. (2007), The global impact of income inequality on health by age: an observational study, en *BMJ* 335: 873.

Elgar, F.J., Pfortner T.K., Moor I., De Clercq B., Stevens G.W. y Currie C. (2015), Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002 - 2010: a time – series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School – aged Children study, en *Lancet*, Feb 3.

Kornblit, A.L., Mendes Diz A.M. y Adaszko D. (2006), *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio de jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país*. Buenos Aires: Documento de Trabajo N° 47, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Rogers, R., Hummer R., Nam C. (2000). *Living and dying in the USA: behavioral, health, and social differentials of adult mortality*. San Diego: Academic Press.

Viner, R. M., Ozer E. M., Denny S., Marmot M., Resnick M., Fatusi A. y Currie C. (2012). Adolescence and the social determinants of health, en *Lancet* 379: 1641-1652.