



# Boletín de género

Análisis de indicadores de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles desde una perspectiva de género

**2020**

Dirección Nacional de Abordaje Integral  
de Enfermedades No Transmisibles



**Ministerio de Salud  
Argentina**

# Autoridades

## **Presidente de la Nación**

Dr. Alberto Ángel Fernández

## **Ministra de Salud de la Nación**

Dra. Carla Vizzotti

## **Secretaria de Acceso a la Salud**

Dra. Sandra Marcela Tirado

## **Subsecretario de Estrategias Sanitarias**

Dr. Juan Manuel Castelli

## **Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles**

Dr. Nicolás Iván Haeberer

---

## **Equipo elaborador**

Mag. Julieta Rodríguez Cámara; Lic. Ana King; Mag. José Carrizo Olalla; Lic. Magdalena Bugge, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

## **Colaboraciones**

Lic. Débora Duffy; Lic. Aldana Casañas; Lic. Eliana Hansen; Lic. Evelyn Gitz; Dra. Gabriela De Roia; Lic. Victoria Ventura, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

## **Revisión**

Lic. Dolores Breit; Lic. Agustín Oliveto, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

## **Revisión Final**

Dra. Bárbara Cortés, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

## **Diseño**

Tec. Facundo Miranda, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

## **Agradecimientos**

Dra. María Graciela Abriata, Ministerio de Salud de la Nación

# Índice

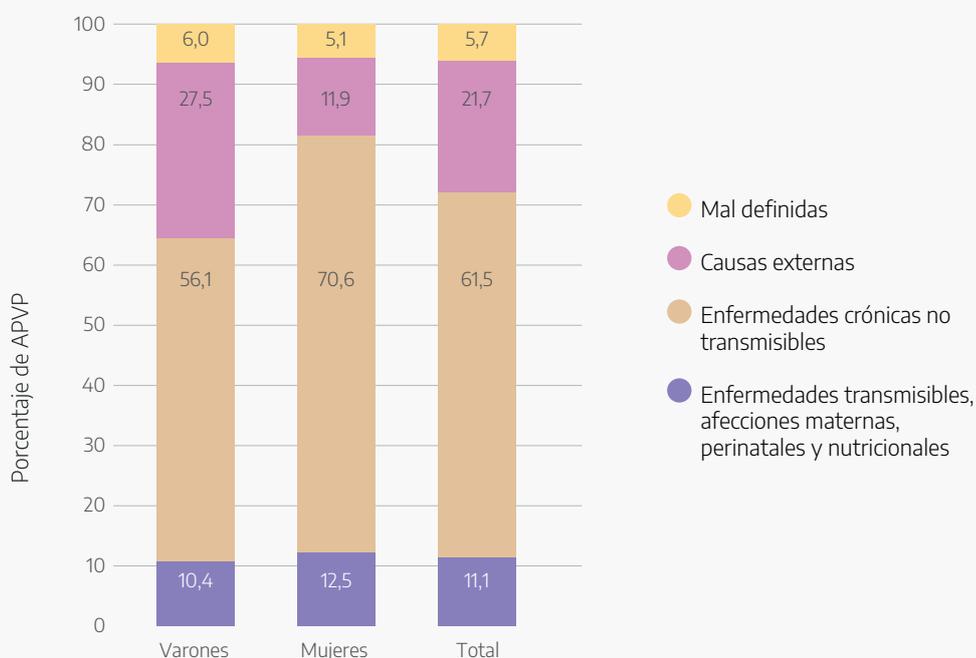
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Roles de género, salud general y calidad de vida</b> .....	8
<b>Factores de riesgo</b> .....	14
Tabaco.....	14
Alcohol.....	18
Alimentación, actividad física y peso corporal.....	22
<b>Consideraciones finales</b> .....	30
<b>Anexo</b> .....	35
Definición de indicadores.....	35
Tablas.....	37

# Introducción

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), representadas principalmente por las enfermedades cardio y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades renales y respiratorias crónicas, están creciendo de forma sostenida en todo el mundo y se han convertido en las últimas décadas en una epidemia global. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ENT causaron 41 millones de muertes en todo el mundo en 2016, lo que equivale al 71% de todas las muertes. Como consecuencia de estas enfermedades, cada año mueren 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad, y más del 85% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos (1).

Si bien afectan a personas de todas las edades, casi la mitad de los casos se producen en las etapas más productivas de la vida. A nivel mundial, en el año 2016, el riesgo de muerte de una persona de 30 años a causa de cualquiera de las cuatro principales ENT antes de alcanzar los 70 años fue del 21,6% para los varones y del 15% para las mujeres (2). En nuestro país, en el año 2019 las ENT fueron responsables del 72,2% de las muertes y del 61,5% de los años de vida perdidos por muerte prematura, acompañando la tendencia mundial (3). Como se puede observar en el Gráfico 1, ese porcentaje fue mayor entre las mujeres.

**Gráfico 1:** Distribución porcentual de años potenciales de vida perdidos en varones, mujeres y ambos sexos según grandes grupos de causas Argentina, 2019 (APVP=2.497.246).



\* Con significancia estadística.

\*\*Se excluyen menores de 1 año.

\*\*\* AVPP tomando como corte 75 años.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas – DNAIENT en base a Estadísticas Vitales de mortalidad 2019 proporcionadas por la DEIS, Ministerio de Salud Argentina, 2021.

Las ENT comparten factores de riesgo (FR) identificables que explican la gran mayoría de las muertes como la hipertensión, la hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en sangre), la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de colesterol en sangre), sobrepeso y obesidad, que a su vez también tienen FR comportamentales modificables que favorecen su desarrollo, tales como la alimentación poco saludable, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y la actividad física insuficiente. En las últimas décadas estos cuatro FR conductuales se han visto favorecidos por la globalización de productos y sus pautas de consumo, la creciente urbanización con entornos que no promueven una vida activa y saludable como así también por el envejecimiento de la población (4) (5).

Las inequidades en salud pueden ser explicadas en gran medida por los determinantes sociales de la salud (6). Las condiciones económicas y sociales en las que las personas viven pueden aumentar o reducir la presencia de los FR. Estas condiciones incluyen las políticas gubernamentales, la planificación y el diseño urbano, y las políticas comerciales, fiscales y de mercado. Otros elementos que también impactan en la exposición y vulnerabilidad a ciertos FR son las etapas de la vida, el género, la etnia y la cultura, entre otros (7).

La carga cada vez mayor de ENT no afecta a todas las personas por igual, sino que golpea más fuertemente a los sectores en situación de mayor vulnerabilidad social y económica, representando un gran desafío para el desarrollo económico de los países ya que constituyen la principal causa de muerte prematura y de discapacidad (8) (9). Si la tendencia ascendente no logra detenerse y revertirse, cada vez habrá mayor incidencia de ENT, mayor mortalidad prematura y costos sanitarios más elevados. Esto repercutirá en mayor medida sobre los grupos más vulnerables, aumentando las inequidades sanitarias ya existentes (7).

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de Acción Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Prevención y el Control de las ENT para 2013-2020 (10). En ese mismo año, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el Plan de Acción Regional para las ENT para 2013-2019 (11). Estos compromisos funcionan como hoja de ruta para reducir la mortalidad prematura causada por las ENT. A su vez, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible en 2015, incluye el objetivo de reducir la mortalidad prematura por ENT en un tercio para 2030 mediante su prevención y tratamiento y busca promover la salud mental y el bienestar. Para lograr esto a largo plazo se requieren acciones sobre otros objetivos de desarrollo sostenible (ODS), incluyendo la lucha contra la pobreza y la desigualdad y el empoderamiento de las mujeres, como así también acciones en múltiples sectores para mejorar las condiciones a lo largo de la vida (12) (13).

El control de las ENT requiere de acciones coordinadas en las principales áreas de la sociedad que influyen en la salud. Para reducir la mortalidad que causan las ENT es necesario implementar políticas multisectoriales que controlen el aumento de los FR (7). La necesidad de comprender la relevancia de estas enfermedades para intervenir oportunamente es una cuestión cada vez más importante en el campo de la salud. Este trabajo profundiza el análisis de los principales indicadores de la 4<sup>o</sup> Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2018) (4) para los FR conductuales como el consumo de alcohol y de tabaco, la dieta no saludable y la actividad física insuficiente (estos dos últimos relacionados con el sobrepeso y la obesidad) y también aquellos relacionados a la salud general y calidad de vida, analizando las diferencias por sexo desde un abordaje con perspectiva de género que pueda dar cuenta de los diversos aspectos que actúan como condicionantes de una vida saludable.

Este tipo de perspectiva busca comprender cómo las normas de género, los roles, las relaciones de poder y las desigualdades afectan los resultados y las respuestas en el ámbito de la salud. El género es un principio de organización de la vida social que afecta el conjunto de las relaciones sociales. Si bien no se trata de una variable dicotómica, suelen identificarse tanto el sexo como el género según dos categorías: mujer/varón o femenino/masculino. Dado que en la ENFR sólo está disponible la información del sexo biológico al nacer, para el presente análisis asumiremos una correspondencia entre mujer y género femenino y varón como género masculino. Sin embargo, sabemos que esta división binaria no da cuenta adecuadamente de las experiencias subjetivas ni de las expresiones e identidades que abarcan los géneros. Cada vez está más generalizada la idea que tanto el género como el sexo son flexibles, cambiantes, fluidos y no binarios, y ello requiere pensar nuevas categorías de análisis (14) (15) (16) (17).

El presente trabajo está dirigido a decisores de salud a nivel nacional, provincial y local, como así también a la población general. Es importante mencionar que los valores porcentuales presentados refieren a la población adulta de 18 años y más de nuestro país, y que, con el fin de facilitar la lectura de los apartados, las definiciones metodológicas de los indicadores y las tablas con los resultados de este nuevo análisis se presentan como anexo del documento.

Para una mayor información sobre la realización de esta encuesta referirse al apartado metodológico en el informe citado.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (2018) Enfermedades No Transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud (2019). World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>
3. Datos elaborados por el Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT) del Ministerio de Salud de la Nación a partir de Datos de mortalidad del año 2019 de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS), (junio 2021).
4. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 4ta. Edición. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2019.
5. Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., Baugh, V., Bekedam, H., Billo, N., Casswell, S., Cecchini, M., Colagiuri, R., Colagiuri, S., Collins, T., Ebrahim, S., Engelgau, M., Galea, G., Gaziano, T., Geneau, R., Haines, A.,... NCD Alliance (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* (London, England), 377(9775), 1438–1447. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60393-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60393-0)
6. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)
7. Organización Panamericana de la Salud (2017) Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2017.
8. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* (London, England), 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
9. Fleischer, N. L., Diez Roux, A. V., Alazraqui, M., & Spinelli, H. (2008). Social patterning of chronic disease risk factors in a Latin American city. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85(6), 923–937. <https://doi.org/10.1007/s11524-008-9319-2>
10. Organización Mundial de la Salud (2013) Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Ginebra: OMS. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)
11. Organización Panamericana de la Salud (2014) Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=30526&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=30526&Itemid=270&lang=es)
12. NCD Countdown 2030 collaborators (2020). NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet* (London, England), 396(10255), 918–934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X)
13. Asamblea General de las Naciones Unidas (2015) Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
14. Lorber, Judith. (2007). Beyond the Binaries: Depolarizing the Categories of Sex, Sexuality, and Gender. *Sociological Inquiry*. 66. 143 - 160. 10.1111/j.1475-682X.1996.tb00214.x.
15. Bottorff, Joan & Oliffe, John & Kelly, Mary. (2012). The Gender(s) in the Room. *Qualitative health research*. 22. 435-40. 10.1177/1049732311430949.
16. Dea, S., & In Martin, R. M. (2016). Beyond the binary: Thinking about sex and gender.
17. Ristvedt SL. The evolution of gender. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71(1):13-14. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3199.

# Roles de género, salud general y calidad de vida

El género es una construcción social asociada al sexo biológico y constituye uno de los factores socioculturales que más influyen en la salud de las personas. El sexo está relacionado con las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a las mujeres y varones. Estas diferencias pueden significar distinta predisposición frente a una enfermedad o distintas respuestas a determinado tratamiento. El género, en cambio, se refiere a un constructo social basado en roles, funciones, comportamientos, responsabilidades, valores y atributos asignados social y culturalmente a mujeres y varones y la relación y distribución de poder entre ambos (1). Mientras que las diferencias de sexo varían mínimamente entre sociedades, los roles y relaciones de género lo hacen significativamente de una sociedad a otra. Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, es por ello que no pueden pensarse como variables independientes entre sí. En todas las sociedades el género interactúa con la biología, aunque los resultados de esa interacción cambian según el contexto (2) (3) (4) (5).

Los roles de género se despliegan en la vida cotidiana de las personas y están íntimamente relacionados con la división sexual del trabajo, la cual se refiere a la distribución diferencial que se hace convencionalmente de capacidades y destrezas, así como a la diferente valoración de las tareas y responsabilidades en la vida social. A pesar de su carácter dinámico, la persistencia de estos roles asignados a unas y otros aún prevalecen en las relaciones familiares, sociales y/o laborales. Históricamente, el rol reproductivo, caracterizado por las tareas domésticas y de cuidado que se desarrollan particularmente en el mundo privado del hogar, ha sido adjudicado a las mujeres. Por otro lado, los varones suelen ser vinculados con el rol productivo, y se les ha adjudicado la responsabilidad principal del trabajo remunerado, propio de la esfera pública (6) (7).

Una de las dimensiones importantes del análisis del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado desde la perspectiva de género corresponde a la construcción social de los roles y estereotipos que establecen comportamientos, actitudes, creencias, y conductas definidas como típicamente femeninas o masculinas que delimitan jerarquías de género. Aunque las definiciones de “feminidad” y “masculinidad” son construcciones históricas que varían a través del tiempo, suele asociarse la adopción de hábitos poco saludables y de actitudes de riesgo a la identidad masculina tradicional dominante y comportamientos que promueven la salud, estilos de vida más saludables y adopción de tareas de cuidado a las mujeres (6) (8).

La socialización de los varones promueve su individualidad y autonomía, el uso de la fuerza física y la dominación, y los incita a evitar manifestaciones de emoción o vulnerabilidad que podrían interpretarse como debilidad. El desarrollo de una identidad masculina heterosexual tradicional significa la adopción y valoración de hábitos no saludables como por ejemplo el mayor consumo de tabaco y alcohol por parte de los varones, la adopción de conductas de riesgo en la conducción de vehículos, mayor participación en hechos violentos, como así también la menor realización de prácticas preventivas o el menor reconocimiento de sus problemas de salud (4) (8) (9) (10) (11).

La masculinidad se define en términos relacionales, como lo no femenino. Las creencias sobre masculinidad y virilidad profundamente arraigadas en la cultura y sustentadas por las instituciones sociales juegan un rol fundamental en la configuración de la valoración positiva de lo riesgoso y el no cuidado tan enraizado en la masculinidad hegemónica, de modo que tienen consecuencias para su salud, a la vez que impactan en la salud de las mujeres (12). La violencia de género es considerada un factor de riesgo (o vulnerabilidad) para la salud de las mujeres. Esta puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y en la mayoría de los casos es ejercida por parte de un varón (13) (14) (15).

En cuanto a las mujeres, se considera que una de las causas de mayor incidencia de enfermedad tiene origen en la división sexual del trabajo dado que produce una sobrecarga a través de la “doble o triple jornada laboral”. Este concepto hace referencia a cuando las mujeres, además de ser mayoritariamente las responsables del funcionamiento doméstico del hogar y de las tareas de cuidado, también participan en el mercado de trabajo (16) (17). El trabajo de cuidar es una responsabilidad social absolutamente generalizada, pero es una actividad que no está visibilizada ni reconocida social ni económicamente (5). Por todo esto, las mujeres cuidadoras experimentan una reducción significativa de su capital económico a lo largo de su vida, siendo quienes se ven más afectadas por la pobreza, impactando en su salud y calidad de vida (10) (19) (20) (21).

Las experiencias de salud de mujeres y varones son distintas. En parte, estas disparidades pueden deberse al impacto de diferencias biológicas, vinculadas al metabolismo, ciclos reproductivos, hormonas sexuales y procesos de envejecimiento. Ahora bien, los factores biológicos no son suficientes para explicar estas diferencias, sino que existen otros determinantes de la salud, como los comportamientos relacionados con la salud o los modos de vida, el entorno físico y social y los servicios de salud, que se expresan de forma diferencial en la salud de mujeres y varones (8) (18) (22). Es necesario analizar la compleja interacción entre los factores biológicos y sociales cuando se intenta comprender y analizar las inequidades en salud entre mujeres y varones (23).

El género constituye una de las variables que puede reflejar diferencias en cuanto a la percepción que tienen las personas de su propia salud, su calidad de vida en general y la relación que tienen con las actividades de la vida cotidiana. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) corresponde a la percepción que tienen las personas de su nivel de bienestar subjetivo, considerando diversos aspectos de su vida, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de salud (24). Se trata de un concepto amplio influenciado por diferentes dimensiones en las que la persona se relaciona con su contexto, de modo que los criterios que cada persona utiliza para calificar su CVRS son construidos biográfica e históricamente (25) (26) (27).

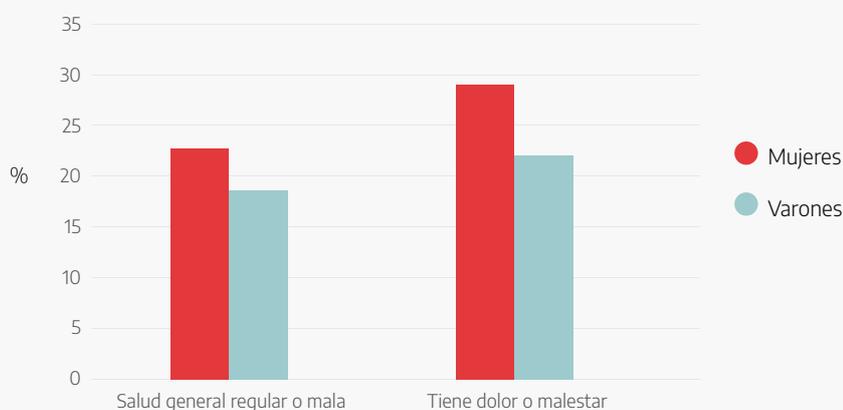
En relación a la autopercepción de salud, según el informe de la ENFR 2018, el 20,9% de la población refirió que su salud general era regular o mala, sin mostrar variaciones con respecto a ENFR 2013 (21,2%) (28) (29). Las mujeres registraron una prevalencia mayor en comparación con los varones, 23,0% y 18,6% respectivamente. Las mismas presentaron valores más altos de salud general regular o mala que los varones en el grupo etario 25 a 34 años, en los niveles educativos medio y alto, en ambas categorías de cobertura de salud y en el segundo quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora (Tabla 1.1).

En cuanto a los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS), se observó un aumento en el porcentaje de personas que refirieron estar ansiosas o

deprimidas respecto de la edición anterior de la encuesta (ENFR 2013: 16,3%; ENFR 2018: 18,4%). El resto de los indicadores se mantuvieron estables con respecto a ediciones anteriores, arrojando los siguientes resultados: tiene dolor o malestar 25,6%; algún problema en la movilidad 12,1%; algún problema en la realización de actividades cotidianas 7,2%; algún problema en el cuidado personal 2,9%. Todos los indicadores de deterioro de CVRS fueron más frecuentes en mujeres, y en personas mayores de 50 años. A su vez, en la gran mayoría de ellos, con alguna excepción en cada caso, se evidenció una mayor prevalencia con significancia estadística de los indicadores de deterioro de CVRS entre aquellas personas con nivel educativo más bajo respecto del nivel educativo más alto y entre aquellas personas con obra social o prepaga respecto de cobertura pública exclusiva (con excepción de “ansiedad o depresión”) como también entre aquellas personas ubicadas en el quintil de ingresos más bajo respecto del más alto.

En este nuevo análisis solo presentamos el indicador “dolor o malestar” cruzando las variables sociodemográficas para cada sexo dado que fue el que presentó mayor porcentaje en comparación con el resto de los indicadores de deterioro de CVRS y permitió esa desagregación. Este indicador mostró que las mujeres obtuvieron valores más altos que los varones en casi todas las categorías de las variables, con excepción del grupo etario de 18 a 24 años y en los quintiles de hogares según ingresos por unidad consumidora 2 y 3 (Tabla 1.2). En el gráfico 2 se puede observar cómo las mujeres presentaron mayor porcentaje de autopercepción de salud regular a mala y de presencia de dolores o malestar.

**Gráfico 2:** Distribución del porcentaje de autopercepción de salud general regular o mala y presencia de dolor o malestar en la población de 18 años y más, según sexo. Argentina, 2018.



\*Con significancia estadística.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas – DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud, Argentina, 2021.

Las investigaciones suelen reflejar que generalmente las mujeres perciben tener peor salud que los varones, más síntomas emocionales o psicológicos y más dolor. Además, existen diferencias entre ambos sexos tanto en la manifestación de problemas de salud como en la utilización de servicios de salud (23) (27). Cierta bibliografía plantea que, en comparación con los varones, las mujeres están más acostumbradas al cuidado de la salud y eso hace que les resulte más sencillo reconocer y explicitar en mayor medida el padecimiento de síntomas físicos o psicológicos y que acuden más a menudo a establecimientos de salud (probablemente vinculado a prácticas preventivas relacionadas con su salud sexual y reproductiva y al cuidado

de otras personas). Por otro lado, la propia construcción de masculinidad inhibe a los varones de manifestar emociones y sentimientos, lo que puede llevar a subestimar dolencias y ser más reticentes a acudir a un centro de salud o incorporar prácticas preventivas (8) (9) (23).

Como mencionamos anteriormente, para entender las inequidades en salud entre mujeres y varones es necesario reconocer las diferencias biológicas, así como su interacción con los factores sociales de género que suponen identidades, roles, responsabilidades y relaciones de poder y que se reflejan en la salud de ambos. La equidad en el ámbito de la salud debe ser entendida como la eliminación de diferencias injustas, innecesarias y evitables entre mujeres y varones en cuanto a sus oportunidades de acceder y mantener la salud y a las probabilidades de enfermar, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles (30).

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization (2003). Gender analysis in health: a review of selected tools. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42600>
2. Phillips S. P. (2005). Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come. *International journal for equity in health*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-4-11>
3. Sen, G., & Ostlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global public health*, 3 Suppl 1, 1-12. <https://doi.org/10.1080/17441690801900795>
4. Borrell, Carme, & Artazcoz, Lucía. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.
5. Esteban, Mari Luz (2006): "El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista" en *Salud Colectiva*, vol 2 numero 1 enero/abril 2006. p. 9-20.
6. Brunet Icart, Ignasi, & Santamaría Velasco, Carlos A.. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 4(1), 61-86. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-11912016000100061&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912016000100061&lng=es&tlng=es)
7. Siles González, José, & Solano Ruiz, Carmen. (2007). Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos: La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 66-73.
8. Etienne, Carissa. (2018). Addressing masculinity and men's health to advance universal health and gender equality. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 42. 1-2. 10.26633/RPSP.2018.196.
9. Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine* (1982), 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
10. Evans, Joan & Frank, Blye & Oliffe, John & Gregory, David. (2011). Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*. 8. 7-15. 10.1016/j.jomh.2010.09.227.
11. Low, W. Y., & Binns, C. (2016). Gender Issues and Public Health. *Asia-Pacific journal of public health*, 28(2), 104-106. <https://doi.org/10.1177/1010539516637705>
12. Williams, David. (2003). The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. *American journal of public health*. 93. 724-31. 10.2105/AJPH.98. Supplement\_1.S150.
13. Tajer Débora, (2004): "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, 2004, p. 27-39
14. García-Moreno, Claudia (2000) *Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud*. Publicación Ocasional 6. Organización Panamericana de la salud.
15. World Health Organization. (2009). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44168>
16. Sánchez, Tasia. (2018). Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 179-192. Recuperado en 04 de diciembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872018000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200013&lng=es&tlng=es)
17. 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.
18. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín M, Peiró R, Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud [The importance of the gender perspective in health interview surveys]. *Gac Sanit*. 2000 Mar-Apr;14(2):146-55. doi: 10.1016/S0213-9111(00)71448-8. PMID: 10804105.

19. García-Calvente, María del Mar, Mateo-Rodríguez, Inmaculada, & Maroto-Navarro, Gracia. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 83-92. Recuperado en 04 de diciembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es&tlng=es)
20. Bianchi, Suzanne & Milkie, Melissa. (2010). Work and Family Research in the First Decade of the Twenty-First Century. *Journal of Marriage and The Family - J MARRIAGE FAM.* 72. 705-725. 10.1111/j.1741-3737.2010.00726.x.
21. Larrañaga, Isabel & Martín, Unai & Bacigalupe, Amaia & Begiristáin, José & Valderrama, María & Arregi, Begoña. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, ISSN 0213-9111, Vol. 22, N<sup>o</sup>. 5, 2008, pags. 443-450. 22. 10.1157/13126925.
22. Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 60 Spec No 2, 40-47. [https://doi.org/10.1093/geronb/60.special\\_issue\\_2.s40](https://doi.org/10.1093/geronb/60.special_issue_2.s40)
23. Sen, Gita; George, Asha y Östlin, Pirooska (2005): Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. *Publicación Ocasional No. 14*, Organización Panamericana de la salud.
24. WHOQOL Group (1995): «The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation». *Social Science & Medicine*, n<sup>o</sup> 10, pp. 1403-1409.
25. López-Rincón, Francisco J, Morales-Jinez, Alejandro, Ugarte-Esquivel, Alicia, Rodríguez-Mejía, Luz E, Hernández-Torres, José L, & Sauza-Niño, Lluvia C. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*, 18(54), 410-425. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
26. Tudela L. L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud [Health-related quality of life]. *Atencion primaria*, 41(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019>
27. Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic medicine*, 62(3), 354-364. <https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00009>
28. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 4ta. Edición. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2019.
29. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 3era. Edición. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. . Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
30. Gómez E. (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panam Salud Pública*. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/es>

# Factores de riesgo

## → Tabaco

El consumo de tabaco es actualmente un problema de salud pública mundial, con una proyección de más de 8 millones de muertes anuales y de 400 millones de muertes por enfermedades relacionadas con el tabaco para el período 2010-2050 en todo el mundo (1). En la Argentina, cada año mueren más de 44.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo cual representa aproximadamente el 13% de las defunciones (2).

Existe evidencia considerable que el cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son más prevalentes entre personas fumadoras que entre no fumadoras y que el tabaquismo es causante de otros tipos de cánceres y enfermedades crónicas (3) (4) (5). Además, la evidencia científica refleja que la toxicidad del tabaco afecta de manera similar a mujeres y varones y que los efectos nocivos son casi similares en fumadoras/es pasivas/os (6) (7) (8). Actualmente, en el mundo hay más de mil millones de personas adultas (mayores de 15 años) fumadoras, una cifra que se espera aumente a 1.9 mil millones para 2025 (9) (10).

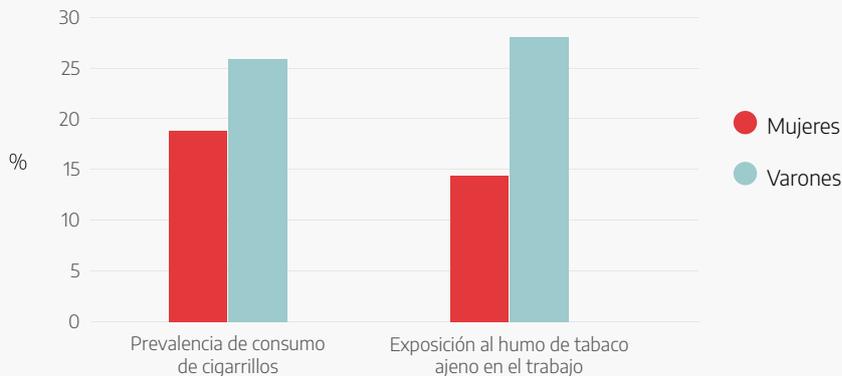
Según el Informe de la OMS sobre las tendencias en la prevalencia de tabaquismo 2000-2025, la prevalencia global estimada de consumo de tabaco en 2010 fue de 22,1% total, 36,6% para varones y 7,5% para mujeres (11). Este indicador disminuyó en ambos sexos, del 27% en 2000 al 20% en 2016. A nivel mundial, alrededor del 80% de las personas fumadoras viven en países de ingresos bajos y medios (11), y estos países experimentan descensos más lentos que aquellos de ingresos altos (12).

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para cáncer de pulmón. En Argentina, la tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAE) para esta neoplasia en varones fue de 23,6 por 100.000 habitantes en 2017 y en mujeres de 9,5 por 100.000 hab. Al analizar la tendencia de estas tasas desde el año 1980, en los varones ha disminuido en forma sostenida, siendo estadísticamente significativa hasta 2011 y, continuó en descenso, aunque en forma menos marcada, a un ritmo de -1.7% anual durante el período 2014-2017. Por el contrario, en las mujeres la mortalidad registró un ascenso significativo hasta 2015 para luego descender anualmente 2,1% (no significativo) hasta 2017 (13).

Aunque la tendencia del consumo de tabaco se observa descendente en jóvenes y personas adultas, la prevalencia y la mortalidad siguen siendo altas en comparación a otros países de la región. Es por esto que es fundamental profundizar los análisis para poder incidir en los hábitos de la población.

El consumo de tabaco está asociado a una actividad predominantemente masculina, dada la mayor prevalencia de fumadores varones en el mundo. En nuestro país podemos afirmar que esto es así para la población de 18 a 49 años, ya que a partir de los 50 años no hay diferencias por sexo. Aun así, según los resultados de la 4°ENFR, la prevalencia de consumo de cigarrillos en población de 18 años y más fue del 22%, mostrando que continúa su tendencia descendente desde la ENFR 2005. Desde entonces se evidencia un 25% de reducción relativa y se mantiene el mayor consumo de cigarrillos en varones (26,1% vs. 18,6% en mujeres) (Gráfico 3) (2) (14).

**Gráfico 3:** Prevalencia de consumo de cigarrillos y exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días en la población de 18 años y más según sexo. Argentina, 2018.



\*Con significancia estadística.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas – DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud, Argentina, 2021.

En cuanto a los resultados de la 4° ENFR según edad, la prevalencia fue menor en los dos extremos etarios (menores de 25 años y 65 años y más) con valores similares en los grupos intermedios. Esta prevalencia también fue mayor entre quienes refirieron un nivel educativo hasta secundario incompleto y entre quienes tenían cobertura de salud sólo pública. Finalmente, respecto del nivel de ingresos, la población del 1° quintil registró una prevalencia significativamente más alta respecto de la población del 5° quintil. Ahora bien, observamos este indicador para cada sexo que a partir de los 50 años no hubo diferencias entre el consumo de mujeres y varones. Tampoco la hubo entre quienes manifestaron haber alcanzado un menor nivel educativo (hasta primario incompleto) ni entre quienes se ubican en el quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora más alto (quintil 5) (Tabla 2.1).

En cuanto al análisis de exposición al humo de tabaco ajeno por sexo, en el informe de resultados de la 4° ENFR se mostró que sólo hubo diferencias significativas en el lugar de trabajo (Gráfico 3), no así en el hogar ni en bares y restaurantes. Al cruzar todas las variables sociodemográficas para el indicador “exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo” observamos que los varones registran mayores porcentajes que las mujeres en todas las categorías de las variables. La brecha entre ambos sexos es menor en aquellas personas mayores de 50 años, en aquellas con mayor nivel educativo alcanzado (secundario completo o más) y aquellas que refirieron tener obra social o prepaga. También en cuanto al análisis por ingresos se registró una menor diferencia entre varones y mujeres en el quintil más alto, de 7 puntos porcentuales (Tabla 2.2).

Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) en sus tres ediciones 2007, 2012 y 2018, entre estudiantes de 13 a 15 años se registró un mayor consumo de tabaco en mujeres respecto de los varones aunque esa diferencia desaparece en los jóvenes de 16 y 17 años, donde no se observan diferencias según sexo. Asimismo, se observa un descenso constante del consumo de cualquier producto de tabaco en adolescentes de 13 a 15 años: 22%, 21% y 16% respectivamente (15).

Una posible explicación de la equiparación del consumo entre mujeres y varones se vincula a las estrategias de marketing de las empresas tabacaleras dirigidas a mujeres jóvenes, donde la publicidad dirigida específicamente a niñas y mujeres asocia el consumo de tabaco con la liberación, la independencia, la imagen corporal hegemónica, la moda, o el atractivo sexual (9) (16) (17). En la actualidad, la venta de productos de tabaco a mujeres y niñas representa una

gran oportunidad de ampliar el mercado. En este sentido, se estima que, mientras el 12% de la población global femenina fuma actualmente, la cantidad aumente al 20% para el 2025 (18).

El consumo de tabaco es influenciado por una compleja interacción de factores que van variando en diferentes etapas del ciclo de vida de las personas (19). Entre aquellos vinculados al entorno se destacan los factores socioculturales como la contención familiar y la influencia de los pares, como así también la publicidad y el marketing. Por otro lado, entre los factores individuales destacan la desinformación de los riesgos del tabaco, imagen personal, autoestima, ansiedad, estrés y control del peso (18). Diversos estudios destacan que suele asociarse el consumo en varones con el estereotipo de género que los vincula a conductas de riesgo y poco cuidado de la salud y relacionan el tabaquismo en mujeres con la reducción de estrés y la preocupación por el peso corporal (7) (18).

Por otro lado, a pesar de que las mujeres fuman menos que los varones, suele ser común que las mismas encuentren mayores obstáculos para dejar de fumar y mantener la abstinencia. Posiblemente los motivos tengan que ver con una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, como puede ser una menor accesibilidad al tratamiento para dejar de fumar (20) (7). Dado que las mujeres enfrentan barreras adicionales para dejar de fumar, resulta necesario que los programas de cesación tabáquica incorporen la perspectiva de género para lograr mayor accesibilidad.

Incorporar la perspectiva de género en todos los análisis contribuirá a una mejor comprensión de las tendencias epidemiológicas de toda la población que aún no se incluye en las mismas. Las tendencias diferenciadas entre mujeres y varones reflejan la necesidad de contar con vigilancia desagregada por sexo y género. Esto ha sido destacado en 2005 en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que incluye la perspectiva de género en su implementación (21).

El modelo teórico desarrollado por López et al., describe las distintas etapas que atraviesa una sociedad con relación al consumo de tabaco (22) en varones y mujeres. Este modelo fue elaborado como una herramienta descriptiva para países desarrollados de Occidente, razón por la cual podría no ser del todo aplicable a los países de América Latina. Sin embargo, pueden establecerse ciertas concordancias (8). En la primera etapa, el consumo es bajo para mujeres y varones. En la segunda, aumenta pronunciadamente el consumo entre los varones, mientras que las mujeres comienzan gradualmente a fumar. En la tercera etapa, el consumo entre varones alcanza su punto máximo y comienza a declinar, y el consumo femenino también disminuye, pero a un ritmo mucho más lento. En la cuarta y última etapa, la prevalencia de consumo, tanto de mujeres como de varones, disminuye pero la mortalidad asociada al tabaco entre mujeres aumenta, debido a su inicio en el consumo de tabaco más tardío respecto de los varones. Estas 4 etapas diferencian las tasas de consumo entre mujeres y varones, reflejando que generalmente las mujeres comienzan a consumir tabaco después que los varones y que las tasas de consumo entre varones disminuyen primero.

Las diferencias de género incidieron en una distinta cronología en el consumo y generaron que las enfermedades producidas por el tabaco hasta no hace mucho tiempo hayan sido consideradas mayoritariamente como un problema de salud masculina, desestimando los efectos nocivos sobre la salud de las mujeres (23). En la actualidad, la mayoría de las investigaciones acerca de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco entre mujeres proviene de estudios en países desarrollados, donde éstas comenzaron a fumar cigarrillos hace décadas y ha habido tiempo suficiente para monitorear las consecuencias (18), por lo que resulta esencial la producción de investigación local sobre las consecuencias del tabaquismo en mujeres.

Profundizar la investigación sobre tabaco desde una perspectiva de género permitirá diseñar políticas que consideren las particularidades de la población en su diversidad, sin dejar de prestar atención a quienes presentan una mayor prevalencia de consumo.

## Referencias bibliográficas

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* (London, England), 392(10159), 1923–1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
2. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 4ta. Edición. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2019.
3. Ernster, V., Kaufman, N., Nichter, M., Samet, J., & Yoon, S. Y. (2000). Women and tobacco: moving from policy to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7), 891–901.
4. Bloch M en J.M. Samet, & S.Y. Yoon (Eds.). (2001). *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st century*. Geneva: World Health Organization.
5. Palloni, A., Novak, B., & Pinto-Aguirre, G. (2015). The enduring effects of smoking in Latin America. *American journal of public health*, 105(6), 1246–1253. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302420>
6. Bolego, C., Poli, A., & Paoletti, R. (2002). Smoking and gender. *Cardiovascular research*, 53(3), 568–576. [https://doi.org/10.1016/S0008-6363\(01\)00520-X](https://doi.org/10.1016/S0008-6363(01)00520-X)
7. Nerín de la Puerta, I. y Jané Checa M. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
8. Champagne, B. M., Sebríe, E. M., Schargrotsky, H., Pramparo, P., Boissonnet, C., & Wilson, E. (2010). Tobacco smoking in seven Latin American cities: the CARMELA study. *Tobacco control*, 19(6), 457–462. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.031666>
9. Greaves, L., & Tungohan, E. (2007). Engendering tobacco control: using an international public health treaty to reduce smoking and empower women. *Tobacco control*, 16(3), 148–150. <https://doi.org/10.1136/tc.2006.016337>
10. Guindon, G. & Boisclair, David. (2003). *Past, Current and Future Trends in Tobacco Use*. Center for Tobacco Control Research and Education, UC San Francisco, University of California at San Francisco, Center for Tobacco Control Research and Education.
11. OMS (2018) WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272694>
12. OMS (2018) *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: WHO.
13. Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
14. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 3ª Edición. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.
15. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2012.
16. Kaufman, N., & Nichter, M. (2010). The Marketing of Tobacco to Women: Global Perspectives. In J. Samet, & S. Y. Yoon (Eds.), *Gender, Women and the Tobacco Epidemic*. World Health Organization.
17. WHO (2007) *Sifting the evidence: gender and tobacco control*. Department of Gender, Women and Health (GWH): Tobacco Free Initiative (TFI); Canada: IDRC/CRDI.
18. Samet, Jonathan M, Yoon, Soon-Young & WHO Tobacco Free Initiative. (2001). *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century* / edited by Jonathan M. Samet, Soon-Young Yoon. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66799>
19. Oh, D. L., Heck, J. E., Dresler, C., Allwright, S., Haglund, M., Del Mazo, S. S., Kralikova, E., Stucker, I., Tamang, E., Gritz, E. R., & Hashibe, M. (2010). Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 10, 74. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-74>
20. Mackay, J., & Amos, A. (2003). Women and tobacco. *Respirology* (Carlton, Vic.), 8(2), 123–130. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1843.2003.00464.x>
21. WHO (2003) *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Geneva: World Health Organization.
22. Lopez, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3(3), 242–247.
23. Nerín, I. (2006). El fumador pasivo, ¿mito o realidad? *Archivos de Bronconeumología*, 42, 25–31. doi:10.1157/13097278.

## → Alcohol

El consumo nocivo del alcohol es uno de los principales FR prevenibles de ENT, además que se vincula a una serie de trastornos mentales y comportamentales. Más allá de las consecuencias sanitarias, el uso nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto (1).

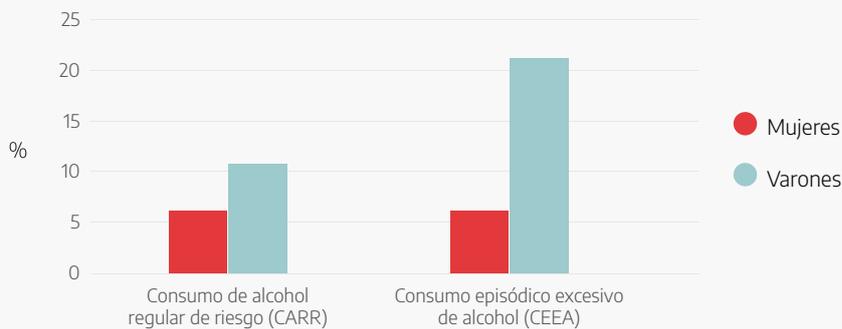
En 2016, el uso nocivo de alcohol provocó alrededor de 3 millones de muertes (el 5,3% de todas las muertes) en todo el mundo y 132,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es decir, 5,1% de todos los AVAD de ese año. Se estima que 2,3 millones de muertes y 106,5 millones de AVAD en los varones son atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas, mientras que las mujeres presentaron 0,7 millones de muertes y 26,1 millones de AVAD atribuibles al consumo de alcohol. De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28,7% se debieron a lesiones causadas por siniestros viales, autolesiones y violencia interpersonal; el 21,3% a trastornos digestivos, el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cáncer, trastornos mentales y otras afecciones (2).

Argentina y Uruguay lideran el ranking del total de alcohol consumido en la región. En nuestro país se registran datos de consumo de 9,8 litros de alcohol puro per cápita, para un promedio regional de 8 litros y con proyecciones en aumento para el año 2025 (2). Según el Informe de la OPS sobre la situación regional en relación al alcohol y la salud en las Américas de 2015, el porcentaje de varones que consume al menos cuatro o cinco bebidas alcohólicas al mes pasó del 17,9% al 29,4% entre 2005 y 2010, y aumentó del 4,6% al 13% entre las mujeres en el mismo período (3).

Beber alcohol está fuertemente condicionado por los roles y estereotipos de género. Existen diferencias entre varones y mujeres con relación a cuánto y cómo beben, al tipo y grado de las bebidas consumidas, y a las consecuencias sociales y de salud resultantes (4) (5). Los modelos tradicionales de género han ido definiendo su aceptabilidad social y los comportamientos adecuados o inadecuados para cada género, funcionando como freno para el consumo entre las mujeres y como un impulsor para el consumo entre varones, al considerarse el beber alcohol como un comportamiento típicamente masculino (6) (7). El consumo de alcohol entre los varones se considera aceptable o normativo porque afirma la masculinidad hegemónica y aumenta los lazos y la solidaridad entre ellos, y a su vez, beber se vincula con otros comportamientos asociados a la masculinidad, como las conductas de riesgo o la violencia (8) (9). En diferentes entornos y culturas, la investigación ha reflejado consistentemente diferencias de género en las tasas de consumo de alcohol, mostrando que los varones beben con mayor frecuencia y en mayores cantidades que las mujeres (6) (10) (11) (12).

Según los resultados de la 4<sup>o</sup> ENFR, el consumo de alcohol regular de riesgo (CARR), definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en varones en los últimos 30 días, se mantuvo estable con respecto a la edición anterior del 2013 (8,4% y 7,8% respectivamente), mientras que el consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA), definido como el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días, registró un aumento (13,3% y 10,4% respectivamente). En ambos indicadores los porcentajes de consumo fueron más altos entre los varones (Gráfico 4), en personas de 18 a 34 años, y en el caso del CARR también entre las personas de 65 años y más. A su vez para el CEEA se observó un mayor porcentaje entre aquellas personas con cobertura de salud sólo pública y menor nivel educativo (13).

**Gráfico 4:** Prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo y consumo de alcohol episódico excesivo de la población de 18 años y más según sexo. Argentina, 2018.



\*Con significancia estadística.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas en base a datos de la ENFR 2018. DNAIENT, Ministerio de Salud. Argentina, 2021.

Ahora bien, al cruzar las variables sociodemográficas de estos indicadores (edad, nivel de instrucción, tipo de cobertura de salud y quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora) para cada sexo, observamos que en el caso del CEEA, la diferencia por sexo se mantuvo para todas las categorías de las variables, siendo los varones quienes registran mayores valores porcentuales que las mujeres (Tabla 3.1). Para el CARR, a diferencia del indicador anterior, observamos que en el grupo de edad de 18 a 24 años y en los primeros tres quintiles de hogares según ingreso por unidad consumidora, no hubo diferencias según sexo. Para el resto de las categorías los varones obtuvieron valores porcentuales más elevados que las mujeres (Tabla 3.2).

Según el Informe de la OPS previamente mencionado, el consumo de alcohol de los varones y de las mujeres históricamente ha reflejado los roles de género tradicionales en la sociedad, y si bien estas normas están cambiando, todavía los varones beben más que las mujeres y en mayores cantidades. También destaca que la embriaguez y la violencia asociada están más aceptadas y normalizadas entre los varones. Asimismo, el informe remarca que las mujeres padecen mayor estigmatización en cuanto a problemas relacionados con el consumo de alcohol, lo que dificulta su acceso a servicios de atención (3).

Si bien en nuestro país los varones registran mayor frecuencia en los indicadores de alcohol cuando se analiza sexo y edad para el CARR, las mujeres equiparan el consumo de alcohol al de los varones en el grupo de 18 a 24 años. Este patrón también lo podemos observar actualmente en la adolescencia. De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Escolar de 2018 realizada a estudiantes de 13 a 17 años, el 50,3% de las adolescentes mujeres refirieron haber consumido alcohol durante los últimos 30 días frente al 44,9% de los adolescentes varones (14).

El género no es una cuestión estática, su carácter dinámico y cambiante y las transformaciones en los sistemas normativos de género de las últimas décadas marcan un cambio en las concepciones de feminidad y masculinidad. Algunas investigaciones plantean que a medida que las diferencias entre los roles de género disminuyen, se espera que el comportamiento relativo al consumo de alcohol entre mujeres y varones tienda a converger (15). Justamente, esta equiparación en el consumo entre mujeres y varones jóvenes ha sido considerada por algunas mujeres como una manera de romper los estereotipos tradicionales de género (16). Sin embargo, a pesar de que en las últimas décadas el consumo entre las jóvenes aumentó, no existe una convergencia de patrones de consumo de alcohol entre personas adultas (17) (18).

Los resultados del estudio multinacional sobre género, alcohol y cultura (GENACIS), reflejan que la brecha entre géneros en el consumo de alcohol depende del nivel de modernización del país y de la posición de las mujeres en la sociedad (10). Generalmente, aquellos países donde los roles de género están más claramente divididos, también lo están los patrones de consumo de alcohol de mujeres y varones. Las mujeres en los países de altos ingresos registran mayor consumo que aquellas de los países de ingresos bajos (19). En este sentido, las tasas de consumo de alcohol de mujeres y varones se correlacionan negativamente con la posición de la mujer en la sociedad. Cuanto más alto sea el estatus de las mujeres en la sociedad, menor es la diferencia entre las tasas de consumo de alcohol entre mujeres y varones (10).

Resulta difícil encontrar una explicación acabada acerca de por qué las jóvenes pasan de consumir grandes cantidades de alcohol, incluso a veces más que los varones, a disminuir drásticamente ese consumo conforme avanza su edad. Una explicación plausible es aquella que plantea que la adopción de roles de género tradicionales está relacionada con menor frecuencia de consumo de alcohol tanto para mujeres como para varones. El ingreso al mundo laboral aumenta la frecuencia y la cantidad de consumo, pero en menor medida para las mujeres en comparación con los varones. Asimismo, el matrimonio y las tareas de cuidado están relacionadas con menor consumo de alcohol en el caso de las mujeres (18).

Persisten todavía muchos interrogantes en torno a la relación entre género y consumo de alcohol. Comprender cómo los roles y estereotipos de género se relacionan con el consumo de alcohol de mujeres y varones resulta esencial para reducir los efectos negativos que tales estereotipos pueden tener sobre la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con este consumo.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (2018). Alcohol. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Organización Mundial de la Salud (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
3. Organización Panamericana de la Salud (2015). Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7708>
4. OMS (2005). Alcohol, gender and drinking problems in low and middle income countries. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43299>
5. Monteiro, Maristela. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario?. *Adicciones*. 25. 99. 10.20882/adicciones.56.
6. Lyons, Antonia & Willott, Sara. (2008). Alcohol Consumption, Gender Identities and Women's Changing Social Positions. *Sex Roles*. 59. 694-712. 10.1007/s11199-008-9475-6.
7. Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(9), 1487-1500. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x>
8. Peralta, R. L. (2007). College alcohol use and the embodiment of hegemonic masculinity among European American men. *Sex Roles: A Journal of Research*, 56(11-12), 741-756. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9233-1>
9. Hunt, G., & Antin, T. (2019). Gender and Intoxication: From Masculinity to Intersectionality. *Drugs (Abingdon, England)*, 26(1), 70-78. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1349733>
10. Rahav, G., Wilsnack, R., Bloomfield, K., Gmel, G., & Kuntsche, S. (2006). The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. Supplement, 41(1), i47-i55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17030503/>
11. Bloomfield, K., Gmel, G., & Wilsnack, S. (2006). Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. Supplement, 41(1), i3-i7. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl070>
12. Peralta, Robert & Jauk, Daniela. (2011). A Brief Feminist Review and Critique of the Sociology of Alcohol-Use and Substance-Abuse Treatment Approaches. *Sociology Compass*. 5. 10.1111/j.1751-9020.2011.00414.x.
13. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 4º Edición. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2019.
14. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Ministerio de Salud. Argentina, 2018.
15. Wilsnack, R.W., Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C. and Harris, T.R. (2000), Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95: 251-265. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95225112.x
16. Avilés, Nuria & Marcos Marcos, Jorge & Garcia, Eugenia & Marquina-Márquez, Alfonso & Tarragona-Camacho, Alicia. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*. 40.13-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5015111>
17. Holloway, S. L., Valentine, G., & Jayne, M. (2009). Masculinities, femininities and the geographies of public and private drinking landscapes. *Geoforum*, 40(5), 821-831. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2009.06.002>
18. Christie-Mizell, C. A., & Peralta, R. L. (2009). The gender gap in alcohol consumption during late adolescence and young adulthood: gendered attitudes and adult roles. *Journal of health and social behavior*, 50(4), 410-426. <https://doi.org/10.1177/002214650905000403>
19. Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet (London, England)*, 373(9682), 2223-2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)

## → Alimentación, actividad física y peso corporal

La malnutrición es un factor de riesgo clave en la incidencia de ENT. A nivel mundial, casi una de cada tres personas tiene al menos una forma de malnutrición (exceso de peso o desnutrición) y se estima que aumente a una de cada dos personas para 2025 (1) (2). En la actualidad la obesidad se está convirtiendo en la modalidad de malnutrición más frecuente, presentando una tendencia acelerada de crecimiento ya que se ha casi triplicado desde 1975 (3). Según estimaciones de la OMS, en 2016 más de 1900 millones de personas adultas tenían sobrepeso (39% de varones y 40% de mujeres), de las cuales más de 650 millones eran obesas (11% de varones y 15% de mujeres). Además, alrededor de 41 millones de niños/as menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad (3).

En América Latina la proporción de personas adultas con sobrepeso y obesidad aumentó significativamente en las últimas décadas y las causas de este fenómeno son múltiples, como el cambio en los patrones alimentarios, con un aumento de la disponibilidad de productos ultraprocesados (con altos contenidos de azúcar, grasa y sal), sumado a estilos de vida más sedentarios. Tanto la mala alimentación, como la obesidad y la inactividad física están causando altos niveles de diabetes, hipertensión y otras ENT (4) (5) (6) (7).

En las últimas décadas, se ha producido una transformación radical en los sistemas alimentarios, desde un sistema “tradicional” hacia un sistema “moderno”. No se trata de un simple cambio alimentario, sino de un proceso multifactorial de cambios económicos, demográficos, ambientales y culturales que afectan negativamente tanto a la ingesta de alimentos como al gasto energético. A medida que surge la transición nutricional, las dietas tienden a incluir mayores cantidades de grasas, azúcar y carbohidratos refinados, y los estilos de vida se vuelven cada vez más sedentarios (8). Un aspecto importante en estos procesos de transformación es que buena parte de las funciones de producción, conservación y preparación de los alimentos se traslada del ámbito doméstico al industrial, modificando así la disponibilidad, el acceso, y la forma en que se consumen los alimentos (9). Esta transición nutricional, que aumentó los niveles de sobrepeso y obesidad, además de la incorporación creciente de tecnología, redujo significativamente la actividad física en la vida diaria de las personas (6).

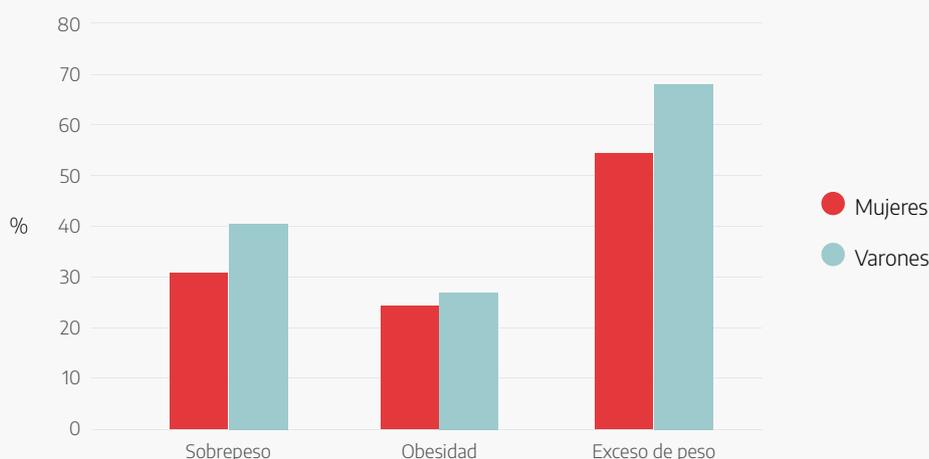
El género ha sido reconocido como un factor importante que influye en los hábitos de vida y, en consecuencia, en la aparición y desarrollo de ENT. Los hábitos alimentarios y la actividad física están fuertemente influenciados por comportamientos asociados al género que promueven diferentes patrones de estilos de vida saludables o no saludables entre mujeres y varones (10).

En Argentina, la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo de los años muestra una tendencia claramente ascendente en todos los grupos etarios y sociales, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad (11) (12) (13) (14) (15). Según los datos publicados en la ENFR 2018, la prevalencia de sobrepeso por autorreporte en nuestro país fue de 36,3%, manteniéndose constante con respecto a las tres ediciones previas de la encuesta, y 33,7% según mediciones antropométricas, siendo mayor en varones que en mujeres. En cuanto a la obesidad, se registró una prevalencia autorreportada de 25,3%, resultando un incremento relativo del 21,6% respecto de la ENFR 2013 (20,8%), para ambos sexos. Mientras que la prevalencia por mediciones antropométricas superó a la primera por siete puntos porcentuales con un valor de 32,4% (16).

Analizando estos indicadores de peso corporal según variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, tipo de cobertura de salud, quintil de hogares según ingresos

por unidad consumidora) y sexo, podemos observar algunas diferencias. Para el sobrepeso, vemos que entre lo autorreportado y lo medido, se mantiene en general el mismo patrón según sexo: mayores porcentajes en varones en casi todas las categorías (Gráficos 5 a y b), excepto en el grupo etario de 18 a 24 años y en los quintiles más bajos, en los que no hubo diferencias por sexo. Asimismo, entre quienes alcanzaron un menor nivel de instrucción, las mujeres registraron mayor prevalencia de sobrepeso que los varones.

**Gráfico 5a:** Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad por autorreporte en la población de 18 años y más según sexo. Argentina, 2018.

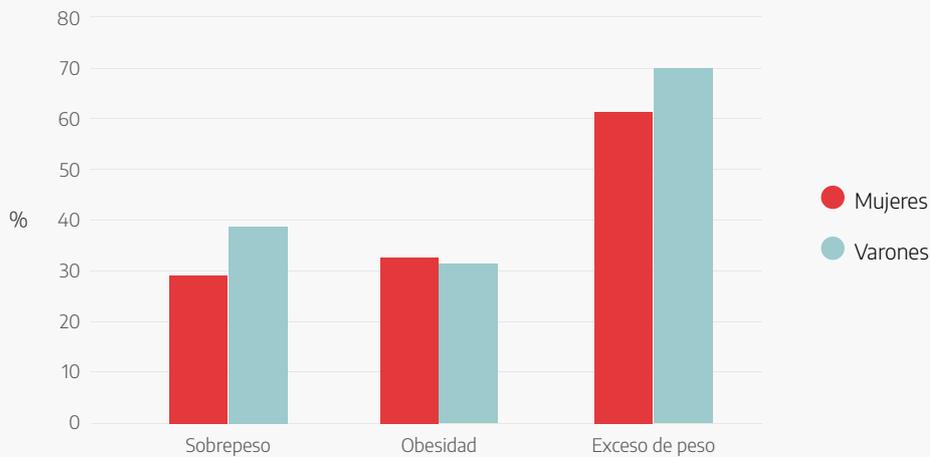


\*Con significancia estadística.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas en base a datos de la ENFR 2018. DNAIENT, Ministerio de Salud. Argentina, 2021.

En cuanto a la prevalencia de obesidad, no se observaron diferencias por sexo, tanto para el indicador por autorreporte, como para el obtenido por mediciones antropométricas (Gráficos 5 a y b). Al cruzar por el resto de las variables sociodemográficas, notamos que por autorreporte no se registraron mayores diferencias por sexo, con excepción en las categorías de personas entre 35 a 49 años, nivel educativo alcanzado más alto y quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora más alto, donde los varones obtuvieron porcentajes mayores que las mujeres. En cambio en la obesidad registrada según mediciones, las mujeres superan ampliamente a los varones en el grupo etario de 18 a 24 años (por siete puntos porcentuales) y entre quienes tienen menor nivel de instrucción (por 18 puntos porcentuales), igualando también a los varones en el rango de edad de 35 a 49 años, grupo en el que los varones por autorreporte registraron una mayor magnitud del problema. (Tablas 4.1 y 4.2).

**Gráfico 5b:** Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad según mediciones antropométricas en la población de 18 años y más según sexo. Argentina, 2018.



\*Con significancia estadística.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas en base a datos de la ENFR 2018. DNAIENT, Ministerio de Salud. Argentina, 2021.

Los hábitos alimentarios se basan en factores psicológicos y socioculturales, existiendo diferencias específicas de género relacionadas con la alimentación (17). Este se trata de un fenómeno complejo que involucra procesos fisiológicos, pero también prácticas, saberes y representaciones que estructuran lo que es considerado “comida” en un lugar y un tiempo determinado. Cada sociedad condiciona cómo se obtienen, conservan y preparan los alimentos, qué alimentos pueden comerse, cómo, cuándo, con quién y quiénes pueden hacerlo (18) (19). En este sentido, la elección de los alimentos también está sesgada por el género. El tipo y la cantidad de alimentos consumidos pueden variar según la percepción que uno tenga del tamaño corporal, las preocupaciones sobre su propio peso o, simplemente, la conciencia sobre la salud (10). Usualmente, los varones prefieren una dieta tradicional rica en grasas y carne, comen menos frutas y verduras, eligen menos alimentos ricos en fibra y/o bajos en grasa y consumen más cantidad de bebidas azucaradas, mientras que las mujeres eligen con mayor frecuencia alimentos más saludables y una dieta baja en calorías (17) (20).

Según los datos de la ENFR 2018, persiste el bajo consumo de frutas y verduras, con un promedio diario de 2 porciones, que fue apenas mayor en mujeres (2,1) que en varones (1,9). Solo el 6% de la población refirió haber comido 5 o más porciones, que es lo recomendado por la OMS, sin presentar diferencias según sexo, aunque en este nuevo análisis observamos que las mujeres de los dos quintiles más altos de hogares según ingresos por unidad consumidora consumen más frutas y verduras que los varones (Tablas 6.1 y 6.2).

En cuanto a las barreras de consumo de frutas y verduras, las mujeres indicaron en mayor medida factores económicos (les resultan caras) mientras que los varones indicaron en mayor medida factores individuales (falta de tiempo para comprar y preparar; falta de apoyo del entorno; no le gustan;

preferencia por otro tipo de comidas; dificultad por los hábitos y exigencias de la vida diaria; falta de voluntad), sin registrarse diferencias en el resto de las barreras (16). En este nuevo análisis notamos que, para los factores individuales, si bien fue más prevalente en varones, no se observaron diferencias por sexo entre los extremos de edad (18 a 24 años y 65 años y más) ni entre las personas que se encuentran en el segundo quintil de hogares por ingreso de unidad consumidora. Algo similar en cuanto a la edad ocurre con la barrera de factores individuales, ya que, si bien en la mayoría de las variables los mayores porcentajes lo registraron las mujeres, no hubo diferencias por sexo entre los más jóvenes (18 a 24) ni entre los mayores de 50 años. A su vez, con relación al quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora observamos que sólo hubo un porcentaje a favor de las mujeres en el primer quintil, sin registrar diferencias por sexo en el resto de los quintiles (Tabla 6.3).

El factor socioeconómico tiene una incidencia muy relevante en la alimentación de las personas. Factores como la disponibilidad, acceso y uso de los alimentos inciden en la predisposición a padecer sobrepeso u obesidad. El precio de los alimentos es un factor clave a la hora de elegir alimentos, perjudicando particularmente a las personas de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y, dada la desigualdad de ingresos existente, es probable que el impacto sea aún mayor entre las mujeres (21).

Otro factor que podría contribuir a las diferencias de género en la alimentación es la cuestión cultural asociada a los ideales de belleza. Las mujeres padecen más la presión social sobre la imagen corporal, lo que hace que tiendan a hacer dieta e intentar controlar su peso corporal debido a una cuestión estética con más frecuencia que los varones. A la vez, suelen verse afectadas en mayor medida por trastornos alimentarios (10) (22).

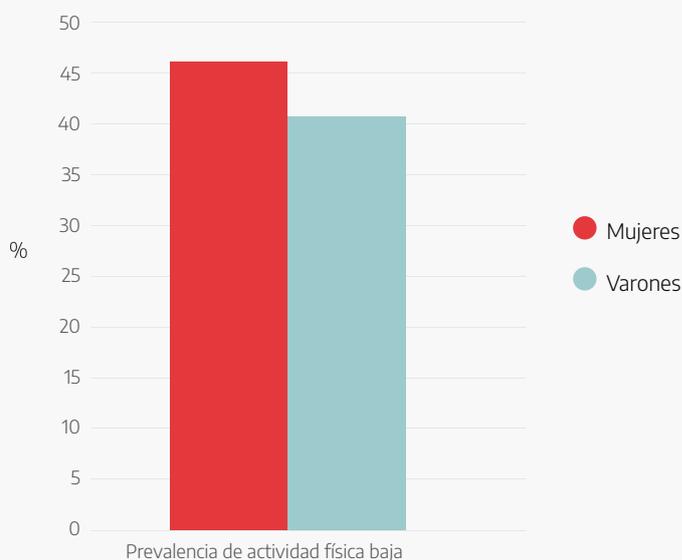
Asimismo, las investigaciones suelen destacar que las mujeres están más interesadas y tienen mayor conocimiento en cuestiones relativas a la alimentación y la nutrición (8). Para los varones, el deporte y el ejercicio son más importantes que la alimentación para su salud, en cambio, para las mujeres, la alimentación juega con frecuencia un papel central en su concepción de la salud (17) (20) (21). Ahora bien, es necesario profundizar este análisis para poder comprender las diferencias en el consumo de alimentos.

Como mencionamos anteriormente, el sobrepeso y la obesidad están asociados a un estilo de vida sedentario. Según la OMS, a nivel mundial 1 de cada 4 personas adultas y 3 de cada 4 adolescentes (de 11 a 17 años) no siguen actualmente las recomendaciones mundiales relativas a la actividad física (23). A nivel mundial, las mujeres realizan menos actividad física que los varones, con una diferencia de más de 8 puntos porcentuales en 2016 (31,7% para las mujeres y 23,4% para los varones) (24).

A pesar de los beneficios sustanciales asociados a la actividad física, la ENFR 2018 ha demostrado que la prevalencia de actividad física baja es elevada (44,2%), y al igual que en la mayoría de los países, en Argentina las mujeres también realizan menos actividad física que los varones (46,6% y 41,5%

respectivamente) (Gráfico 6). A su vez, en la encuesta se evidenció mayor frecuencia de actividad física baja a mayor edad, entre aquellas personas con primaria incompleta y en aquellas en quintiles de hogares según ingreso por unidad consumidora más bajos (16).

**Gráfico 6:** Prevalencia de actividad física baja en la población de 18 años y más según sexo. Argentina, 2018.



\*Con significancia estadística.

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas en base a datos de la ENFR 2018. DNAIENT, Ministerio de Salud. Argentina, 2021.

Ahora bien, cuando se analiza este indicador teniendo en cuenta las variables sociodemográficas según sexo, observamos que no hay diferencias entre varones y mujeres en los rangos de edad de 35 a 64 años, en los dos primeros niveles educativos alcanzados y en el 2º, 3º y 5º quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora (Tabla 5.1).

En cuanto a las barreras para la realización de actividad física, entre aquellas personas que presentaron un bajo nivel de actividad física, se destacó como principal razón la falta de tiempo, seguido de razones de salud y falta de voluntad. En este nuevo análisis observamos que los varones aluden la falta de tiempo en mayor medida que las mujeres, mientras que éstas refieren a razones de salud en mayor medida que los varones. Para el resto de las barreras no se observaron diferencias significativas (Tabla 5.2).

Existen múltiples y variadas barreras para la participación en la actividad física, que se presentan de manera distinta para mujeres y varones. Entre las más destacadas que influyen están los factores sociodemográficos, biológicos y/o psicológicos. Algunas de estas limitaciones incluyen la edad, nivel educativo, situación laboral, nivel de ingresos, lugar de residencia, estado civil, percepción y comportamiento relativos a la propia salud, masa muscular, comorbilidades, confianza/autoestima, creencias, hábitos/costumbres, tiempo disponible, motivación, etc. También existen barreras que responden a cuestiones relativas

al entorno, como pueden ser el apoyo social y familiar, la estructura familiar, los roles y responsabilidades, el apoyo profesional, el entorno físico y ambiental, los costos económicos, el equipamiento, la seguridad, y los programas específicos y las políticas públicas (25) (26) (27).

Las mujeres suelen reportar mayores niveles de inactividad física que los varones (28) (29), y diversos autores han señalado que estas diferencias se deben a cómo se mide la actividad física antes que a verdaderas diferencias en los niveles de actividad. En general, los instrumentos de medición se enfocan más en la actividad física vigorosa y a los deportes recreacionales, subestimando la actividad de las mujeres que suele implicar actividades vinculadas a las tareas del hogar y cuidado, consideradas de intensidad moderada. Al contemplar distintos dominios de la actividad física, es posible que se vea reflejado que las mujeres no son menos activas físicamente que los varones, pero que sus patrones de actividad son cualitativamente diferentes (27) (30) (31) (32) (33). Para poder explicar las diferencias entre sexos es necesario evaluar la participación de mujeres y varones en diferentes dominios de actividad física (actividad en el trabajo o en el hogar, en el transporte y durante el tiempo libre), y en diferentes intensidades (moderada y vigorosa) (24).

Los resultados de la ENFR 2018 demuestran que las mujeres realizan menos actividad física que los varones y que la participación se reduce a medida que avanza la edad en ambos sexos. No se observan diferencias de sexo entre las personas de 35 a 64 años. Probablemente la internalización de determinadas normas de género en edades tempranas moldee las actitudes hacia la actividad física, generando que los jóvenes perciban la actividad física como una actividad placentera y tiendan a realizarla en su tiempo libre en mayor medida que las jóvenes (34) (35) (36). De todas maneras, resulta necesario indagar más sobre las barreras y obstaculizadores que las jóvenes perciben y cómo eso impacta en su inactividad física. Resulta necesario profundizar el análisis que permita comprender la relación entre el género y la actividad física, más allá de la identificación y descripción de las barreras para la misma (38).

Es importante considerar que las inequidades entre mujeres y varones deben comprenderse en un contexto donde se ven expuestas/os a distintas oportunidades y restricciones. En este sentido, resulta imprescindible implementar intervenciones específicas con perspectiva de género que garanticen el derecho a una alimentación adecuada y la promoción de actividad física en entornos seguros para frenar el aumento de la epidemia de sobrepeso y obesidad.

## Referencias bibliográficas

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agricultural Development, Unicef, World Food Programme, WHO. The state of food security and nutrition in the world 2018. [www.fao.org/3/I9553EN/i9553en.pdf](http://www.fao.org/3/I9553EN/i9553en.pdf)
2. United Nations System Standing Committee on Nutrition. Non-communicable diseases, diets and nutrition. 2018. [www.unscn.org/uploads/web/news/document/NCDs-brief-ENWEB.pdf](http://www.unscn.org/uploads/web/news/document/NCDs-brief-ENWEB.pdf)
3. OMS (2020). Obesidad y sobrepeso. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
4. FAO y OPS (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
5. GBD. Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27. 2015.
6. Popkin, B. M., & Reardon, T. (2018). Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(8), 1028–1064. <https://doi.org/10.1111/obr.12694>
7. Min. Salud de la Nación. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. 2018. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12\\_manual-aplicacion\\_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf)
8. Kanter R, Caballero B. Global gender disparities in obesity: a review. *Adv Nutr*. 2012 Jul 1;3(4):491-8. doi: 10.3945/an.112.002063. PMID: 22797984; PMCID: PMC3649717.
9. López De Blanco M. Y Carmona A. (2005). La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *An Venez Nutr*. vol.18, n.1, pp. 90-104. ISSN 0798-0752.
10. Vari, R., Scaccocchio, B., D'Amore, A., Giovannini, C., Gessani, S., & Masella, R. (2016). Gender-related differences in lifestyle may affect health status. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(2), 158–166. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_16\\_02\\_06](https://doi.org/10.4415/ANN_16_02_06)
11. Peña L., Bergesio L., Discacciati V., Majdalani M.P., Elorriaga N., Mejía R. (2015). Actitudes y comportamientos acerca del consumo de sodio y grasas trans en Argentina. *Revista Argent Salud Pública*, 2015; 6(25): 7-13.
12. Sánchez, Germana, Peña, Lorena, Varea, Soledad, Mogrovejo, Patricia, Goetschel, María Lorena, Montero-Campos, María de los Ángeles, Mejía, Raúl, Blanco-Metzler, Adriana (2012) Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*;32(4) 259-264, oct. 2012. [http://new.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=502&Itemid=](http://new.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=502&Itemid=)
13. Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umali, E., & Swinburn, B. A. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(7), 446–456. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.150565>
14. Malik, V. S., Pan, A., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 98(4), 1084–1102. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.058362>
15. OMS (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
16. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Informe definitivo, Ministerio de Salud de la Nación, 2019.
17. Kiefer, Ingrid & Rathmanner, Theres & Kunze, Michael. (2005). Eating and Dieting Differences in Men and Women. *The Journal of Men's Health & Gender*. 2. 194-201. 10.1016/j.jmhg.2005.04.010.
18. Aguirre P. (2004). Ricos flacos y Gordos pobres. Buenos Aires. Capital Intelectual. 1º ed.
19. Contreras J y Gracia Arnaiz M. (2005). Alimentación y cultura. Perspectivas Antropológicas Ed. Ariel. Barcelona.
20. Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 27(2), 107–116. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702\\_5](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_5)

21. Ortiz-Moncada R, Álvarez-Dardet C, Miralles-Bueno J, Ruíz-Cantero M, Dal Re-Saavedra M, Villar-Villalba C, Pérez-Farínós N, Serra-Majem L, (2011) Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006, *Medicina Clínica*.
22. Volume 137, Issue 15, <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.12.025>
23. Sánchez, Tasia. (2018). Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 179-192. Recuperado en 26 de febrero de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872018000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200013&lng=es&tlng=es)
24. WHO (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. World Health Organization, Switzerland.
25. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet. Global health*, 6(10), e1077–e1086. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18303577>
26. Eyler, A. E., Wilcox, S., Matson-Koffman, D., Evenson, K. R., Sanderson, B., Thompson, J., Wilbur, J., & Rohm-Young, D. (2002). Correlates of physical activity among women from diverse racial/ethnic groups. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(3), 239–253. <https://doi.org/10.1089/152460902753668448>
27. Speck, B. J., & Harrell, J. S. (2003). Maintaining regular physical activity in women: evidence to date. *The Journal of cardiovascular nursing*, 18(4), 282–293. <https://doi.org/10.1097/00005082-200309000-00007>
28. Belza, B., & Warms, C. (2004). Physical activity and exercise in women's health. *The Nursing clinics of North America*, 39(1), 181–viii.
29. Althoff, T., Sosič, R., Hicks, J. L., King, A. C., Delp, S. L., & Leskovec, J. (2017). Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*, 547(7663), 336–339. <https://doi.org/10.1038/nature23018>
30. Mielke, G. I., da Silva, I., Kolbe-Alexander, T. L., & Brown, W. J. (2018). Shifting the Physical Inactivity Curve Worldwide by Closing the Gender Gap. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 48(2), 481–489. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0754-7>
31. Sternfeld, B., Ainsworth, B. E., & Quesenberry, C. P. (1999). Physical activity patterns in a diverse population of women. *Preventive medicine*, 28(3), 313–323. <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0470>
32. Abel, T., Graf, N., & Niemann, S. (2001). Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46(4), 268–272. <https://doi.org/10.1007/BF01593182>
33. Azevedo, M. R., Araújo, C. L., Reichert, F. F., Siqueira, F. V., da Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. *International journal of public health*, 52(1), 8–15. <https://doi.org/10.1007/s00038-006-5062-1>
34. Koochpayehzadeh, J., Etemad, K., Abbasi, M., Meysamie, A., Sheikhabahaei, S., Asgari, F., Noshad, S., Hafezi-Nejad, N., Rafei, A., Mousavizadeh, M., Khajeh, E., Ebadi, M., Nakhjavani, M., & Esteghamati, A. (2014). Gender-specific changes in physical activity pattern in Iran: national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (2007–2011). *International journal of public health*, 59(2), 231–241. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0529-3>
35. Blández, J., Fernández, E., Sierra, M. A. (2007). Estereotipos de género, actividad física y escuela: la perspectiva del alumnado. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del profesorado*, 11(2).
36. Lenhart, Clare & Hanlon, Alexandra & Kang, Youjeong & Daly, Brian & Brown, Michael & Patterson, Freda. (2012). Gender Disparity in Structured Physical Activity and Overall Activity Level in Adolescence: Evaluation of Youth Risk Behavior Surveillance Data. *ISRN Public Health*. 2012. 10.5402/2012/674936.
37. Pastor-Vicedo, J., Sánchez-Oliva, A., Sánchez-Blanchart, J., & Martínez-Martínez, J. (2019). Estereotipos de género en educación física. *SPORT TK-Revista EuroAmericana De Ciencias Del Deporte*, 8(2), 23-31. <https://doi.org/10.6018/sportk.401071>
38. Hormiga-Sánchez CM (2015). Perspectiva de género en el estudio de la práctica de actividad física. *Rev Cienc Salud*. 2015; 13(2):233-248. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n2/v13n2a08.pdf>

# Consideraciones finales

Las construcciones sociales de género inciden en el modo en que mujeres y varones viven su salud, perciben síntomas, experimentan y manifiestan enfermedades, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (1) (2) (3). Los perfiles diferenciales de morbimortalidad dan cuenta de fuertes inequidades en el campo de la salud, en el que existen sesgos de género en la organización de los sistemas, en la accesibilidad, en las formas de diagnosticar y tratar a mujeres y varones y en la jerarquización de la investigación clínica (1) (2) (4) (5). Los problemas de salud no se distribuyen azarosamente sino que están relacionados con las condiciones sociales y económicas en que viven las personas y que influyen en sus estilos de vida (6).

El género no opera aisladamente sino que, articuladamente con otros factores de estratificación social, como la clase, la orientación sexual o la etnia, puede tener un impacto negativo en la salud de las personas. La pobreza, la división de tareas de cuidado, el nivel de educación, la situación laboral y la participación en la toma de decisiones, entre otros, son factores que tienen un impacto diferencial en la salud de mujeres y varones y personas con otras identidades sexo-genéricas. En este sentido, incluir la mirada de género en salud “implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos. Asimetrías jerárquicas entre los géneros que, articuladas con otras diferencias entre las personas que también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades: edad, etnia y clase social, establecerán perfiles de morbimortalidad específicos así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial” (7).

La transversalización de género (procedente del término inglés *gender mainstreaming*) es una estrategia acordada internacionalmente para la incorporación de la perspectiva de género como una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, programas y planes de modo que mujeres, varones y personas con otras identidades se beneficien igualmente y se evite la perpetuación de inequidades (8). Según la definición de ECOSOC, se trata de “El proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros” (9).

El carácter distintivo del enfoque de la transversalización de género es que busca institucionalizar la igualdad incorporando prácticas y normas sensibles al género en las estructuras, procesos y entorno de las políticas públicas (10) (11). Si bien existen múltiples críticas acerca de la actual efectividad de la transversalización de género, (10) (11) (12) (13) (14), no hay dudas que su aporte resultó fundamental para poner en agenda la necesidad de abordar la inequidad de género y las relaciones de poder en la esfera de las políticas públicas (15) (16) (17).

Uno de los mayores cuestionamientos a la transversalización de género plantea que la estrategia reproduce la lógica binaria del género (femenino/masculino) y resulta limitada porque prioriza al género como eje central de discriminación y no hace una lectura desde la perspectiva interseccional en sentido estricto (2) (13) (14) (18).

El enfoque interseccional es una estrategia de transversalización de género que busca poner en primer plano la complejidad del entramado social y las experiencias subjetivas para comprender las diferencias en las necesidades y los resultados de salud (19) (20). Este paradigma busca ir más allá del análisis de género ya que considera que es importante tener en cuenta otros ejes de opresión, además del género, para comprender los determinantes económicos, políticos y sociales de la salud (21) (22) (23). Al traer al primer plano varias dimensiones que interactúan para crear capas de desigualdad, se puede desarrollar un análisis más completo que capture mejor cómo la política pública es experimentada por varios grupos de mujeres, varones y personas con otras identidades que pueden experimentar múltiples formas de discriminación (13) (18) (24) (25).

La identificación de las necesidades de salud de la población es el primer paso para la planificación de las políticas sanitarias, y para garantizar los criterios de equidad es clave conocer la situación de toda la población, con las particularidades de grupos específicos (26). Las encuestas poblacionales como la ENFR constituyen un insumo crucial para dar cuenta del estado de salud de las personas que habitan nuestro país y permite contar con información confiable para el diseño y monitoreo de políticas públicas. Es por ello que resulta indispensable la pronta adopción de las diferentes categorías de género en las herramientas de recolección de datos. Actualmente esto resulta más factible dado que el cuestionario de la prueba piloto del “Censo nacional de la población, hogares y vivienda 2020” elaborado por el INDEC contempla por primera vez las variables de identidad de género (mujer; varón; mujer trans/travesti; varón trans; otro; ignorado), diferenciadas de las de sexo al nacer (hombre; mujer) (27). Contar con datos censales específicos para los diferentes géneros posibilita estimar de manera poblacional aquellos datos relevados a partir de una muestra y obtener así información fehaciente.

En este sentido, resulta fundamental recopilar y desglosar datos sobre FR y ENT según sexo, en primera instancia, para luego poder analizar lo que subyace a las diferencias de los resultados en salud desde una perspectiva de género y diversidad. Es necesario identificar las necesidades y prioridades de mujeres, varones y personas con otras identidades para generar programas de prevención y promoción de la salud que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas.

En las últimas décadas, la mirada sobre la salud de las mujeres se fue modificando, desde una visión centrada en la salud materno infantil hacia otra que destaca el creciente impacto de las ENT en la morbimortalidad de las mujeres, como así también otras problemáticas en salud que comparten con los varones cuyas manifestaciones y efectos son especialmente graves para ellas debido a factores biológicos, de género y otros determinantes sociales que, en forma desproporcionada, las afectan particularmente (28).

La inequidad de género en la calidad de la atención en salud tiene que ver con la atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales o la atención diferente cuando las necesidades son iguales, fomentando así los estereotipos de género en los modelos de atención. En tanto el sexo juega un rol importante en las cuestiones relativas a la salud de las personas, es necesario enfatizar la importancia de deconstruir los estereotipos profundamente arraigados para pensar modos de fomentar mayor equidad en salud. La equidad de género en

salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino que se refiere a la eliminación de diferencias injustas y evitables entre mujeres, varones y personas con otras identidades sexo-genéricas, en cuanto a sus oportunidades de acceder y mantener la salud, y a las probabilidades de enfermarse, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles.

La incorporación de la perspectiva de género requiere formación para asegurar que quienes participan en la planificación y prestación de servicios de salud puedan comprender qué implican estas desigualdades y cuál es el propósito de las políticas de equidad de género y cómo implementarlas (12). Es necesario contemplar la transversalización de género como una cuestión de equidad y justicia con perspectiva de derecho y la igualdad de género como una cuestión básica en salud.

## Referencias bibliográficas

1. Gómez E. (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panam Salud Pública*. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/es>
2. Pombo, M. Gabriela (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. *Disputas por la (des)politización del género*. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, ISSN-e 0327-7585, N°. 66, 2012
3. Velasco Arias, S. (2006): "Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista" Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo e Instituto de la Mujer del M<sup>o</sup> de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1<sup>a</sup> Edición, 2006.
4. Sen, Gita; George, Asha y Östlin, Pirooska (2005): Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. *Publicación Ocasional No. 14*, OPS.
5. Esteban, Mari Luz (2006): "El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista" en *Salud Colectiva*, vol 2 numero 1 enero/abril 2006. p. 9-20.
6. Martínez Benlloch, Isabel (2003): "Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres" en: *Anuario de Psicología* 2003, vol. 34, no, 2,253-266. *Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona*.
7. Tajer, Débora (2012) *Género y Salud* - Edición: 1a. ed. Lugar Editorial.
8. OMS (2011). *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>
9. UN Economic and Social Council (ECOSOC), UN Economic and Social Council Resolution 1997/2: *Agreed Conclusions*, 18 July 1997, 1997/2. <https://www.refworld.org/docid/4652c9fc2.html>
10. Ravindran, Sundari & Kelkar-Khambete, A. (2008). Gender mainstreaming in health: Looking back, looking forward. *Global public health*. 3 Suppl 1. 121-42. 10.1080/17441690801900761.
11. Moser, Caroline & Moser, Annalise. (2005). *Gender Mainstreaming Since Beijing: A Review of Success and Limitations in International Institutions*. *Gender & Development*. 13. 11-22. 10.1080/13552070512331332283
12. Payne S. (2011). Beijing fifteen years on: the persistence of barriers to gender mainstreaming in health policy. *Social politics*, 18(4), 515-542. <https://doi.org/10.1093/sp/jxr019>
13. Hankivsky, Olena. (2005). Gender vs. Diversity Mainstreaming: A Preliminary Examination of the Role and Transformative Potential of Feminist Theory. *Canadian Journal of Political Science*. 38. 977 - 1001. 10.1017/S0008423905040783.
14. Zalewski, Marysia. (2010). 'I Don't Even Know What Gender Is': A Discussion of the Connections Between Gender, Gender Mainstreaming and Feminist Theory. *Review of International Studies*. 36. 3 - 27. 10.1017/S0260210509990489.
15. Daly, Mary. (2005). Gender Mainstreaming in Theory and Practice. *Social Politics - SOC POLIT*. 12. 433-450. 10.1093/sp/jxi023.
16. Walby, Sylvia. (2005). Gender Mainstreaming: Productive Tensions in Theory and Practice. *Social Politics - SOC POLIT*. 12. 321-343. 10.1093/sp/jxi018.
17. Lugo S. (2010) *Análisis de la incorporación del enfoque de género en los proyectos públicos de desarrollo*. Quito: FES-ILDIS.
18. Tolhurst, R., Leach, B., Price, J., Robinson, J., Ettore, E., Scott-Samuel, A., Kilonzo, N., Sabuni, L. P., Robertson, S., Kapilashrami, A., Bristow, K., Lang, R., Romao, F., & Theobald, S. (2012). Intersectionality and gender mainstreaming in international health: using a feminist participatory action research process to analyse voices and debates from the global south and north. *Social science & medicine* (1982), 74(11), 1825-1832. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.025>
19. Gochfeld M. Sex-gender research sensitivity and healthcare disparities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Feb;19(2):189-94. doi: 10.1089/jwh.2009.1632. PMID: 20113150.

20. Couto Marcia Thereza, de Oliveira Elda, Alves Separavich Marco Antônio, Carmo Luiz Olinda do (2019) La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*; 15:e1994. doi: 10.18294/sc.2019.1994.
21. Hankivsky, Olena & Cormier, Renée. (2009). Intersectionality: Moving Women's Health Research & Policy Forward.
22. Hancock, A. (2007). When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79. doi:10.1017/S1537592707070065.
23. Iyer, Aditi & Sen, G & Ostlin, P. (2008). The Intersections of Gender and Class in Health Status and Health Care. *Global public health*. 3 Suppl 1. 13-24. 10.1080/17441690801892174.
24. Collins, Patricia. (2014). Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology*. 41. 150403170310009. 10.1146/annurev-soc-073014-112142.
25. Krause M., Ballesteros MS. Interseccionalidad en desigualdades en salud en argentina: discusiones teóricometodológicas a partir de una encuesta poblacional. *Hacia Promoc. Salud*. 2018; 23(2): 13-33. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.2.
26. Borrell, Carme, & Artazcoz, Lucía. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.
27. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Nuevas realidades, nuevas demandas. Desafíos para la medición de la identidad de género en el Censo de Población. Documentos de Trabajo INDEC N° 25. Abril de 2019. [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/identidad\\_genero\\_censo\\_2020.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/identidad_genero_censo_2020.pdf)
28. Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Buse, K., Mehra, R., Bah, C. A., Heise, L., Greene, M. E., Weber, A. M., Heymann, J., Hay, K., Raj, A., Henry, S., Klugman, J., Darmstadt, G. L., & Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee (2019). Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. *Lancet (London, England)*, 393(10190), 2550–2562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30651-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30651-8)

# Anexo

## → Definición de indicadores

### Quintil de hogares según ingresos por unidad consumidora

Para la caracterización de los hogares según el ingreso total mensual, se construyeron quintiles de ingreso por unidad de consumo, agregándolos en cinco grupos o quintiles, siendo el quintil 1 el de menores ingresos y el 5 el de mayores ingresos.

### Salud general y calidad de vida

- Porcentaje de personas que refirió que su salud general era regular o mala: el mismo se construyó a partir de una pregunta de escala actitudinal de tipo Likert de autoevaluación del estado de salud general proveniente del cuestionario SF-36, un instrumento multipropósito, validado, disponible en español y ampliamente utilizado.
- Calidad de vida relacionada a la salud: se evaluó utilizando el cuestionario EQ-5D validado en Argentina. Se trata de un instrumento estandarizado que evalúa cinco dimensiones de la salud (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Cada dimensión, a su vez, es relevada por una pregunta específica con tres niveles de respuesta: sin problemas, algún problema y severos problemas (10). Para la construcción de los indicadores utilizados en esta encuesta se agruparon los niveles de manera que quedaran dos categorías de respuesta: ningún problema (aquellos que contestaron “sin problemas”) y algún problema (aquellos que contestaron tener “algún problema” o “ser incapaces”). De esta manera quedaron definidos los siguientes indicadores: algún problema de movilidad, algún problema en el cuidado personal, algún problema para realizar las actividades cotidianas, porcentaje de personas que refirió dolor/malestar y porcentaje de personas que refirió ansiedad/depresión.

### Tabaco

- Prevalencia de consumo de cigarrillos: prevalencia de consumo de tabaco (definida a partir de quienes fumaron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que fuman actualmente cigarrillos).
- Exposición al humo de tabaco ajeno: exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, trabajo y bares/ restaurantes durante los últimos 30 días (entre aquellos que estuvieron en cada uno de estos sitios).

### Alcohol

- Prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo (CARR): el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días.
- Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA): el consumo de 5 tragos o más en una misma oportunidad en los últimos 30 días.

### Peso corporal

Autorreportado por el encuestado

- Prevalencia de sobrepeso: porcentaje de personas con IMC autorreportado igual o superior a 25 e inferior a 30.
- Prevalencia de obesidad: porcentaje de personas con IMC autorreportado igual o superior a 30.
- Exceso de peso: la suma de esas dos categorías (sobrepeso y obesidad) se reportan como población con exceso de peso.

Según mediciones antropométricas:

- Prevalencia de sobrepeso, definido como el porcentaje de personas con IMC por mediciones igual o superior a 25 e inferior a 30.
- Prevalencia de obesidad, definido como el porcentaje de personas con IMC por mediciones igual o superior a 30.
- Exceso de peso por mediciones: la suma de esas dos categorías anteriores (sobrepeso y obesidad) se reportan como población con exceso de peso.

#### Actividad física

- Prevalencia de actividad física baja: Para ello se utilizaron preguntas adaptadas del cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) que permite medir el nivel de actividad física de la población en la última semana. Se categorizó el nivel de actividad física de acuerdo con las recomendaciones del cuestionario IPAQ de la siguiente forma:
  - » Nivel bajo: sin actividad reportada o no incluido en niveles medio o alto.
  - » Nivel medio: cumple alguno de los siguientes criterios: \ 3 o más días de actividad física vigorosa, al menos 20 minutos; o \ 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata acumulando al menos 30 minutos; o \ 5 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad física a intensidad moderada, actividad física a intensidad vigorosa) acumulando al menos 600 METs4-minutos por semana.
  - » Nivel alto: cumple alguno de los siguientes criterios: \ 3 o más días de actividad física a intensidad vigorosa acumulando al menos 1500 METs -minuto por semana \ 7 o más días de cualquier combinación (caminata, actividad física moderada, actividad física vigorosa) acumulando al menos 3000 METs-minutos por semana.

Los METs (equivalente metabólico) semanales se calcularon utilizando la siguiente fórmula: \ METs totales por semana = (3,3 x minutos totales por semana de caminata) + (4 x minutos totales por semana de actividad física moderada) + (8 x minutos totales por semana de actividad física vigorosa). Asimismo, en el grupo que presentó actividad física baja, se analizaron las barreras para la realización de actividad física en la última semana.

#### Alimentación

- Promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas.
- Porcentaje de consumo promedio de 5 o más porciones de frutas o verduras al día.
- Razones por las que no se consume más cantidad de frutas o verduras.

## → Tablas

**Tabla 1.1:** Salud general regular o mala de la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	23,0	18,6
	IC	(21,9 - 24,1)	(17,4 - 19,8)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	10,7	7,9
		(8,6 - 13,2)	(5,8 - 10,7)
	25 a 34 años	14,5	9,2
		(12,4 - 16,8)	(7,2 - 11,6)
	35 a 49 años	21,4	18,3
		(19,2 - 23,8)	(16,1 - 20,9)
50 a 64 años	31,4	26,0	
	(28,8 - 34,1)	(23,2 - 29,1)	
65 años y más	38,2	33,0	
	(35,3 - 41,2)	(29,7 - 36,5)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	47,0	38,5
		(42,1 - 51,8)	(33,1 - 44,2)
	Hasta secundario incompleto	31,2	24,6
		(29,1 - 33,5)	(22,5 - 26,7)
Secundario completo y más	15,5	11,7	
	(14,2 - 16,8)	(10,4 - 13,1)	
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	21,7	17,3
		(20,3 - 23,1)	(16,0 - 18,8)
	Sólo cobertura pública	25,8	21,1
		(23,7 - 28,0)	(18,9 - 23,5)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	30,6	26,7
		(27,8 - 33,4)	(23,4 - 30,3)
	2	27,1	21,0
		(24,8 - 29,6)	(18,3 - 24,0)
	3	23,8	19,3
		(21,3 - 26,5)	(16,9 - 22,1)
	4	19,6	15,7
		(17,2 - 22,2)	(13,1 - 18,7)
	5	12,4	11,4
		(10,6 - 14,4)	(9,5 - 13,6)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 1.2:** Tiene dolor o malestar en la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	29,1	21,8
	IC	(27,9 - 30,3)	(20,7 - 23,1)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	15,4	11,8
		(12,8 - 18,4)	(9,1 - 15,1)
	25 a 34 años	17,4	11,6
		(15,2 - 19,8)	(9,8 - 13,7)
	35 a 49 años	26,5	21,5
		(24,3 - 28,9)	(19,3 - 23,9)
	50 a 64 años	39,3	28,8
		(36,5 - 42,2)	(25,8 - 32,0)
65 años y más	49,1	37,6	
	(46,4 - 51,9)	(34,4 - 41,0)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	51,2	36,0
		(46,3 - 56,0)	(31,2 - 41,2)
	Hasta secundario incompleto	33,8	26,8
		(31,5 - 36,2)	(24,6 - 29,1)
	Secundario completo y más	23,7	16,5
		(22,4 - 25,1)	(15,0 - 18,0)
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	30,6	22,4
		(29,1 - 32,0)	(20,8 - 24,0)
	Sólo cobertura pública	25,8	20,8
		(23,5 - 28,4)	(18,6 - 23,2)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	32,2	23,3
		(29,5 - 35,1)	(20,2 - 26,6)
	2	30,4	24,8
		(27,8 - 33,0)	(22,0 - 27,8)
	3	29,9	24,9
		(27,2 - 32,6)	(21,8 - 28,2)
	4	26,8	21,1
		(24,1 - 29,8)	(18,6 - 23,9)
	5	25,5	15,9
		(23,0 - 28,1)	(14,0 - 18,0)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 2.1:** Prevalencia de consumo de cigarrillos en la población de 18 años según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	18,6	26,1
	IC	(17,5 - 19,8)	(24,6 - 27,6)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	15,1	26,1
		(12,8 - 17,8)	(22,5 - 30,0)
	25 a 34 años	22,7	31,6
		(20,4 - 25,1)	(28,0 - 35,4)
	35 a 49 años	21,1	30,9
		(18,9 - 23,5)	(28,3 - 33,7)
	50 a 64 años	21,4	24,7
		(19,1 - 23,8)	(22,0 - 27,6)
65 años y más	9,1	11,5	
		(7,5 - 11,0)	(9,6 - 13,8)
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	15,7	23,3
		(12,1 - 20,2)	(19,4 - 27,8)
	Hasta secundario incompleto	20,5	31,3
		(18,5 - 22,6)	(28,9 - 33,8)
	Secundario completo y más	17,9	22,7
		(16,6 - 19,3)	(20,9 - 24,7)
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	16,1	22,0
		(14,9 - 17,3)	(20,5 - 23,5)
	Sólo cobertura pública	24,1	34,3
		(21,9 - 26,5)	(31,7 - 37,1)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	21,7	28,4
		(18,9 - 24,7)	(25,4 - 31,7)
	2	17,6	30,1
		(15,6 - 19,7)	(26,6 - 33,9)
	3	19,2	27,0
		(16,7 - 22,0)	(23,6 - 30,7)
	4	16,1	23,3
		(14,0 - 18,3)	(20,7 - 26,1)
	5	18,3	22,2
		(16,2 - 20,5)	(19,9 - 24,7)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 2.2:** Exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días de la población de 18 años y más que estuvo en cada uno de esos lugares según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	14,4	28,2
	IC	(13,2 - 15,7)	(26,5 - 30,0)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	12,6	30,2
		(9,5 - 16,7)	(25,1 - 35,9)
	25 a 34 años	14,9	32,8
		(12,5 - 17,7)	(29,6 - 36,1)
	35 a 49 años	17,8	28,8
		(15,7 - 20,1)	(26,0 - 31,7)
50 a 64 años	13,6	25,9	
	(11,1 - 16,6)	(22,5 - 29,6)	
65 años y más	4,5	16,3	
	(2,6 - 7,6)	(12,8 - 20,5)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	8,6	28,3
		(4,9 - 14,8)	(22,7 - 34,7)
	Hasta secundario incompleto	14,7	30,9
		(12,5 - 17,2)	(28,2 - 33,7)
Secundario completo y más	14,8	26,6	
	(13,3 - 16,3)	(24,4 - 28,8)	
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	13,5	26,1
		(12,2 - 14,9)	(24,2 - 28,1)
Sólo cobertura pública	16,6	32,3	
	(14,2 - 19,4)	(29,5 - 35,3)	
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	14,1	31,5
		(11,7 - 17,0)	(27,8 - 35,5)
	2	14,5	30,5
		(11,7 - 17,9)	(26,6 - 34,7)
	3	14,1	31,1
		(11,6 - 17,2)	(27,2 - 35,2)
	4	13,1	26,7
		(10,8 - 15,7)	(23,6 - 30,0)
	5	16,1	23,1
		(13,6 - 19,1)	(20,2 - 26,2)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 3.1:** Prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo (CARR) en los últimos 30 días según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	6,3	10,8
	IC	(5,6 - 7,1)	(9,9 - 11,8)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	10,9	12,3
		(8,5 - 13,9)	(9,8 - 15,3)
	25 a 34 años	8,1	12,2
		(6,6 - 9,9)	(10,2 - 14,6)
	35 a 49 años	5,2	8,4
		(4,1 - 6,7)	(7,0 - 10,0)
50 a 64 años	3,6	11,1	
	(2,7 - 4,9)	(9,3 - 13,2)	
65 años y más	4,4	11,1	
	(3,3 - 5,8)	(9,1 - 13,6)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	3,2	14,8
		(2,1 - 4,8)	(11,6 - 18,6)
	Hasta secundario incompleto	4,6	12,0
		(3,7 - 5,7)	(10,5 - 13,7)
Secundario completo y más	7,6	9,4	
	(6,5 - 8,7)	(8,4 - 10,6)	
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	6,4	9,5
		(5,6 - 7,3)	(8,6 - 10,4)
	Sólo cobertura pública	6,0	13,5
		(4,9 - 7,5)	(11,6 - 15,6)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	5,2	11,6
		(3,9 - 6,7)	(9,4 - 14,1)
	2	5,1	12,3
		(3,8 - 6,6)	(10,0 - 15,0)
	3	5,9	10,7
		(4,6 - 7,6)	(8,8 - 12,9)
	4	7,6	9,8
		(5,9 - 9,6)	(8,1 - 11,9)
	5	8,0	9,9
		(6,5 - 9,8)	(8,4 - 11,6)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 3.2:** Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (CEEAA) en los últimos 30 días según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	6,5	20,7
	IC	(5,7 - 7,5)	(19,3 - 22,2)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	14,5	27,2
		(11,5 - 18,2)	(23,6 - 31,1)
	25 a 34 años	10,1	27,7
		(8,5 - 12,0)	(24,1 - 31,7)
	35 a 49 años	5,1	23,4
		(4,0 - 6,5)	(21,0 - 25,9)
50 a 64 años	2,7	14,7	
	(1,9 - 3,7)	(12,5 - 17,2)	
65 años y más	1,5	7,7	
	(0,8 - 2,8)	(6,0 - 9,9)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	1,6	19,3
		(1,0 - 2,7)	(15,1 - 24,2)
	Hasta secundario incompleto	4,6	20,8
		(3,6 - 5,8)	(18,9 - 22,8)
Secundario completo y más	8,2	20,9	
	(7,2 - 9,4)	(19,0 - 22,9)	
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	5,7	17,7
		(5,0 - 6,4)	(16,4 - 19,2)
	Sólo cobertura pública	8,5	26,8
		(6,8 - 10,6)	(24,2 - 29,6)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	5,8	21,1
		(4,1 - 8,0)	(18,0 - 24,5)
	2	6,0	21,3
		(4,6 - 7,8)	(18,3 - 24,6)
	3	6,6	20,5
		(5,1 - 8,5)	(17,5 - 23,9)
	4	6,6	20,5
		(5,0 - 8,6)	(18,0 - 23,3)
	5	7,9	20,4
		(6,5 - 9,6)	(18,0 - 22,9)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 4.1:** Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad por autorreporte en la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Sobrepeso		Obesidad		Exceso de peso	
		Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	30,9	41,9	24,2	26,6	55,0	68,5
	IC	(29,7 - 32,1)	(40,3 - 43,5)	(23,0 - 25,4)	(25,1 - 28,1)	(53,5 - 56,6)	(67,1 - 69,9)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	25,1	29,5	12,3	11,4	37,4	40,9
		(21,8 - 28,7)	(25,6 - 33,7)	(9,9 - 15,3)	(8,9 - 14,5)	(33,4 - 41,6)	(36,3 - 45,6)
	25 a 34 años	28,4	41,1	20,5	21,8	48,9	62,8
		(25,6 - 31,5)	(37,8 - 44,5)	(18,0 - 23,2)	(18,7 - 25,2)	(45,6 - 52,3)	(59,5 - 66,1)
	35 a 49 años	29,6	44,2	26,9	32,2	56,5	76,3
		(27,3 - 31,9)	(41,1 - 47,3)	(24,6 - 29,3)	(29,4 - 35,0)	(53,7 - 59,2)	(73,8 - 78,7)
50 a 64 años	34,4	44,8	30,8	34,1	65,2	79,0	
	(31,8 - 37,1)	(41,6 - 48,1)	(28,0 - 33,8)	(31,0 - 37,4)	(62,0 - 68,2)	(75,9 - 81,7)	
65 años y más	37,8	47,3	27,3	28,1	65,2	75,4	
	(35,1 - 40,7)	(43,7 - 50,8)	(24,7 - 30,2)	(24,9 - 31,5)	(62,0 - 68,2)	(72,1 - 78,3)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	33,8	41,2	37,0	29,8	70,8	71,0
		(28,9 - 39,1)	(36,0 - 46,6)	(31,7 - 42,6)	(25,1 - 34,9)	(66,1 - 75,1)	(66,4 - 75,2)
	Hasta secundario incompleto	34,4	41,5	30,4	30,1	64,8	71,6
Secundario completo y más	(32,0 - 36,8)	(38,9 - 44,1)	(28,1 - 32,8)	(28,0 - 32,3)	(62,0 - 67,5)	(69,1 - 74,0)	
	28,9	42,3	19,8	23,8	48,6	66,1	
Cobertura de salud	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	(27,4 - 30,4)	(40,1 - 44,4)	(18,3 - 21,3)	(21,8 - 25,9)	(46,9 - 50,4)	(63,9 - 68,2)
		30,8	43,9	23,7	26,4	54,5	70,3
Sólo cobertura pública	(29,5 - 32,1)	(42,1 - 45,7)	(22,3 - 25,1)	(24,9 - 28,0)	(52,7 - 56,2)	(68,8 - 71,7)	
	31,1	37,7	25,3	27,0	56,4	64,6	
Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora	1	(28,4 - 34,0)	(34,6 - 40,8)	(22,9 - 27,8)	(24,1 - 30,1)	(53,2 - 59,6)	(61,4 - 67,7)
		31,5	37,4	27,7	27,4	59,3	64,8
2	(28,3 - 35,0)	(33,5 - 41,5)	(24,9 - 30,7)	(23,9 - 31,2)	(55,9 - 62,6)	(61,2 - 68,3)	
	32,0	38,8	27,3	27,9	59,3	66,7	
3	(29,3 - 34,8)	(35,0 - 42,7)	(24,5 - 30,2)	(24,8 - 31,3)	(55,9 - 62,6)	(62,8 - 70,5)	
	32,4	42,7	25,9	30,6	58,2	73,3	
4	(29,4 - 35,5)	(39,1 - 46,3)	(23,5 - 28,4)	(27,3 - 34,2)	(54,9 - 61,5)	(70,4 - 76,0)	
	30,3	47,4	23,8	24,6	54,1	71,9	
5	(27,5 - 33,2)	(43,8 - 51,0)	(21,2 - 26,5)	(21,9 - 27,4)	(51,0 - 57,1)	(68,7 - 75,0)	
	28,1	42,2	16,0	23,1	44,2	65,3	
	(25,7 - 30,7)	(39,1 - 45,4)	(14,1 - 18,1)	(20,7 - 25,6)	(41,5 - 46,8)	(61,9 - 68,4)	

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 4.2:** Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad según mediciones antropométricas en la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Sobrepeso		Obesidad		Exceso de peso	
		Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	29,1	38,7	33,4	31,4	62,5	70,0
	IC	(27,6 - 30,7)	(36,9 - 40,5)	(31,6 - 35,2)	(29,6 - 33,2)	(60,6 - 64,4)	(68,3 - 71,8)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	22,4	23,0	18,4	11,7	40,8	34,7
		(18,5 - 26,8)	(18,7 - 28,0)	(15,1 - 22,4)	(8,6 - 15,6)	(35,6 - 46,2)	(29,3 - 40,6)
	25 a 34 años	27,6	37,1	23,8	26,1	51,4	63,1
		(23,7 - 31,9)	(33,0 - 41,3)	(20,3 - 27,7)	(22,2 - 30,4)	(47,0 - 55,8)	(58,2 - 67,9)
	35 a 49 años	30,0	43,3	35,5	36,2	65,4	79,5
		(26,4 - 33,8)	(39,5 - 47,3)	(32,2 - 38,9)	(32,5 - 40,1)	(62,0 - 68,8)	(76,3 - 82,4)
50 a 64 años	30,6	43,6	43,8	40,2	74,4	83,8	
	(27,3 - 34,2)	(39,4 - 47,9)	(39,6 - 48,1)	(36,1 - 44,3)	(70,2 - 78,3)	(80,5 - 86,6)	
65 años y más	33,9	43,0	43,4	39,8	77,3	82,8	
	(30,6 - 37,3)	(38,6 - 47,5)	(39,6 - 47,3)	(35,5 - 44,2)	(74,1 - 80,1)	(78,9 - 86,1)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	26,7	41,8	54,4	36,3	81,1	78,1
		(21,9 - 32,0)	(35,6 - 48,2)	(48,3 - 60,5)	(30,1 - 43,1)	(75,9 - 85,4)	(73,4 - 82,2)
	Hasta secundario incompleto	29,6	37,5	39,8	34,2	69,4	71,7
		(26,9 - 32,5)	(34,3 - 40,9)	(36,2 - 43,6)	(31,6 - 37,0)	(66,3 - 72,4)	(68,6 - 74,6)
Secundario completo y más	29,1	39,1	27,0	28,7	56,1	67,8	
	(26,9 - 31,5)	(36,7 - 41,6)	(25,0 - 29,1)	(26,2 - 31,4)	(53,8 - 58,4)	(65,1 - 70,4)	
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	29,9	40,5	33,1	32,0	63,0	72,5
		(28,0 - 31,9)	(38,0 - 43,0)	(31,1 - 35,2)	(29,8 - 34,4)	(60,8 - 65,2)	(70,1 - 74,7)
	Sólo cobertura pública	27,5	35,3	34,0	30,0	61,5	65,3
		(24,4 - 30,7)	(32,0 - 38,7)	(30,3 - 37,9)	(26,9 - 33,4)	(57,5 - 65,2)	(61,5 - 69,0)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	26,1	32,6	37,4	32,4	63,4	65,0
		(23,0 - 29,4)	(28,2 - 37,3)	(32,9 - 42,0)	(27,7 - 37,6)	(58,9 - 67,7)	(60,0 - 69,7)
	2	32,7	38,7	37,5	31,8	70,2	70,5
		(29,1 - 36,4)	(34,3 - 43,2)	(33,9 - 41,3)	(27,6 - 36,2)	(66,6 - 73,5)	(66,0 - 74,5)
	3	29,7	40,0	35,2	34,2	64,9	74,1
		(26,1 - 33,5)	(35,6 - 44,4)	(30,9 - 39,9)	(30,1 - 38,5)	(60,4 - 69,2)	(70,3 - 77,7)
4	29,2	39,7	32,4	31,3	61,7	71,0	
	(25,6 - 33,2)	(35,5 - 44,1)	(28,9 - 36,1)	(27,4 - 35,4)	(57,7 - 65,5)	(66,9 - 74,8)	
5	27,9	41,7	23,2	27,7	51,1	69,4	
	(24,2 - 31,9)	(37,7 - 45,8)	(20,3 - 26,4)	(24,3 - 31,4)	(46,8 - 55,4)	(64,7 - 73,7)	

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 5.1:** Prevalencia de actividad física baja según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Total</b>	%	41,5	46,6
	IC	(40,1 - 43,0)	(45,2 - 48,1)
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	26,5	40,1
		(23,1 - 30,1)	(36,7 - 43,7)
	25 a 34 años	34,4	41,3
		(31,1 - 37,8)	(38,0 - 44,7)
	35 a 49 años	44,1	44,4
		(41,1 - 47,0)	(41,7 - 47,1)
50 a 64 años	48,8	49,1	
	(45,1 - 52,4)	(46,0 - 52,3)	
65 años y más	52,6	60,2	
	(49,1 - 56,1)	(57,0 - 63,3)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	53,0	63,0
		(47,7 - 58,2)	(58,0 - 67,7)
	Hasta secundario incompleto	47,9	51,6
		(45,3 - 50,5)	(49,0 - 54,2)
Secundario completo y más	35,4	41,8	
	(33,7 - 37,3)	(40,1 - 43,6)	
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	41,7	46,4
		(39,9 - 43,6)	(44,8 - 47,9)
Sólo cobertura pública	41,1	47,1	
	(38,4 - 43,8)	(44,4 - 49,7)	
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	43,1	50,6
		(39,6 - 46,7)	(47,6 - 53,6)
	2	46,2	50,5
		(42,7 - 49,7)	(47,4 - 53,7)
	3	44,2	46,7
		(40,5 - 48,0)	(43,8 - 49,6)
	4	38,7	44,9
		(35,7 - 41,8)	(42,0 - 47,8)
	5	36,3	39,4
		(33,5 - 39,1)	(36,7 - 42,1)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 5.2:** Tipo de barreras a la realización de actividad física según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

	Mujer	Varón	Total
1. Falta de tiempo	37,6	43,6	40,3
	(35,7 - 39,5)	(41,3 - 45,9)	(38,7 - 41,8)
2. Falta de dinero	4,5	3,1	3,9
	(3,7 - 5,6)	(2,3 - 4,2)	(3,3 - 4,7)
3. Falta de instalaciones	0,3	0,3	0,3
	(0,2 - 0,5)	(0,1 - 0,8)	(0,2 - 0,5)
4. Por la distancia	0,3	0,3	0,3
	(0,2 - 0,5)	(0,1 - 0,6)	(0,2 - 0,5)
5. Razones de salud	26,9	21,2	24,4
	(25,2 - 28,7)	(19,2 - 23,4)	(23,1 - 25,7)
6. Falta de información	0,0	0,1	0,1
	(0,0 - 0,1)	(0,0 - 0,4)	(0,0 - 0,2)
7. Falta de seguridad	1,0	0,7	0,9
	(0,8 - 1,4)	(0,4 - 1,1)	(0,6 - 1,1)
8. No le interesa/no le gusta	7,1	7,4	7,2
	(6,0 - 8,3)	(6,3 - 8,6)	(6,5 - 8,0)
9. Falta de voluntad	14,2	14,9	14,5
	(13,0 - 15,5)	(13,5 - 16,4)	(13,5 - 15,5)
10. Otro	1,1	1,0	1,0
	(0,7 - 1,7)	(0,6 - 1,6)	(0,7 - 1,5)
11. Hace la cantidad de actividad física que necesita/ indicada	5,9	7,0	6,4
	(4,9 - 7,0)	(5,8 - 8,3)	(5,6 - 7,2)
12. Razones climáticas	0,4	0,4	0,4
	(0,2 - 0,7)	(0,2 - 0,8)	(0,3 - 0,6)
13. Por cuidado de personas	0,6	0,1	0,4
	(0,4 - 1,0)	(0,0 - 0,3)	(0,3 - 0,6)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 6.1:** Promedio de consumo diario de porciones de frutas o verduras de la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	1,9	1,9
		(1,8 - 2,0)	(1,8 - 2,1)
	25 a 34 años	1,9	1,8
		(1,8 - 2,0)	(1,7 - 1,9)
	35 a 49 años	2,1	1,8
		(2,0 - 2,2)	(1,7 - 1,9)
50 a 64 años	2,3	2,0	
	(2,2 - 2,4)	(1,9 - 2,1)	
65 años y más	2,4	2,3	
	(2,3 - 2,5)	(2,1 - 2,4)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	1,8	1,8
		(1,7 - 1,9)	(1,6 - 2,0)
	Hasta secundario incompleto	1,9	1,8
		(1,8 - 2,0)	(1,7 - 1,9)
	Secundario completo y más	2,3	2,1
		(2,2 - 2,3)	(2,0 - 2,1)
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	2,2	2,0
		(2,2 - 2,3)	(2,0 - 2,1)
	Sólo cobertura pública	1,8	1,8
		(1,7 - 1,9)	(1,7 - 1,9)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	1,7	1,7
		(1,6 - 1,8)	(1,6 - 1,9)
	2	1,9	1,8
		(1,8 - 2,0)	(1,7 - 1,9)
	3	2,1	1,9
		(2,0 - 2,2)	(1,8 - 2,0)
	4	2,4	2,0
		(2,3 - 2,5)	(1,9 - 2,1)
	5	2,6	2,2
		(2,5 - 2,7)	(2,1 - 2,3)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 6.2:** Porcentaje de consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día de la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Mujer	Varón
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	5,5	5,9
		(4,0 - 7,6)	(4,0 - 8,4)
	25 a 34 años	4,4	5,2
		(3,4 - 5,6)	(3,7 - 7,2)
	35 a 49 años	6,1	4,2
		(5,0 - 7,4)	(3,2 - 5,3)
50 a 64 años	8,3	6,5	
	(6,9 - 9,9)	(5,0 - 8,5)	
65 años y más	8,8	6,9	
	(7,5 - 10,5)	(5,2 - 9,3)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	3,7	6,2
		(2,6 - 5,4)	(4,0 - 9,5)
	Hasta secundario incompleto	4,8	4,9
		(3,9 - 5,9)	(3,8 - 6,3)
	Secundario completo y más	7,7	5,9
		(6,9 - 8,7)	(4,9 - 7,0)
<b>Cobertura de salud</b>	Con obra social, prepaga o servicio de emergencia médica	7,5	5,8
		(6,7 - 8,4)	(4,9 - 6,8)
	Sólo cobertura pública	4,2	5,0
		(3,4 - 5,3)	(3,8 - 6,7)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	3,9	5,1
		(2,9 - 5,3)	(3,6 - 7,1)
	2	4,6	4,8
		(3,7 - 5,8)	(3,2 - 7,1)
	3	5,8	5,2
		(4,5 - 7,3)	(3,9 - 7,0)
	4	8,5	6,1
		(6,9 - 10,3)	(4,6 - 8,0)
	5	10,2	6,3
		(8,8 - 11,9)	(4,9 - 8,2)

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**Tabla 6.3:** Tipo de barreras al consumo de frutas y verduras en la población de 18 años y más según sexo, por grupo de edad, nivel educativo, cobertura de salud y quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora. Argentina, 2018.

		Factores condicionantes individuales		Factores condicionantes del entorno		Factores económicos		Come la cantidad que considera adecuada		Otros	
		Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón
<b>Grupo de edad</b>	18 a 24 años	41,9	47,1	1,4	1,3	18,0	14,7	38,3	36,3	0,4	0,6
		(38,1 - 45,7)	(42,5 - 51,7)	(0,6 - 3,3)	(0,7 - 2,4)	(14,9 - 21,6)	(11,9 - 18,1)	(34,5 - 42,4)	(31,6 - 41,2)	(0,2 - 0,7)	(0,2 - 1,6)
	25 a 34 años	37,8	48,0	1,5	1,0	22,1	14,5	38,2	35,9	0,4	0,6
		(34,7 - 41,0)	(44,2 - 51,8)	(0,9 - 2,6)	(0,7 - 1,6)	(19,6 - 24,7)	(12,0 - 17,5)	(35,2 - 41,3)	(32,1 - 39,7)	(0,2 - 1,0)	(0,2 - 1,4)
	35 a 49 años	35,5	42,6	1,0	1,6	22,3	15,9	40,4	38,7	0,7	1,1
		(33,1 - 38,1)	(39,9 - 45,4)	(0,7 - 1,5)	(1,0 - 2,7)	(20,4 - 24,4)	(14,1 - 17,8)	(37,9 - 42,9)	(36,1 - 41,5)	(0,4 - 1,1)	(0,6 - 2,1)
50 a 64 años	26,6	34,5	0,9	0,7	23,0	18,8	48,5	45,0	1,1	1,0	
	(24,2 - 29,1)	(31,4 - 37,7)	(0,5 - 1,5)	(0,5 - 1,2)	(20,6 - 25,5)	(16,6 - 21,3)	(45,6 - 51,4)	(41,5 - 48,5)	(0,6 - 2,0)	(0,6 - 1,7)	
65 años y más	23,6	25,7	0,7	0,7	19,0	16,4	55,5	56,4	1,1	0,8	
	(21,4 - 26,0)	(22,6 - 29,0)	(0,4 - 1,3)	(0,3 - 1,4)	(16,7 - 21,6)	(14,2 - 18,9)	(52,8 - 58,3)	(52,9 - 59,9)	(0,5 - 2,1)	(0,3 - 1,8)	
<b>Nivel de instrucción</b>	Hasta primario incompleto	20,2	31,8	0,6	0,3	39,7	28,8	39,2	38,6	0,3	0,5
		(16,6 - 24,2)	(27,2 - 36,8)	(0,3 - 1,0)	(0,1 - 1,2)	(35,1 - 44,6)	(24,4 - 33,5)	(34,2 - 44,4)	(33,0 - 44,5)	(0,1 - 0,8)	(0,2 - 1,7)
	Hasta secundario incompleto	31,3	37,8	0,9	1,0	27,7	22,5	39,3	38,1	0,9	0,7
		(28,9 - 33,7)	(35,4 - 40,2)	(0,6 - 1,4)	(0,7 - 1,5)	(25,4 - 30,1)	(20,5 - 24,5)	(36,9 - 41,8)	(35,7 - 40,5)	(0,5 - 1,5)	(0,4 - 1,2)
	Secundario completo y más	36,1	43,1	1,3	1,3	15,3	9,9	46,6	44,7	0,7	1,0
		(34,3 - 37,8)	(40,7 - 45,4)	(0,9 - 1,8)	(0,9 - 1,9)	(14,1 - 16,7)	(8,7 - 11,3)	(44,9 - 48,3)	(42,3 - 47,1)	(0,5 - 1,0)	(0,7 - 1,5)
<b>Cobertura de salud</b>	Con O.S., prepaga o servicio de emergencia médica	33,5	40,4	1,3	1,0	17,0	12,8	47,4	44,8	0,8	1,1
		(32,0 - 35,1)	(38,4 - 42,4)	(0,9 - 1,7)	(0,7 - 1,4)	(15,9 - 18,2)	(11,4 - 14,2)	(45,9 - 49,0)	(42,9 - 46,7)	(0,5 - 1,1)	(0,7 - 1,6)
	Sólo cobertura pública	32,9	39,9	0,8	1,4	30,3	22,8	35,5	35,6	0,6	0,4
		(30,3 - 35,6)	(37,1 - 42,8)	(0,5 - 1,3)	(0,9 - 2,1)	(28,1 - 32,6)	(20,7 - 25,0)	(32,7 - 38,3)	(32,7 - 38,6)	(0,3 - 1,1)	(0,2 - 0,7)
<b>Quintil de hogares según ingreso por unidad consumidora</b>	1	28,7	36,6	1,2	1,3	37,1	28,9	32,1	32,7	0,8	0,6
		(25,7 - 31,9)	(33,0 - 40,2)	(0,7 - 2,3)	(0,7 - 2,2)	(34,5 - 39,8)	(25,6 - 32,3)	(29,3 - 35,1)	(29,0 - 36,6)	(0,4 - 1,6)	(0,3 - 1,2)
	2	33,2	38,1	0,7	0,9	25,4	22,0	40,5	38,6	0,3	0,4
		(30,2 - 36,2)	(34,9 - 41,4)	(0,4 - 1,1)	(0,5 - 1,5)	(22,7 - 28,3)	(19,4 - 24,9)	(37,4 - 43,6)	(35,8 - 41,6)	(0,2 - 0,5)	(0,1 - 1,0)
	3	32,6	39,5	1,3	0,9	20,3	16,9	45,0	42,2	0,7	0,6
		(29,9 - 35,5)	(36,0 - 43,0)	(0,7 - 2,5)	(0,5 - 1,7)	(18,2 - 22,6)	(14,4 - 19,6)	(42,0 - 48,1)	(38,8 - 45,7)	(0,4 - 1,4)	(0,2 - 1,6)
4	35,0	41,5	1,0	1,1	13,2	10,0	50,0	46,1	0,8	1,2	
	(32,0 - 38,2)	(38,6 - 44,6)	(0,6 - 1,6)	(0,6 - 2,2)	(11,2 - 15,4)	(8,2 - 12,1)	(46,9 - 53,1)	(42,7 - 49,7)	(0,4 - 1,5)	(0,6 - 2,2)	
5	37,7	44,7	1,4	1,4	7,6	5,0	52,4	47,6	1,0	1,4	
	(35,0 - 40,5)	(41,5 - 47,9)	(0,8 - 2,3)	(0,8 - 2,4)	(6,2 - 9,3)	(3,8 - 6,5)	(49,4 - 55,3)	(44,5 - 50,7)	(0,6 - 1,6)	(0,8 - 2,4)	

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas de la DNAIENT en base a datos de la ENFR 2018. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2021.

**argentina.gob.ar/salud**  
**0800.222.1002**



Ministerio de Salud  
Argentina

***primero***  
***la gente***