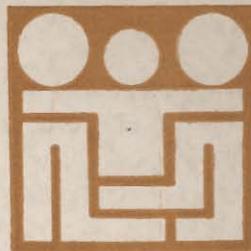


ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA



ENCUESTA DE MORBILIDAD

SERIE 6 Nº 1

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION DEL AREA METROPOLITANA

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
MORBILIDAD
UTILIZACION DE LOS RECURSOS
GASTO EN SALUD

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA
ASOCIACION DE FACULTADES DE MEDICINA
ORGANIZACION PANAMERICANADE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA

SERIES

Serie 1: Estudios demográficos

Serie 2: Recursos en operación

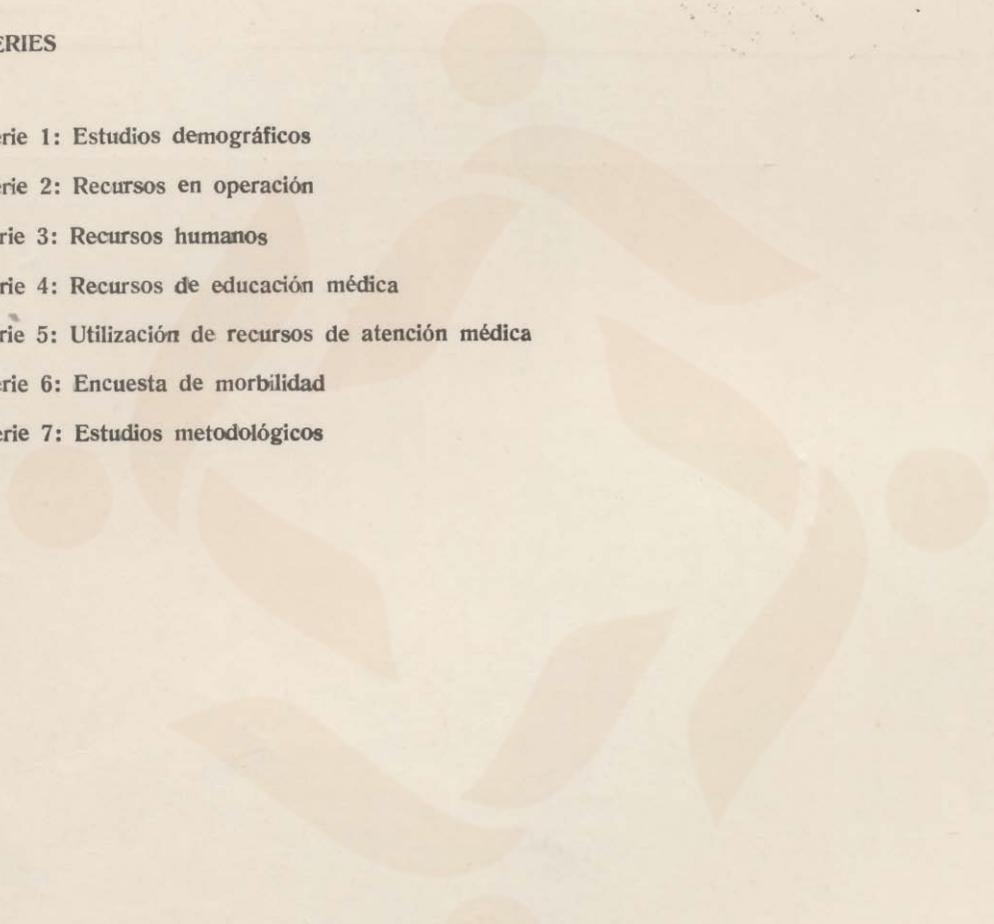
Serie 3: Recursos humanos

Serie 4: Recursos de educación médica

Serie 5: Utilización de recursos de atención médica

Serie 6: Encuesta de morbilidad

Serie 7: Estudios metodológicos



**INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA**



SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
ASOCIACION DE FACULTADES DE MEDICINA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

**ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION
DEL AREA METROPOLITANA**

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

MORBILIDAD

UTILIZACION DE LOS RECURSOS

GASTO EN SALUD



~~DIRECCION NACIONAL DEL
DERECHO DE AUTOR
Nº. 1.165.669~~

BUENOS AIRES

REPUBLICA ARGENTINA

ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA

CONSEJO DIRECTIVO

Subsecretario de Salud Pública

Prof. Dr. Mario M. Brea

*Presidente de la Asociación
de Facultades de Medicina*

Prof. Dr. Félix Sarria Deheza

*Jefe de la Zona IV de la Organización
Panamericana de la Salud*

Dr. Emilio Budnik

DIRECCION

Director Ejecutivo

Dr. Carlos Ferrero

Director Asistente

Dalton M. Hamilton

JEFES Y ASISTENTES DE PROYECTOS

Dr. Carlos Alvarez Herrera, Sr. Adolfo Chorny, Dr. Floreal Ferrara, Lic. Leopoldo Halperin, Lic. Alicia Masautis, Lic. Sara Novaro, Dr. José María Paganini, Lic. Ana Rothman, Dr. Luis Vera Ocampo, Dr. Eduardo Zibecchi, Lic. Cristina Cacopardo, Lic. María Arruñada, Lic. Margarita Bernacchi y Lic. Beatriz Cusnir.

CONSTITUCION DEL GRUPO DE ANALISIS

DIRECCION

Carlos Ferrero

COORDINACION

Daiton M. Hamilton, Sara Novaro

GRUPOS DE TRABAJO

POBLACION

Cristina Cacopardo, María Arruñada, Celia Baldatti,
Susana Checa, Elsa López, Ana Rothman

MORBILIDAD

Carlos Alvarez Herrera, Leopoldo Halperin, Dalton M.
Hamilton, Alicia Masautis

UTILIZACION DE RECURSOS

Margarita Bernacchi, José María Paganini y Eduardo
Zibecchi

GASTO EN SALUD

Sara Novaro, Adolfo Chorny, Leopoldo Halperin, Luis
Vera Ocampo

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

CONTENIDO

	Pág.
Introducción	7
I. POBLACIÓN	9
Introducción	11
Familia	11
—Constelación familiar	11
—Tamaño de familia	16
—Hacinamiento	17
Nivel de vivienda	18
Individuos	19
—Sexo y edad	20
—Estado conyugal	23
—Alfabetismo	25
—Actividad económica	27
—Condición de migración	41
—Población encuestada personalmente y por informante	45
Conclusiones	48
Anexo I. Aspectos metodológicos	49
Anexo II. Tablas	63
II. MORBILIDAD	75
Consideraciones metodológicas	77
—Variables y definiciones	77
—Criterio para la caracterización de la percepción de morbilidad ..	79
—Del agrupamiento de las percepciones de enfermedad y de los accidentes (<i>en las dos últimas semanas</i>)	82

	<u>Pág.</u>
De la percepción	89
—Percepción de morbilidad	89
—Enfermedades crónicas	96
—Impedimentos o invalidez	98
—Consulta manifestada frente a la percepción de morbilidad	101
—La morbilidad en relación con las variables socio-económicas	104
Lo percibido en las dos últimas semanas	107
Enfermedades crónicas	121
Impedimentos o invalidez	130
Características de la población que consumió medicamentos	131
—Tipos de medicamentos consumidos	132
Anexo. Cuadros	139
 III UTILIZACIÓN DE RECURSOS	 149
Introducción	151
Afiliación a sistemas de atención médica	153
Consulta médica	157
Análisis de los indicadores	158
Utilización de los recursos de internación	169
Utilización de la consulta odontológica	177
Utilización o consumo de medicamentos	182
Utilización de servicios auxiliares de diagnóstico	188
Utilización del recurso farmacéutico y de enfermera	192
Utilización de recursos	194
Anexo. Tablas de utilización de recursos	201
 IV. GASTO EN SALUD	 223
Introducción	225
Análisis metodológico de la información: definiciones de variables, fuente de información, limitaciones	225
Análisis del gasto de las familias	228
Gasto por internación	237
Pago por consulta médica	241
Anexo. Tablas de gasto en salud	245

INTRODUCCION

La Encuesta Nacional de Salud, E.N.S., es un procedimiento para la captación directa de datos acerca de las características de la necesidad y de la demanda de atención médica. Fue diseñada para proveer estimadores acerca de la morbilidad, del uso de los recursos y de un conjunto de la población por medio de dos estudios, relacionados entre sí: "Encuesta Domiciliaria" y "Evaluación Clínica".

Esta publicación se refiere a la Encuesta Domiciliaria.

En junio de 1969 comenzó el proceso de recolección de datos para la Encuesta Domiciliaria. Se utilizó el método de entrevistas domiciliarias a nivel familiar e individualmente a cada uno de sus miembros. El período de recolección duró dos años para los cinco centros urbanos seleccionados¹ y un año para las siete regiones de desarrollo² del país. La operación de campo concluyó en setiembre de 1971 habiéndose visitado a ciento seis mil personas. La población evidenció un alto grado de aceptación de la encuesta, 99,2 %, lo cual proveyó un alto crédito al procedimiento seguido.

Los propósitos de la E.N.S. fueron los siguientes:

- 1º Suministrar información importante para la planificación en Salud.
- 2º Ampliar y fortalecer la información obtenida por los sistemas permanentes de estadísticas de Salud.
- 3º Proporcionar elementos para adecuar los requerimientos curriculares de la educación profesional y médica a la naturaleza y magnitud de los problemas de salud del país y a sus inter-

relaciones con los factores económicos y sociales.

El diseño de la muestra utilizada puede consultarse en una publicación específica editada por la E.N.S. (Serie 7, Nº 4). Del mismo modo, existe una descripción de los objetivos iniciales, variables, cuestionarios, métodos de encuesta e instructivos para el trabajo en terreno en otra publicación (Serie 7 Nº 2).

La presente es la primera publicación de una serie de doce, una por cada área de tabulación ya mencionadas. Su contenido está dividido en cuatro capítulos: Población, Morbilidad, Utilización de los Recursos y Gasto en Salud. Los datos aquí utilizados corresponden al primer Ciclo de Encuestas cuyos datos fueron obtenidos entre junio de 1969 y junio de 1970 en el Area Metropolitana³. Allí se encuestaron 2190 viviendas y 6409 individuos.

Al grupo de personas que realizó esta tarea, con el apoyo de muchos más, le anima la convicción de hacer un aporte inédito, veraz y objetivo para la adopción de decisiones racionales en el campo de la Salud y de la Educación Médica.

1 Áreas urbanas correspondientes a: Gran Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, Tucumán y Rosario.

2 Patagonia, Comahue, Centro, Pampeana, Cuyo, N.E.A. y N.O.A.

3 Capital Federal y los 19 partidos que integran el "Gran Buenos Aires": Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Echeverría, Florencio Varela, General San Martín, General Sarmiento, Lanús, Lomas de Zamora, Matanza, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López, excluidas las islas del Delta.

I. POBLACION

Los 12 códigos elaborados sobre constelación familiar figuran a continuación:

- 1) Casado/a, más esposa/o.
- 2) Casado/a, más esposa/o, más otros parientes.
- 3) Casado/a, más esposa/o, más hijos.
- 4) Casado/a, más esposa/o, más hijos, y/u otros parientes.
- 5) Viudo/a, separado/a, divorciado/a.
- 6) Viudo/a, separado/a, divorciado/a, más otros parientes.
- 7) Viudo/a, separado/a, divorciado/a, más hijos.
- 8) Viudo/a, separado/a, divorciado/a, más hijos, y/u otros parientes.
- 9) Soltero/a.
- 10) Soltero/a, más otros parientes.
- 11) Soltero/a, más hijos.
- 12) Soltero/a, más hijos, y/u otros parientes.

Como supuesto general es de sostener que el tipo de constelación familiar predominante variará según el área en estudio: metropolitana, urbanas o rurales.

En lo que respecta al área metropolitana, podría sostenerse más específicamente que

el tipo de constelación predominante será el núcleo matrimonial con hijos, cuyo jefe consensual es varón en edad productiva.

Es de esperar una variación relativa de los distintos tipos de constelación según los niveles ocupacionales de los jefes y un tamaño medio de familia de alrededor de 3, en función de la hipotética predominancia del tipo de constelación de familia nuclear y de las características socio-económicas del área.

La variable constelación familiar, tal como fue categorizada, presenta una alta concentración en algunas categorías, quedando otras con limitado número de casos. En función de ello se agruparon las 12 categorías mencionadas en las 6 categorías siguientes (los números entre paréntesis corresponden al que tenían en la categorización más desagregada):

- 1) Núcleo matrimonial (1).
- 2) Núcleo matrimonial con hijos (3).
- 3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes (2 y 4).
- 4) Viudos, separados y divorciados con hijos y/u otros parientes (6, 7 y 8).
- 5) Viudo, separado y divorciado solo (5).
- 6) Soltero solo sin y con hijos y/u otros parientes (9, 10, 11 y 12).

CUADRO 1
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR,
Y SEXO DEL JEFE (%)

TIPO DE CONSTELACION	TOTAL	VARONES	MUJERES
Total	1.968	1.571	397
	100.0	100.0	100.0
(1) Núcleo matrimonial	13.6	16.9	0.5
(2) Núcleo matrimonial con hijos ...	41.7	52.1	0.8
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes	15.0	18.7	0.5
(4) Viudos, separados, con hijos y/u otros parientes	9.9	1.8	41.6
(5) Viudo, separado, divorciado solo.	5.5	1.8	20.1
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	14.3	8.7	36.5

Tal como se sostuvo en los supuestos y como se observa en el cuadro 1, el 42 % de las familias encuestadas se concentra en el tipo de constelación núcleo matrimonial con hijos, siguiendo en orden de importancia las familias de núcleo familiar con hijos y/u otros parientes y las familias cuyo jefe es soltero sin y con hijos y/u otros parientes. Es de notar el alto porcentaje que presentan en esta área los matrimonios solos.

Al analizar la variable sexo según constelación familiar, se encuentran diferencias importantes en todas las constelaciones. El 88 % de los jefes hombres se concentran, como era lógico de esperar, en las tres primeras categorías de constelación. Por el contrario los jefes mujeres predominan en las últimas tres (98 %). La gran proporción de jefas solteras mujeres —37 %— frente a la de varones —9 %— se explicaría por qué el servicio doméstico fue considerado como formando una familia independiente.

Si se analiza la distribución por edad en cada tipo de constelación (en el cuadro 2 se resumen a través del agrupamiento de edades y del porcentaje de jefes varones, los datos provenientes de las tablas 1a, b y c del Anexo) se observa que en los núcleos

matrimoniales sin hijos se acentúan las frecuencias en las edades más avanzadas, es decir, a partir de los 55 años se concentra casi el 50 % de esta constelación, tratándose de aquellos matrimonios cuyos hijos han formado otras unidades familiares. Como contrapartida, los núcleos matrimoniales con hijos se concentran entre los 25 y 55 años y los jefes viudos, separados, divorciados con o sin hijos y/u otros parientes entre los 45 y 65 años. Como en esta última categoría priman los viudos y separados con hijos, se explicaría el descenso relativo a partir de los 65 años, porque los hijos pasarían a ser los jefes consensuales o porque dejarían esa unidad familiar. Los jefes solteros con o sin hijos y/u otros parientes es la única constelación donde se observa una proporción alta de menores de 25 años.

Si se comparan las tablas por sexo (Anexo, tablas 1b y 1c) se observa que en el caso de las tres primeras categorías, la casi ausencia de jefes mujeres hace que el comportamiento del total refleje esencialmente el de los jefes varones. En las constelaciones restantes el caso más sobresaliente es la gran concentración de jefes solteras en menores de 25 años, lo que reforzaría lo dicho antes acerca del servicio doméstico.

CUADRO 2

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR, GRUPOS DE EDAD DEL JEFE Y PROPORCION DE JEFES VARONES (%)

TIPO DE CONSTELACION	GRUPOS DE EDAD				% Jefes varones
	Total	Hasta 24	25-54	55 y más	
Total	1.968				
(1) Núcleo matrimonial	100.0	4.9	61.2	33.9	79.8
(2) Núcleo matrimonial con hijos	267				
	100.0	3.8	47.2	49.0	99.2
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes.	821				
	100.0	2.0	76.0	22.0	99.6
(4) Viudos, separados con hijos y/u otros parientes.	296				
	100.0	1.7	69.5	28.8	99.3
(5) Viudo, separado, divorciado solo	194				
	100.0	—	42.8	57.2	14.3
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes	108				
	100.0	1.9	21.9	76.2	25.9
	282				
	100.0	22.5	49.3	28.2	48.6

La proporción de jefes varones sintetiza lo señalado con anterioridad, es decir neto predominio de hombres en las tres primeras constelaciones; de mujeres en las constelaciones 4 y 5 debido a la sobremortalidad masculina en las edades más avanzadas; y equilibrio de sexos en la constelación de solteros, dado que se compensa el exceso de mujeres en el grupo de menores de 25 años, con el exceso de varones a partir de esa edad.

CUADRO 3
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL
OCUPACIONAL DEL JEFE (%)

NIVEL OCUPACIONAL	FAMILIAS
Total	1.673 *
	100.0
1	27.0
2	32.0
3	21.9
4	11.3
5 y 6	7.4

* Se excluyen los casos de No sabe. No figura información por su alta magnitud (15 %).

Independientemente del tipo de constelación familiar (cuadro 3) se observa que el 60 % de los jefes se sitúan en los dos niveles ocupacionales más bajos, encontrándose la proporción mayor en el nivel 2. A partir del mismo descende el peso de las proporciones, especialmente en los últimos niveles, dado que se concentran en los niveles 4, 5 y 6 sólo el 19 % de los jefes de familia.

Es importante señalar que existe un 15 % de jefes para los cuales no figura información en alguno de los datos que integran el nivel ocupacional o no les correspondía el dato por ser jefes económicamente inactivos y que en el caso de que no se distribuyeran proporcionalmente a la información conocida, modificarían la distribución señalada.

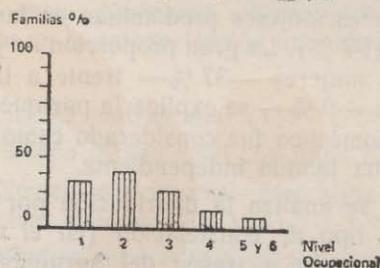
Al analizar el tipo de constelación familiar según el nivel ocupacional (cuadro 4), en primer lugar se observa que se confirma parcialmente lo dicho con anterioridad acerca de la predominancia de la familia nuclear

Tal como se señaló en la definición de variables, el nivel ocupacional es un índice que resulta de la posición que ocupa cada individuo dentro de la estructura ocupacional según cuatro criterios básicos: relación de dependencia, nivel de calificación, personal a cargo y tipo de trabajo.

Al considerar los niveles ocupacionales de los jefes de familia, se han agrupado los niveles 5 y 6, debido al pequeño número de casos (19) que presentaba el último nivel.

GRAFICO 1.

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE



Fuente: Cuadro 3

con hijos en el área metropolitana. Efectivamente, en todos los niveles ocupacionales se nota un peso decisivo —alrededor del 50 %— de dicha constelación. Pero esta incidencia no es tan neta en el nivel ocupacional 1 donde se observa, a diferencia de los otros niveles, un alto porcentaje en la constelación 6: solteros c/sin hijos y/u otros parientes, que como ya se señaló incluye al servicio doméstico.

Si se agrupan las constelaciones 3 y 4, que equivaldrían aproximadamente a lo que se conoce como familia extendida, no se notan diferencias según los distintos niveles ocupacionales, salvo en los niveles más altos donde descende el peso relativo.

Resumiendo, no se observan diferencias importantes de nivel ocupacional en los distintos tipos de constelación de esta área.

En el cuadro 5 se presenta la distribución de las familias encuestadas según tipo de constelación y nivel de ingreso total del jefe

CUADRO 4
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR
Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE (%)

TIPO DE CONSTELACION	NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	No sabe NFI
Total	1.968	451	543	366	189	124	295
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(1) Núcleo matrimonial	13.6	12.0	16.8	16.7	12.8	16.9	5.4
(2) Núcleo matrimonial con hijos	41.8	33.0	50.6	44.8	55.6	56.4	20.0
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes	15.0	14.7	17.1	16.9	18.0	9.7	9.8
(4) Viudos, separados con hijos y/u otros parientes	9.8	8.1	3.1	6.8	3.7	5.6	34.2
(5) Viudo, separado, divorciado, solo ..	5.5	5.3	3.1	4.1	1.0	0.8	16.6
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	14.3	26.9	9.3	10.7	9.0	10.5	13.9

de familia. Dicho ingreso resulta de sumar los ingresos obtenidos por la actividad principal más los obtenidos por cualquier otra fuente.

Una vez obtenidas las distribuciones de los ingresos de todos los jefes de familia, se confeccionaron 5 tramos en función de que en cada uno se ubicara el 20 % del total

CUADRO 5
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR
Y NIVEL DE INGRESO TOTAL DEL JEFE (%)

TIPO DE CONSTELACION	NIVEL DE INGRESO TOTAL					
	Total *	1	2	3	4	5
Total	1.801					
	100.0	19.4	21.7	19.6	20.6	18.7
(1) Núcleo matrimonial	260					
	100.0	18.0	24.6	22.5	15.7	19.2
(2) Núcleo matrimonial con hijos	782					
	100.0	5.5	20.0	22.5	26.3	25.7
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes	270					
	100.0	10.7	21.4	23.0	27.5	17.4
(4) Viudos, separados, divorciados y/u otros parientes	190					
	100.0	41.7	22.1	14.7	8.9	12.6
(5) Viudos, separados, divorciados, solos..	13					
	100.0	38.4	23.1	15.4	7.7	15.4
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes ..	286					
	100.0	51.1	23.8	9.8	10.8	4.5

* No se incluyen los casos de No sabe. No figura información de ingreso, que representa el 8.5 % del total.

de familias¹. De este modo los tramos quedaron comprendidos entre los siguientes valores:

- Nivel 1: hasta \$ 23.000
- Nivel 2: de \$ 23.001 a 35.000
- Nivel 3: de \$ 35.001 a 48.000
- Nivel 4: de \$ 48.001 a 70.000
- Nivel 5: de \$ 70.001 y más

De esta manera, prefijada la distribución según niveles de ingreso para el total de familias, se puede analizar en cuanto se diferencian los porcentajes de familias de cada constelación respecto al 20 % comprendido en cada tramo del total.

Es de notar en primer término (ver cuadro 5), que mientras las familias de los tipos de constelación 2 y 3 —núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes— tienden a concentrarse en los niveles de ingreso medios y altos, esta tendencia se invierte en las tres últimas constelaciones —viudos, separados, y solteros con o sin hijos y/u otros parientes—. En éstas existe una fuerte concentración en los dos primeros tramos, pero justamente en estas constelaciones se ubican predominantemente las categorías de jubilados, pensionados y retirados, que por su mayor edad son en su mayoría viudos. Además se añade el hecho de que la constelación de solteros incluye al servicio doméstico y esto incide en un alto valor relativo en el nivel de más bajo recursos.

Tamaño de familia

El tamaño medio de las familias encuestadas alcanza el valor de 3.4. El tamaño medio obtenido del Censo de Población de 1960 también fue de 3.4, aunque en este caso se hallaba incluido el servicio doméstico en la familia con la cual trabajaba².

La distribución de las familias según tamaño y nivel ocupacional del jefe se encuentra en la tabla 2 del Anexo. En el cuadro 6 se ofrece el valor resultante del tamaño medio.

¹ Se hace notar que los tramos de ingreso no guardan ninguna relación ni equivalencia con los niveles ocupacionales.

² Dirección Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población 1960. Tomo II, pág. 99.

CUADRO 6

TAMAÑO MEDIO DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE

NIVEL OCUPACIONAL	FAMILIAS	TAMAÑO MEDIO
Total	1.968	3.4.
1	451	3.1.
2	543	3.6.
3	366	3.4.
4	189	3.6.
5 y 6	124	3.8.
NS - NFI	295	3.1.

Dicho valor denota un tamaño medio reducido y que responde al valor esperado, ya que refleja el predominio del tipo de constelación familiar matrimonio con hijos y las pautas de baja fecundidad características de esta área.

Según los distintos niveles ocupacionales no se observan variaciones de peso y se ve que parecería existir una ligera tendencia al aumento de los tamaños medios a partir del nivel 3 y que el valor mínimo es el correspondiente al nivel ocupacional más bajo. En este último caso, nuevamente pesa el servicio doméstico considerado como familia de un miembro, ya que hipotéticamente si dicho sector se adjudicara a sus estructuras originales de parentesco, el valor correspondiente al nivel más bajo aumentaría sensiblemente.

CUADRO 7

TAMAÑO MEDIO DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL DE INGRESO MEDIO DE LOS PERCEPTORES DE LA FAMILIA

NIVEL DE INGRESO MEDIO	FAMILIAS	TAMAÑO MEDIO
Total	1.968	3.4.
1	389	2.7.
2	365	3.3.
3	383	3.5.
4	343	3.6.
5	350	3.5.
NS - NFI	138	3.2.

Para relacionar con el tamaño medio de las familias, se tomó el ingreso medio de los perceptores como una medida que al tener en cuenta a todos los miembros que perciben, refleja mejor la situación económica media de la familia.

Los ingresos medios de los perceptores fueron también agrupados en 5 tramos, cada uno de los cuales incluye aproximadamente el 20 % de las familias y cuyos límites son los siguientes:

- Nivel 1: hasta \$ 23.000
- Nivel 2: de \$ 23.001 a 30.000
- Nivel 3: de \$ 30.001 a 40.000
- Nivel 4: de \$ 40.001 a 60.000
- Nivel 5: de \$ 60.001 y más

Nuevamente se observa (ver cuadro 7) la misma ligera tendencia de aumento del tamaño medio de familia a medida que crece el nivel de ingreso medio de los perceptores y también se nota, aunque en forma más acentuada, que el tamaño medio mínimo corresponde al nivel de ingreso más bajo. Además véase que el valor para los No sabe - No figura información, se encuentra dentro de los límites de los valores conocidos.

En resumen, se insinúa un mismo tipo de relación directa entre tamaño medio de la familia y el nivel ocupacional o el nivel de ingreso. Por otro lado parece tratarse de un área relativamente homogénea en lo que hace

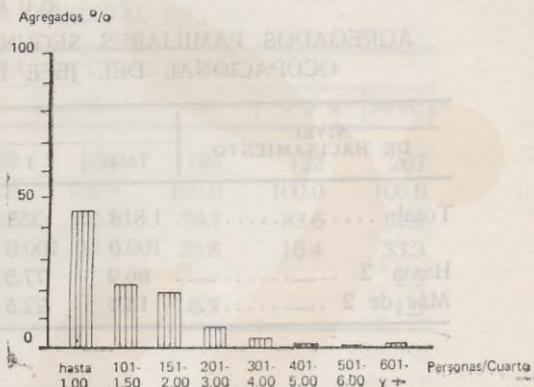
a algunas características demográficas como ser tipo de constelación y tamaño medio de la familia, no observándose en consecuencia diferencias importantes entre dichas variables y las variables socio-económicas consideradas.

Hacinamiento

Para el nivel de hacinamiento se toma como unidad de análisis los agregados familiares, es decir el conjunto de familias que integran una unidad de vivienda.

GRAFICO 2.

AGREGADOS FAMILIARES SEGUN NUMERO DE PERSONAS POR CUARTO



Fuente: Cuadro 8

CUADRO 8

AGREGADOS FAMILIARES SEGUN TAMAÑO Y NUMERO DE PERSONAS POR CUARTO (%)

NIVEL DE HACINAMIENTO	TAMAÑO						
	Total	1	2	3	4	5	6 y +
Total	1.818	153	382	401	412	244	227
Hasta 1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1.01 - 1.50	46.5	100.0	77.7	57.2	28.0	12.3	9.2
1.51 - 2.00	21.4	—	0.3	31.0	38.2	19.7	26.4
1.51 - 2.00	19.0	—	22.0	—	26.0	43.9	20.7
2.01 - 3.00	7.8	—	—	11.8	—	18.0	22.0
3.01 - 4.00	3.4	—	—	—	7.8	—	12.8
4.01 - 5.00	1.2	—	—	—	—	6.1	3.1
5.01 - 6.00	0.3	—	—	—	—	—	2.6
6.01 y más	0.4	—	—	—	—	—	3.1

Al analizar la distribución de los agregados familiares según la relación persona-cuarto (ver cuadro 8), se observa que el 68 % de los mismos se concentra en hasta 1.50 persona por cuarto, considerado un nivel adecuado de habitabilidad. En la categoría de 1.51 - 2.00 personas por cuartos, que ya entra en condiciones consideradas límites de hacinamiento se encuentra el 19 % de los agregados y a partir de 2.01 personas por cuarto concentra el 13 %. Este último valor traducido en número de personas que componen los agregados, equivale a decir que alrededor de 1.600.000 individuos en

el área metropolitana viven en condiciones de hacinamiento.

Considerando la relación entre tamaño del agregado y el número de personas por cuarto, se observa que a medida que aumenta el tamaño de los agregados aumenta la importancia relativa de las categorías correspondientes a mayor nivel de hacinamiento. Es decir, mientras que para el total de casos en la categoría de 2 y más personas por cuarto se ubica el 13 % de los agregados, en los agregados de cinco miembros, para esta categoría de hacinamiento se obtiene un 24 % y para los agregados de seis y más miembros el elevado valor de 44 %.

CUADRO 9

AGREGADOS FAMILIARES SEGUN NIVEL DE HACINAMIENTO Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA PRINCIPAL (%)

NIVEL DE HACINAMIENTO	NIVEL OCUPACIONAL						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	NS-NFI
Total	1.818	355	530	358	186	122	267
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hasta 2	86.9	77.5	82.3	92.7	97.4	97.5	95.1
Más de 2	13.1	22.5	17.7	7.3	2.6	2.5	4.9

Para analizar el hacinamiento según el nivel ocupacional se considera a la primera variable en sólo dos categorías (ver cuadro 9), tomándose en este caso a la categoría de hasta 2 personas por cuarto como indicadora de no hacinamiento.

Se ve que en la categoría de más de 2 personas por cuarto se encuentra el 22 % y 18 % de los agregados pertenecientes a los niveles ocupacionales más bajos, mientras que en los niveles más altos los porcentajes son de sólo un 3 %. Esto indica una diferencia cuantitativa muy importante en cuanto al número de personas que viven hacinadas y en relación a su ubicación ocupacional, ya que en los niveles bajos reúnen a 885 agregados y los niveles altos a sólo 308.

Resumiendo, si bien en esta área, la más desarrollada del país desde el punto de vista económico-social, debiera encontrarse que la población habitara prácticamente en su totalidad en condiciones adecuadas, se ob-

serva que parte muy considerable de la misma vive en estado de hacinamiento y que ello es mucho más acentuado para los niveles populares y para los agregados de mayor tamaño.

Nivel de vivienda

El índice de vivienda utilizado en la encuesta fue construido tomando en cuenta las variables que se consideran más relevantes respecto a la salud de la población.

Se realizaron combinaciones de las variables referidas a vivienda que se recogieron y se construyó un índice sumatorio de 45 valores, cuyos puntos límites son 0 y 150. En el índice a cada variable o conjunto de ellas se les asignó un peso diferencial. Las variables tomadas en cuenta fueron: a) provisión de agua y servicios higiénicos, b) hacinamiento y c) materiales de construcción de la vivienda. Puesto que se consideraron sólo estas variables, el índice discrimina solamen-

te las viviendas que van desde los niveles buenos o en condiciones de habitabilidad básicas a los que podrían considerarse niveles malos o precarios. Así el cero, que es el puntaje máximo, sólo indica que esa vivienda es habitable. Por lo tanto, puede decirse que se trabajó con la mitad de una escala en cuyo extremo superior no se tomó lo óptimo sino lo habitable. (Para mayor ampliación sobre la construcción del índice de vivienda véase los Aspectos Metodológicos).

Para analizar el nivel de vivienda se cruzó el índice con la variable socio-económica nivel ocupacional del jefe de la familia principal.

Los valores del índice se agruparon en tres categorías: 0 a 13, que incluyen a las viviendas en buenas condiciones de habitabilidad; 16 a 130, que incluyen a las que se encuentran en condiciones regulares, y de 133 a 150, que incluyen a las viviendas en malas condiciones y a las viviendas precarias.

CUADRO 10

AGREGADOS FAMILIARES SEGUN NIVEL DE VIVIENDA Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA PRINCIPAL (%)

NIVEL VIVIENDA	NIVEL OCUPACIONAL						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	NS-NFI
Total	1.818	355	530	358	186	122	267
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0- 13	51.6	29.3	38.5	62.6	73.7	83.6	62.6
16- 130	44.1	60.0	57.5	35.2	25.8	16.4	33.3
133- 150	3.8	10.4	3.6	1.7	—	—	2.6
NS- NFI	0.5	0.3	0.4	0.5	0.5	—	1.5

En el cuadro 10 se observa que, independientemente del nivel ocupacional, sólo el 52 % de las viviendas se ubica en el nivel superior; no debe olvidarse que este nivel sólo indica condiciones básicas de viviendas y de ningún modo un óptimo. El porcentaje restante se concentra casi en su totalidad en los niveles regulares, el 44 % obtenido se distribuye dentro de su propia categoría en forma no uniforme, ya que el 74 %¹ de los casos de esta categoría se encuentra en la primera mitad de la misma, es decir más próximo del nivel superior. En cuanto a los niveles precarios representan un 4 % de las viviendas.

Al analizar el nivel de vivienda en relación al nivel ocupacional se pone de manifiesto que sin excepción a mayor nivel ocupacional corresponde mejor nivel de vivienda. En los niveles ocupacionales 1 y 2 los valores más altos se encuentran en los niveles

regulares de viviendas, pero también son los únicos niveles ocupacionales junto con el nivel 3, en los que aparecen casos de viviendas precarias, siendo notoria la frecuencia de un 10.4 % en el nivel ocupacional más bajo.

Si bien a partir del nivel ocupacional 3 las frecuencias más altas se concentran en la primera categoría habitacional, debe notarse la existencia de frecuencias relativamente altas en los niveles de viviendas regulares.

INDIVIDUOS

Para analizar las características de los individuos encuestados se han considerado los siguientes rubros: sexo y edad, estado conyugal, alfabetismo y educación, actividad económica, condición de migración, y por último la condición informante-no informante que contempla la comparación de características demográficas y económicas de ambos universos.

¹ Obtenido en base al tabulado original.

Sexo y edad

A efectos de comparar la estructura por edad y sexo obtenida de esta encuesta con los datos provenientes del Censo Nacional de Población de 1960¹ y de la Encuesta de Empleo y Desempleo², se incluye también

a la población no encuestable en los cuadros 11, 12 y 13. Para esta población particular se dispone exclusivamente de los datos de edad y sexo, ya que por razones metodológicas estos casos fueron considerados como no encuestables.

CUADRO 11
POBLACION CENSADA EN 1960 Y POBLACION ENCUESTADA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (%)

GRUPOS EDAD	CENSO 1960 ¹			ENCUESTA *		
	T	V	M	T	V	M
Total	6.739.045	3.274.309	3.464.736	6.588	3.169	3.419
	100.0	48.6	51.4	100.0	48.1	51.9
0- 4	8.2	4.2	4.0	8.5	3.9	4.6
5- 9	7.9	4.0	3.9	8.0	4.4	3.6
10-14	7.6	3.8	3.8	7.0	3.7	3.3
15-19	7.3	3.5	3.8	8.0	3.9	4.1
20-24	7.3	3.5	3.8	7.9	3.6	4.3
25-29	8.2	4.0	4.2	7.9	3.8	4.1
30-34	8.7	4.2	4.5	6.9	3.4	3.5
35-39	8.4	4.1	4.3	7.5	3.7	3.8
40-44	7.0	3.4	3.6	7.3	3.4	3.9
45-49	7.0	3.4	3.6	7.0	3.5	3.5
50-54	6.2	3.0	3.2	5.5	2.6	2.9
55-59	5.3	2.6	2.7	5.7	2.6	3.1
60-64	4.0	1.9	2.1	4.7	2.0	2.7
65-69	2.9	1.3	1.6	3.2	1.6	1.6
70-74	2.0	0.9	1.1	2.2	0.8	1.4
75 y +	1.9	0.8	1.1	2.7	1.1	1.6
Desconoc.	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1

¹ Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos. Op. cit. pág. 6.

* Incluye los no encuestables

Se observa que la distribución por grupos quinquenales se ajusta con muy ligeras variaciones a la que presentaba el área metropolitana en 1960 (cuadro 11) y también a la obtenida recientemente en la muestra de la Encuesta de Empleo y Desempleo por grupos decenales (cuadro 12).

Con respecto al Censo de 1960 las variaciones más importantes se encuentran entre

las 30 y 39 años, grupo que podría estar afectado por movimientos migratorios.

En general, puede afirmarse que no se verifican entre 1960 y la fecha de la encuesta cambios importantes en la composición por edad y sexo de esta área¹.

Además, si se comparan por grandes grupos de edades los porcentajes en relación a cada sexo (ver cuadro 13), se observa que

¹ Dirección Nacional de Estadísticas y Censos. Op. cit., pág. 6.

² Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Empleo y Desempleo. Gran Buenos Aires. (Datos de julio de 1969).

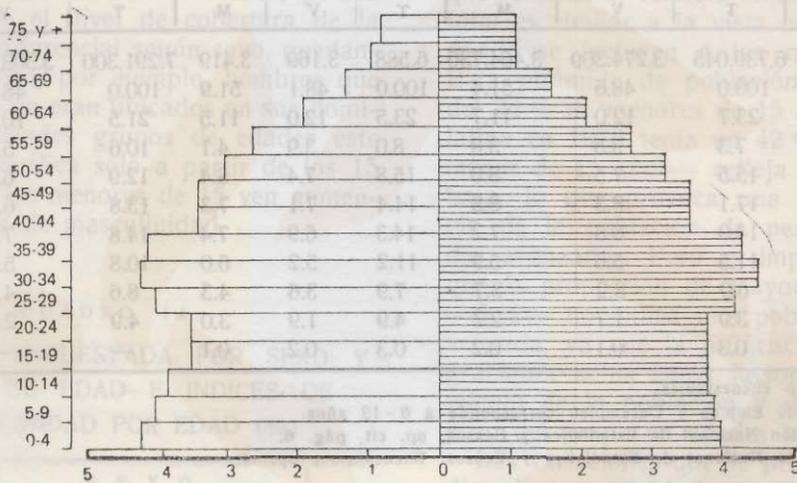
¹ De acuerdo al muestreo realizado, la proporción o razón buscada estará dentro de los siguientes intervalos, con una probabilidad del 95 %:

(Continúa en la pág. 22)

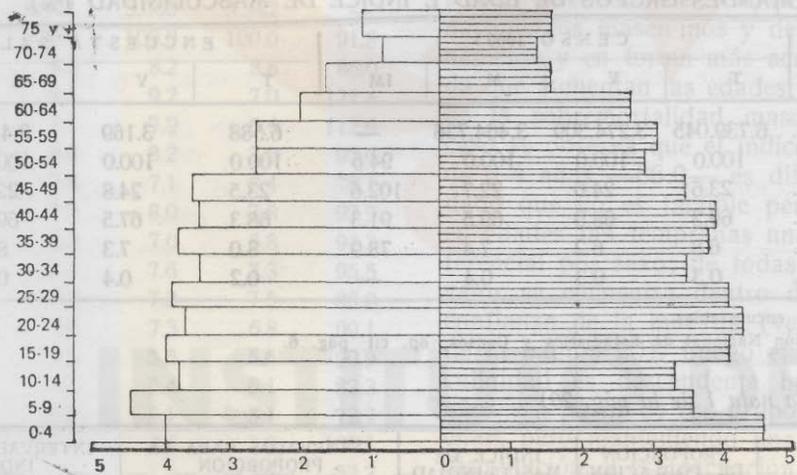
GRAFICO 3

PIRAMIDES DE LA POBLACION CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, EXPRESADAS EN PORCENTAJES

CENSO 1960



ENCUESTA



□ Varones
 ▨ Mujeres

Fuente: Cuadro 11

los menores de 15 años presentan valores similares mientras que aumentó la población de edades avanzadas, siendo esto más acen-

tuado para las mujeres. Esto indicaría que continúa el proceso de envejecimiento de la población.

CUADRO 12

POBLACION CENSADA EN 1960 Y POBLACIONES DE LA ENCUESTA DE SALUD Y DE EMPLEO Y DESEMPLEO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (%)

GRUPOS DE EDAD	CENSO 1960 ¹			ENCUESTA SALUD *			ENCUESTA EMPLEO Y DESEMPLEO ²		
	T	V	M	T	V	M	T	V	M
Total	6.739.045	3.274.309	3.464.736	6.588	3.169	3.419	7.291.300	3.503.700	3.787.600
	100.0	48.6	51.4	100.0	48.1	51.9	100.0	48.1	51.9
0-14 **	23.7	12.0	11.7	23.5	12.0	11.5	21.5	10.9	10.6
15-19	7.3	3.5	3.8	8.0	3.9	4.1	10.6	5.4	5.2
20-29	15.5	7.5	8.0	15.8	7.4	8.4	12.9	6.5	7.4
30-39	17.1	8.3	8.8	14.4	7.1	7.3	13.8	6.4	7.4
40-49	14.0	6.8	7.2	14.3	6.9	7.4	14.8	7.0	7.8
50-59	11.5	5.6	5.9	11.2	5.2	6.0	10.8	5.5	6.3
60-69	6.9	3.2	3.7	7.9	3.6	4.3	8.6	4.2	4.4
70 y +	3.9	1.7	2.2	4.9	1.9	3.0	4.9	2.1	2.8
Desconoc.	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	—	—	—

* Incluye los no encuestables.

** En Encuesta de Empleo y Desempleo corresponde a 0-13 años.

¹ Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, op. cit. pág. 6.

² Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta..., op. cit.

CUADRO 13

POBLACION CENSADA EN 1960 Y POBLACION ENCUESTADA POR SEXO Y GRANDES GRUPOS DE EDAD E INDICE DE MASCULINIDAD (%)

GRUPOS DE EDAD	CENSO 1960 ¹				ENCUESTA SALUD *			
	T	V	M	IM	T	V	M	IM
Total	6.739.045	3.274.309	3.464.736	—	6.588	3.169	3.419	—
— 15	100.0	100.0	100.0	94.6	100.0	100.0	100.0	92.7
15-64	23.6	24.6	22.7	102.6	23.5	24.8	22.2	104.3
65 y +	69.3	68.9	69.5	91.3	68.3	67.5	69.0	90.5
Desconoc.	6.8	6.2	7.4	78.9	8.0	7.3	8.7	76.1
	0.3	0.3	0.4	—	0.2	0.4	0.1	—

* Incluye los no encuestables.

¹ Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, op. cit. pág. 6.

(Continuación de la nota 1 de la pág. 20)

GRUPOS DE EDAD	PROPORCION DE POBLACION	INDICE DE MASCULINIDAD	INTERVALOS PARA LA PROPORCION DE POBLACION	INTERVALOS PARA EL INDICE DE MASCULINIDAD
0-4	8.5	87.4	7.7 < P < 9.3	70.4 < IM < 104.4
5-14	15.0	118.2	13.8 < P < 16.2	102.2 < IM < 134.2
15-24	16.0	89.4	15.0 < P < 17.0	77.0 < IM < 101.8
25-44	29.6	92.7	28.6 < P < 30.6	87.1 < IM < 103.9
45-64	22.9	88.8	21.3 < P < 24.5	82.6 < IM < 95.0
65 y +	8.0	76.2	7.2 < P < 8.8	66.2 < IM < 86.2

Respecto al índice de masculinidad total —que mide la proporción de varones por cada 100 mujeres— se percibe un ligero descenso del mismo o sea que habría un aumento en la proporción de mujeres. Nótese que el valor del índice obtenido en el Censo de Población de 1970¹ es de 94.2, o sea que se observa un descenso, pero mucho menos acentuado. Por lo tanto, podría suponerse que el nivel de cobertura de la encuesta fue diferencial según sexo, quedando sin encuestar, por ejemplo, hombres que vivían solos y no eran ubicados en sus domicilios. Por grandes grupos de edades este descenso se verifica sólo a partir de los 15 años, ya que los menores de 15 ven aumentado su índice de masculinidad.

CUADRO 14
POBLACION ENCUESTADA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD E INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD (%)

DE EDAD GRUPOS	S E X O			I M
	Total	Varones	Mujeres	
Total	6.411	3.069	3.342	—
	100.0	100.0	100.0	91.8
0- 4	8.5	8.2	8.8	86.0
5- 9	8.1	9.2	7.0	121.4
10-14	7.1	7.9	6.4	112.6
15-19	8.0	8.2	7.9	95.0
20-24	7.8	7.1	8.4	78.1
25-29	7.9	8.0	7.8	93.9
30-34	6.9	7.0	6.8	94.3
35-39	7.4	7.6	7.3	95.5
49-44	7.3	7.2	7.5	88.0
45-49	7.0	7.3	6.8	99.1
50-54	5.5	5.5	5.6	90.9
55-59	5.8	5.4	6.1	82.3
60-64	4.6	4.1	5.1	72.7
65-69	3.2	3.4	3.0	106.1
70-74	2.2	1.9	2.7	52.7
75 y +	2.5	2.2	2.8	71.6
Desconoc. ..	0.1	0.1	—	—

En el cuadro 14 se puede analizar la estructura relativa por edad y sexo (para la estructura en números absolutos ver tabla 3 del Anexo) e índices de masculinidad de la población encuestada, es decir con exclusión de los no encuestables. Se ve que salvo en el grupo de edad 20-25 años que está más afectado por la exclusión de los jóvenes que realizan el servicio militar, la estructura total es similar a la vista en el cuadro 11, donde se incluyen a los no encuestables. Esta pirámide de población con alrededor del 24 % de menores de 15 años —América latina en 1970 tenía un 42 % de población menor de 15 años— refleja una fecundidad baja, lo que provoca una mayor incidencia de la población de personas en edades avanzadas. Pero es importante señalar que la proporción de mayores de 65 años —8 %— no indica una población muy envejecida, ya que la influencia de las inmigraciones actúa como factor de rejuvenecimiento de la población y de allí el fuerte peso del grupo en edades activas.

Las variaciones que se producen en el índice de masculinidad por edad también son indicadoras de movimientos migratorios. En una población cerrada el índice comienza siendo alrededor de 104, por el exceso de nacimientos masculinos y desciende paulatinamente y en forma más acelerada a medida que aumentan las edades, como un efecto de la sobremortalidad masculina. En este caso se observa que el índice para el grupo de 0-4 años —86.0— es difícil de explicar dado que no es factible pensar que exista en edades tan tempranas una migración diferencial por sexo; de todas maneras dicho valor se encuentra dentro del intervalo de confianza de la muestra (ver nota 1 al pie de la página 20). Luego el índice de masculinidad es descendente hasta los 20-24 años y a partir de ese grupo los valores oscilan, pero manteniendo una tendencia a la disminución, y esa oscilación es la que estaría indicando la presencia de migraciones.

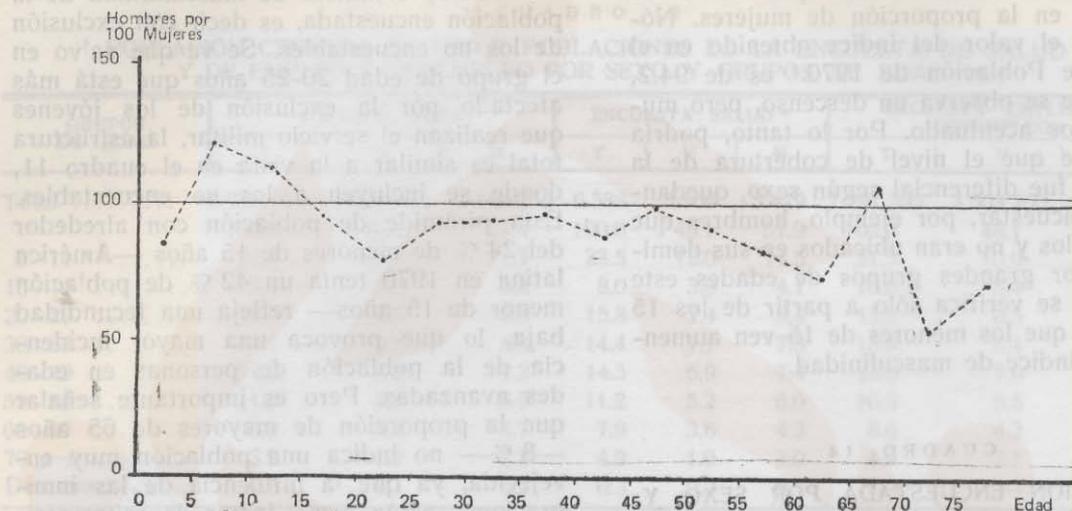
Estado conyugal

Con respecto al estado conyugal de la población encuestada de 12 años y más (ver cuadro 15), la mayor concentración se en-

¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas, 1970. Resultados Provisionales.

GRAFICO - 4 -

INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA.



Fuente: Cuadro 14

cuenta en la categoría "casados" con un 56 % del total, siguiéndole en importancia los solteros y los viudos.

Tomando en cuenta la variable sexo se observa que no se puede hablar de diferen-

cias importantes entre los casados, solteros y en unión consensual, donde siempre se observa una mayor proporción de hombres. En cambio, la sobremortalidad masculina incide en diferencias muy acentuadas entre los

CUADRO 15

POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA SEGUN SEXO Y ESTADO CONYUGAL (%)

ESTADO CONYUGAL	SEXO					
	CENSO 1960 1			ENCUESTA		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	5.445.426	2.618.410	2.827.016	5.169	2.437	2.732
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Casados	56.3	57.6	55.1	55.7	58.5	53.0
Solteros	34.3	36.9	32.0	33.0	35.7	30.7
Separ. o divorc. . .	0.7	0.6	0.9	1.1	0.6	1.6
Viudos	6.2	2.5	9.7	7.6	2.4	12.2
Unión consensual .	1.9	2.0	1.8	2.6	2.8	2.5
Desconocidos	0.6	0.4	0.5	—	—	—

1 Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, op. cit., pág. 14.

viudos, donde se registra una proporción bastante más alta para las mujeres.

Con respecto al censo de 1960 no se observan cambios importantes en las tres primeras categorías, pero sí se nota una mayor proporción de mujeres viudas y un aumento en ambos sexos del peso de la categoría en unión consensual. Dichos valores que de por sí son bajos en relación a otras poblaciones, pueden atribuirse a un real aumento de este estado conyugal o a que las personas encuestadas que corresponden a dicho estado se hallan declarado más fehacientemente en esta categoría.

Alfabetismo

Al analizar la relación de alfabetismo por sexo (ver cuadro 16) en la población encuestada mayor de 15 años, se observa en esta área una alta proporción de población alfabetizada y que los hombres se ven favorecidos respecto a las mujeres, por una menor cantidad de analfabetos. América latina tiene alrededor de un 33 % de población alfabetizada, en tanto que la proporción de analfabetos encuestados en el área metropolitana no alcanza al 4 %.

CUADRO 16
POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA
SEGUN SEXO Y CONDICION DE ALFABETIZACION (%)

ALFABETOS	SEXO					
	CENSO 1960 I			ENCUESTA		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	5.141.079	2.467.698	2.673.381	4.884	2.287	2.597
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Alfabetos	95.2	96.4	94.1	96.1	97.2	95.0
Analfabetos	4.0	2.8	5.1	3.9	2.8	5.0
Desconocidos	0.8	0.8	0.8	—	—	—

1 Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, op. cit., pág. 18.

Con respecto a las cifras resultantes del Censo de Población de 1960, prácticamente no se observan diferencias. Independientemente del sexo y en relación a la edad, la incidencia del analfabetismo es mayor a medida que aumenta la edad (ver Anexo, tabla 4), siendo mucho más acentuada esta diferencia en las personas más ancianas. Por ejemplo, el grupo de 15-24 años presenta sólo un 2 % de analfabetos, mientras que el grupo de 75 y más tiene un 23 %. En los grupos de edades jóvenes, es decir entre 15-44 años se observan pocas diferencias por sexo, siendo siempre la proporción de analfabetos mayor entre las mujeres; a partir de los 45 años la relación a favor de los hombres se vuelve bastante más acentuada.

Resumiendo, la proporción de analfabetos mantiene una relación directa con la edad y

esta relación es más acentuada para el sexo femenino.

Educación

Para analizar las características educacionales de la población se han considerado dos variables: nivel educacional alcanzado y continuidad en los estudios.

Para el nivel educacional más alto alcanzado se contemplan las siguientes categorías:

- a) Sin educación formal;
- b) Primaria incompleta;
- c) *Primaria completa*;
- d) Secundaria incompleta;
- e) Secundaria completa;
- f) Universitaria incompleta;
- g) Universitaria completa.

CUADRO 17

POBLACION ENCUESTADA DE 6 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO Y NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO (%)

NIVEL EDUCACIONAL	SEXO		
	Total	Varones	Mujeres
Total	5.753	2.753	3.000
	100.0	100.0	100.0
Sin educ.	6.0	5.0	7.0
Prim. inc.	33.8	32.8	34.6
Prim. comp. ...	32.8	32.0	33.6
Sec. inc.	13.3	15.0	11.7
Sec. comp.	7.7	6.2	9.0
Univ. inc.	3.4	4.6	2.3
Univ. comp. ...	2.2	3.2	1.3
Desconoc.	0.8	1.1	0.5

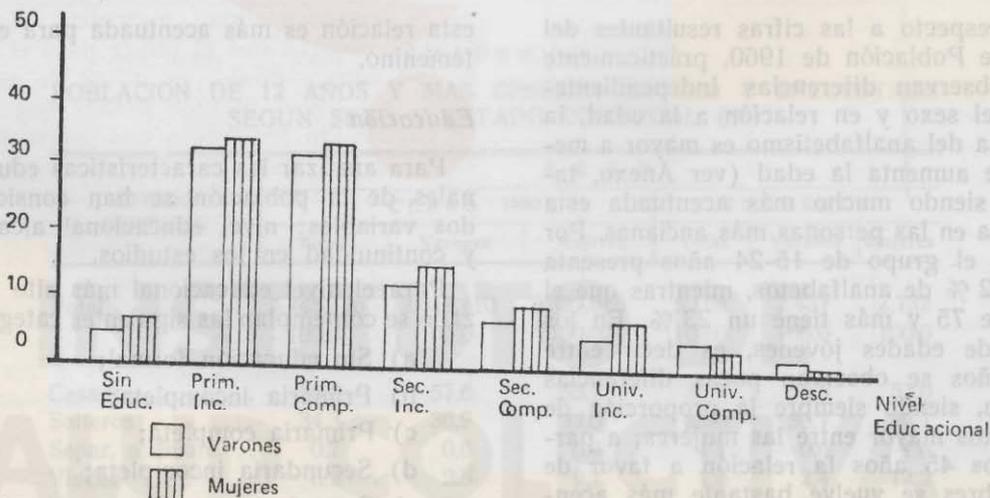
La población del área metropolitana de 6 años y más presenta una proporción baja, 6 % de personas que no tienen ningún tipo de educación formal. La población restante no se distribuye uniformemente en los distintos niveles ya que un 34 % del total no completa la primaria, el 33 % completa sólo el nivel primario, un 8 % sólo el nivel secundario y sólo un 2 % el universitario. Estas proporciones son similares para ambos sexos, siendo más acentuada la diferencia a favor de los hombres únicamente en los niveles universitarios.

En resumen, el panorama educacional del área refleja un número muy importante de personas que completa el ciclo primario, pero a medida que aumentan los niveles educacionales disminuye sensiblemente el número de los que completan el ciclo respectivo, siendo ello muy marcado para el nivel universitario.

GRAFICO 5

POBLACION ENCUESTADA DE 6 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO Y NIVEL EDUCACIONAL

Población %/o



Fuente: Cuadro 17

Como es evidente que los distintos niveles están influenciados por la edad, se analiza el comportamiento de los niveles alcanzados por grupo etario (ver Anexo, tabla 5).

En primer lugar se observa que en general a medida que aumentan las edades desmejoran las condiciones educacionales de la población. Las personas sin educación formal presentan un comportamiento muy diferencial por cohortes, ya que en el grupo de 55-74 años un 10 % no accedió a la educación y las personas de 75 y más años alcanzan a un 29 %. El ciclo primario —ya sea incompleto como completo—, mantiene pro-

porciones bastante estables en los distintos tramos de edades. En cambio en los niveles alcanzados de los ciclos secundario y universitario resulta claro que las cohortes de menores de 35 años tienen o tuvieron mayor accesibilidad a la educación media y superior que las personas que se encuentran en las edades más adultas.

En el cuadro 18 puede observarse a la población en edad escolar básica y media, dividida en dos grandes grupos que correspondían grosso modo a cada ciclo, clasificada según si asiste o no a establecimientos de enseñanza regular por sexo.

CUADRO 18

POBLACION ENCUESTADA DE 6 A 20 AÑOS SEGUN SEXO, GRUPOS DE EDAD Y CONTINUIDAD EN LOS ESTUDIOS* (%)

CONTINUIDAD	E D A D Y S E X O					
	6 - 12			13 - 20		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	610	324	286	769	376	393
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Continua	99.3	99.4	99.3	53.3	56.1	50.6
No continua	0.7	0.6	0.7	46.7	43.9	49.4

* Excluye a las personas sin educación.

Respecto a la continuidad en los estudios de la población que ha alcanzado algún nivel educacional se observa que, mientras prácticamente todo el grupo de 6 a 12 años continúa sus estudios y esto es igual para ambos sexos, en el grupo de 13 a 20 años el porcentaje de continuidad se reduce casi a la mitad, siendo esto un poco más acentuado en las mujeres.

Esta afirmación puede asociarse en cierta forma a lo visto anteriormente sobre los niveles educacionales que alcanza la población del área metropolitana, es decir mayor acceso a la educación primaria y en menor grado al nivel secundario.

Actividad económica

a) Condición de actividad

Para analizar la actividad económica de la población encuestada se ha tomado como

límite la edad de 10 años, en lugar de la edad 14 utilizada tradicionalmente por considerar que de este modo se refleja en forma más real el nivel de actividad.

En base a la población económicamente activa total se han calculado dos tasas: la tasa global de actividad o sea en relación a la población de 10 años y más y la tasa bruta de actividad o sea en relación a la población total.

La tasa global es una medida más refinada y útil para comparar entre áreas, ya que elimina los distintos pesos que tienen los menores de 10 años en la estructura por edad de cada población. En este caso se han calculado también las tasas brutas porque en otros trabajos demográficos se acostumbra usarlas y así se podrán efectuar comparaciones con los mismos.

El nivel de actividad de una población está íntimamente relacionado a su grado de

CUADRO 19

TASAS BRUTAS DE ACTIVIDAD (%) POR SEXO, EN PAISES CLASIFICADOS SEGUN SU GRADO DE INDUSTRIALIZACION, ALREDEDOR DE 1960

GRADO DE INDUSTRIALIZACION	SEXO		
	Total	Varones	Mujeres
Países industrializados	42.9	62.2	24.3
Países semiindustrializados.	39.5	57.8	21.2
Países agrícolas	40.3	55.2	25.4

Fuente: "Nations Unies. Aspects démographiques de la main d'oeuvre". New York, 1962.

industrialización y a lo que ello implica en cuanto a desarrollo de la agricultura; a la asistencia escolar; a los sistemas de seguridad social; a las pautas respecto al trabajo de la mujer; a la estructura por edad, etc. En el caso del área metropolitana las tasas brutas y globales por sexo se observan en el cuadro 20.

Los valores de las tasas brutas de actividad de la población encuestada se sitúan dentro de los correspondientes a los países industrializados (ver cuadro 19) y denotan una alta participación relativa de la mujer. La tasa bruta de actividad femenina para América latina en 1960 era de 12.9 %, aunque es necesario señalar que en los países en que predomina una economía agrícola doméstica se eleva también el nivel de participación de la mujer. El valor del área metropolitana de 29.3 % para 1969 marca una alta incorporación de la mujer al tra-

CUADRO 20

TASAS BRUTAS Y GLOBALES DE ACTIVIDAD (%) POR SEXO, DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS

TASA	SEXO		
	Total	Varones	Mujeres
Bruta	45.3	62.7	29.3
Global	54.3	76.0	34.8

CUADRO 21

TASAS GLOBALES DE ACTIVIDAD (%) POR SEXO, DE LA POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA

FUENTE	SEXO		
	Total	Varones	Mujeres
Censo 1960 ¹ ..	52.1	79.9	26.4
Encuesta	58.3	82.4	37.0

¹ Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, op. cit., pág. 72.

bajo urbano. Lógicamente al considerar las tasas globales de actividad calculadas en relación a una población más ajustada, la población económicamente activa, y por lo tanto más reducida, los valores de esas tasas aumentan sensiblemente.

Para comparar la evolución de las tasas globales por sexo entre 1960 y 1969, fecha de la encuesta, se ha tomado como límite inferior de edad los 15 años.

La tasa global de actividad ha aumentado como consecuencia de un aumento tanto de la actividad masculina como femenina, pero esta última ha sufrido un aumento relativo más importante y que responde al proceso de mayor entrada de las mujeres al mercado de trabajo. Para analizar cómo se comporta la actividad por edad y sexo y cómo es su evolución entre 1960 y la fecha de la encuesta, se calculan tasas específicas de actividad¹ por edad y sexo (ver cuadro 22). La distribución absoluta por edad y sexo de la población económicamente activa e inactiva se encuentra en el Anexo, tabla 6.

Al comparar las tasas por edad se observa que efectivamente el aumento de la actividad se da en todos los grupos de edades de ambos sexos. Llama la atención que dicho aumento se encuentre tan generalizado y en especial que involucre también a las edades marginales, por lo cual se puede suponer que:

- a) Al considerar la encuesta un período de referencia de un año para de-

¹ Miden la relación entre la población ocupada de un grupo de edad y sexo por cada 100 personas de ese grupo de edad y sexo.

TASAS ESPECÍFICAS DE ACTIVIDAD (%)
POR SEXO Y EDAD, DE LA POBLACION
CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA

EDAD	SEXO			
	CENSO 1960 1		ENCUESTA	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
10-14	—	—	15.3	7.4
15-19	64.2	39.1	68.0	48.7
20-24	88.3	51.0	88.5	63.1
25-29	96.7	36.4	98.8	56.1
30-34	98.0	29.0	99.5	38.6
35-39	98.0	26.4	98.7	36.9
40-44	96.2	26.0	99.1	41.6
45-49	93.5	23.2	96.9	39.4
50-54	82.6	17.6	92.9	31.4
55-59	60.3	12.9	76.0	19.7
60-64	41.4	9.2	48.8	15.1
65-69	29.6	6.8	36.2	12.1
70-74	20.8	4.8	14.6	3.3
75 y +	14.3	3.2	16.2	2.1

1 Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, op. cit., pág. 72

teciar la ocupación se ha sobrees-
timado el volumen de la población
económicamente activa.

- b) La encuesta haya recogido mejor in-
formación acerca de la condición de
actividad de las personas, dando
prioridad al hecho de estar realmen-
te ocupadas que al de pertenecer a
una categoría de inactivos.
- c) Con el aumento de la edad límite
para la jubilación ocurrido después
de 1960, aumentó el número de per-
sonas activas en edades altas.

En relación al punto a) cabe ahora se-
ñalar, como se indica en los aspectos me-
todológicos, otra limitación de considerar
un período de referencia tan largo es que
no permite medir el volumen de desocupa-
dos económicamente activos al momento de
la encuesta; tema que además no era objeto
de la misma. De hecho se ha obtenido sólo
un total de 15 desocupados varones y de 25
mujeres, con lo cual se remite la estimación

de la desocupación para cuando se analice
el grado de ocupación.

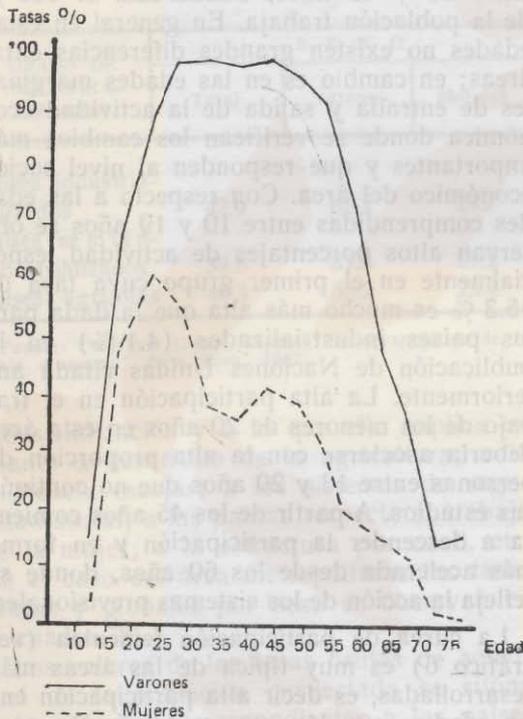
Las tasas de ocupación por edad mascu-
lina (ver gráfico 6), denotan plena partici-
pación en las edades más activas, es decir
entre 25 y 45 años, donde casi el 100 %
de la población trabaja. En general en estas
edades no existen grandes diferencias entre
áreas; en cambio es en las edades margina-
les de entrada y salida de la actividad eco-
nómica donde se verifican los cambios más
importantes y que responden al nivel socio-
económico del área. Con respecto a las eda-
des comprendidas entre 10 y 19 años se ob-
servan altos porcentajes de actividad, espe-
cialmente en el primer grupo cuya tasa de
15.3 % es mucho más alta que la dada para
los países industrializados (4.1 %) en la
publicación de Naciones Unidas citada an-
teriormente. La alta participación en el tra-
bajo de los menores de 20 años en esta área
debería asociarse con la alta proporción de
personas entre 13 y 20 años que no continúa
sus estudios. A partir de los 45 años comien-
za a descender la participación y en forma
más acelerada desde los 60 años, donde se
refleja la acción de los sistemas previsionales.

La curva de participación femenina (ver
gráfico 6) es muy típica de las áreas más
desarrolladas, es decir alta participación en-
tre edades muy jóvenes, que baja abrupta-
mente con el cambio de estado conyugal y
la maternidad y que vuelve a subir por un
corto período —entre los 40 y 50 años—,
lo cual marca la reintegración o la entrada
de muchas mujeres a la actividad, una vez
finalizada la crianza de sus hijos, por muer-
te de sus maridos u otras razones. Después
el descenso de la actividad es continuo y
acelerado.

Con respecto a la población económica-
mente inactiva la situación es muy clara (ver
gráfico 7), en el sentido de que los inacti-
vos varones hasta los 30 años son estudian-
tes y a partir de los 35 años son jubilados,
pensionados y retirados. En el caso de las
mujeres inactivas el principal aporte lo cons-
tituyen las amas de casa en todas las eda-
des, con disminuciones en las edades jóve-
nes por la presencia de estudiantes y en las
edades más altas por los jubilados, pensio-
nados, etcétera.

GRAFICO - 6 -

TASAS DE ACTIVIDAD (POR CIENTO) POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS.



Fuente: Cuadro 22

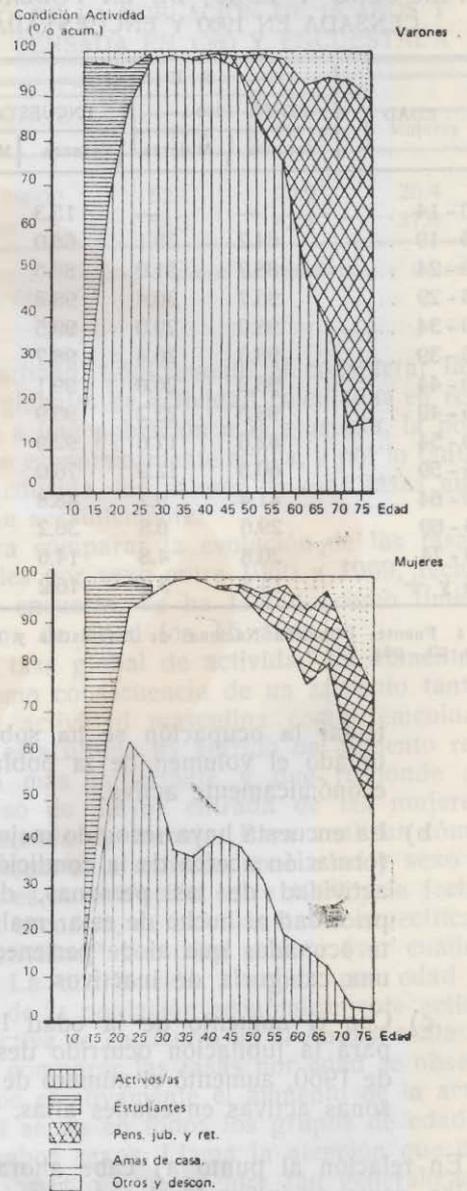
Para analizar el grado de ocupación se ha agrupado la cantidad de tiempo que la población ocupada ha trabajado durante el período de referencia —o sea un año— en: 0 a 5 meses y 6 a 12 meses (ver cuadro 23). El supuesto es que aquellos que no han llegado a estar ocupados la mitad del año deben considerarse como una aproximación a los desocupados.

Se observa un porcentaje relativamente alto —6% de la población— que no ha llegado a tener ocupación más de la mitad del año. Si a estos potencialmente desocupados se agregan los 40 individuos que se declararon como tales, el porcentaje aumenta al 7.2%.

Nótese que en el valor total están incluidos los casos de los grupos de edades de

GRAFICO - 7 -

POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS POR SEXO, EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD (VALORES RELATIVOS ACUMULADOS)



Fuente: Anexo, Tabla B.

10-14 y 15-24 años con 33% y 12%, respectivamente, que seguramente son en su mayoría aquellos que recién se incorporan a la fuerza del trabajo. De todos modos y

CUADRO 23

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE
10 AÑOS Y MAS SEGUN GRADO DE
OCUPACION Y GRUPOS DE EDAD (%)

EDAD	GRADO DE OCUPACION			
	Total	0-5 meses	6-12 meses	Desc.
Total	2.868			
	100.0	5.9	94.0	0.1
10 - 14	48			
	100.0	33.3	66.6	—
15 - 24	642			
	100.0	12.5	87.4	0.1
25 - 34	690			
	100.0	4.6	95.2	0.1
35 - 44	640			
	100.0	1.6	98.4	—
45 - 54	520			
	100.0	3.0	96.9	—
55 - 64	253			
	100.0	5.5	94.5	—
65 - 74	60			
	100.0	3.3	96.6	—
75 y +	13			
	100.0	—	100.0	—
Desconoc. ..	2			
	100.0	—	100.0	—

salvo en las edades de 35 a 44 años, en el resto se observan cifras relativas de importancia y que sí están reflejando situaciones de desocupación.

b) Posición ocupacional y rama de actividad

La posición ocupacional de las personas encuestadas ocupadas se refiere a la ubicación del individuo en la ocupación según su relación de dependencia, el tipo de ocupación y el personal a cargo.

La distribución según las distintas posiciones utilizadas en este estudio (ver cuadro 24 y gráfico 8) muestra una alta concentración de la población económicamente activa en los sectores menos calificados, ya que las categorías 10: Empleados sin calificación técnica, 12 y 13: Obreros no calificados y 14: Servicio doméstico, concentran el 48 % de la distribución. Por su parte, los

CUADRO 24

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE
10 AÑOS Y MAS SEGUN SU POSICION
OCUPACIONAL

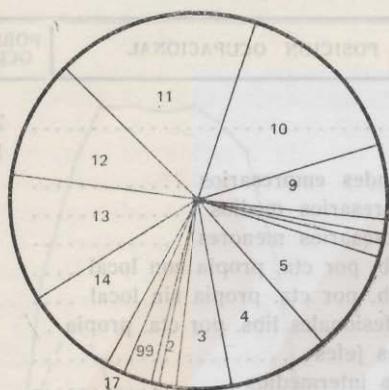
POSICION OCUPACIONAL	POBLACION OCUPADA
Total	2.868
	100.0
1. Grandes empresarios	0.3
2. Empresarios medios	1.1
3. Empresarios menores	3.2
4. Trab. por cta. propia con local	7.8
5. Trab. por cta. propia sin local	8.9
6. Profesionales libs. por cta. propia ..	1.5
7. Altos jefes	0.7
8. Jefes intermedios	1.7
9. Jefes menores	6.8
10. Empleados sin calif. técnica	17.0
11. Capataces, obreros calificados	18.5
12. Obreros no calificados	10.3
13. Otros no calificados	11.1
14. Servicio doméstico	6.9
17. Personal fuerzas armadas	1.5
20. Fuera de la estruc. ocup. país	—
99. No sabe - NFI	2.7

capataces y obreros calificados (11) concentran el 18 % de la población.

Otro sector importante lo constituyen las categorías 4 y 5 de trabajadores por cuenta propia y la categoría 9 correspondiente a jefes menores, empleados con calificación y maestros. Las categorías restantes de empresarios (1, 2 y 3), de profesiones liberales por cuenta propia, altos jefes y jefes intermedios (6, 7 y 8) presentan valores relativamente bajos.

Si ahora se vuelve a analizar el grado de ocupación, pero en función de la posición ocupacional (ver gráfico 9 y tabla 7 del Anexo), se observa que justamente son los sectores de mayor peso dentro de la población económicamente activa los que tienen mayor nivel de desocupación, mientras que al contrario los grupos mejor ubicados en cuanto a su posición ocupacional como empresarios y altos jefes —categorías 1, 2, 3 y 7— presentan valores nulos de población ocupada por menos de 6 meses. Las

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL



1. Grandes empresarios.
2. Empresarios medios.
3. Empresarios menores.
4. Trabajadores por cuenta propia con local
5. Trabajadores por cuenta propia sin local
6. Profesionales liberales liberales por cuenta propia
7. Altos jefes
8. Jefes intermedios
9. Jefes menores
10. Empleados sin calificación técnica
11. Capataces, obreros calificados.
12. Obreros no calificados.
13. Otros no calificados.
14. Servicio doméstico
17. Personal Fuerzas Armadas
99. Desconocido.

Fuente: Cuadro 24.

proporciones más altas —alrededor del 10 % de ocupados menos de 6 meses— se encuentran en las categorías de cuenta propia sin local; en otros no calificados, peones, etc.; y en las categorías de obreros no calificados y de servicio doméstico. Nótese que el valor de un 10 % está bastante por encima de la cifra obtenida para el total de 5.9 %.

Dentro de los sectores con mayor calificación, solamente las profesiones liberales por cuenta propia —categoría 6— tienen también un nivel alto de desocupados con un 12 %.

Para tratar la rama de actividad se formaron 9 categorías que son las siguientes:

1. Agropecuaria, caza, madera, pesca, yacimientos, combustibles, minerales.

POBLACION OCUPADA DE 14 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA (%)

RAMA DE ACTIVIDAD	POBLACION OCUPADA	
	Censo ¹ 1960	Encuesta
Total	2.698.571	2.868
	100.0	100.0
Primaria	1.1	0.3
1. Agropecuaria, etc.	1.1	0.3
Secundaria, etc.	41.8	38.2
2. Alim., bebidas, etc.	34.8	18.9
3. Ind. quím., mineral, etc.		6.8
4. Construc. maqinuar, etc.		5.3
5. Electricidad, gas, etc. ..	1.4	1.4
6. Construcción	5.6	5.8
Terciaria	46.2	58.1
7. Comercio, transp., etc. .	23.2	22.5
8. Servicios	23.0	35.6
9. Desconoc. y s/especif. ...	10.9	3.4

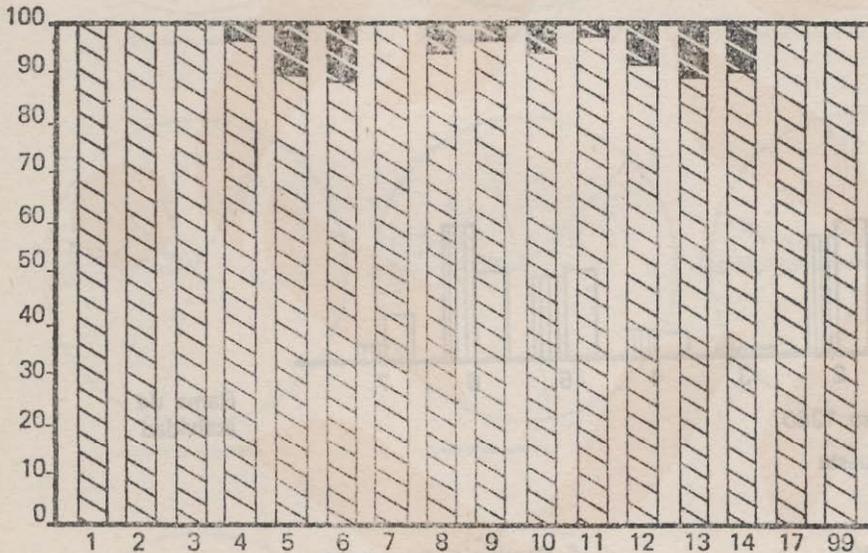
¹ Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, op. cit. pág. 78.

2. Alimentos y bebidas, textiles, maderas, papel.
3. Industrias químicas, minerales no metálicos, industrias metálicas.
4. Construcción de maquinarias, fabricación de materiales de transporte, otras industrias manufactureras.
5. Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios.
6. Construcción.
7. Comercio, transporte y comunicaciones.
8. Servicios.
9. No sabe y fuera de la estructura ocupacional.

GRAFICO 9.

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS
SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y GRADO DE OCUPACION.

Grado de ocupación
o/o



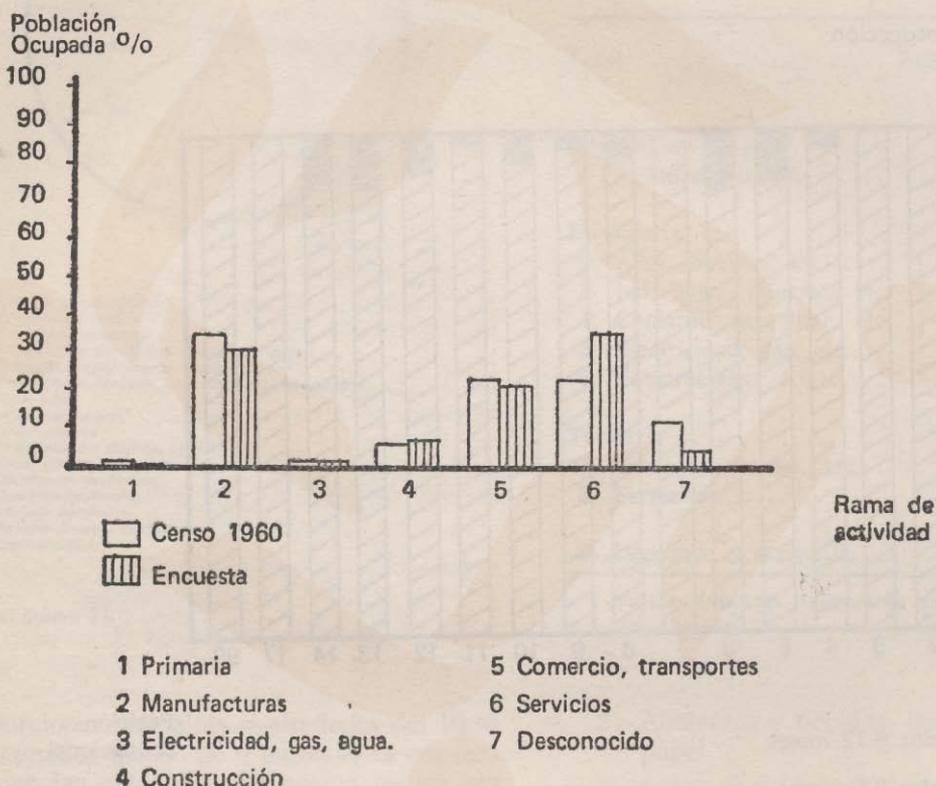
-  Ocupados 6-12 meses
-  Ocupados 0-5 meses

Posición
ocupacional

- | | |
|--|--|
| 1. Grandes empresarios | 9. Jefes menores |
| 2. Empresarios medios | 10. Empleados sin calificación técnica |
| 3. Empresarios menores | 11. Capataces, obreros calificados |
| 4. Trabajadores por cuenta propia con local | 12. Obreros no calificados |
| 5. Trabajadores por cuenta propia sin local | 14. Servicio doméstico |
| 6. Profesionales liberales por cuenta propia | 17. Personal Fuerzas Armadas |
| 7. Altos jefes | 99. Desconocido |
| 8. Jefes intermedios | |

Fuente: Anexo Tabla 7.

POBLACION OCUPADA DE 14 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA



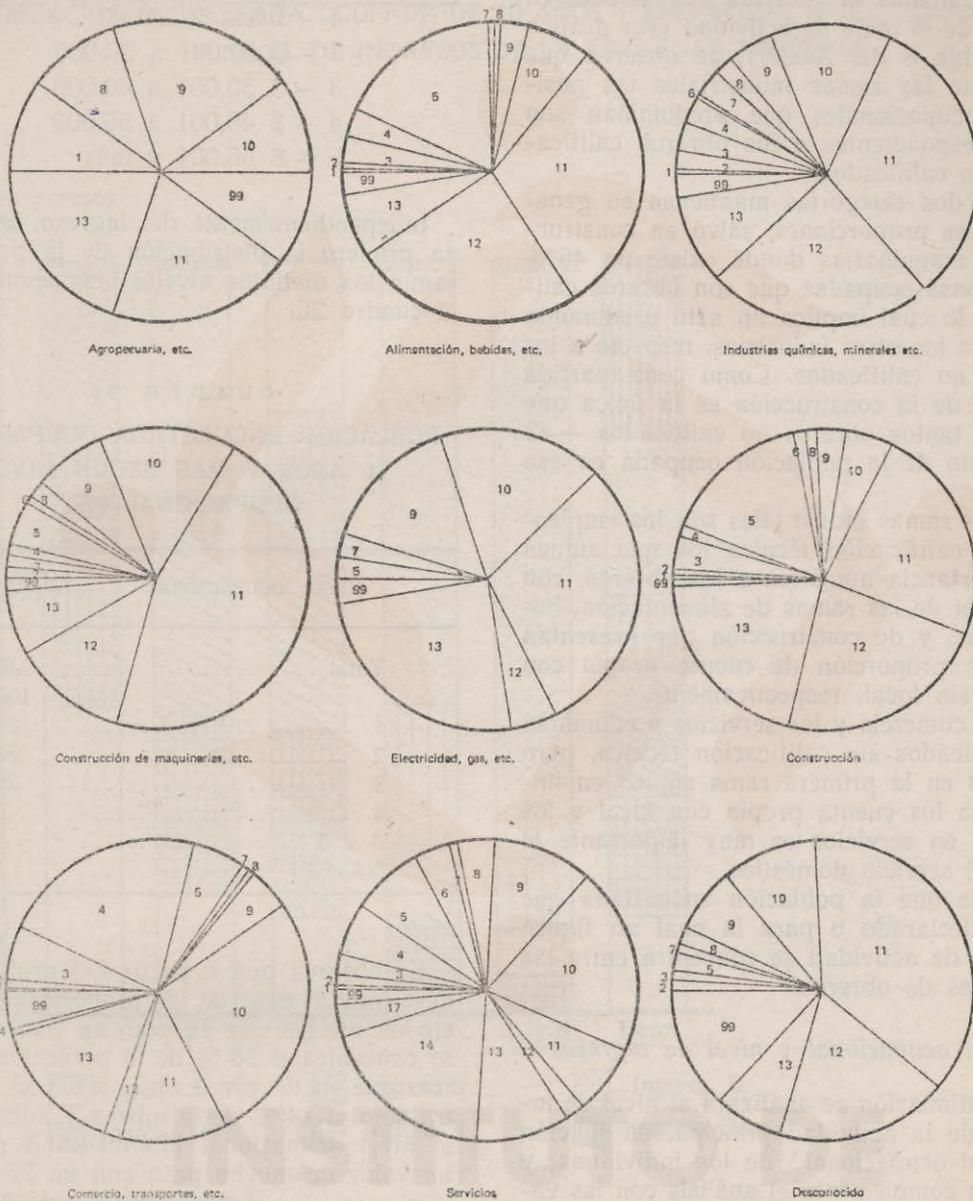
Fuente: Cuadro 25

La distribución de la población económicamente activa por rama de actividad (ver cuadro 25) revela el fuerte predominio de las actividades terciarias y secundarias y, como era de esperar dentro del área metropolitana, valores nulos para la actividad primaria. En relación a los datos del censo de 1960 resalta el gran aumento relativo que ha tenido el sector terciario, pero debido ex-

clusivamente al incremento de servicios (8), ya que comercio, transporte y comunicaciones (7) han permanecido estables.

Dentro del sector secundario las industrias de mayor peso las constituyen las dedicadas a la alimentación y textiles (2), mientras que las industrias químicas (3), de maquinarias y de la construcción (4) presentan

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD Y POSICION OCUPACIONAL



Fuente: Anexo Tabla B

- | | |
|--|--|
| 1. Grandes empresarios | 9. Jefes menores |
| 2. Empresarios medios | 10. Empleados sin calificación técnica |
| 3. Empresarios menores | 11. Capataces, obreros calificados |
| 4. Trabajadores por cuenta propia con local | 12. Obreros no calificados |
| 5. Trabajadores por cuenta propia sin local | 13. Otros no calificados |
| 6. Profesionales liberales por cuenta propia | 14. Servicio doméstico |
| 7. Altos jefes | 17. Personal Fuerzas Armadas |
| 8. Jefes intermedios | 99. Desconocido |

proporciones mucho más bajas pero similares.

Si se analiza la posición ocupacional en función de la rama de actividad (ver gráfico 11 y tabla 8 del Anexo), se observa que dentro de las ramas industriales las posiciones ocupacionales que predominan son las correspondientes a los obreros calificados y no calificados.

Estas dos categorías mantienen en general iguales proporciones, salvo en construcción de maquinarias donde existe un 46 % de personas ocupadas que son obreros calificados, lo cual implica un neto predominio relativo a las otras industrias, respecto a los obreros no calificados. Como contrapartida la rama de la construcción es la única que absorbe tantos obreros no calificados —42 por ciento de la población ocupada en esa rama—.

En las ramas industriales son los empleados sin calificación técnica los que siguen en importancia numérica a los obreros, con excepción de las ramas de alimentación, bebida, etc., y de construcción que presentan una alta proporción de cuenta propia con local y sin local, respectivamente.

En el comercio y los servicios predominan los empleados sin calificación técnica, pero mientras en la primera rama siguen en importancia los cuenta propia con local y los obreros, en servicios es muy importante el peso del servicio doméstico.

Nótese que la población encuestada que no ha declarado o para la cual no figura la rama de actividad se concentra entre las categorías de obreros.

c) Nivel ocupacional y nivel de ingresos

A continuación se analizará el nivel de ingresos de la actividad principal en función del nivel ocupacional¹ de los individuos; y luego se complementa el análisis con las variables económicas ya vistas; posición ocupacional y rama de actividad.

Como se recordará, los ingresos han sido ordenados en tramos que representan aproximadamente cada uno el 20 % de la distribución. Los tramos resultantes para la acti-

vidad principal de los individuos son los siguientes:

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | – hasta \$ 20.000 |
| 2 | – \$ 20.001 a 30.000 |
| 3 | – \$ 30.001 a 40.000 |
| 4 | – \$ 40.001 a 56.000 |
| 5 | – \$ 56.001 y más |

Independientemente del ingreso, se analiza primero la distribución de la población según los distintos niveles ocupacionales en el cuadro 26.

CUADRO 26
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE
10 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL
OCUPACIONAL (%)

NIVEL OCUPACIONAL	POBLACION OCUPADA
Total	2.868 100.0
1	29.8
2	28.0
3	25.5
4	8.9
5 y 6	5.2
NS-NFI	2.6

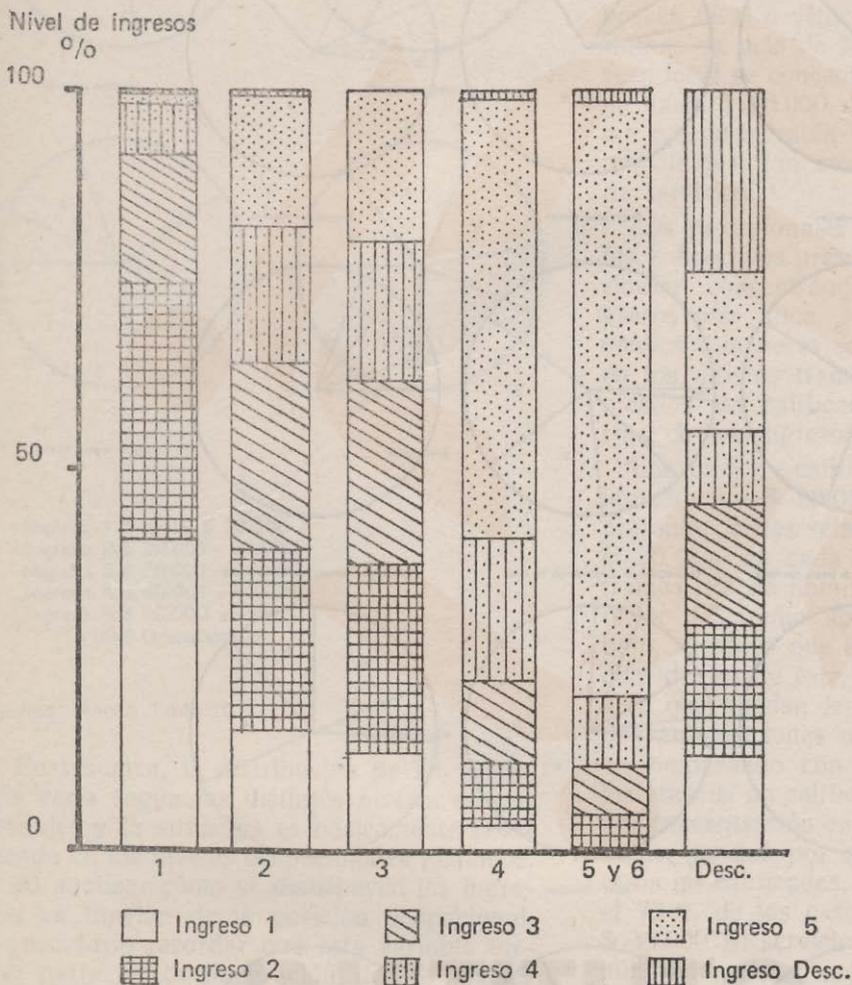
Se observa que a partir del primer nivel descendiendo el peso de las proporciones y que en los niveles que se podrían llamar bajos se concentra el 58 % de la población, mientras que en los niveles más altos se encuentra sólo el 14 % de la misma y además que el nivel ocupacional intermedio 3 presenta un valor de mucho peso con un 26 %.

Considerando ahora el nivel ocupacional según los tramos de ingresos (ver gráfico 12 y Anexo tabla 9) se comprueba, como era lógico de esperar, que a medida que aumenta el nivel ocupacional crece el nivel de ingresos. El 75 % de las personas pertenecientes al nivel ocupacional 1 perciben ingresos de hasta \$ 30.000, mientras sólo el 1 % llega a ingresos superiores a \$ 56.000.

¹ Ver aspectos metodológicos.

GRAFICO - 12-

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL



Fuente: Anexo Tabla 9.

En los niveles ocupacionales 2 y 3 los ingresos se concentran predominantemente en los tramos que corresponden desde \$ 20.000 a \$ 56.000, pero también se notan proporciones de relativa importancia en ambos extre-

mos de la escala de ingresos. Los niveles ocupacionales últimos presentan las proporciones más elevadas en los dos últimos tramos, pero preferentemente en el ingreso más alto.

GRAFICO 13

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS EN LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

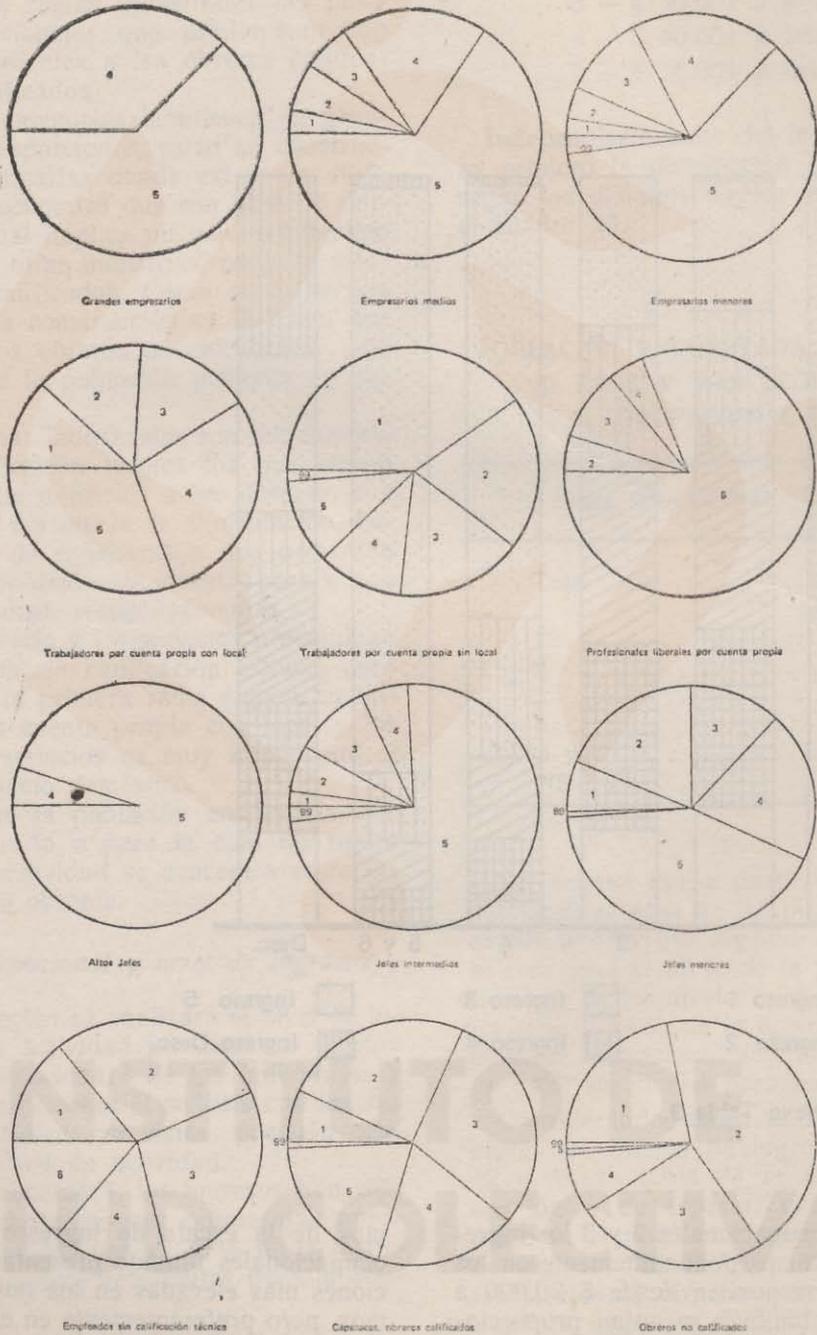
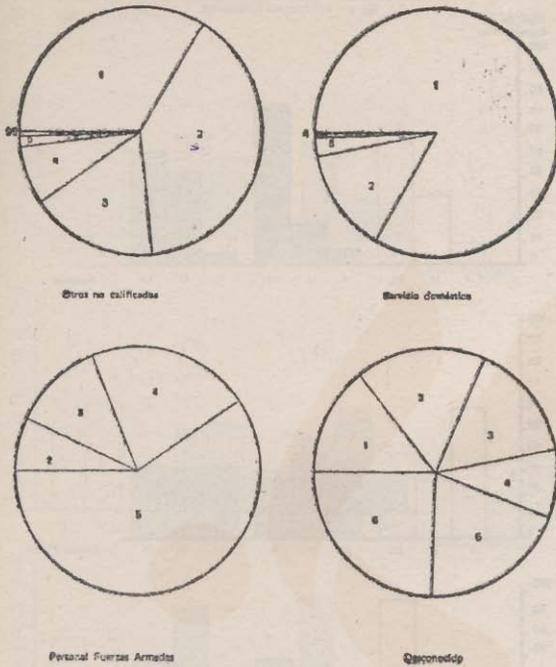


GRAFICO 13 (Continuación)



Ingreso 1: \$ hasta \$ 20.000
 Ingreso 2: \$ 20.001 - 30.000
 Ingreso 3: \$ 30.001 - 40.000
 Ingreso 4: \$ 40.001 - 56.000
 Ingreso 5: \$ 56.000 y más
 99: \$ Desconocido

Fuente: Anexo Tabla 10

En resumen, la distribución de los ingresos varía según los distintos niveles ocupacionales y la situación es básicamente polarizada en los niveles ocupacionales extremos.

Al analizar cómo se distribuyen los ingresos en función de la posición ocupacional, es necesario recordar que esta variable formó parte en la integración de los niveles ocupacionales y que, por lo tanto, deberá encontrarse la misma relación directa. Pero además al estar la variable posición ocupacional abierta en un amplio número de categorías, permitirá obtener una imagen más detallada de la distribución de los ingresos de la población ocupada (ver gráfico 13 y Anexo, tabla 10).

Las categorías de grandes empresarios se concentran exclusivamente en los dos últimos tramos de ingreso, mientras que los em-

presarios medios y menores presentan una distribución similar, con mayor preferencia en los dos últimos tramos, pero también, aunque en mucho menor proporción, en los otros tramos.

Los trabajadores por cuenta propia presentan una distribución un poco más uniforme, pero mientras que el 59 % de los que poseen local o vehículos se concentra en los tramos de más de \$ 40.000, los que no poseen local se concentran el 62 % en ingresos de hasta \$ 30.000. Nótese que en esta última categoría están incluidos los vendedores ambulantes, tan comunes en una economía de servicios.

Los profesionales liberales y los altos jefes y directivos presentan un comportamiento similar, concentrándose en el tramo de ingresos más altos. Mientras los jefes intermedios y menores se ubican preferentemente en los últimos tramos de ingresos, los empleados sin calificación técnica se concentran en los ingresos intermedios.

Los obreros calificados se concentran en ingresos de \$ 20.000 a 40.000 y también presentan cifras relativas importantes —casi el 20 %— en cada uno de los dos últimos tramos. Es de notar que al ser el límite inferior del tramo abierto de \$ 56.000 muy bajo, es obvio que en este caso su distribución dentro de este tramo será muy distinta a la que puedan tener los individuos situados en posiciones ocupacionales más altas.

Comparando con los obreros calificados, los obreros no calificados presentan una mayor concentración en tramos de ingresos más bajos, ya que por ejemplo, la categoría de otros no calificados, peones, etc., concentran el 73 % de los casos en ingresos de hasta \$ 30.000. El servicio doméstico se encuentra aún más concentrado, ya que el 83 % se ubica en el primer tramo de ingreso. La categoría 17 al incluir personal de las Fuerzas Armadas de distintas jerarquías, se distribuye en los tres últimos tramos y con mayor preferencia en el último.

A modo de síntesis y complementación de los datos ya analizados se han cruzado simultáneamente las categorías más agrupadas de las variables posición ocupacional, rama de actividad y nivel de ingresos (ver gráfico 14 y Anexo, tabla 11).

Para la posición ocupacional se han formado las siguientes categorías:

Patrones: suma de las categorías anteriores 1, 2 y 3.

Cuenta propia: suma de las categorías anteriores 4, 5 y 6.

Empleados altos y medios: suma de las categorías anteriores 7 y 8.

Resto empleados: suma de las categorías anteriores 9 y 10.

Obreros calificados: categoría anterior 11.

Obreros no calificados y servicio doméstico: suma de las categorías anteriores 12, 13 y 14.

Sin determinar: suma de las categorías anteriores 20, 99 y no sabe.

Para la rama de actividad, las siguientes:

Industria: suma de las categorías anteriores 2, 3, 4, 5 y 6.

Comercio: categoría anterior 7.

Servicios: categoría anterior 8.

Sin determinar: suma de las categorías anteriores: desconocido/no sabe.

Para los ingresos las siguientes:

I - hasta \$ 30.000: suma de las categorías anteriores 1 y 2.

II - \$ 30.001 a 56.000: suma de las categorías anteriores 3 y 4.

III - \$ 56.000 y más: categoría anterior 5.

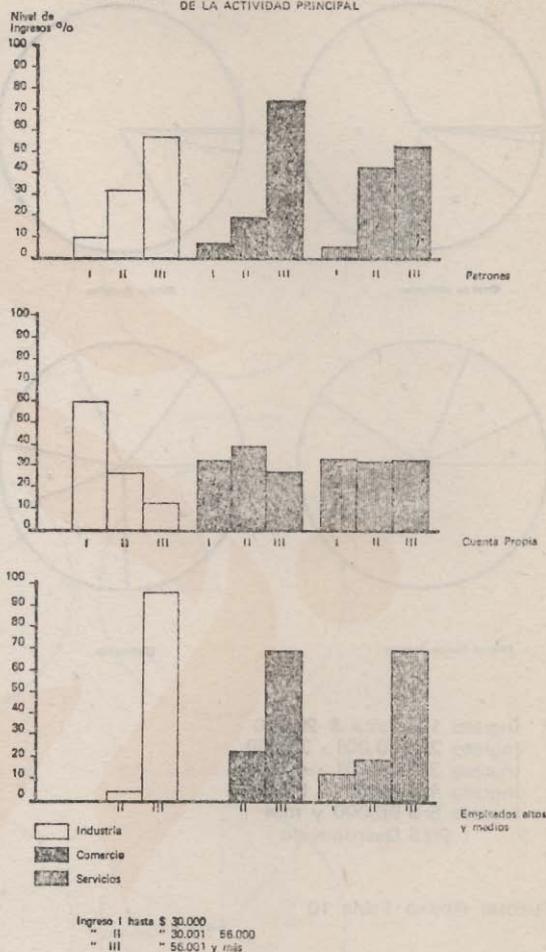
En este único caso se ha excluido la rama de actividad primaria por ser muy pequeño su peso en esta área; y la posición ocupacional: personal de las fuerzas armadas, porque al ser heterogénea su composición no resultó ubicable en otra categoría.

Del gráfico anterior y de la tabla 10 del Anexo se desprenden las siguientes conclusiones:

a) la distribución de ingresos en cada rama de actividad es bastante simi-

GRÁFICO 14.

POBLACION ENCUENTRADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MÁS SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD, POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

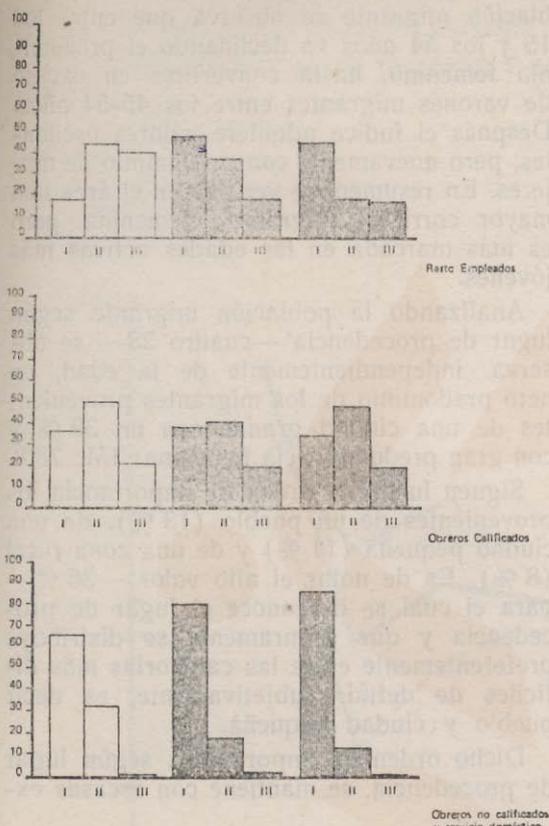


Fuente: Anexo Tabla 11

lar, aunque se observa una mayor concentración de ingresos bajos en servicios;

- los ingresos de los cuenta propia se distribuyen uniformemente en los tres tramos en comercio y servicios; mientras que se concentran en los ingresos más bajos en la industria;
- los ingresos de los patrones se concentran en los tramos altos y medios, siendo más notorio el mayor peso de ingresos altos en comercio;
- los ingresos de los empleados altos y medios se concentran en los tra-

GRAFICO 14 (Continuación)



mos medios y altos, pero existe un gran peso de ingresos altos en la industria;

- e) el resto de empleados se concentra en los tramos bajos y medios en la industria, y en altos y medios en comercio y servicios;
- f) los obreros calificados se ubican con preferencia en los tramos de ingreso altos y medios, y existe una proporción de un 20 % en los ingresos bajos. La distribución es similar en los tres sectores.
- g) los obreros no calificados y el servicio doméstico se concentran en los ingresos más bajos en todos los sectores, pero ello es bastante menos acentuado en la industria.

Condición de migración

En primer lugar, es necesario acotar que se han considerado como "migrantes" a aquellas personas encuestadas de 10 y más años de edad, que han llegado al área en estudio hace diez años o menos. Según esta definición, dentro de la categoría de no migrantes quedan incluidos los que efectivamente son nativos del área y los que provienen de otras áreas, pero que han migrado

CUADRO 27

POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y CONDICION DE MIGRACION, TOTAL E INDICES DE MASCULINIDAD (%)

GRUPOS DE EDAD	CONDICION DE MIGRACION					
	TOTAL			INDICES DE MASCULINIDAD		
	Total	No migrante	Migrante	Total	No migrante	Migrante
Total	5.343	3.314	2.029	89.9	92.7	85.6
10 - 14	100.0	100.0	100.0			
15 - 24	8.6	8.7	8.4	122.6	114.2	109.9
25 - 34	18.9	17.4	21.3	86.3	98.6	72.1
35 - 44	17.8	14.2	23.6	94.1	105.2	84.2
45 - 54	17.7	15.1	22.0	91.7	92.7	90.6
55 - 64	15.1	17.3	11.3	95.4	89.1	113.0
65 - 74	12.5	15.4	7.8	77.9	83.8	61.2
65 - 74	6.4	8.1	3.7	80.5	76.8	94.9
75 y +	3.0	3.8	1.9	71.6	71.2	72.7

hace más de diez años. Estos últimos no se consideran porque son objeto de estudios especiales en base a la información original del censo de 1960.

Estimaciones en base al censo de población de 1960, en que se considera a la población según su residencia habitual y su residencia anterior¹, independientemente del momento de traslado, da una proporción de población migrante del 44.8 %.

Como puede verse en el cuadro 27, del total de población encuestada de 10 años y más el 38 % ha inmigrado en el último decenio, dándose mayor predominancia de mujeres entre la población migrante —IM: 85.6— que en la población no migrante —IM: 92.7—.

Tal como se desprende también del gráfico 15 la estructura por edad de la población migrante muestra una mayor concentración en las edades activas entre 15 y 44 años —tanto para varones como para mujeres, con respecto a la estructura de la población no migrante—, siendo ello más acentuado entre los 25 y 44 años. Respecto al

índice de masculinidad por edad de la población migrante se observa que entre los 15 y los 54 años va declinando el predominio femenino, hasta convertirse en exceso de varones migrantes entre los 45-54 años. Después el índice adquiere valores oscilantes, pero nuevamente con predominio de mujeres. En resumen, se verifica en el área una mayor corriente migratoria femenina, pero es más marcada en las edades activas más jóvenes.

Analizando la población migrante según lugar de procedencia —cuadro 28— se observa, independientemente de la edad, un neto predominio de los migrantes provenientes de una ciudad grande con un 32 % y con gran predominancia femenina: IM: 78.8.

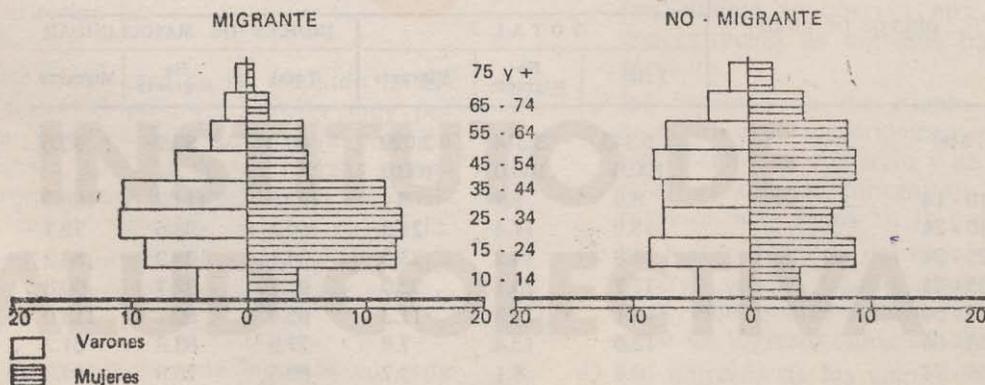
Siguen luego en orden de importancia los provenientes de un pueblo (13 %) y de una ciudad pequeña (11 %) y de una zona rural (8 %). Es de notar el alto valor —36 %— para el cual se desconoce el lugar de procedencia y que seguramente se distribuye preferentemente entre las categorías más difíciles de definir subjetivamente, es decir pueblo y ciudad pequeña.

Dicho orden de importancia, según lugar de procedencia, se mantiene con escasas ex-

¹ Dirección Nacional de Estadística y Censos, op. cit. pág. LI.

GRAFICO 15

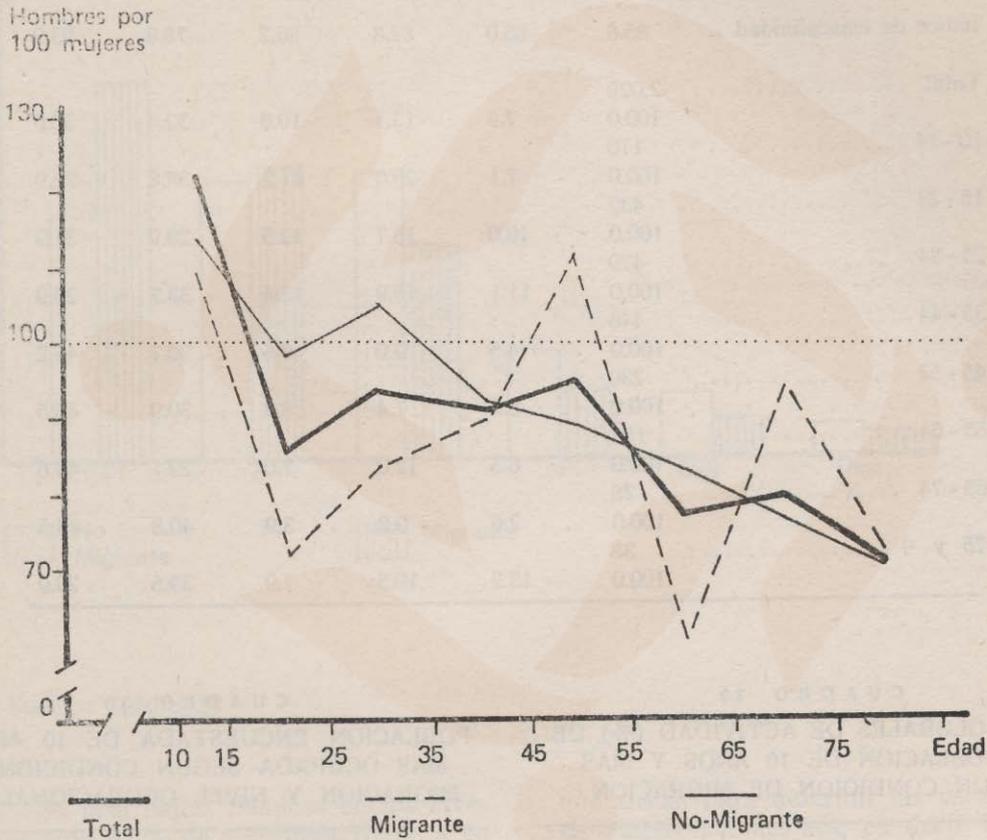
PIRAMIDES DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS, MIGRANTES Y NO - MIGRANTES, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, EXPRESADAS EN PORCENTAJES



Fuente: Anexo Tabla 12

GRAFICO 16

INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS, MIGRANTE Y NO MIGRANTE



Fuente: Cuadro 27

cepciones para los distintos grupos de edad, siendo de señalar en el caso de los migrantes de 75 años y más, la proporción bastante superior de los provenientes de una zona rural.

El análisis anterior es concordante con el fenómeno citado reiteradamente del proceso migratorio realizado en etapas hacia zonas cada vez más urbanizadas, ya que siendo el

área en estudio el área metropolitana más densamente poblada del país, recibe el mayor flujo migratorio de grandes ciudades.

Al comparar la población según condición de migración y de actividad (cuadro 29) resulta una tasa global de actividad más elevada —56.7 %— para la población migrante que para la no migrante —51.7 %—. Esto en parte se explica por la estructura por

CUADRO 28

POBLACION ENCUESTADA MIGRANTE DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y LUGAR DE PROCEDENCIA. INDICE DE MASCULINIDAD TOTAL

INDICE DE MASCULINIDAD Y GRUPOS DE EDAD	LUGAR DE PROCEDENCIA					
	Total de migrantes	Migrante rural	Migrante pueblo	Migrante cd. pequeña	Migrante cd. grande	Desconocidos
Indice de masculinidad ..	85.6	85.0	82.8	86.2	78.8	93.9
Total	2,029					
10 - 14	100.0	7.9	13.1	10.6	32.4	36.0
15 - 24	170					
15 - 24	100.0	7.1	20.0	11.2	38.8	22.9
25 - 34	432					
25 - 34	100.0	10.0	15.7	12.5	29.9	31.9
35 - 44	479					
35 - 44	100.0	11.1	15.9	13.4	33.7	25.9
45 - 54	446					
45 - 54	100.0	4.5	9.0	9.6	30.7	46.2
55 - 64	230					
55 - 64	100.0	6.9	7.4	8.3	30.9	46.5
65 - 74	158					
65 - 74	100.0	6.3	12.0	7.0	29.1	45.6
75 y +	76					
75 y +	100.0	2.6	9.2	3.9	40.8	43.5
	38					
	100.0	13.2	10.5	7.9	39.5	28.9

CUADRO 29

TASAS GLOBALES DE ACTIVIDAD (%) DE LA POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN CONDICION DE MIGRACION

TOTAL	NO MIGRANTE	MIGRANTE
54.3	51.7	56.7

edad de la población migrante que se concentra preferentemente en edades activas y presenta una menor proporción en edades dependientes: los mayores de 65 años representan un 12 % de los no migrantes y sólo un 6 % de los migrantes.

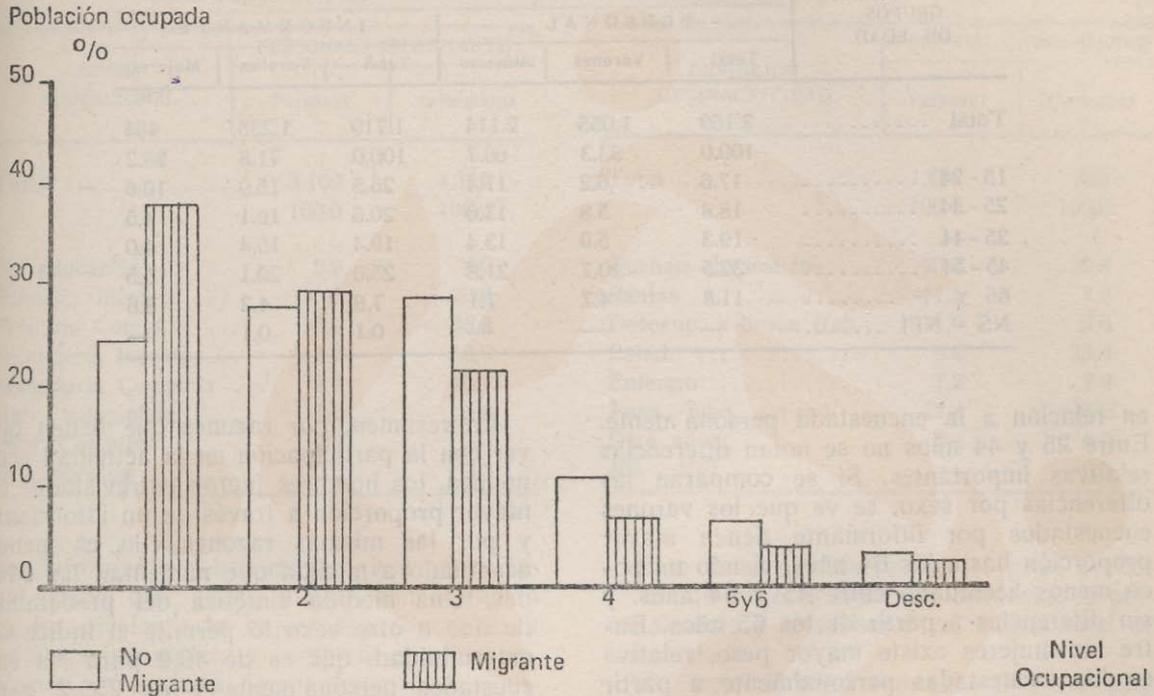
Respecto al nivel ocupacional (ver cuadro 30) resulta muy evidente una mayor concentración de la población migrante en

CUADRO 30

POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS OCUPADA SEGUN CONDICION DE MIGRACION Y NIVEL OCUPACIONAL (%)

NIVEL OCUPACIONAL	CONDICION DE MIGRACION		
	Total	No migrante	Migrante
Total	2,864	1,713	1,151
	100.0	100.0	100.0
1	29.7	24.4	37.9
2	28.0	27.4	28.3
3	25.6	28.5	21.0
4	8.9	10.6	6.5
5 y 6	5.2	6.2	3.6
NS - NFI	2.6	2.9	2.2

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN CONDICION DE MIGRACION Y NIVEL OCUPACIONAL



Fuente: Cuadro 30

los niveles más bajos, dándose en los niveles 1 y 2 un 67 % de migrantes frente a un 52 % de no migrantes.

Es más notorio el peso de migrantes dentro del nivel 1, lo cual refleja el mayor aporte de los inmigrantes a los sectores ocupacionales menos calificados.

Población encuestada personalmente y por informante

Como una parte considerable, el 35 % de los individuos encuestados mayores de 15 años no contestaron personalmente sino a través de un informante, se consideran algunas variables demográficas y económicas

que sirvan para describir las características de ambas poblaciones, es decir la encuestada personalmente y por informante.

En primer lugar se observa —ver cuadro 31 y gráfico 18— que en la población encuestada personalmente predominan las mujeres —67 %— y que por el contrario en la encuestada por informante hay neto predominio de varones en un 72 %. Dicho predominio de uno u otro sexo se mantiene teniendo en cuenta los distintos grupos por edades de cada población. Comparando ambas estructuras por edades del total, se ve que los encuestados por informante tienen mayor proporción de individuos en las edades más jóvenes —entre 15 y 24 años— y menor proporción a partir de los 45 años,

CUADRO 31

POBLACION ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE, DE 15 AÑOS Y MAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO (%)

GRUPOS DE EDAD	PERSONAL-INFORMANTE Y SEXO					
	PERSONAL			INFORMANTE		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	3.169	1.055	2.114	1.719	1.235	484
	100.0	33.3	66.7	100.0	71.8	28.2
15-24	17.6	6.2	11.4	26.5	15.9	10.6
25-34	18.8	5.8	13.0	20.6	16.1	4.5
35-44	19.3	5.9	13.4	19.4	15.4	4.0
45-54	32.5	10.7	21.8	25.6	20.1	5.5
65 y +	11.8	4.7	7.1	7.8	4.2	3.6
NS - NFI	—	—	—	0.1	0.1	—

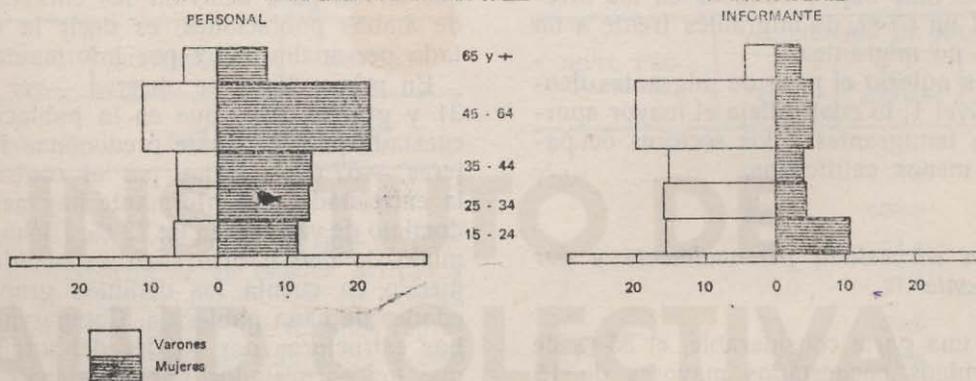
en relación a la encuestada personalmente. Entre 25 y 44 años no se notan diferencias relativas importantes. Si se comparan las diferencias por sexo, se ve que los varones encuestados por informante tienen mayor proporción hasta los 64 años, siendo un poco menos acentuado entre 45 y 64 años, y sin diferencias a partir de los 65 años. Entre las mujeres existe mayor peso, relativo en las encuestadas personalmente a partir de los 25 años. En cambio en las edades más jóvenes existe la misma proporción en ambas poblaciones.

En resumen, por razones que tienen que ver con la participación en la actividad económica, los hombres fueron entrevistados en mayor proporción a través de un informante y por las mismas razones ello es menos acentuado a medida que aumentan las edades. Una medida sintética del predominio de uno u otro sexo lo permite el índice de masculinidad, que es de 49.9 para los encuestados personalmente y de 255.2 para los encuestados por informante.

Si ahora se considera el nivel educacional alcanzado se observa que los encuestados

GRAFICO 18

PIRAMIDES DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 15 AÑOS Y MAS, PERSONAL Y POR INFORMANTE, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, EXPRESADAS EN PORCENTAJES



Fuente: Cuadro 31

CUADRO 32

POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO (%)

NIVEL EDUCACIONAL	PERSONAL - INFORMANTE	
	Personal	Informante
Total	3.169	1.719
	100.0	100.0
Sin educación	5.9	4.0
Primaria Incomp.	30.6	20.6
Primaria Compl.	36.9	35.8
Secundaria Incomp. ...	12.7	18.0
Secundaria Completa .	8.4	10.1
Univ. Incompleta	3.1	5.8
Univ. Completa	2.1	3.4
Desconocidos	0.3	2.3

por informante tienen mayor nivel educacional, dado que existe mayor concentración en los niveles más bajos: sin educación y primaria incompleta y completa entre la población encuestada personalmente; en cambio los encuestados por informante presentan más peso en los niveles siguientes.

CUADRO 33

POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (%)

NIVEL OCUPACIONAL *	PERSONAL - INFORMANTE	
	Personal	Informante
Total	1.778	1.437
	100.0	100.0
1	28.3	28.1
2	33.0	24.8
3	22.7	27.8
4	7.8	10.7
5 y 6	4.3	5.4
NS - NFI	3.9	3.2

* Incluye jubilados, pensionados y retirados.

CUADRO 34

POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE SEGUN CONDICION DE INACTIVIDAD (%)

CONDICION DE INACTIVIDAD	PERSONAL - INFORMANTE	
	Personal	Informante
Total	1.692	387
	100.0	100.0
Quehac. domésticos ..	70.5	30.4
Rentas	1.1	1.3
Desocup. y busca trab.	1.0	3.6
Estud.	6.4	23.8
Enfermo	1.2	7.8
Pens., jubil., retirad. .	17.4	26.6
Otra situac.	2.4	6.2
NS - NFI	—	0.3

Esto debe vincularse con el gran predominio de mujeres entre los encuestados personalmente y al menor nivel educacional de las mismas.

Respecto al nivel ocupacional —ver cuadro 33— no existen diferencias muy marcadas en la estructura relativa de ambas poblaciones. Pero existe leve predominio en los niveles más bajos —1 y 2— dentro de la población económicamente activa encuestada personalmente respecto a la encuestada por informante y en esta última mayor concentración a partir del nivel 3.

Del total de personas mayores de 10 años encuestadas en condición de inactividad el 81 % fue encuestado personalmente.

Mientras que los encuestados personalmente —ver cuadro 34— presentan una gran concentración en amas de casa (70 %) y bastante menos en jubilados, pensionados y retirados (17 %), los encuestados por informante se encuentran más distribuidos entre amas de casa (30 %), estudiantes (24 %) y pensionados, etc. (27 %).

Si ahora se analiza dentro de la población encuestada por informante, qué relación tenía éste con el encuestado (ver cuadro 35), se desprende que en los menores de 15 años el 89 % está formado por las madres. En

CUADRO 35

POBLACION ENCUESTADA POR INFORMANTE, MENOR Y MAYOR DE 15 AÑOS, SEGUN LA RELACION CON EL INFORMANTE (%)

RELACION	E D A D	
	Menor de 15 años	Mayor de 15 años
Total	1.519	1.708
	100.0	100.0
Madre	89.1	27.6
Padre	6.7	4.4
Cónyuge	—	49.0
Hijo(a)	—	7.0
Otro	4.0	12.0
NS - NFI	0.2	—

los mayores de 15 años los informantes que predominan son los cónyuges, que lógicamente serán del sexo femenino, y las madres.

Resumiendo, no se observan diferencias muy importantes, con excepción de las variables sexo y condición de inactividad, entre las características de la población encuestada personalmente y por informante.

CONCLUSIONES

— En relación a las características de las familias del área metropolitana se confirma plenamente el predominio de la constelación familiar de núcleo matrimonial con hijos y con un tamaño medio de familia reducido. Teniendo en cuenta las variables demográficas tipo de constelación y tamaño medio de la familia, parece tratarse de un área relativamente homogénea en cuanto no se notan diferencias para dichas variables, según las variables socio-económicas consideradas. En cambio se evidencia que al considerar el nivel de hacinamiento de las familias, existe una asociación estrecha entre los niveles socio-económicos más bajos y la presencia de elevados niveles de hacinamiento.

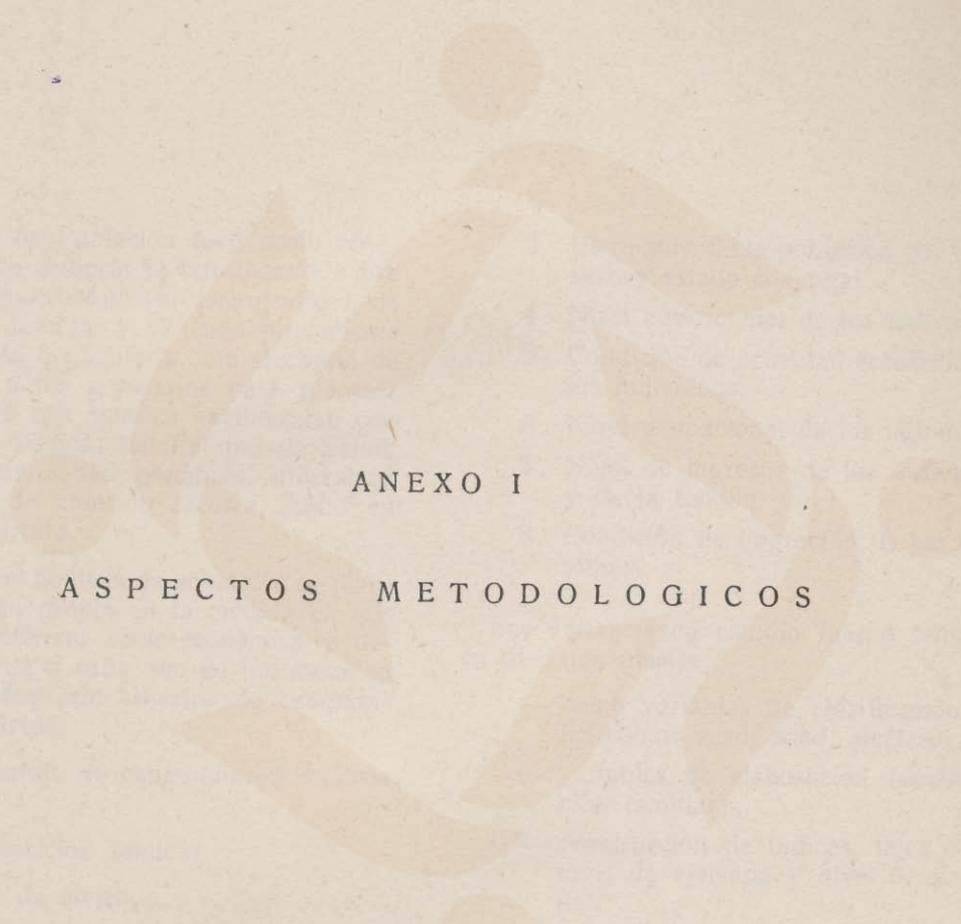
— Las características demográficas de edad y sexo indican a una estructura de población con baja fecundidad y en proceso de envejecimiento.

— La población presenta bajos valores de analfabetismo; sin embargo, el panorama educacional refleja que a medida que aumentan los niveles de instrucción formal, disminuye sensiblemente el número de individuos que completan cada ciclo, siendo ello muy marcado para el nivel secundario. Además la continuidad en los estudios en las edades de 13-20 años es notoriamente baja.

— Las características económicas responden a un área relativamente industrializada. Existe una alta participación en la actividad de la mujer, por la mayor incorporación de la misma al mercado de trabajo urbano. También se observa una alta participación económica en los menores de 20 años, que sería indicadora de condiciones socio-económicas desfavorables y que debería asociarse con la baja continuidad escolar en esas edades.

— La distribución por rama de actividad presenta —respecto a 1960— un gran aumento de los servicios y un descenso del sector industrial. Lo cual es coherente con que la mayor concentración de población económicamente activa se encuentre en los sectores menos calificados ocupacionalmente y que los mismos presenten niveles de ingresos muy bajos.

— La población que inmigró al área en los últimos 10 años se caracteriza por concentrarse en las edades más activas, o sea entre 15 y 44 años, y además por tener un fuerte predominio femenino. La concentración en edades activas explica la mayor participación económica de los migrantes respecto a los no migrantes. Además dicha participación se sitúa preferentemente en los niveles ocupacionales más bajos.



ANEXO I

ASPECTOS METODOLOGICOS

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

El equipo de Población tuvo como objetivo específico elaborar la información sobre aspectos socio-económicos, demográficos, de composición familiar y vivienda proveniente de la encuesta domiciliaria, con el objeto de proveer los datos necesarios para plantear las relaciones que puedan establecerse con las variables básicas del Estudio de Salud, es decir: enfermedad percibida, utilización de recursos de atención médica, gasto en salud y cobertura.

Asimismo, el análisis de población se planteó como área propia en la medida en que permite caracterizar socio-económica y demográficamente a cada una de las áreas en estudio, manteniendo criterios de comparabilidad interáreas.

En este sentido se contemplaron análisis referentes a:

1. Composición familiar.
2. Nivel de vivienda.

3. Estructura de la población por edad, sexo y estado conyugal.
4. Nivel educacional de los individuos.
5. Condición de actividad económica de los individuos.
6. Nivel ocupacional de los individuos.
7. Nivel de ingresos de los individuos y de la familia.
8. Condición de migración de los individuos.

Las variables en estudio fueron tomadas en distintos niveles:

- como variables de clasificación tales como: sexo, edad, etcétera;
- variables de elaboración (constelación familiar);
- construcción de índices, tales como nivel de vivienda y nivel ocupacional.

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

DEFINICION DE VARIABLES

1. COMPOSICION FAMILIAR

Familia

Constituye una familia una persona que vive sola o en grupo de personas emparentadas que residen habitualmente en una misma unidad de vivienda.

No forman parte de una misma familia aunque vivan en la misma unidad, las personas cuya relación se funda en la prestación de servicios personales, relaciones de inquilinato o amistad. Estas personas componen a su vez familias aparte y se las considera como familias secundarias.

Es decir, en una misma unidad se pueden distinguir una o más familias, entendiéndose por familia principal a aquella en que uno de sus miembros es propietario de la unidad, titular del alquiler o persona a la cual se le ha prestado o cedido personalmente la unidad, siendo responsable de la misma.

Cada familia tiene un único jefe, que se establece a partir del reconocimiento como tal por parte de los mismos componentes de la familia en cuestión.

La relación de parentesco dentro de cada familia está dada por:

- a) lazos de consanguinidad;
- b) relación matrimonial con unión legal o consensual;
- c) lazos de parentesco político o de adopción declarada.

No existe límite a priori del grado de parentesco que deban guardar las personas de una misma familia. El indicador de que una persona está emparentada y pertenece a la familia, siempre es el conocimiento de que existe esa relación.

La definición adoptada de familia, si bien permite separar a la familia principal del personal de servicio, pensionista, inquilino, amigo (consideradas como "familias secundarias"), no permite distinguir en el caso de familias extendidas entre núcleos familiares con presupuestos independientes que conviven en una misma unidad.

Esta limitación puede incidir en el análisis de ciertos rubros de la investigación, por ejemplo: gasto y/o en ciertas áreas donde predomine la familia extensa.

Agregado familiar

Está compuesto por todas las personas que residen habitualmente en una misma unidad de vivienda, es decir, por el conjunto de personas que forman la familia principal más la de la familia secundaria, en el caso de que ésta exista.

Si en una unidad de vivienda vive una sola familia, constituye un agregado de una familia única.

Si viven una familia principal y una o más secundarias, constituyen un agregado familiar de más de una familia.

Constelación familiar

Es la conformación interna de la familia clasificada según la relación existente entre el estado marital del jefe y las relaciones de parentesco con los miembros de su familia. Se elaboraron las siguientes categorías:

1. Casado/a, más esposa/o.
2. Casado/a, más esposa/o, más otros parientes.
3. Casado/a, más esposa/o, más hijos.
4. Casado/a, más esposa/o, más hijos y/u otros parientes.

5. Viudo/a, separado/a, divorciado/a.
6. Viudo/a, separado/a, divorciado/a, más otros parientes.
7. Viudo/a, separado/o, divorciado/a, más hijos.
8. Viudo/a, separado/a, divorciado/a, más hijos y/u otros parientes.
9. Soltero/a.
10. Soltero/a, más otros parientes.
11. Soltero/a, más hijos.
12. Soltero/a, más hijos y/u otros parientes.

Nivel de hacinamiento

Al considerar el nivel de hacinamiento se toma como unidad de análisis los agregados familiares.

El nivel de hacinamiento mide la relación entre el número de miembros que componen el agregado y el número de cuartos de la unidad de vivienda. El número de cuartos está dado por el número de ambientes, sin contar dependencias anexas tales como: cocina, baño, pasillo, balcón, terraza, patio, lavadero, garaje y toilette. En el caso de que alguna de estas dependencias anexas sea usada predominantemente como dormitorio, es considerada como cuarto.

Esta relación no puede establecer el real estado de hacinamiento puesto que no considera la cantidad de metros cuadrados de los cuartos ni las condiciones de los mismos. El índice de vivienda al considerar dichas variables es un indicador más exacto de las condiciones de salubridad de las viviendas.

La relación personas/cuarto quedó categorizada en los siguientes tramos:

- Hasta 1
- 1.01 - 1.50
- 1.51 - 2.00
- 2.01 - 3.00
- 3.01 - 4.00
- 4.01 - 5.00
- 5.01 - 6.00
- 6.00 y más

Las categorías anteriores deberán interpretarse en función de que hasta 1.50 per-

sonas por cuarto representa una situación de no hacinamiento; entre 1.51 a 2.00 sería una categoría intermedia límite y a partir de 2.01 personas por cuarto representa a los niveles de hacinamiento.

2. NIVEL DE VIVIENDA¹

El objetivo de construcción de un índice de vivienda fue el de clasificar éstas tomando en cuenta las variables más relevantes respecto a la salud de sus habitantes.

El supuesto es que el habitat físico está en estrecha relación con las condiciones de salubridad.

Las variables tomadas en cuenta fueron las que se relevaron en la carpeta de vivienda de la Encuesta de Morbilidad a familias y ellas son:

1. Materiales de las paredes.
2. Materiales del techo.
3. Materiales del piso.
4. Hacinamiento (relación ambientes-personas).
5. Servicios sanitarios.
6. Provisión de agua.

Las categorías de estas variables fueron presentadas en forma cerrada.

Para la construcción del índice se sometió a un conjunto de jueces (médicos sanitarios, sociólogos, arquitectos y demógrafos) a un cuestionario con el objeto de que jerarquizaran en orden de importancia (de 1 a 6) las variables más importantes, explicando asimismo las razones del ordenamiento y/o combinación de las variables.

Las órdenes de relevancia de las variables obtenidas a partir del panel de expertos, dio un peso diferencial a cada variable de acuerdo con su importancia, en relación a las condiciones de salud.

Por el número limitado de variables incluidas en el índice, sólo se pudo discriminar las viviendas que van desde los niveles medios hasta los malos, suponiendo que exis-

¹ El índice de vivienda fue elaborado por las licenciadas Estela De Lorenzo y Susana Checa.

te un continuo real que oscila entre condiciones óptimas y pésimas de habitabilidad.

Esto significa que aunque con este índice las viviendas obtengan el mejor puntaje sólo se puede afirmar que están en "buenas condiciones habitacionales", y este mismo puntaje lo obtendrán tanto las viviendas en óptimas condiciones como las que sólo merecen ser clasificadas como buenas.

De tal modo, podría considerarse que se trabajó con la mitad de una escala que clasifica en el polo máximo sólo las viviendas habitables, y en el inferior a las realmente malas.

El índice es sumatorio con una amplitud de 0 a 1.50 puntos, siendo 0 la mejor clasificación obtenible y 1.50 la peor. Los valores de esta escala en tanto surgen de la combinación de distintos puntajes resultaron en una escala discontinua.

Variables

Las variables que se combinaron son: agua y servicios higiénicos; hacinamiento; y materiales de construcción de vivienda, paredes, piso y techo.

Provisión de agua y servicios higiénicos

Estas dos variables combinadas fueron a las que se les asignó mayor relevancia; su puntaje máximo es de 100.

Cada una de las variables fueron reclasificadas en cuatro categorías.

a) Provisión de agua

0. Servicio público de vivienda.
1. Servicio público fuera de la vivienda, pero en el mismo edificio.
Bomba con canilla dentro de la vivienda.
2. Servicio público a través de canilla pública.
3. Bomba con canilla fuera de la vivienda.

Otras fuentes de aprovisionamiento.

La intención de la categorización fue clasificar tomando en cuenta dos criterios básicos: a) la calidad de la fuente de agua y

b) si la provisión se efectúa en la misma vivienda o fuera de ella. Así la categoría 2 agrupa servicios públicos fuera de la vivienda, pero en el edificio junto con bomba con canilla dentro de la vivienda. La primera es mejor en cuanto a la calidad de agua, pero con mayores posibilidades de contaminación en el trayecto, además de producir el efecto de "guardar agua". La segunda otorga una mejor disponibilidad y por lo tanto higiene, pero es una fuente con mayores probabilidades de contaminación que la anterior.

b) Servicios higiénicos

0. Con retrete o inodoro con descarga de agua de uso exclusivo de la vivienda.
1. Con retrete o inodoro con descarga de agua de uso compartido con otra vivienda.
2. Con retrete o inodoro sin descarga de agua.
3. Sin retrete.

Al combinar ambas variables se les asignó el siguiente puntaje:

	VARIABLES		PUNTAJE
	Agua	Servicios higiénicos	
	0	0	0
	0	1	20
	* 0	2	40
	* 0	3	60
	1	0	20
	1	1	40
	* 1	2	60
	* 1	3	80
	* 2	0	40
	2	1	60
	2	2	80
	2	3	100
	3	0	60
	3	1	80
	3	2	100
	3	3	100

Los casos señalados con asteriscos son considerados altamente improbables por la interdependencia que guardan ambas variables.

Hacinamiento

El hacinamiento relaciona el número de ambientes de la vivienda excluidos garajes, patios, terraza, lavadero, cocina, baño, etc., con el número de personas que habitan la vivienda. Esta variable tiene un peso de 20 puntos.

Relación de hacinamiento:

$$\frac{\text{Nº de personas que habitan la unidad}}{\text{Nº de ambientes de la vivienda}}$$

Tramos	Relación de hacinamiento	Puntaje
0	hasta 1	0
1	1.01 - 1.50 . .	6
2	1.51 - 2.00 . .	13
3	más de 2.00 .	20

Los tramos fueron construidos teniendo en cuenta lo que puede considerarse *umbral de satisfacción*, que oscila entre 1.3 y 1.5 personas por local habitable equivalente a 12 a 14 m² por persona, y el *umbral patológico*, que oscila entre 1.5 y 2.0 personas por local habitable equivalente a 8 a 10 m² por persona. La división entre los tramos 1 y 2 marca ambos umbrales.

La distancia entre los tramos 1-2 y 2-3 es de 7 puntos, mientras que la distancia entre 0-1 es de 6 puntos. Al resultar imposible dividir 20 en tres tramos iguales se ponderó con 1 punto más los dos tramos últimos, puesto que estos son los tramos que superan o limitan el umbral patológico de hacinamiento.

Materiales de construcción de la vivienda

Se tomaron en cuenta los materiales de construcción de las paredes, techos y pisos de la vivienda y se realizó una combinación de los tres tipos de materiales, clasificándolos en dos categorías con un puntaje de 30 puntos.

0. Materiales de mampostería, resistentes, térmicos, aislantes, impermeables.
1. Materiales precarios, no aislantes, permeables, atérmicos, no resistentes.

Categorías de las tres variables de materiales de construcción combinadas

Puntaje

Todos los materiales 0 . .	0
1 de los materiales 1 . .	10
2 de los materiales 1 . .	20
Todos los materiales 1 . .	30

Para asignar el puntaje mencionado los materiales que se combinaron fueron reclasificados en dos grandes categorías:

a) Paredes

0. Ladrillo, bloque de piedra, piedra pómez, carbonilla.
1. Adobe, chorizo, madera, cartón prensado, planchas o chapas metálicas.

b) Techos

0. Baldosas, cubierta asfáltica o similar, tejas.
1. Madera, planchas metálicas, cartón prensado o similar, pajas o ramas.

c) Pisos

0. Mosaico, baldosa, madera, cemento.
1. Ladrillo, tierra.

Unidades y pautas del índice

Combinando los puntajes de las tres variables mencionadas se obtuvo un índice de 45 unidades de valor que van desde 0, 6, 10, 16, 20, etc., hasta 150, con distancias de 3 ó 4 puntos entre cada unidad de valor.

El número de pautas teóricas para cada unidad oscila entre 1 como mínimo y 4 como máximo, alcanzando las unidades intermedias de la distribución mayor número de pautas que la de los extremos.

Al realizar una reducción de las pautas sobre la base que ciertas combinaciones son altamente improbables de ocurrir por la interdependencia que guardan todas las variables entre sí, se obtiene una distribución con 45 unidades.

Las unidades fueron agrupadas posteriormente para el análisis, en tres grandes grupos que incluyen a las viviendas buenas o en "buenas condiciones de habitabilidad", re-

gulares y malas o precarias. Dichos grupos son:

- a) 0 - 13. Viviendas en buenas condiciones habitacionales.
- b) 16 - 130. Viviendas regulares o medias.
- c) 133 - 150. Viviendas malas y precarias.

3. ESTRUCTURA POR EDAD, SEXO Y ESTADO CONYUGAL

Edad

Número de años cumplidos al momento de la encuesta. En general se utilizó la clasificación por grupos quinquenales de edad, aunque dicha clasificación también fue base de clasificaciones por edad más amplias.

Estado conyugal

Se considera el declarado por el informante en la carpeta familiar.

Categorías:

1. Soltero/a.
2. Casado/a.
3. Unión consensual.
4. Viudo/a.
5. Separado/a; divorciado/a.

4. NIVEL EDUCACIONAL

Alfabetismo

Se considera alfabeto a la persona que manifiesta saber leer y escribir.

Nivel educacional

Esta información se obtiene para los encuestados de 6 años y más. Registra el último año, grado o curso aprobado dentro del más avanzado de los ciclos educacionales oficiales (primario, secundario, universitario) alcanzado por el encuestado.

Categorías:

1. Primaria completa.
2. Primaria incompleta.

3. Secundaria completa.
4. Secundaria incompleta.
5. Universitaria completa.
6. Universitaria incompleta.
7. Sin educación.

Continuidad de los estudios

Esta información se obtiene para la población encuestada entre 6 y 20 años. Registra acerca de si la misma continúa estudiando o no en algún ciclo educacional.

5. CONDICION DE ACTIVIDAD ECONOMICA

Población ocupada

Es la población de 10 años y más que ha tenido un trabajo remunerado o lucrativo en algún momento del último año o en todo el curso del mismo.

Población no ocupada

Es la población encuestada de 10 años y más que no ha tenido ningún trabajo remunerado o lucrativo en el período de referencia de un año.

A esta población se la clasifica según que se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

1. Realiza quehaceres domésticos.
2. Vive de sus rentas.
3. Desocupado buscando trabajo o nunca trabajó y busca trabajo.
4. Estudiante.
5. Enfermo e inhabilitado permanente.
6. Enfermo e inhabilitado parcialmente.
7. Pensionado o jubilado.
8. Retirado sin pensión ni jubilación.
9. Otra situación.

Es necesario aclarar que a diferencia de lo acostumbrado tradicionalmente en los censos de población, pero al igual del censo de población de 1970, el límite inferior de edad utilizado en esta encuesta ha sido de 10 años en lugar de 14, por considerarse más apropiado para captar la participación en la

estructura productiva, especialmente en el interior del país.

Por otro lado, el período de referencia utilizado (un año) plantea la siguiente limitación: se pierde información acerca del volumen de desocupados activos (categoría 3 anterior) al momento de la encuesta, dentro de la población encuestada económicamente activa. Esto se debe a que se considera ocupada aún a aquella persona que haya trabajado sólo un mes en el período de referencia. Sólo se detectan los casos extremos de desocupación.

Sin embargo, esta limitación puede ser en parte superada en base al dato sobre grado de ocupación que permite estimar la cantidad de personas, que aún declarándose ocupadas, lo han sido en realidad en un corto lapso. En base a este dato es posible acercarse al concepto censal de población, económicamente activa, que comprende a todas aquellas personas que suministran la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios, incluyendo a los ocupados y desocupados.

Grado de ocupación

Se refiere a la cantidad de tiempo (en meses) que la población ocupada ha trabajado en el período de referencia. Se agrupó el grado de ocupación en dos niveles:

1. 0 a 5 meses.
2. 6 a 12 meses.

De esta manera se puede clasificar a la población ocupada teniendo en consideración si ha estado ocupada por lo menos el cincuenta por ciento del año de referencia. Aquellos individuos que no llegaron a tener ocupación la mitad del año se los considera virtualmente desocupados.

Ocupación

Se tomó en cuenta la ocupación principal o sea la ocupación, profesión u oficio que reporta la mayor parte de los ingresos que percibe el encuestado o que percibió durante el período de referencia.

Las categorías de la ocupación principal se codificaron de acuerdo con la clasificación ocupacional para el Censo de América de

1960¹; según el código de dos dígitos o sea grupos principales y subgrupos de ocupación.

Se hace notar que por último se decidió no utilizar esta clasificación de ocupaciones por su heterogeneidad y que no se confeccionaron tabulados con la misma; aunque está codificada y disponible para su utilización.

Posición ocupacional

Se refiere a la ubicación del individuo en la ocupación según sea trabajador dependiente o independiente y la jerarquía interna medida por el tipo de ocupación y el personal a cargo.

Las categorías utilizadas para establecer la posición ocupacional a que pertenece el encuestado son:

01. Grandes empresarios industriales con más de 25 personas empleadas (incluidos familiares).
Grandes empresarios en otras ramas con más de 10 personas a su cargo (incluidos familiares).
02. Empresarios medios de industria con 6 a 24 personas a su cargo (incluidos familiares).
Empresarios medios en otras ramas con 4 a 9 personas a su cargo (incluidos familiares).
03. Empresarios menores de industria con 1 a 5 personas a su cargo (incluidos familiares).
Empresarios menores en otras ramas con 1 a 3 personas a su cargo (incluidos familiares).
04. Trabajadores por cuenta propia con local o vehículos.
05. Trabajadores por cuenta propia sin local.
06. Profesionales liberales y afines por cuenta propia.
07. Altos jefes y directores. Gerentes asesores de alto nivel.

¹ Instituto Interamericano de Estadísticas. *Clasificación ocupacional para el Censo de América de 1960 (COTA - 60)*, Unión Panamericana, Washington, D.C., U.S.A., 1959.

08. Jefes intermedios (con más de 6 personas a su cargo). Profesionales asalariados.
09. Jefes menores. Empleados con calificación técnica. Maestros. Maestros y profesores de artes y oficios con calificación técnica.
10. Empleados sin calificación técnica. Maestros y profesores de artes y oficios sin calificación técnica.
11. Capataces. Supervisores. Obreros calificados. Choferes.
12. Obreros no calificados.
13. Otros no calificados. Peones. Mozos. Carteros. Serenos.
14. Personal de servicio doméstico.
17. Personal de las Fuerzas Armadas, Policía y Gendarmería.
20. Fuera de la estructura ocupacional del país.
99. No sabe. No contesta. Falta información.

Rama de actividad

Se refiere al sector de la economía dentro del cual la persona ejerce o ha ejercido su ocupación. El sector de la economía se clasifica según el tipo de bienes o servicios producidos.

Para clasificar a la rama de actividad fue utilizada la categorización empleada en el Censo Nacional de Población de 1970, que comprende las 41 categorías siguientes:

01. Producción agropecuaria.
02. Servicios agrícolas.
03. Caza.
04. Silvicultura.
05. Extracción de madera.
06. Pesca de altura y costera.
07. Pesca n.e.p.
08. Explotación de yacimientos.
09. Combustibles.
10. Otros minerales.
11. Producción de alimentos, bebida y tabaco.

12. Textiles, confecciones y cuero.
13. Madera y productos de madera.
14. Papel y productos de papel.
15. Industrias químicas.
16. Productos minerales no metálicos.
17. Industrias metálicas básicas.
18. Productos metálicos excepto maquinaria y equipo.
19. Construcción de maquinarias excepto eléctricas.
20. Construcción de maquinarias y aparatos eléctricos.
21. Fabricación de material de transporte.
22. Otras industrias manufactureras.
23. Electricidad, gas y agua.
24. Servicios sanitarios.
25. Construcción.
26. Comercio.
27. Transporte y almacenamiento.
28. Comunicaciones.
29. Financieras y seguros.
30. Administración pública y defensa.
31. Bienes inmuebles y servicios prestados a otras empresas.
32. Educación y sanidad.
33. Diversión, esparcimiento y servicios culturales.
34. Servicios sociales.
35. Servicios personales.
36. Servicio doméstico.
37. Hoteles y restaurantes.
38. Otros servicios no especificados.
39. Actividad no especificada.
40. No sabe. No contesta.
41. Fuera de la actividad económica del país.

Para los fines de este estudio las mismas han sido reagrupadas en nueve categorías más inclusivas. Estas son:

1. Agropecuaria; caza; madera; pesca; yacimientos; combustibles; minerales (01 a 10).

2. Alimentos y bebidas; textiles; maderas; papel (11 a 14).
3. Industrias químicas; minerales no metálicos; industrias metálicas (15 a 18).
4. Construcción de maquinarias; fabricación de materiales de transporte; otras industrias manufactureras (19 a 22).
5. Electricidad; gas; agua; y servicios sanitarios (23 y 24).
6. Construcción (25).
7. Comercio; transporte y almacenamiento; comunicaciones (26 a 28).
8. Servicios (29 a 38).
9. Sin especificar; no sabe; fuera de la estructura ocupacional (39 a 41).

El reagrupamiento fue posterior a la codificación, que fue realizada en base a las 41 categorías citadas.

6. NIVEL OCUPACIONAL

Se determina por la posición que ocupa el individuo dentro de la estructura ocupacional según tres criterios básicos:

1. Tipo de trabajo, oficio o profesión.
2. Nivel de calificación.
3. Relación de dependencia: patrón, profesional independiente, asalariado por cuenta propia. Para los patrones se diferenciaron según la cantidad de personal a su cargo.

Para la ubicación de cada una de las ocupaciones en los distintos niveles ocupacionales se utilizaron las categorías empleadas en la "Encuesta de Consumo de Alimentos en la Capital Federal y Gran Buenos Aires", realizada en el año 1968¹. En dicha encuesta se tomó como base la clasificación por niveles ocupacionales realizada por el profesor Gino Germani para la "Encuesta de

Estratificación y Movilidad Social" del Instituto de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Los seis niveles ocupacionales resultantes se componen del siguiente modo:

1. Pequeño comerciante o vendedor ambulante, sin local, sin personal.
Personas sin grado de las Fuerzas Armadas (marineros, soldados, agentes de policía, etc.).
Obreros no calificados.
Aprendices y cadetes.
Empleados domésticos, mucamas, cocineros, lavandera, chofer, etc.
Otros servicios, mozo, sirvientes de restaurante, empleado de cuartos de hotel, cartero, portero, acomodador, guarda de ómnibus.
Personal de maestranza de la administración pública y privada.
Empleado de comercio o servicios de primera necesidad (vendedor de almacén, frutería, carnicería, etc.).
Otros no calificados en servicios.
Trabajadores de la tierra empleados.
2. Artesanos de artículos de consumo familiar (modista, bordadora, sastre, etcétera), por su cuenta sin personal, con local propio.
Artesano o trabajador independiente por cuenta propia sin personal sin local.
Comerciante de artículos de primera necesidad sin personal, con local (almacén, frutería, quiosco).
Técnicos por cuenta propia sin personal, sin local (electricista, mecánico, pintores, albañiles, etc.).
Enfermeras no diplomadas.
Maestros de obras, apuntadores, capataces, supervisores, encargados, inspectores de transporte.
Obreros calificados.
Chófer de colectivo (camionero, taxi, etcétera).
Peluqueros, manicuradas, etc., empleados.
3. Comerciantes de artículos de primera necesidad (almacén, carnicería, frutería, verdulería, zapatero, quiosco) con una o dos personas ocupadas.

¹ Consejo Nacional de Desarrollo. *Encuesta de Consumo de Alimentos en la Capital Federal y Gran Buenos Aires*, Serie C, N° 72, Año 1968, Buenos Aires, abril de 1968.

Artesanos de artículos de consumo familiar (modista, bordadora, sastre, etc.) con una o dos personas ocupadas.

Pequeño comerciante sin personal, con local.

Corredor, representante, agente, fotógrafo, por su cuenta sin personal ni local.

Servicios de transporte, propietarios de automotores por cuenta propia, sin personal (taximetrista, colectivo, camionero).

Técnico por cuenta propia sin personal con local: electricista, mecánico, reparación de automotores, etc.

Empleados de escritorio, dactilógrafos, empleados públicos no calificados.

Empleados de policía, cuentacorrentistas, perquisas, peritos oficiales.

Telefonistas.

4. Pequeño industrial (1 a 5 personas empleadas, incluidos familiares).

Pequeño comerciante o empresario de servicios (1 a 3 personas, ídem).

Pequeño empresario de explotaciones primarias (1 a 3 personas, ídem).

Patrones que no pueden ser definidos más claramente.

Representantes, agentes por su cuenta con local propio.

Oficiales de las Fuerzas Armadas que no son jefes (hasta capitán inclusive).

Jefe menor de empresas industriales (1 a 5 personas a cargo).

Jefe menor de la administración pública o semipública, comisarios.

Jefe menor de comercio o servicios.

Oficial de la marina mercante.

Profesores del secundario, de idiomas, directores de escuelas.

Profesores y maestros de artes y oficios con calificación técnica.

Personas que ejercen funciones administrativas, calificados no jerárquicos: secretario administrativo, taquígrafos, traductores, telegrafistas, etc.

Enfermera universitaria.

Dirigentes gremiales.

5. Industriales medios (6 a 25 personas ocupadas).

Comerciantes medios (4 a 10 personas ocupadas).

Banqueros medios y empresarios de servicios (4 a 10 personas ocupadas).

Empresarios medios de explotaciones primarias (4 a 10 personas ocupadas).

Profesionales universitarios por su cuenta con o sin personal: médicos, odontólogos, farmacéuticos, ingenieros, arquitectos, contadores, abogados, etc.

Profesionales empleados.

Jefes intermedios de la administración pública o semipública. Secretarios de Juzgado.

Jefes intermedios de comercio, servicios o industria (más de 6 personas a su cargo).

Oficiales de las Fuerzas Armadas (mayor o superior o equivalente) o de las fuerzas de seguridad.

Asesores técnicos, jefes técnicos, jefes de sección.

Personas de formación intelectual que ejercen altas funciones docentes, decanos, rectores, profesores universitarios, etc.

Comisionistas de bolsa.

6. Grandes empresarios de explotaciones primarias (más de 10 personas ocupadas).

Grandes comerciantes (ídem).

Grandes banqueros y empresarios de servicios (ídem).

Grandes industriales (más de 25 personas ocupadas).

Altos administradores privados: presidente o director de S. A. Gerentes o administradores generales. Contadores generales. Síndicos. Directores de asesorías letradas o departamentos técnicos.

Altos funcionarios de la administración pública: ministros, directores generales, diputados, cónsules, embajadores, jueces.

Altos jefes de las Fuerzas Armadas (de coronel a general).

Altos administradores de explotaciones primarias.

7. Fuera de la estructura ocupacional del país.
8. Información incompleta o contradictoria.

7. NIVEL DE INGRESO

En todo estudio por encuesta a individuos, la información sobre ingresos se considera poco confiable, puesto que tiende a subestimar o sobreestimarse el monto de ingresos del individuo, según el estrato socio-económico al que pertenece.

Por lo tanto, el manejo de esta variable es sumamente complejo dado el bajo nivel de confiabilidad con que se presenta. Uno de los criterios utilizados con el objeto de atenuar la posible distorsión en la declaración, ha sido el tratamiento de la variable ingreso ordenada en tramos.

Para la confección de los tramos de ingresos se utilizó un procedimiento estadístico, por el cual la población ordenada en forma creciente según su ingreso quedó dividida en deciles o sea que cada tramo de ingreso incluye aproximadamente el 10 % de la población total. De este modo predeterminada una distribución es posible analizar la diferente concentración de la población según ingresos al cruzar con distintas categorías de otras variables.

Además, debido a la incidencia del porcentaje de personas que en el cuestionario individual no aceptan dar información o que no aceptan darla en números absolutos sino mediante la identificación en un tramo, para las preguntas incompletas referidas a esta variable se elaboró un procedimiento por el cual se asignó ingreso en función de ocupación y rama de actividad.

Con los datos de ingresos se calcularon las siguientes medidas, según los requerimientos de las distintas áreas de estudio de la encuesta.

1. Ingresos totales de los individuos, es decir referidos tanto a todas las ocupaciones remuneradas de cada individuo como a los obtenidos de otras fuentes (jubilación, renta, etc.).

2. Ingresos totales de las familias, obtenidos como suma de los ingresos totales de los individuos de cada familia.

3. Ingresos per cápita, obtenidos en base a todos los ingresos declarados por la familia y divididos por el número de miembros que la componen.

4. Ingresos medios de los perceptores de la familia, obtenidos en base a todos los ingresos declarados por la familia y divididos por el número de perceptores.

5. Ingreso total del jefe de familia, o sea referido a todas las ocupaciones remuneradas del jefe como el ingreso obtenido por el mismo de otras fuentes.

6. Ingresos de la actividad principal o sea de aquella ocupación remunerada que reporta los mayores ingresos o que es declarada como tal por el entrevistado.

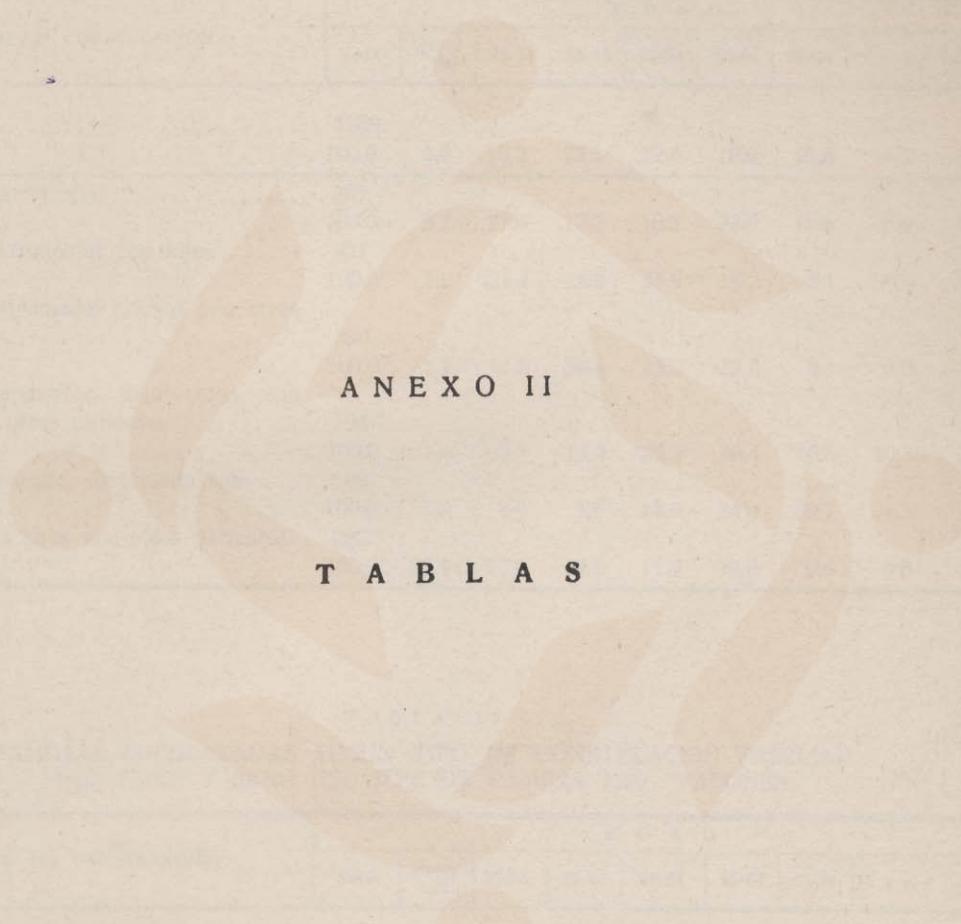
8. CONDICION DE MIGRACION

Se intentó estimar la condición de migrante del entrevistado considerando a los fines del estudio como no migrante a aquella persona que es nativa del área o que llegó a la misma hace más de 10 años. Por lo cual se define como migrante sólo a aquellos individuos que llegaron al área hace 10 años y menos.

Asimismo, se investigó el tipo de lugar de procedencia a partir de la autopercepción del encuestado de las características urbanorurales de la misma, considerándose las siguientes categorías:

1. Zona rural.
2. Pueblo.
3. Ciudad pequeña.
4. Ciudad grande.

El dato anterior tiene limitaciones ya que al ser resultado de la apreciación subjetiva del entrevistado inmigrante puede no reflejar las características reales del grado de urbanización del área de procedencia.



ANEXO II

T A B L A S

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

T A B L A 1 a
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR
POR EDAD Y SEXO DEL JEFE DE FAMILIA (%). TOTAL

TIPO DE CONSTELACION	E D A D								
	Total	Hasta 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +	No sabe NFI
Total	1968								
	100.0	4.9	16.2	22.1	22.5	18.9	10.6	4.3	0.5
(1) Núcleo matrimonial	267								
	100.0	3.7	17.6	12.7	16.5	23.6	19.6	5.6	0.7
(2) Núcleo matrimonial con hijos	821								
	100.0	1.9	21.4	28.9	25.8	16.2	5.1	0.6	0.1
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes	296								
	100.0	1.7	13.8	30.4	25.1	17.6	8.1	3.0	0.3
(4) Viudos, separados, divorciados, con hijos y/u otros parientes	194								
	100.0	—	3.1	14.4	25.8	30.4	16.5	10.3	—
(5) Viudo, separado, divorciado solo ...	108								
	100.0	1.9	0.9	5.6	14.8	24.0	28.7	21.3	2.8
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	282								
	100.0	22.4	17.0	14.5	17.4	13.8	9.6	4.6	0.7

T A B L A 1 b
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR
POR EDAD Y SEXO DEL JEFE DE FAMILIA (%). VARONES

TIPO DE CONSTELACION	E D A D								
	Total	Hasta 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +	No sabe NFI
Total	1.571								
	100.0	2.9	18.4	24.6	23.4	18.0	9.0	3.2	0.5
(1) Núcleo matrimonial	265								
	100.0	3.8	17.7	12.5	16.6	23.8	19.2	5.7	0.8
(2) Núcleo matrimonial con hijos	818								
	100.0	2.0	21.5	28.9	25.6	16.3	5.1	0.6	0.1
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes	294								
	100.0	1.7	13.9	29.9	25.2	17.7	8.2	3.1	0.3
(4) Viudos, separados, divorciados, con hijos y/u otros parientes	29								
	100.0	—	—	13.8	31.0	27.6	10.3	17.2	—
(5) Viudo, separado, divorciado solo ...	28								
	100.0	—	—	7.1	10.7	21.4	17.9	32.1	10.7
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	137								
	100.0	10.9	18.3	16.8	20.4	14.6	12.4	5.8	0.7

TABLA 1c
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR
POR EDAD Y SEXO DEL JEFE DE FAMILIA (%). MUJERES

TIPO DE CONSTELACION	E D A D								
	Total	Hasta 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +	No sabe NFI
Total	397								
	100.0	12.6	7.6	12.3	19.4	22.7	16.6	8.6	0.3
(1) Núcleo matrimonial	2								
	100.0	—	—	50.0	—	—	50.0	—	—
(2) Núcleo matrimonial con hijos	3								
	100.0	—	—	—	100.0	—	—	—	—
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes	2								
	100.0	—	—	100.0	—	—	—	—	—
(4) Viudos, separados, divorciados, con hijos y/u otros parientes	165								
	100.0	—	3.6	14.5	24.2	80.9	17.6	9.1	—
(5) Viudo, separado, divorciado solo ...	80								
	100.0	2.5	1.3	5.0	16.3	25.0	32.5	17.5	—
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	145								
	100.0	33.1	15.9	12.4	14.5	13.1	6.9	3.4	0.7

TABLA 2
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TAMAÑO Y NIVEL OCUPACIONAL DE LA FAMILIA

MIEMBROS Nº	NIVEL OCUPACIONAL						
	Total	1	2	4	3	5 y 6	NS-NFI
Total ...	1.938	451	543	366	189	124	295
1	309	120	51	38	11	10	79
2	399	87	110	82	34	26	60
3	419	79	125	82	43	25	59
4	406	68	126	78	57	31	46
5	229	43	67	44	29	21	25
6	104	22	33	27	8	7	7
7 y + ..	102	32	31	9	7	4	19

TABLA 3
POBLACION ENCUESTADA SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

GRUPO DE EDAD	S E X O		
	Total	Varones	Mujeres
Total	6.411	3.069	3.342
0 - 4	547	253	294
5 - 9	518	284	234
10 - 14	457	242	215
15 - 19	513	250	263
20 - 24	497	218	279
25 - 29	508	246	262
30 - 34	443	215	228
35 - 39	477	233	244
40 - 44	470	220	250
45 - 49	450	224	226
50 - 54	355	169	186
55 - 59	370	167	203
60 - 64	297	125	172
65 - 69	204	105	99
70 - 74	139	48	91
75 y más	163	68	95
NS-NFI	3	2	1

TABLA 4

POBLACION ENCUESTADA DE 15 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO, GRUPOS DE EDAD Y CONDICION DE ALFABETIZACION (%)

E D A D	A L F A B E T I Z A C I O N								
	T O T A L			V A R O N E S			M U J E R E S		
	Total	Alf.	Analf.	Total	Alf.	Analf.	Total	Alf.	Analf.
Total	4.884			2.287			2.597		
	100.0	96.1	3.9	100.0	97.2	2.8	100.0	95.0	50.0
15-24	1.010			468			542		
	100.0	98.0	2.0	100.0	97.9	2.1	100.0	98.2	1.8
25-34	950			461			489		
	100.0	98.6	1.4	100.0	98.9	1.1	100.0	98.4	1.6
35-44	947			453			494		
	100.0	96.8	3.2	100.0	97.4	2.6	100.0	96.4	3.6
45-44	805			393			412		
	100.0	98.0	2.0	100.0	98.2	1.8	100.0	97.8	2.2
55-64	667			292			375		
	100.0	93.4	6.6	100.0	96.2	3.8	100.0	91.2	8.8
65-74	342			152			190		
	100.0	90.9	9.1	100.0	95.4	4.6	100.0	87.4	12.6
75 y más	163			68			95		
	100.0	76.7	23.3	100.0	83.8	16.2	100.0	71.6	28.4

TABLA 5

POBLACION ENCUESTADA DE 6 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO POR GRUPOS DE EDAD (%)

E D A D	N I V E L E D U C A C I O N A L								
	Total	Sin Educac.	Primaria Incomp.	Primaria Compl.	Secund. Incomp.	Secund. Compl.	Univ. Incomp.	Univ. Compl.	Desc.
Total	5.756								
	100.0	6.0	33.8	32.8	13.3	7.7	3.4	2.2	0.8
6 a 12	686								
	100.0	13.0	81.8	4.8	0.4	—	—	—	—
13 a 19	695								
	100.0	1.9	20.0	32.8	35.2	6.6	3.4	—	0.1
20 a 24	497								
	100.0	3.0	14.5	33.0	17.7	14.9	14.3	2.4	0.2
25 a 34	951								
	100.0	1.7	23.2	37.2	16.3	10.8	6.2	4.1	0.5
35 a 44	947								
	100.0	3.8	30.4	41.2	11.0	7.6	2.4	2.9	0.7
45 a 54	805								
	100.0	3.2	33.1	39.9	11.0	8.0	1.5	2.1	1.2
55 a 74	1.009								
	100.0	10.4	33.7	35.8	7.5	7.2	0.9	2.8	1.7
75 y más	163								
	100.0	29.4	33.2	24.5	3.1	5.5	—	1.2	3.1

TABLA 6
POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO, GRUPOS DE EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD

EDAD	SEXO Y CONDICION												
	VARONES						MUJERES						
	Activos	INACTIVOS					Activas	INACTIVAS					
Total		Estud.	Pens., Jub., Ret.	Otros	Desc.	Total		Amas casa	Estud.	Jub., Pens., Ret.	Otras	Desc.	
Total ...	1.925	606	292	252	59	3	979	1.834	1.316	294	132	90	2
10-14 ..	37	205	199	—	5	1	16	199	8	186	—	4	1
15-19 ..	170	79	73	—	5	1	128	135	41	89	—	5	—
20-24 ..	193	25	18	—	7	—	176	103	86	15	—	2	—
25-29 ..	243	3	2	—	1	—	147	115	106	4	—	5	—
30-34 ..	214	1	—	—	1	—	88	140	138	—	—	2	—
35-39 ..	230	3	—	1	2	—	90	154	154	—	—	—	—
40-44 ..	218	2	—	1	1	—	104	146	140	—	1	5	—
45-49 ..	217	7	—	5	2	—	89	137	130	—	4	3	—
50-54 ..	157	12	—	4	8	—	58	128	110	—	10	7	1
55-59 ..	127	40	—	38	2	—	40	163	136	—	24	3	—
60-64 ..	61	64	—	55	9	—	26	146	105	—	29	12	—
65-69 ..	38	67	—	60	6	1	12	87	68	—	16	3	—
70-74 ..	7	41	—	38	3	—	3	88	51	—	23	14	—
75 y más	11	57	—	50	7	—	2	93	43	—	25	25	—
Descon. .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

TABLA 7

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN GRADO DE OCUPACION Y POSICION OCUPACIONAL

POSICION OCUPACIONAL	GRADO DE OCUPACION		
	Total	0-5 meses	6-12 meses
Total	2.868		
	100.0	5.9	94.1
(1) Grandes empresarios	8		
	100.0	—	100.0
(2) Empresarios medios	32		
	100.0	—	100.0
(3) Empresarios menores	92		
	100.0	—	100.0
(4) Trabajo por cuenta propia con local	223		
	100.0	4.0	96.0
(5) Trabajo por cuenta propia sin local	254		
	100.0	11.4	88.6
(6) Profesiones liberales por cuenta propia	43		
	100.0	11.6	88.4
(7) Altos jefes	20		
	100.0	—	100.0
(8) Jefes intermedios	49		
	100.0	6.1	93.9
(9) Jefes menores	194		
	100.0	3.1	96.9
(10) Empleados sin calificación técnica	487		
	100.0	5.7	94.3
(11) Capataces - Obreros calificados	532		
	100.0	2.3	97.7
(12) Obreros no calificados	295		
	100.0	8.5	91.5
(13) Otros no calificados	321		
	100.0	10.7	89.3
(14) Servicio doméstico	199		
	100.0	9.5	90.5
(17) Personal de las Fuerzas Armadas	42		
	100.0	—	100.0
(20) Fuera de estructura ocupacional del país ..	—	—	—
(99) No sabe - NFI	77		
	100.0	—	100.0

T A B L A 8
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD Y POSICION OCUPACIONAL (%)

P O S I C I O N	R A M A									
	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total	2.868 100.0	10 100.0	541 100.0	196 100.0	153 100.0	40 100.0	167 100.0	645 100.0	1.014 100.0	102 100.0
1. Grandes empresarios	0.3	10.0	0.2	0.5	—	—	0.6	0.3	0.3	—
2. Empresarios medios	1.1	—	0.7	2.0	1.3	—	0.6	1.0	1.2	1.0
3. Empresarios menores	3.2	—	3.0	3.1	1.3	—	3.6	5.9	2.3	1.0
4. Trab. por cuenta propia c/loc. ...	7.8	—	3.0	3.1	1.3	—	1.2	21.8	5.6	—
5. Trab. por cuenta propia s/loc. ...	8.9	—	17.4	—	4.6	2.5	18.0	6.0	8.0	2.0
6. Prof. libs. por cuenta propia ...	1.5	—	—	0.5	0.6	—	1.2	—	3.9	—
7. Altos jefes	0.7	—	0.7	3.0	—	2.5	—	0.8	0.3	1.0
8. Jefes intermedios	1.7	10.0	0.6	2.0	2.0	—	1.2	0.6	3.0	2.0
9. Jefes menores	6.8	20.0	3.1	5.1	7.8	15.0	3.0	4.5	10.5	7.1
10. Emp. sin calificación técnica	17.0	10.0	7.0	12.7	14.4	17.5	4.8	27.0	19.9	10.3
11. Capataces - obreros calificados .	18.5	20.0	29.8	31.7	45.8	30.0	22.8	11.5	7.3	36.8
12. Obreros no calificados	10.3	—	25.3	24.5	12.4	5.0	22.1	1.9	2.1	18.4
13. Otros no calificados	11.1	20.0	7.0	9.2	7.1	25.0	20.3	14.9	10.2	7.1
14. Servicio doméstico	6.9	—	—	—	—	—	—	0.3	19.4	—
17. Personal de las FF.AA.	1.5	—	—	—	—	—	—	—	4.1	—
20. Fuera estruc. ocup. país	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
99. NS - NFI	12.7	10.0	2.2	2.6	1.3	2.5	0.6	3.5	1.9	13.3

T A B L A 9
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESO DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

NIVEL DE INGRESO	NIVEL OCUPACIONAL						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	NS-NFI
Total	2.868 100.0	854 100.0	802 100.0	732 100.0	256 100.0	148 100.0	76 100.0
1	20.9	41.3	16.3	13.1	3.5	0.7	13.2
2	24.7	33.9	23.8	25.3	8.7	4.1	17.1
3	19.6	17.0	24.4	23.5	10.6	6.8	15.8
4	13.9	6.1	18.0	18.4	18.7	9.4	9.2
5	19.8	1.2	17.0	19.6	57.3	77.7	21.0
NS-NFI	1.1	0.5	0.5	0.1	1.2	1.3	23.7

T A B L A 1 0

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL (%)

POSICION OCUPACIONAL	I N G R E S O						NS- NFI
	Total	1	2	3	4	5	
Total	2.868 100.0	20.9	24.7	19.6	13.9	19.8	1.1
1. Grandes empresarios	8 100.0	—	—	—	37.5	62.5	—
2. Empresarios medios	32 100.0	3.1	6.3	6.3	18.7	65.6	—
3. Empresarios menores	92 100.0	2.2	4.3	10.9	19.6	60.9	2.2
4. Trab. por cuenta propia con local ..	223 100.0	12.1	13.9	14.8	28.7	30.4	—
5. Trab. por cuenta propia sin local ..	254 100.0	39.9	22.0	16.5	10.2	10.2	1.2
6. Prof. liberales por cuenta propia	43 100.0	—	4.7	9.3	4.7	81.3	—
7. Altos jefes	20 100.0	—	—	—	5.0	95.0	—
8. Jefes intermedios	49 100.0	2.0	6.1	10.2	6.1	73.6	2.0
9. Jefes menores	7 100.0	6.2	18.6	11.9	20.1	42.7	0.5
10. Emp. sin calificación técnica	487 100.0	14.2	29.2	27.8	15.0	13.8	—
11. Capataces - obreros calificados	532 100.0	7.0	24.6	29.3	18.7	19.8	0.6
12. Obreros no calificados	295 100.0	22.0	43.4	25.4	7.8	0.7	0.7
13. Otros no calificados	321 100.0	33.3	39.9	17.1	7.8	1.6	0.3
14. Servicio doméstico	199 100.0	83.4	13.6	2.5	0.5	—	—
17. Personal de las FF.AA.	42 100.0	—	7.1	11.9	21.4	59.6	—
20. Fuera estruc. ocup. país	—	—	—	—	—	—	—
99. NS - NFI	77 100.0	14.3	16.9	15.6	9.1	19.5	24.6

TABLA 11

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL (%)

POSICION OCUPACIONAL	RAMA E INGRESOS																			
	TOTAL*					INDUSTRIA					COMERCIO					SERVICIOS				
	Total	I	II	III	No sabe	Total	I	II	III	No sabe	Total	I	II	III	No sabe	Total	I	II	III	No sabe
Total	2.817					1.097					645					972				
Patrones	100.0	46.2	33.6	19.1	1.1	100.0	43.3	37.5	18.5	0.7	100.0	43.6	32.7	23.1	0.6	100.0	53.0	28.8	17.5	0.7
Cuenta propia ...	131					44					47					38				
Empleados altos y medios	100.0	6.9	29.8	61.8	1.5	100.0	9.1	31.8	56.8	2.3	100.0	6.4	19.2	74.4	—	100.0	5.3	42.0	52.7	—
Resto empleados ..	520					162					179					177				
Obreros calificados	100.0	41.7	32.9	24.8	0.6	100.0	59.9	26.5	13.0	0.6	100.0	33.0	39.1	27.9	—	100.0	33.8	32.8	32.8	0.6
Obreros no calificados y serv. dom.	68					23					9					33				
No sabe	100.0	5.9	13.2	79.4	1.5	100.0	—	4.3	95.7	—	100.0	—	22.2	77.8	—	100.0	12.1	18.2	69.7	—
	679					150					203					307				
	100.0	38.4	39.6	21.8	0.2	100.0	17.3	44.0	38.7	—	100.0	46.8	36.0	17.2	—	100.0	44.3	39.1	16.6	—
	530					343					74					74				
	100.0	31.5	48.1	19.8	0.6	100.0	30.6	49.0	20.4	—	100.0	37.8	40.6	21.6	—	100.0	33.8	47.3	18.9	—
	813					354					110					324				
	100.0	76.2	22.6	0.9	0.3	100.0	66.6	31.9	0.9	0.6	100.0	80.0	17.3	2.7	—	100.0	86.7	13.0	0.3	—
	76					21					23					19				
	100.0	31.6	25.0	19.7	23.7	100.0	33.4	28.6	19.0	19.0	100.0	34.8	34.8	13.0	17.4	100.0	36.8	15.8	15.8	31.6

* Incluye rama de actividad sin determinar.

TABLA 12
POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO, GRUPOS
DE EDAD Y CONDICION DE MIGRACION

E D A D	T O T A L			V A R O N E S			M U J E R E S		
	Total	Migrante	No migrante	Total	Migrante	No migrante	Total	Migrante	No migrante
Total	5.343	2.029	3.314	2.530	936	1.594	2.813	1.093	1.720
10 - 14	457	170	287	242	89	153	215	81	134
15 - 24	1.010	432	578	468	181	287	542	251	291
25 - 34	951	479	472	461	219	242	490	260	230
35 - 44	947	446	501	543	212	241	494	234	260
45 - 54	805	230	575	393	122	271	412	108	304
55 - 64	667	158	509	292	60	232	375	98	277
65 - 74	343	76	267	153	37	116	190	39	151
75 y más ..	163	38	125	68	16	52	95	22	73

TABLA 13
POBLACION ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE,
DE 15 AÑOS Y MAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

G R U P O S D E E D A D	P E R S O N A L - I N F O R M A N T E Y S E X O					
	P E R S O N A L			I N F O R M A N T E		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	3.169	1.055	2.114	1.719	1.235	484
15 - 24	555	195	360	455	273	182
25 - 34	597	184	413	354	277	77
35 - 44	614	188	426	333	265	68
45 - 64	1.031	340	691	441	345	96
65 y más	372	148	224	134	73	61
NS - NFI	—	—	—	2	2	—

I. CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS

II. MORBILIDAD

A. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

I. VARIABLES Y DEFINICIONES

Entre los cuatro objetivos generales¹ de la encuesta de salud se incluyó el "conocimiento de las enfermedades y los accidentes que padece la población en un período de tiempo". Esta expresión general condujo al estudio de variables que: a) describían directamente el área de conocimientos y b) de modo indirecto permitían profundizar en ese área asociándolas con otras condiciones.

El capítulo de morbilidad del estudio permitió adquirir conocimientos sobre:

1. Quiénes se sintieron enfermos.
2. Qué tipo de proceso mórbido percibieron, y además,
3. Qué tipo de actitud asumieron al sentirse enfermos.

Las variables previstas a priori para este capítulo e incluidas por tanto en el cuestionario fueron las siguientes:

1. Morbilidad, que incluye a:

1.1. *Enfermedad o sintomatología padecida en las dos últimas semanas*, entendiéndose por tal a las enfermedades que el sujeto que es objeto de la encuesta o, en su defecto, el informante, manifiesten haber percibido en el período de referencia, sea en el carácter de síntomas o como un síndrome. Se definió a los "síntomas percibidos" como cualquier manifestación perturbadora del estado de cenestesia, sin juzgar el estado de salud o de enfermedad del encuestado. Esos síntomas pueden referirse a uno o a varios órganos o sistemas.

La manifestación de enfermedad que se recoge puede ser la caracterización del síndrome o consistir en las connotaciones objetivas y subjetivas que sobre la situación tuviere el encuestado o entrevistado. La idea

de enfermedad que tenga el encuestado pudo deberse al estricto conocimiento o bien derivarse de los contactos que haya tenido con profesionales de la salud o con otras personas.

Esta definición de enfermedad incluida en la sección A, preguntas 1 a 4 de cuestionario individual, refleja plenamente la propuesta metodológica de obtener a través de la encuesta domiciliaria un conocimiento de la percepción que el individuo tiene de su problema de salud, sin otra indicación que la propia pregunta del entrevistador y los condicionantes previos que el encuestado posea.

1.2. *Accidentes ocurridos en las últimas dos semanas*: Se tomó como definición a priori de accidente a "todo hecho traumático, espontáneo, imprevisto y repentino que provoca en el organismo una lesión orgánica o un trastorno funcional o pasajero" incluyendo a cualquier tipo de accidente (sic), envenenamiento o violencia casual, autoinfligido o provocado por terceros y las lesiones provocadas por terceros. También incluye a las resultantes de circunstancias especiales tales como el envenenamiento por picaduras y/o mordeduras de animales o de insectos, los envenenamientos accidentales por drogas, y las lesiones sufridas a consecuencia de cataclismos, tormentas o inundaciones que el individuo encuestado percibió y manifiesta espontáneamente al encuestador, cuando éste le formula la pregunta 6 del cuestionario individual.

1.2.1. *Tipo de accidente según causa externa*: Se consignó a las respuestas dadas por los encuestados o, en el caso de que éstas no fuesen espontáneas, se sometió al

¹ Encuesta domiciliaria de Salud. Estudios Metodológicos, Serie 7, Nº 2, págs. 7 y 55.

sujeto de encuesta a la lectura de un listado de causas que incluía:

1. Accidentes de transporte (detallados).
2. Envenenamiento, intoxicación (detallados).
3. Caídas (detalladas).
4. Fuego o explosión.
5. Armas de fuego.
6. Otro tipo de armas.
7. Picadura, mordedura o ataque de animal.
8. Ahogamiento o ahorcamiento.
9. Factores naturales o ambientales.
10. Causado por máquinas o herramientas.

1.2.2. *Naturaleza de la lesión provocada por el accidente:* Se definieron categorías para los accidentes propiamente dichos y para las quemaduras. Sin embargo, la naturaleza de la lesión quedaba enteramente librada a la respuesta del encuestado en la pregunta 8, al leer el listado de las categorías transcrito en la misma.

1.2.3. *Parte del cuerpo afectado por el accidente:* Esta variable, definida a través del listado de categorías, adquirió su contenido a través de la respuesta espontánea del encuestado y/o de la lectura de categorías de la pregunta 9 que realizaba el encuestador.

1.2.4. *Lugar de ocurrencia del accidente:* Fue definido como el sitio donde sucedió el accidente, el envenenamiento o la violencia, independientemente de las circunstancias que rodearon al mismo. En el cuestionario —pregunta 10, sección A del cuestionario individual— se propusieron al encuestado siete categorías en las que se encuadró su respuesta espontánea:

- 1) en su casa, o en otra casa particular;
- 2) en la calle o en una ruta;
- 3) en un establecimiento industrial;
- 4) en un establecimiento comercial o en una oficina;

- 5) en la escuela, colegio, universidad;
- 6) en un club o campo de deportes;
- 7) en otro lugar...

También se clasificaron los accidentes según ocurrieran en el lugar habitual de trabajo y en el caso de la categoría 2 (en una calle o en una ruta) si el accidente ocurrió en el trayecto entre el hogar y el lugar de trabajo.

1.3. *Enfermedades crónicas:* Las enfermedades crónicas fueron definidas mediante un listado a priori que se reprodujo en la pregunta 42 del cuestionario individual.

1.4. *Estados incapacitantes:* Igual tratamiento que el punto anterior (pregunta 43).

2. *Incapacidad por enfermedad en las últimas dos semanas:* Fue definida según su grado, entendiéndose por tal a la calidad y el tiempo de la limitación producida, tomándose información solamente para la población de mayores de 6 años.

La calidad y el tiempo mencionados se clasificaron según tres variables concretas:

2.1. *Limitación de las actividades habituales:* Definida como la limitación total o parcial de las actividades habituales motivadas por problemas de salud. Busca conocer, de modo "subjetivo", si la persona *se sintió impedida* de algún modo para realizar sus actividades.

En el cuestionario se tradujo en dos preguntas (Sec. B, cuestionario individual), 13 y 14, que indagaron acerca de la limitación y el tiempo de la misma.

2.2. *Días perdidos de actividad:* Fue definido como los días perdidos de trabajo para la población económicamente activa, o como días perdidos de concurrencia a la escuela, al colegio, etc., para la población en edades escolares. Se tradujo en dos preguntas abiertas —similares a las del punto 2.1 (preguntas 15 y 16)—.

2.3. *Días en cama en las dos últimas semanas:* Se definió como día en cama aquel en que la persona guarda cama todo el día o la mayor parte del día por razones de salud. A priori se especificó que se entiende

como haber pasado la mayor parte del día en cama cuando el entrevistado ha pasado en cama la mitad o más de las horas que habitualmente está levantado. No se incluyeron los días en cama transcurridos en hospitales, sanatorios, etcétera.

En la práctica las preguntas 17 y 18 trajeron la definición de la variable de un modo relativo y obteniendo las respuestas espontáneas a la pregunta sin que estuviera especificado en la misma el significado.

Por eso, "Incapacidad por enfermedad en las últimas dos semanas", adolece en general de limitaciones que es conveniente explicitar.

La secuencia de incapacidad fue estructurada de modo que sólo quienes manifestaban limitaciones a sus actividades habituales eran interrogados acerca de los días perdidos de actividad y de los días en cama (puntos 22 y 23) guardados en las últimas dos semanas.

Esta metodología se basó en el supuesto —erróneo en la práctica— de que habría correspondencia entre "el sentirse limitado" y la eventual consecuencia de no realizar actividades o de guardar cama.

En la práctica, se vio que esto no es así. El "sentirse limitado en las actividades habituales" es una dimensión muy subjetiva que el individuo puede o no conectar correctamente con su salud y con conductas concretas que desarrolle en función de ella (trabajar o no, estar acostado o levantado en función de su enfermedad). Esta conexión entre las variables se agrava, además, porque la pregunta que abre la secuencia (pregunta 13, cuestionario individual) puede no haber sido comprendida por todos los individuos interrogados al respecto. Muchos de ellos, realmente incapacitados en las dos semanas previas a la encuesta, pueden no haber sido consignados como tales por la secuencia del cuestionario y, de ese modo, ignorar si guardaron cama y si perdieron días de actividad.

Así planteadas, las limitaciones con que hay que considerar esta secuencia indican que las relaciones que se efectúen con otras variables deben ser analizadas con suma cautela.

II. CRITERIO PARA LA CATEGORIZACION DE LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

La percepción de morbilidad en los encuestados surge, primariamente, de las respuestas a la pregunta 1 del cuestionario individual donde se inquiriere si en las últimas dos semanas "estuvo enfermo, sintió algún mal'estar o tuvo algún problema de salud". Las respuestas proporcionan una información de la morbilidad percibida por la población y permiten el análisis de su distribución según distintas variables. Las limitaciones surgirían de las etapas previas a la obtención del dato y, además, de la circunstancia que la respuesta sea dada por el entrevistado sobre sí mismo o que proporcione la información sobre lo percibido y acaecido a otro integrante de la unidad de vivienda, ausente de la casa en el momento de la entrevista o menor de 15 años.

La restricción que se menciona fue considerada desde el comienzo de la elaboración de la ENS como una incómoda y desagradable limitación técnica. Pero su corrección implicaría el transformar la operación de campo en encuesta personal de individuos, con el consiguiente incremento significativo en el recurso humano y económico que sería menester. Así, se advirtió que la circunstancia apuntada, la de realizar exclusivamente encuestas individuales, escapaba totalmente al presupuesto de la ENS y, por ende, quedaba excluida como alternativa.

Conviene remarcar este hecho por cuanto en numerosas instancias el lector, o bien lamentará no disponer del dato obtenido en su totalidad por vía "directa" o bien se inquietará imaginando la rectificación eventual del dato obtenido por medio de los informantes. En esos casos, deben tenerse en cuenta para mayor tranquilidad ambas cosas: la restricción y la imposibilidad de obviarla en el diseño de este estudio. No debe, sin embargo, perderse de vista que en el país y en la mayoría de los países nunca se contó con una información de calidad semejante a la ahora provista.

Se hizo referencia, antes, a las limitaciones emergentes de las *etapas previas* a la entrevista y de la condición de "informante o personal" *durante* la entrevista; corres-

ponde ahora referirse al tratamiento de la información sobre la percepción de la morbilidad en las *etapas ulteriores*.

Las respuestas a la pregunta 1 del cuestionario individual, como se dijo, informan sobre la percepción de morbilidad sin caracterización de ninguna especie. Se procuró, de esa manera, obviar toda influencia sobre la percepción, la memoria y la expresión del encuestado. La pregunta 2, del mismo cuestionario, indaga las características de la perturbación en quienes percibieron morbilidad, pero lo hace en forma abierta, no dirigida, librando al entendimiento y al modo expresivo del individuo la descripción del problema.

El principio que animó a este enfoque fue, lógicamente, el de librar tanto como fuere posible al individuo en el manejo de su percepción. Y así como esto es incuestionable, cabe también advertir la dificultad en clasificar a los datos emergentes de preguntas abiertas en un campo cultural vasto y heterogéneo como el que califica individual y grupalmente a la condición de salud y de enfermedad.

La opción estaría planteada, a esta altura, en el enfoque que se haga sobre los datos y éste, a su vez, está condicionado por el propósito final de la encuesta. Si fuera sociológico, el procesamiento debería ser el mínimo compatible con la preservación cultural de la valoración del hecho de la salud, ésta en su acepción más amplia que incluiría las conductas con ella relacionadas. Sin descartar de ningún modo la necesidad de apreciar el hecho cultural como elemento básico del panorama de la salud, la ENS sostiene el propósito de obtener datos con la objetivación suficiente como para aportar evidencia al diagnóstico de la salud y de la atención de la enfermedad, tal como se desarrolla ahora. De esta manera la ENS contribuirá, no sólo a una definición de las circunstancias actuales, sino a la identificación de temas claves en la investigación, la planificación y la administración de la Atención Médica.

Este propósito condiciona, entonces, el proceso de la encuesta e interacciona repetidamente con los aspectos sociológicos que na-

turalmente tiene una encuesta de población sobre la salud.

1. De la percepción de morbilidad

El dato disponible en cuanto a la naturaleza del problema es la percepción de morbilidad en las últimas dos semanas (preg. 1), la descripción del malestar (preg. 2), la percepción de un accidente (preg. 6) y su causa (preg. 7). La percepción de enfermedad, es obvio, se categoriza por sí o por no. En el primer caso se distingue a la presencia de enfermedad o de accidente, este último en su connotación de reacción orgánica consecuente a una injuria reconocida. La calificación que se procura del accidente, en cuanto a la causa, las lesiones, las circunstancias y la relación con el trabajo reconocen el interés en dimensionar al accidente en esos atributos, pero su escasa frecuencia relativa no permite, en este nivel de análisis, ir más allá de una visión panorámica.

Los cuadros previstos para la percepción de enfermedad y de accidente la expresan según la información sea personal o por informante y según el sexo y la edad del afectado (cuadros 1 y 52), según la limitación o no de actividad que produjera (cuadro 62) y la decisión de guardar cama (cuadros 14 y 63), de consultar al médico (cuadros 12 y 63) y de consumir medicamentos (cuadros 13, 47, 59, 60 y 64), además de distinguirla según la cobertura de atención médica para cada grupo etario.

El procesamiento indicado tiende a caracterizar al perceptor o sea a "quién se enferma y accidenta" y a las distintas actitudes adoptadas frente a la percepción de morbilidad o sea "qué hace el que se siente enfermo".

La categorización de la edad que se proporciona en los cuadros 1 y 52 separa a los grupos en infantil, juvenil, adulto joven y maduro y en ancianos. Disminuye en cantidad a la agrupación decenal, que en este caso no sería aplicable por el aumento en la variación a que conducirían tantas aperturas para este tamaño muestral.

La percepción de morbilidad puede conducir, voluntariamente o no, a diversas modificaciones en el modo habitual de vivir.

Esto puede ir desde el mantenimiento de las actividades rutinarias con el simple consumo de un medicamento hasta una severa restricción, guardando cama, observando dieta, consultando al médico, sometiéndose a terapéuticas complejas, etc. Es de advertir el interés que existe en producir una gradación de valores que permita medir ese continuo, a efectos de apreciar la respuesta humana a determinadas noxas. La ecología cultural pesa vigorosamente, sin embargo, como para constituirse en el factor decisivo en la conducta individual y es así que, mientras unos concurren al médico a la menor anomalía en procura de diagnóstico y de tratamiento sin modificar sus tareas habituales, hay otros que guardan cama como única precaución y otros que se automedican, concurriendo o no a su trabajo. La decisión personal se descarta, como es lógico, para el efecto de algunas patologías que, por su gravedad o características, se autodefinen. No son éstas, sin embargo, las que más interesan en este caso sino las enfermedades menos contundentes en su efecto, de mayor prevalencia y, singularmente, las crónicas que sobrellevadas de tal o cual manera varían apreciablemente la demanda de atención médica.

A pesar de las dificultades apuntadas se pretendió observar el efecto de la percepción de morbilidad preguntando si "en las últimas dos semanas hubo algún día que no pudo hacer las cosas que habitualmente hace por no sentirse bien" (preg. 13). La ambigüedad de la pregunta se ajusta a la variabilidad mencionada así como a la de las ocupaciones o tareas desempeñadas por los encuestados.

Para quienes responden afirmativamente, o sea para quienes no hicieron las cosas que habitualmente hacen, se les inquirió el número de días, la concurrencia al trabajo y a la escuela y si guardaron cama. Es decir, que el ausentismo laboral y escolar, así como el guardar cama, sólo se registra entre quienes respondieron afirmativamente a la pregunta 13. Cabe advertir que estos valores presumiblemente estarían disminuidos, a poco que se presuma que algunos entrevistados no comprendieron el sentido de la pregunta, y que al responder erróneamente de modo negativo se sustrajeron de las pregun-

tas sobre ausentismo y guardar cama. A pesar de esto, es innegable la utilidad del dato como un valor mínimo, particularmente al carecer de datos similares de cualquier tipo.

Para los cuadros que enuncian guardar cama y consumir medicamentos también se aplica la salvedad recién anticipada.

2. De las enfermedades y accidentes

Tal como se dijo anteriormente, la encuesta indaga sobre las características de la morbilidad percibida (pregunta 2) de modo que el entrevistado puede describir el problema con entera libertad. Esto incluye la posibilidad de manifestar una enfermedad o un síndrome por su nombre reconocido cuanto enunciar los síntomas, sea mediante un vocabulario usual o bien por otro particularizado regional o folklóricamente. En el momento de la entrevista esta modalidad es la más fluida en cuanto a transcribir la percepción del individuo.

Pero a los efectos de la codificación constituye un serio problema porque de respetarse las aperturas colectadas, el procesamiento de la información sería muy dificultoso. El criterio por el que se optó fue el de codificar las percepciones según la VIII Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su edición de tres dígitos o 999 causas. Para los casos en que la percepción era identificable en la clasificación, sea una enfermedad, un síntoma definido o uno indefinido, el codificador procedía por sí. Cuando, en cambio, la expresión registrada no era entendida o no se advertía la categoría de la clasificación a la que correspondía, se remitía el caso a un árbitro que fue el mismo durante la operación de encuesta.

En este caso, el árbitro procedía a interpretar la manifestación del encuestado en la pregunta 2 (¿qué enfermedad tuvo?) a la luz de sus declaraciones en otras preguntas del cuestionario (edad, sexo, consumo de medicamentos, internaciones, áreas de residencia, lugares de consulta, enfermedades crónicas, etc.) de modo de mejorar el entendimiento de la enfermedad o del síntoma reciente. Tal proceder fue útil porque permitió ubicar en los límites del código ele-

gido a algunas respuestas que no lo hicieron según los procedimientos de rutina.

La decisión de utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades puede ser criticada, porque ella funciona sobre la base de diagnósticos y a síntomas calificados por el médico. Hay en ella, necesariamente, una demanda de precisión que jamás puede obtenerse a partir de una información provista por la población en general. Pero se estimó que la posibilidad de usar una clasificación aceptada universalmente en el campo médico, ofrecía la ventaja de trabajar con criterios ya probados y la factibilidad de establecer comparaciones harto útiles, entre los hallazgos de la encuesta y las estadísticas de morbimortalidad nacionales y extranjeras. La alternativa, operar con una clasificación abierta o agrupada especialmente, emergente de los hallazgos de la encuesta, pareció no ajustarse al propósito final enunciado al comienzo de esta sección.

En síntesis, se obtendría de esta manera la caracterización del "¿Qué tiene la gente que percibe morbilidad?", agrupada con un criterio definido que permite también un tratamiento ordenado.

Otro de los inconvenientes producidos por el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, surge del número de categorías, 999, que si bien probablemente sirven al propósito de esa clasificación, excede a las necesidades de la encuesta que, como se dijo, no cuenta con la precisión de los diagnósticos médicos. Por lo tanto, surgió la necesidad de efectuar agrupamientos de esos 999 ítems, que respondan a las posibilidades y al interés de la encuesta. Se optó por integrar a las entidades según los aparatos a los que corresponden, pero con el criterio de distinguir a las patologías más frecuentes en el medio domiciliario para el cual se seleccionó a algunos de dichos aparatos: Sistema Nervioso Central y Organos de los Sentidos, Circulatorio, Digestivo, Génitourinario, Piel y Celular Subcutáneo, así como a grupos de enfermedades: Infecciosas y Parasitarias, Endocrinas, Nutrición y Metabolismo, Mentales, Artritis, Artrosis, y Reumatismo, Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Quedan dos grandes grupos: el de Síntomas mal definidos y un compar-

timiento reservado para "el resto de las enfermedades", para los cuales se recomienda ver los cuadros 29 y 30.

III. DEL AGRUPAMIENTO DE LAS PERCEPCIONES DE ENFERMEDAD Y DE LOS ACCIDENTES (en las últimas dos semanas)

Tal como se mencionó, las percepciones una vez codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 8ª Revisión, fueron agrupadas según aparatos, según algunas enfermedades y algunos síntomas.

Los grupos fueron los siguientes:

1. Aparato circulatorio.
2. Infecciosas y parasitarias.
3. Enfermedades endocrinas y del metabolismo.
4. Enfermedades mentales.
5. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos.
6. Aparato respiratorio.
7. Aparato digestivo.
8. Aparato génitourinario.
9. Enfermedades osteomusculares.
10. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio.
11. Piel y tejido celular subcutáneo.
12. Enfermedades no incluidas en los cuadros anteriores.
13. Personas que percibieron síntomas mal definidos.

1. Aparato circulatorio

Los grupos fueron distinguidos a priori, como ya se dijo, en mérito a la posibilidad de que determinadas afecciones sean percibidas y luego a la frecuencia esperable en el medio domiciliario. De este modo, las aperturas fueron:

- a) *Hipertensión*: Incluye del 400 al 404 de la Clasificación Internacional. A este grupo ingresan las manifestaciones de la percepción que se refieren a "presión", sean de "alta presión", "presión arterial", etc., excepto los casos en que se haya especi-

ficado, de uno u otro modo, la existencia de hipotensión.

- b) *Aterosclerosis*: Representa a las afecciones incluidas en "Enfermedades de las arterias, arteriolas y de los vasos capilares" en la C.I. 8ª Ed. (códigos 440-448). Es fácil presumir que, salvo el caso de excepción, entre la patología incluida en el capítulo *Aterosclerosis*, aneurismas, embolias, gangrena, poliarteritis etcétera, la primera será, con mucho, la más frecuente, perceptible y expresable. Su caracterización del grupo, por otra parte, no implica pérdida de precisión, porque las percepciones codificadas subsisten y serían disponibles para la eventualidad de una investigación en profundidad dentro del grupo.
 - c) *Enfermedades de las venas y otras*: Corresponde al capítulo "Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos y otras enfermedades del aparato circulatorio" (450 a 458 de códigos). La frecuencia más esperada en este grupo corresponde a flebitis, várices y hemorroides.
 - d) *Solamente síntomas*: Incluye solamente a los individuos cuyas percepciones fueron codificadas como síntomas correspondientes al aparato circulatorio (código 782), no acompañadas por otra expresión de percepción de enfermedad que les haya introducido en uno de los otros grupos del aparato circulatorio.
 - e) *Resto*: Incluye a los síntomas de todas las percepciones cuyos códigos no hayan sido incluidos en los demás grupos. (390 a 399, 405 a 439 y 449).
2. *Enfermedades infecciosas y parasitarias* (códigos 000 a 199 de la Clasificación Internacional, 8ª edición)
- a) enteritis y otras diarreas, códigos 008 y 009;
 - b) tuberculosis, todas las formas, códigos 010 a 019;
 - c) coqueluche (tos ferina), código 033;

- d) poliomielitis y otras enfermedades del S.N.C. debidas a enterovirus, códigos 040 a 046;
- e) sarampión, código 055;
- f) hepatitis infecciosa, código 070;
- g) tripanosomiasis, código 086;
- h) sífilis y otras enfermedades venéreas, códigos 090 a 098;
- i) otras enfermedades infecciosas y parasitarias, corresponde a helmintiasis, códigos 120 a 129, y a otras enfermedades infecciosas y parasitarias, códigos 130 a 136;
- j) el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que no han sido incluidas en los demás grupos (códigos: 056 a 069; 071 a 085; 087 a 089 y 099 a 119).

Los argumentos que condujeron a esta clasificación son de igual tenor a los ya comentados. En algunos casos (coqueluche, sarampión, poliomielitis) se distingue a enfermedades que son objeto de actividades de vacunación, como un medio para estimar frecuencia de las percepciones y su distribución. En otros casos (enteritis, sífilis) se pretende visualizar a afecciones que emergen del horizonte clínico cuando las complicaciones o la severidad de su curso (hepatitis infecciosa) conducen al paciente a la internación. Hay patologías, de incierta prevalencia en áreas urbanas y de dudosa percepción (tripanosomiasis), que despiertan interés por las características regionales de su distribución y por la magnitud que a veces llegan a alcanzar, aun cuando fuera localmente (helmintiasis).

No cabe duda que en este grupo pesa exclusivamente la referencia de la percepción, sin que medie un diagnóstico médico y si éste hubiere sido expresado es muy probable que carezca de verificación por el laboratorio, que sería el medio idóneo para la identificación de estos síntomas.

3. *Enfermedades endocrinas y del metabolismo*

La frecuencia esperada para las percepciones incluidas en este grupo es baja. Sin

embargo, se considera útil referir lo manifestado con respecto a problemas que reconocen una distribución regional para cuyo control médico-sanitario se adoptaron, en su momento, medidas específicas y cuya prevalencia clínica exhibe una tendencia declinante (bocio endémico, cuya percepción es incluida en tiroides). Hay otras enfermedades con prevalencia relativamente alta en nuestro medio (diabetes) y cuya caracterización según distintas variables, como la edad, el sexo, etc., revisten interés médico y sanitario.

Las deficiencias nutricionales son, se reitera, las percibidas y manifestadas como tales, aún más sólo cuando se perciben como enfermedades. Es notorio el interés del médico y del administrador sanitario por informarse sobre la distribución y las características de este mal médico, social y económico. Pero, por lo antedicho, debe verse a esta cifra no vinculada al hecho socio-económico ni al médico sino, eventualmente, como un elemento para el estudio sociológico, aunque ciertamente subestimado porque la canalización del interés del entrevistado fue por la vía de la salud.

Los grupos, en síntesis, fueron los siguientes:

- a) tiroides, códigos 240 a 246;
- b) diabetes, código 250;
- c) deficiencias nutricionales, códigos 260 a 269;
- d) el resto de las enfermedades endocrinas y del metabolismo no incluidas en los grupos antecitados (códigos: 247 a 249; 251 a 259; 270 a 279).

4. *Enfermedades mentales*

Las percepciones en esta área han sido agrupadas en:

- a) psicosis, códigos 290 a 299 y 310 a 315;
- b) neurosis, códigos 300 a 309;
- c) solamente síntomas, códigos 790, 780.1 ó 781.8.

El propósito fue el de no desestimar los síntomas, solos o acompañados a enferme-

dad, a la vez que reducir al mínimo el procesamiento de las percepciones. Por eso, se las ubica en dos grandes grupos: el de las psicosis y el de las neurosis, debiendo advertirse que las psicosis evidentes en el entrevistado por la ENS conducen a la anulación del formulario individual correspondiente. Por eso, las psicosis existirán como percepciones del informante respecto de otra persona; concepto a su vez limitado por el hecho que las psicosis, en una proporción apreciable, son internadas en establecimientos especializados, donde permanecen, en muchos casos, por largos períodos, con la consiguiente omisión en el grupo familiar.

La subjetivación que constituye la percepción encuentra en estas afecciones su horizonte más amplio. Por eso debe considerarse a estos datos con extrema precaución advirtiendo en ellos, con seguridad, una pronunciada subestimación de la realidad.

5. *Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos*

Las enfermedades incluidas en este capítulo son, con mucho, terreno para la discriminación diagnóstica por el médico. En una buena cantidad resultan ser afecciones crónicas y las más frecuentes se manifiestan por una sintomatología imprecisa que puede atribuirse a otros aparatos u órganos. Por consiguiente, la expectativa de su ocurrencia, a través de las percepciones, es baja, lo cual induce a no hacer sino las aparturas que se estimen como las mínimas necesarias.

Se distingue a las epilepsias por el interés médico en estimar su magnitud de alguna manera y el valor epidemiológico de su asociación con determinadas variables.

Las enfermedades inflamatorias del ojo se indagan para advertir su magnitud y la eventual distribución por regiones en el país. Las enfermedades del oído significan un problema de demanda de atención médica en los niños (infecciones) y en los ancianos (secuelas, esclerosis) que interesa observar.

En otras enfermedades de los ojos, se incluye a los problemas de refracción visual, de elevada frecuencia, pero donde la adecuación al defecto probablemente opere negando la percepción.

La clasificación es:

- a) epilepsia, código 345;
- b) inflamatorias del ojo, códigos 360 a 369;
- c) enfermedades del oído, códigos 380 a 389;
- d) resto de los órganos de los sentidos, códigos 320-344, 346-358;
- e) otras enfermedades de los ojos, códigos 370 - 379.5;
- f) solamente síntomas, códigos 780.0; 780.2 - 780.8; 781.0 a 781.7.

6. *Enfermedades del aparato respiratorio*

Es previsible que estas patologías figuren entre las percibidas con mayor frecuencia, particularmente en lo que hace a las infecciones agudas del tracto respiratorio superior. Estas producen síntomas (tos, fiebre) fácilmente perceptibles y muy reconocidos por la población en cuanto a su significado. Es probable que la percepción no se proyecte en consulta y tratamiento médico por el mismo hecho de la identificación de la enfermedad y el conocimiento de su duración y de su alcance. Además, la carencia de una connotación social indeseable, como ocurre en otros casos (sífilis, enfermedad mental), junto con la evidencia de su sintomatología, no sólo habilita la referencia por el individuo directamente sino que, presumiblemente, aumenta la posibilidad que el informante la perciba en el otro y la manifieste.

En el agrupamiento de las personas que percibieron estas enfermedades se procuró distinguir a dos grandes grupos: quienes percibieron a las infecciones respiratorias agudas y a quienes percibieron a enfermedades respiratorias crónicas.

Además, se distingue a quienes sólo percibieron síntomas y a quienes síntomas y enfermedades del aparato respiratorio, como se verá en el grupo global de síntomas.

- a) infecciones respiratorias agudas, códigos 460 - 474 y 479;
- b) bronquitis crónicas, enfisema y asma, códigos 491 a 493;
- c) síntomas solamente, código 783;

- d) resto de las enfermedades del aparato respiratorio, códigos 480 - 486 y 500 - 519

7. *Enfermedades del aparato digestivo*

- a) dentales, códigos 520 - 525;
- b) esófago, estómago y duodeno, códigos 530 - 537;
- c) hernias, códigos 550 - 553;
- d) gastroenteritis no infecciosa, códigos 561 - 563;
- e) trastornos funcionales de los intestinos, código 564;
- f) hígado, vesícula biliar y páncreas, códigos 570 - 579;
- g) síntomas solamente, códigos 784 y 785;
- h) resto, códigos 526 - 529, 540 - 543, 560 - 562, 565 - 569.

La inclusión de las afecciones dentales en este capítulo, que parecería extraño al ordenamiento habitual que separa lo odontológico de lo médico, obedece a la categorización de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. La percepción individual previsiblemente será mayor que la prevista por el informante, excepto cuando se trate de patología manifiesta, como la carencia de piezas dentales para satisfacer la masticación o la existencia de procesos agudos y dolorosos.

La escasa frecuencia relativa de los síntomas por enfermedades del esófago indujo a agruparles con los originados en el estómago y el duodeno. A estos dos órganos, a su vez, no se les separa porque la percepción de alteraciones inflamatorias u orgánicas, como las úlceras, no reconoce la posibilidad de asignarle una localización definida.

Las hernias de la pared abdominal se incluyen aquí por la misma razón expuesta para la patología dental aunque no parezca el criterio más usual en la práctica. No sólo comprende a las hernias inguinales sino a la femoral, la umbilical, la diafragmática y las no especificadas.

La gastroenteritis no infecciosa se determinará por un diagnóstico positivo, por ejem-

plo: alérgica, dietética, tóxica. Al no ser así, como se espera, será muy difícil distinguir entre la gastroenteritis infecciosa y la no infecciosa. A esta última la caracterizará la mención de infección y, en el caso de no existir esa indicación, muy probablemente pase al grupo de no infecciosas. Con un criterio realista sería útil sumar este grupo con las infecciones para estimar la percepción con una mayor aproximación.

En trastornos funcionales de los intestinos se incluye a la constipación.

La percepción de alteración digestiva en el área biliopancreática se agrupa, junto con la expuesta como hepática, por su difícil diferenciación. En el sector síntomas y enfermedades del aparato digestivo se incluye a las personas que habiendo percibido algún síntoma referido a ese sistema, también percibieron alguna enfermedad vinculada a él (se comentará en la Sección Síntomas).

8. Aparato genitourinario

Las categorías son:

- a) genitourinarias, códigos 580 a 609;
- b) aparato genital femenino, códigos 610 a 629;
- c) síntomas solamente, códigos 786, 789, 792.

Para el agrupamiento en este capítulo se aplicaron criterios previamente enunciados (síntomas, síntomas y enfermedades). Además, se distinguió al aparato genital femenino por cuanto la frecuencia de las percepciones inviste un interés particular.

9. Enfermedades ósteomusculares

- a) artritis y reumatismo, códigos 710 a 718;
- b) resto, códigos 719 a 738;
- c) síntomas solamente, código 787.

Se distinguió a la artritis y al reumatismo porque la frecuencia de las percepciones esperadas es una de las más elevadas. Por otra parte, no parece oportuno pretender una distinción entre la percepción de la artritis y la del reumatismo, ambas manifestadas, sea

por dolor articular o por limitación en los movimientos.

10. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio

- a) complicaciones del embarazo, parto y puerperio, códigos 630 a 678.

Conviene apreciar que en este rubro se incluye a manifestaciones clínicas (anemia, infecciones urinarias) no directamente implicadas en el desarrollo del embarazo y el parto, de modo que la morbilidad que se pretenda advertir en este área demandará servicios ajenos a los específicos (ginecología y obstetricia).

11. Piel y celular subcutáneo

- a) infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo, códigos 680 a 686;
- b) otras enfermedades de la piel, códigos 690 a 709.

12. Algunas enfermedades no incluidas en los cuadros anteriores

- a) tumores, códigos 140 a 239;
- b) anemias, códigos 280 a 289;
- c) anomalías congénitas, códigos 740 a 759;
- d) morbilidad perinatal, códigos 760 a 779.

Es obvio que aparte del interés en algunas enfermedades por su frecuencia relativa, hay algunas afecciones que inquietan por su gravedad (tumores, morbilidad perinatal), por su eventual asociación con factores sociales (anemias) y por su contribución a la investigación científica y administrativa (malformaciones congénitas).

13. a) Personas que percibieron síntomas mal definidos

La intención que asumió a este agrupamiento fue la de no extrañar a las percepciones que, aunque ambiguas, pudieran presentarse con cierta frecuencia. La utilización de estos datos será muy escasa, por la im-

precisión de que adolecen. Pero servirá para observar la percepción de anormalidad en el campo de la salud.

1. Síntomas generales, código 788.
2. Dolor de cabeza, código 791.
3. Senilidad sin mención de psicosis, código 794.
4. Otras causas más definidas, código 796.
5. Resto, código 000.
6. Síntomas mal definidos con mención de alguna enfermedad o síntomas bien definidos, códigos 788, 791, 794, 796 y 000 junto a cualquier otro código.

b) *Personas que percibieron sólo síntomas definidos*

Se agrupa la percepción de los síntomas estudiados en cada grupo de enfermedad para su tratamiento comparativo. Comprenden:

1. Enfermedades mentales, los códigos 790, 780.1 ó 781.8.
2. Enfermedades del sistema nervioso central y Organos de los sentidos, incluye los códigos 780.0, 780.2 a 780.8, 781.0 a 781.7.
3. Aparato circulatorio, código 782.
4. Aparato respiratorio, código 783.

5. Aparato digestivo, incluye los códigos 784 y 785.
6. Aparato génitourinario, códigos 786, 789 y 792.
7. Osteomusculares, código 787.

c) *Personas que percibieron síntomas definidos junto con otra enfermedad definida*

En este caso se agrupó la percepción de algún síntoma cuando venía unido a la percepción de otra enfermedad definida, siempre dentro de cada grupo de enfermedad. Los criterios fueron:

1. Enfermedades mentales, los códigos 790, 780.1 ó 781.8 junto a 290-315.
2. Enfermedades del sistema nervioso central y Organos de los sentidos, incluye los códigos 780.0, 780.2 a 780.8, 781.0 a 781.7 junto a 320-389.
3. Aparato circulatorio, código 782 junto con cualquier enfermedad circulatoria (códigos 390 a 458).
4. Aparato respiratorio, código 783 con 460-519.
5. Aparato digestivo, códigos 784 y 785 junto con 520-529.
6. Aparato génitourinario, códigos 786, 789 y 792 junto con 580-629.
7. Osteomuscular, el código 787 junto con 710-738.

B. D E L A P E R C E P C I O N

I. PERCEPCION DE MORBILIDAD

Para un mejor entendimiento de estos hallazgos conviene reiterar que:

- a) un mismo individuo puede percibir más de una afección al mismo tiempo; por eso el número de las percepciones puede ser igual o mayor que el de los individuos;
- b) la percepción de una enfermedad determinada puede manifestarse con la denominación que le corresponde al síndrome, en cuyo caso se registra "una" percepción, o mediante el enunciado de los síntomas componentes del síndrome, tal como los percibe el encuestado, en cuyo caso hay "varias" percepciones que, sin embargo, expresan lo mismo. La dificultad planteada por esta diferente expresión numérica de un mismo hecho fue zanjada, como se dice en el capítulo "Criterio para la categorización de la percepción de morbilidad", por medio del agrupamiento en once categorías de morbilidad y dos más que corresponden a "otras" y a "mal definidas". Para mejor referencia conviene retornar a esa explicación, pero es necesario, aquí, destacar el inconveniente a resolver y la solución adoptada porque de ésta surgen algunas restricciones. Por ejemplo, al suprimir algunas percepciones sintomáticas incorporándolas al capítulo correspondiente por el nombre del síndrome que las engloba (tos, fiebre, decaimiento: gripe), hay una pérdida en el número de las percepciones y una ganancia en la homologación de los datos y, por lo tanto, en su significado;

- c) como un individuo puede percibir al mismo tiempo malestares que se han incluido en diferentes grupos, no se pueden sumar las percepciones registradas en cada uno de ellos y expresarlas como individuos que percibieron, sino solamente como suma de las percepciones agrupadas según el criterio adoptado.

Para las tablas que expresan la distribución de las percepciones en estos grupos se adoptó el criterio de distinguir entre la información provista por el informante y la que proporcionó el individuo directamente. De esta manera, se utiliza el total de los datos disponibles, pero permitiendo advertir la diferencia atribuible a la fuente que proporciona el dato.

Para la presentación y para el análisis de las percepciones éstas fueron distribuidas en cinco grupos:

- I. Percepción de enfermedad reciente (en las últimas dos semanas).
- II. Percepción de enfermedad crónica.
- III. Percepción de impedimentos e invalidez.
- IV. Conducta manifestada frente a la percepción de morbilidad.
- V. Morbilidad y variables socio-económicas.

Conviene tener en cuenta durante el uso de la información sobre morbilidad que a efectos del análisis se adoptó como unidad a la persona que percibió morbilidad. O sea, que los valores en las tablas no expresan el número de percepciones registradas, sino el número de percepciones, una o más, en cada categoría. Por eso, para disminuir la pérdida de percepciones (que son más que las

personas) sin modificar a la unidad de análisis es que se incorpora un rubro "síntomas solamente" en las tablas donde así conviene, y otro "síntomas y enfermedades", además de los grupos de percepciones de las patologías más interesantes y otro grupo que incluye a "el resto". El de "síntomas y enfermedades" se trata en conjunto, como un grupo, al comentar a los síntomas.

En las consideraciones generales de este capítulo se han considerado básicamente dos grandes limitaciones metodológicas que hacen al análisis de las percepciones, una, proveniente de la dificultad de obtener información con características subjetivas, restricción común, por otra parte, a toda investigación que trata datos de este tipo, y otra, derivada del proceso de recolección al obtener parte de los datos a través de un informante. En esta sección se analizan los estimadores globales de percepción de enfermedad y accidente, y las características de la población que percibe, distinguiendo, cuando ello sea conveniente, las diferencias atribuibles al modo de recolectar el dato.

Para la descripción global de las percepciones manifestadas por la población encuestada, se han construido tres índices: la Tasa de Percepción de Enfermedad, la Tasa de Percepción de Accidentes y la Tasa de Percepción de Morbilidad Total, que intentan medir el riesgo de "padecer" un problema de salud, enfermedad o accidente, en las dos semanas previas a la realización de la encuesta. Conviene aclarar que la Tasa de Morbilidad Total no es igual a la suma de las Tasas de Enfermedad y Accidente, pues en éstas se repiten los individuos que manifestaron los dos procesos simultáneamente y, por lo tanto, figuran en la primera tasa por su condición de enfermedad, y en la segunda por su condición de accidente. Esta duplicidad de procesos en una misma persona se presentó en el 1.1 % de los casos. (Ver cuadro 52).

Llama la atención el alto porcentaje de la población encuestada que manifiesta percibir algún problema de salud en el período de dos semanas, porque el mismo abarca a un tercio de los encuestados (cuadro 1). Esta tasa de morbilidad total, exactamente del 33.2 %, adquiere una dimensión insospechada, si se considera que las limitacio-

nes metodológicas expuestas previamente tienden a señalar una subestimación de la percepción real. En la composición de la tasa de morbilidad gravita fundamentalmente la manifestación de enfermedad: 95.4 %, en contraposición al poco peso relativo de los accidentes.

La tasa de accidentes, 2.8 %, involucra a todos los individuos que manifestaron percibir cualquier tipo de lesión accidental; esta percepción fue acompañada en el 40 % de los casos por la manifestación de algún problema de salud no asociado al accidente.

Si se comparan las tasas del total de la población, con las correspondientes a las subpoblaciones de entrevista personal y a través de informante, se observa que las proporciones son manifiestamente superiores para el grupo cuyos datos se obtienen directamente. En las tasas de percepción de enfermedad la diferencia es aproximadamente de un 17 % menos para la subpoblación cuya información fue obtenida a través de otra persona. Esta diferencia aumenta casi al triple cuando se refiere a accidentes.

Es indudable, que en estas variaciones gravita la mayor manifestación de la percepción de morbilidad del sujeto entrevistado personalmente, por un mecanismo lógico de mejor conocimiento de los problemas que atañen a su persona. No debe, sin embargo, olvidarse que estos grupos presentan una composición diferente, analizada en el capítulo de población, que puede estar incidiendo en las diferencias observadas. La subpoblación cuya encuesta fue realizada a través de un informante, en su mayoría, como era de esperar, pertenece a la población activa que se encontraba ausente del hogar en el momento de la encuesta. Por lo tanto, prevalecen en ella el sexo masculino y las edades comprendidas entre los 25 y 64 años.

Con el objeto de eliminar el efecto de los factores mencionados, desigual distribución de sexo y edad, se ajustaron las tasas controlando estas variables. A los efectos de homogeneizar ambas subpoblaciones, se tomó como población-tipo al total de encuestados mayores de 15 años. Se excluyó el grupo de menores, porque aunque en todos los casos la información se obtuvo mediante un informante se les incluyó, según la res-

CUADRO 1

PERCEPCION DE ENFERMEDADES, DE ACCIDENTES Y MORBILIDAD TOTAL
SEGUN RESPUESTA PERSONAL O POR INFORMANTE. TASAS ESPECIFICAS
POR EDAD Y SEXO POR CIENTO ENCUESTADOS. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

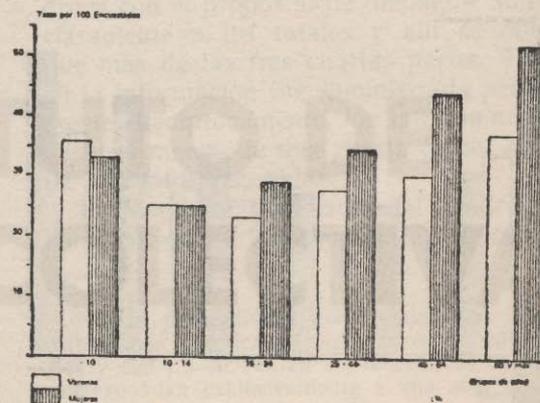
GRUPOS DE EDAD	SEXO	ENFERMEDAD			ACCIDENTE			MORBILIDAD TOTAL		
		Personal	Infor.	Total	Personal	Infor.	Total	Personal	Infor.	Total
— 10	Varones	33.1	—	33.1	4.1	—	4.1	35.6	—	35.6
	Mujeres	30.5	—	30.5	4.0	—	4.0	33.1	—	33.1
	Total	31.8	—	31.8	4.0	—	4.0	34.4	—	34.4
10 - 14	Varones	22.3	—	22.3	4.5	—	4.5	25.2	—	25.2
	Mujeres	25.1	—	25.1	0.9	—	0.9	25.1	—	25.1
	Total	23.6	—	23.6	2.8	—	2.8	25.2	—	25.2
15 - 24	Varones	23.6	17.2	19.9	7.7	1.5	4.7	30.3	18.7	23.5
	Mujeres	29.4	22.0	26.9	3.9	1.6	3.3	32.2	23.6	29.3
	Total	27.4	19.1	23.7	5.2	1.5	4.0	31.5	20.7	26.6
25 - 44	Varones	27.4	24.6	25.7	4.3	1.5	2.7	30.4	26.1	27.8
	Mujeres	34.1	32.4	33.8	2.3	—	2.1	35.0	32.4	34.7
	Total	32.0	26.2	29.9	2.9	1.2	2.4	33.6	27.4	31.4
45 - 64	Varones	28.8	29.0	28.9	3.2	0.9	2.5	30.0	29.9	29.9
	Mujeres	44.1	38.5	43.5	1.6	—	1.5	44.9	38.5	44.1
	Total	39.1	31.1	36.7	2.0	0.7	2.0	40.0	31.7	37.5
65 y +	Varones	36.5	38.4	37.1	0.7	—	0.5	36.5	38.4	37.1
	Mujeres	46.9	63.9	50.5	2.2	1.6	2.1	48.2	65.6	51.9
	Total	42.7	50.0	44.7	1.6	0.7	1.4	43.5	50.7	45.5
Total	Varones	29.0	25.0	27.4	4.1	1.2	3.2	31.6	26.2	29.4
	Mujeres	35.6	33.7	35.3	2.5	0.8	2.4	37.0	34.5	36.6
	Total	33.0	27.5	31.7	3.2	1.1	2.8	34.9	28.6	33.2

Fuente: Cuadro 52.

pectiva definición operativa, en la subpoblación personal tal como se comenta en los aspectos metodológicos de esta encuesta.

Comparando las tasas de percepción de morbilidad total para mayores de 15 años, 36.5 % para los entrevistados directamente y 28.6 % para los encuestados a través de un familiar, con las obtenidas luego de aplicar el método de ajuste, 35.7 % y 32.0 %, respectivamente, se observa que la diferencia entre ambas tasas se reduce al tipificarlas por edad y sexo, explicándose una parte de la diferencia antes mencionada por la diferente estructura de las subpoblaciones en consideración. Como conclusión, a pesar de no haberse controlado el efecto de otros

GRAFICO No. 1. PERCEPCION DE MORBILIDAD (ENFERMEDAD MAS ACCIDENTES). TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO, POR 100 ENCUESTADOS GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



Fuente: Cuadro No. 1

factores intervinientes se puede afirmar que el método seguido para recoger la información contribuye a subestimar la tasa de percepción de morbilidad, pero que esta subestimación no es muy grande, si se tiene en cuenta que los individuos que no respondieron directamente, constituyen el 26.8 % del total de encuestados.

Percepción de enfermedad por sexo y edad

Las tasas específicas por sexo evidencian que la condición femenina está asociada con la mayor percepción de enfermedad, siendo esta asociación, en general, independiente de la edad y de la condición a través de la cual se obtuvo la información. La tasa total por sexo es de 35.3 % para las mujeres y de 27.4 % para los varones. (Ver cuadro 1).

La observación muestra tasas mayores para las mujeres en cualquier grupo de edad, con excepción de los menores de 15 años, notándose que la diferencia entre los sexos se acentúa con la edad, alcanzando su máximo 14.6 % en el grupo de 45 a 64 años.

Si se desagregan las tasas por condición del encuestado, se advierte que el comportamiento de las variables sexo y edad en las subpoblaciones encuestadas personalmente y a través de informante es similar al comentado.

Las tasas específicas por edad presentan su valor más bajo en el grupo de edad de 10 a 14 años, elevándose con la edad para

alcanzar su nivel más alto en los mayores de 65 años.

Percepción de accidentes por sexo y edad

Al analizar la percepción de los accidentes según el sexo y la edad, se advierte que, al contrario de lo que ocurre con la enfermedad, hay asociación directa entre la condición masculina y la mayor percepción de accidentes, siendo esta asociación al igual que para mujeres y enfermedad, independiente de la edad y de la condición del encuestado. Conviene destacar que la baja frecuencia con que se presenta la percepción de accidentes limita las posibilidades del análisis desagregado por grupo etario y sexo. La tasa total por sexo es de 3.2 % para varones y 2.4 % para mujeres.

Si se analizan las tasas de accidentes por sexo y edad, se nota que los varones presentan tasas más elevadas en cualquier edad, con excepción de los mayores de 65 años, grupo para el que se cuenta con reducido número de casos. El comportamiento de las tasas específicas para los encuestados a través de entrevista personal o de informante, mantiene la misma relación observada.

Como comentario adicional, puede agregarse que las diferencias relativas que se observan entre las tasas obtenidas para la población entrevistada directamente y la encuestada por medio de un informante, son marcadamente mayores que las diferencias porcentuales que presentan las tasas de per-

GRÁFICO No. 1. PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD. TASAS ESPECÍFICAS POR EDAD Y POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES. REP. ARG. 1968

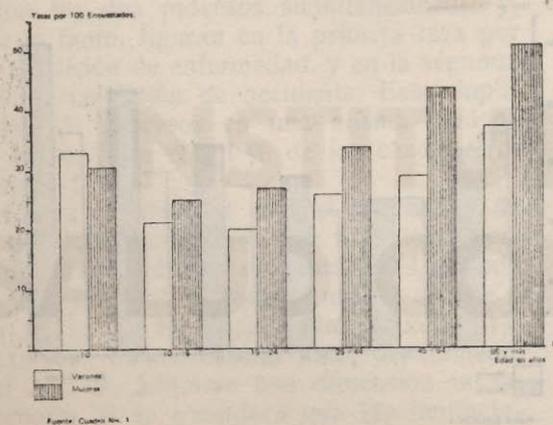
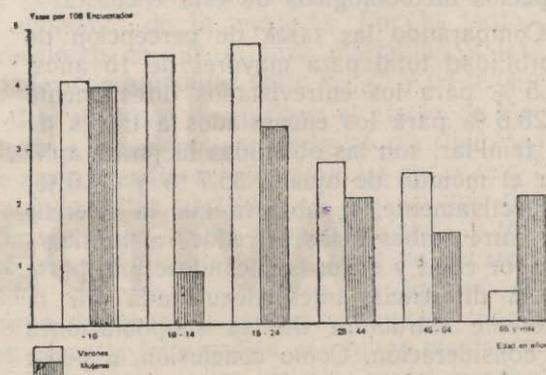


GRÁFICO No. 2. PERCEPCIÓN DE ACCIDENTES. TASAS ESPECÍFICAS POR EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES. REP. ARG. 1968



C U A D R O 2

NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS*, SEGUN EL SEXO Y SEGUN QUE LA OBTENCION DEL DATO FUERA POR ENTREVISTA PERSONAL O POR INFORMANTE, DISTRIBUIDOS EN GRUPOS DE ENFERMEDADES ORDENADOS SEGUN SU FRECUENCIA.
 GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO AL QUE PERTENECE LA PERCEPCION	PERSONAL			INFORMANTE			AMBOS		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1. Aparato respiratorio	295	380	675	138	51	189	433	431	864
2. Mal definidas	99	294	393	61	33	94	160	327	487
3. Aparato digestivo	80	238	318	73	43	116	153	281	434
4. Sistema osteomuscular	69	206	275	53	36	89	122	242	364
5. Aparato circulatorio	39	116	155	39	34	73	78	150	228
6. Enfermedades mentales ...	37	111	148	35	23	58	72	134	206
7. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos ..	30	81	111	14	9	23	44	90	134
8. Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo ..	39	48	87	15	13	28	54	61	115
9. Aparato genitourinario	8	70	78	8	9	17	16	79	95
10. Enfermedades infecciosas y parasitarias	27	48	75	9	3	12	36	51	87
11. Enfermedades endocrinas y del metabolismo	6	15	21	5	3	8	11	18	29
12. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	—	15	15	—	3	3	—	18	18
13. Otras enfermedades	6	9	15	—	1	1	6	10	16
Total	735	1.631	2.366	450	261	711	1.185	1.892	3.077
	23.9	53.0	76.9	14.6	8.5	23.1	—	—	100.0 %

cepción de enfermedad. Esto estaría indicando, de no mediar otra razón, que la subestimación provocada por el método de recolección es relativamente mayor para el caso de percepción de accidentes.

Las tasas de percepción de accidentes por edad siguen una tendencia inversa a la observada en las percepciones de enfermedad. Los valores más altos se observan en las edades jóvenes, con dos picos, uno en el grupo de edad de —10 años y otro en el de 15 a 24 años, descendiendo a medida que aumenta la edad, para alcanzar su nivel más bajo en los mayores de 65 años.

En el cuadro 2 puede observarse la distribución de las percepciones según el sexo y según que la fuente de información hubiera sido directamente quien fue encuestado o que este último actuara como infor-

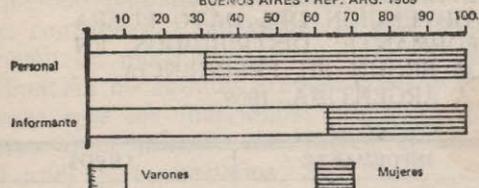
mante de lo acaecido a un tercero, ausente del domicilio en el momento de la entrevista.

A partir del cuadro 2 se elaboró el cuadro 3 con el propósito de distinguir aún más claramente a los totales y allí se observa que más de las tres cuartas partes, 76.9 %, de la información fue suministrada personalmente. Recíprocamente, los informantes proveyeron menos de una cuarta parte, 23.1 %, de los datos recogidos.

Tal como se desprende del cuadro 4, la composición de los grupos de "Personal" e

* Las percepciones consignadas son las que, habiéndose clasificado por grupos de enfermedades y éstos a su vez en las respectivas categorías, corresponden exclusivamente a una sola por cada categoría. (Ver texto pág. 89).

GRAFICO No.4.- NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LA OBTENCION DEL DATO EN FORMA PERSONAL O POR INFORMANTE. GRAN BUENOS AIRES - REP. ARG. 1969



Fuente: Cuadro No.4.

“Informante” según el sexo es diferente. Mientras que entre las percepciones manifestadas personalmente las mujeres constituyeron casi el 70 % (68.9 %), ocurrió lo inverso con los datos recogidos por informante, donde las mujeres sólo aportan el 37 % (36.7 %) del total. Este predominio de percepciones en los varones encuestados mediante informantes, no encuentra mayor expresión

en la totalidad de las percepciones (Personal + Informante) porque el mayor peso de los datos obtenidos personalmente: el 76.9 % del total (cuadro 3), hace que este grupo (Personal) transfiera sus características al total con mayor gravitación. De este modo, se observa (cuadro 4) que del total de las percepciones (3.077) un 61.5 % se registraron entre mujeres y un 38.5 % entre varones.

Hasta aquí se ha estudiado la distribución de las percepciones según el sexo de quien las padecía. Parecería ser más válido observar a la distribución por el sexo de los perceptores (cuadro 5), es decir tomando como unidad de análisis al individuo que percibió morbilidad en lugar de hacerlo con la percepción. Sin embargo, esto no es posible porque la clasificación de los individuos fue hecha primariamente según el grupo de enfermedades al que pertenecía su

CUADRO 3

DISTRIBUCION DE LAS PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LA OBTENCION DEL DATO EN FORMA PERSONAL O POR INFORMANTE. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

SEXO	PERSONAL		INFORMANTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Varón	735	62.0	450	38.0	1.185	100
Mujer	1.631	86.2	261	13.8	1.892	100
Ambos sexos	2.366	76.9	711	23.1	3.077	100

CUADRO 4

DISTRIBUCION DE LAS PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LA CONDICION DE PERSONAL O INFORMANTE EXPRESADO EN PORCENTAJES DE SU COMPOSICION SEGUN EL SEXO

SEXO	PERSONAL	INFORMANTE	TOTAL
Varón	31.1 % (735)	63.3 % (450)	38.5 % (1.185)
Mujer	68.9 % (1.631)	36.7 % (261)	61.5 % (1.892)
Ambos sexos	100 % (2.366)	100 % (711)	100 % (3.077)

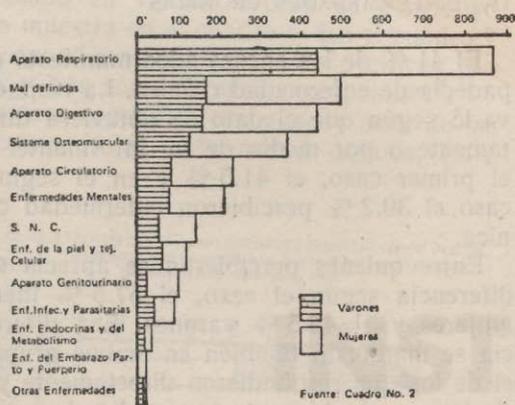
CUADRO 5

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, SEGUN EL SEXO Y SEGUN LA OBTENCION DEL DATO POR ENTREVISTA PERSONAL O POR INFORMANTE, DISTRIBUIDOS EN LOS GRUPOS DE ENFERMEDADES ORDENADOS SEGUN LA FRECUENCIA. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

INDIVIDUOS SEGUN EL GRUPO AL QUE PERTENECE SU PERCEPCION	PERSONAL			INFORMANTE			TOTAL		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1. Aparato respiratorio	288	377	665	136	51	187	424	428	852
2. Aparato digestivo	76	225	301	71	39	110	147	264	411
3. Sistema osteomuscular	68	198	266	52	34	86	120	232	352
4. Enf. mal definidas	61	171	232	36	18	54	97	189	286
5. Aparato circulatorio	39	107	146	37	33	70	76	140	216
6. Enfermedades mentales	37	111	148	35	23	58	72	134	206
7. Sist. nerv. centr. y/o sub.	29	80	109	14	9	23	43	89	132
8. Enf. de la piel y tej. cel.	38	48	86	15	13	28	53	61	114
9. Aparato genitourinario	8	70	78	8	9	17	16	79	95
10. Enf. infec. y parasitarias	27	48	75	9	3	12	36	51	87
11. Enfermedades endocrinas	6	15	21	5	3	8	11	18	29
12. Enf. del emb., parto y p.	—	15	15	—	3	3	—	18	18
13. Otras enfermedades	5	9	14	—	1	1	5	10	15

El total no es válido por las razones explicitadas en el texto.

GRAFICO No. 5. NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS POR GRUPO DE ENFERMEDAD, SEGUN EL SEXO. GRAN BUENOS AIRES. REP. ARGENTINA. 1969.



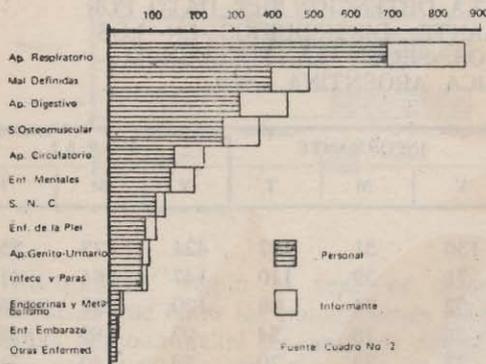
percepción, o sus percepciones. La razón para adoptar este criterio fue proporcionada en la introducción a este capítulo, pero valga mencionar aquí que, de esta manera, se considera más realista el estudio de los percep-

tores tomados como unidad de análisis en cada grupo de enfermedades.

Volviendo al total de las percepciones y a la fuente de la obtención del dato (el 76.9 % en forma directa y el 23.1 % mediante informante), cabe advertir que el fuerte predominio de las encuestas realizadas personalmente apoya la credibilidad de las percepciones manifestadas. Por otra parte, al analizar los hallazgos observando las diferencias según el sexo tal como se refiere en numerosas oportunidades de esta publicación, debe advertirse la diferente composición por sexo de los grupos encuestados personalmente o por medio de un informante, malgrado su percepción, tal como lo hace el capítulo de "Población" de este estudio. A partir de ahí puede atenderse a la constitución según el sexo de quienes percibieron y, lo que es más cierto, observar a las tasas por sexo que corresponden a cada grupo de enfermedades.

En el gráfico 5 puede observarse a la distribución de las percepciones por grupo de enfermedades y por sexo. Se hace notorio que

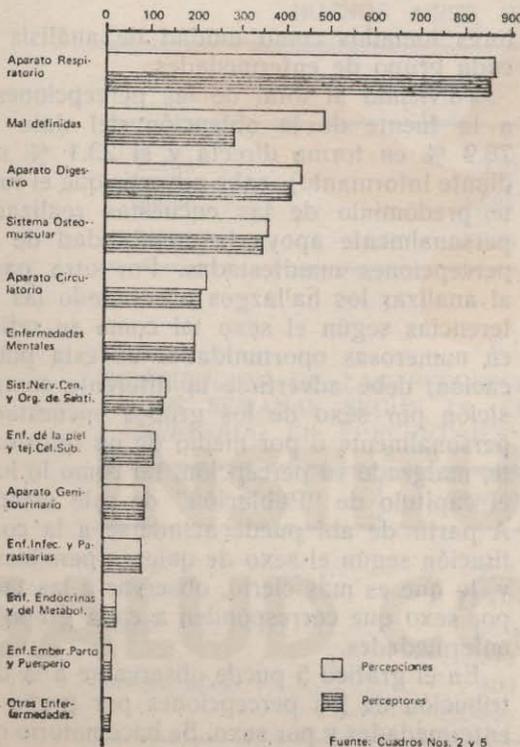
GRAFICO No. 6. NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS POR GRUPO DE ENFERMEDAD SEGUN LA OBTENCION DEL DATO POR ENTREVISTA PERSONAL O POR INFORMANTE. GRAN BUENOS AIRES. REPUBLICA ARGENTINA. 1969.



las percepciones del aparato respiratorio superan al grupo siguiente por el doble. Además, no hay diferencia según el sexo.

La desproporción evidente de las percepciones del aparato respiratorio con los demás

GRAFICO No. 7. NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS Y DE PERCEPTORES SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES. REP. ARG. 1969



grupos se acentúa porque el resto conserva entre sí una relación con variaciones atenuadas.

En las mal definidas hay una fuerte diferencia entre varones y mujeres, que se repite en la mayoría de los grupos de enfermedades. Esa tendencia no es sino reflejo de una mayor cantidad de percepciones correspondientes al sexo femenino. La excepción a la regla, si cabe llamarla así, se da en las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo donde los sexos casi se igualan en cantidad de percepciones.

En las percepciones que corresponden al aparato genitourinario, por el contrario, la diferencia en favor de las mujeres es la más amplia, expresando la gravitación de las percepciones del área genital femenina.

En el gráfico 7 puede observarse que, en general, la relación percepciones/perceptores se mantiene sin grandes variaciones entre los grupos, a excepción de las enfermedades mentales y, en menor medida, las enfermedades de la piel y del sistema ósteomuscular.

La similitud en el orden y en las frecuencias relativas observadas en los perceptores comparado con lo descrito para las percepciones hace innecesario otro comentario.

II. ENFERMEDADES CRONICAS

El 41 % de los encuestados manifestó que padecía de enfermedad crónica. La respuesta varió según que el dato se obtuviera directamente o por medio de un informante. En el primer caso, el 41.5 % y en el segundo caso el 39.2 % percibieron enfermedad crónica.

Entre quienes percibieron se aprecia una diferencia según el sexo, el 57.5 % fueron mujeres y el 42.5 % varones. Esa diferencia se manifestó también en ambos grupos: el de los que respondieron directamente y el de los que lo hicieron por medio de un informante. Entre los que respondieron personalmente y percibieron enfermedad crónica, el 67 % eran mujeres y el 33 % varones. En el grupo donde las percepciones fueron provistas por un informante ocurre a la inversa, el 69 % correspondía a los varones y el 31 % a las mujeres. Es decir, que se observa una mayor proporción de personas

CUADRO 6

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE Y POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS	PERSONAL			INFORMANTE			TOTAL		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Percibió	650	1.296	1.946	464	210	674	1.114	1.506	2.620
No percibió	1.183	1.559	2.742	768	272	1.040	1.951	1.831	3.782
S. E.	1	2	3	2	2	4	3	4	7
Total	1.834	2.857	4.691	1.234	484	1.718	3.068	3.341	6.409
Porcentaje de los que percibieron	35.4	45.4	41.5	37.6	43.4	39.2	36.3	45.1	40.9

con percepción de enfermedades crónicas entre los que respondieron directamente, como ya se dijo, y que hay una proporción mayor de mujeres que de hombres en este grupo. Por el contrario, la proporción de hombres entre las personas cuya percepción se obtuvo mediante un informante fue mayor que la de las mujeres.

La percepción en enfermedades crónicas expresada en valores totales se distribuyó como muestra en el cuadro 6. En el cuadro 7 se proporcionan las razones específicas por edad y por sexo de esas percepciones¹.

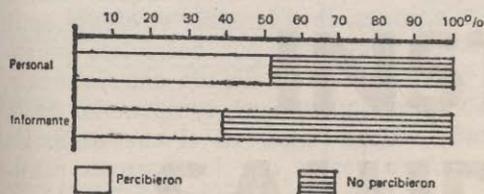
La tasa específica por edad y sexo de las percepciones de enfermedad crónica, para

todas las edades y ambos sexos, fue de 727.3 ‰. Si se atiende al sexo, se advierte que las mujeres percibieron más, casi un 30% más, que los hombres.

El rango de las tasas de percepción por edad y sexo va de 214.0 ‰ (mujeres de 10-14 años) a 1.852.6 (mujeres mayores de 65 años).

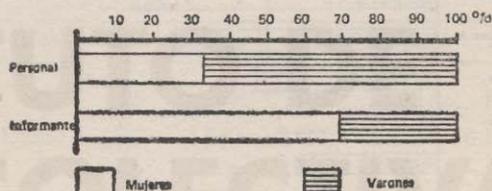
La tasa por edad y sexo de las percepciones va en aumento junto con la edad, notándose dos incrementos destacados, el primero en el grupo de 25 a 44 años, y el segundo en el grupo de 45 a 64 años. El último grupo etario, mayores de 65 años, presenta un nuevo y marcado desnivel, con una

GRAFICO No. 8.- PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE. GRAN BUENOS AIRES - REP. ARG. 1969



Fuente: Cuadro No. 6

GRAFICO No. 9.- PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE Y POR SEXO. GRAN BS. AIRES - REP. ARG. 1969



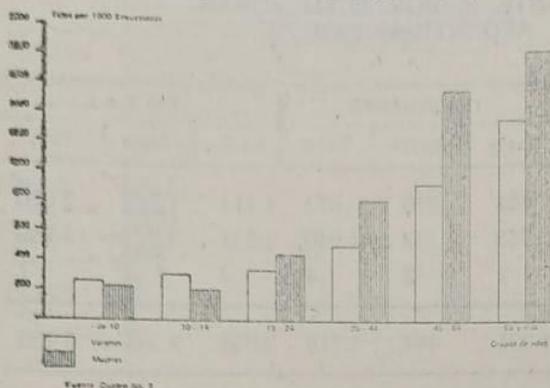
Fuente: Cuadro No. 6

¹ Por ej.: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de percepciones de enf. crónicas manifestadas por los encuestados varones menores de 10 años}}{\text{N}^\circ \text{ de encuestados varones menores de 10 años}}$

= Razón de percepción de enf. crónicas específicas por edad y por sexo

GRAFICO 10

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

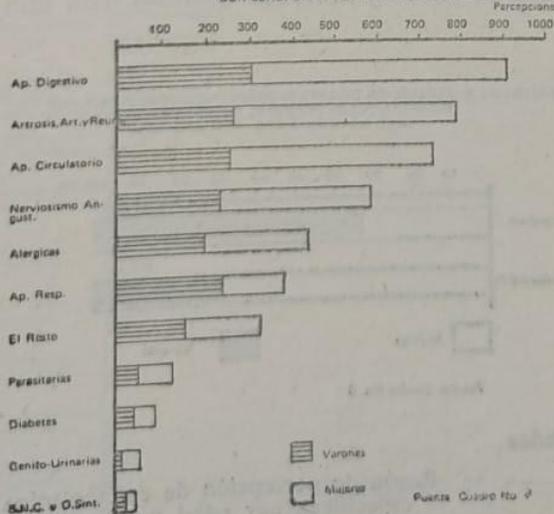


CUADRO 7

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO POR 1.000 ENCUESTADOS. GRAN BUENOS AIRES. REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPOS DE EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
— 10	286.8	227.3	257.2
10-14	314.1	214.0	267.0
15-24	344.0	455.7	404.0
25-44	515.9	836.4	682.1
45-64	940.1	1.378.7	1.174.6
65 y +	1.384.6	1.852.6	1.648.2
Total	590.6	852.7	727.3

GRAFICO 11 NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES CRONICAS POR GRUPOS DE ENFERMEDAD SEGUN SEXO. GRAN BUENOS AIRES-REP. ARG. 1969



tasa de percepción 50 % mayor que en el grupo precedente. Esta tasa de 1.648,2 % impacto de la enfermedad crónica en la población. Lo dicho es relevante porque la encuesta interroga sin condicionar o resistirse a los casos que condujeron a la consulta, al consumo de medicamentos o a guardar cama, circunstancias que por sí aumentarían, lógicamente, la tasa de percepciones. En este caso no ocurre así, porque al no gravitar ninguna actitud positiva respecto de la percepción como las recientemente citadas se aproxima a la subestimación de la tasa, por defecto en la percepción y en la manifestación de ella. Es natural que cualquier conducta, tal como consultar al médico, actúe como refuerzo para memorizar y para expresar una percepción determinada.

Conviene enfatizar otro hecho previsible, la selectividad de esta morbilidad por los viejos para, de este modo, usar la tasa correspondiente a cada grupo etario, en lugar de aplicar indiscriminadamente la tasa global correspondiente al total de la población.

III. IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ

Solamente el 3 % de los encuestados manifestó el padecimiento de algún tipo de impedimento o invalidez. Existe una marcada diferencia de respuestas entre el dato obtenido por entrevista personal o por medio de informante. En el primer caso fue el 2.7 % y en el segundo el 4 % los que declararon impedimentos o invalidez.

Entre los que declararon se aprecia una diferencia según el sexo, ya que el 52.3 % fueron varones y el 47.7 % mujeres. A pesar de que las mujeres declararon menos que los varones, la diferencia existente entre los valores obtenidos por entrevista personal o por informante señalada anteriormente, se debe precisamente al componente sexo, tal cual lo observamos en el cuadro 9. En dicho cuadro vemos que los varones manifestaron en la misma forma (3.2:3.5 %) en la entrevista personal o por informante. En cambio las mujeres tuvieron un comportamiento diferente, puesto que por entrevista personal declararon padecer algún impedimento o invalidez el 2.3 % de las encues-

CUADRO 8

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES CRONICAS, SEGUN EL SEXO Y SEGUN QUE LA OBTENCION DEL DATO FUERA POR ENTREVISTA O POR INFORMANTE, DISTRIBUIDAS EN GRUPOS DE ENFERMEDADES ORDENADAS SEGUN FRECUENCIA. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	PERSONAL			INFORMANTE			AMBOS		
	V	M	Ambos sexos	V	M	Ambos sexos	V	M	Ambos sexos
1. Aparato digestivo	158	529	687	150	76	226	303	605	913
2. Artrosis, artritis y reumatismo	171	455	626	95	70	165	266	525	791
3. Aparato circulatorio	142	396	538	118	78	196	260	474	734
4. Nerviosismo, insomnio, angustia y mentales	141	391	532	98	61	159	239	452	691
5. Alérgicas	128	255	383	73	34	107	201	289	490
6. Aparato respiratorio	145	118	263	97	23	120	242	141	383
7. El resto (otras)	87	147	234	71	25	96	158	172	330
8. Parasitarias	41	74	115	12	5	17	53	79	132
9. Diabetes	26	43	69	19	5	24	45	48	93
10. Genitourinarias	11	35	46	4	7	11	15	42	57
11. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos ..	13	19	32	12	3	15	25	22	47
Total	1.063	2.462	3.525	749	387	1.136	1.812	2.849	4.661
Porcentajes	22.8	52.8	75.6	16.1	8.3	24.4	38.9	61.1	100.0

CUADRO 9

PERCEPCIONES DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE Y POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ	PERSONAL			INFORMANTE			TOTAL		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Percibió	58	67	125	43	25	68	101	92	193
No percibió	1.766	2.779	4.545	1.185	457	1.642	2.951	3.236	6.187
S. E.	10	11	21	6	2	8	16	13	29
Total	1.834	2.857	4.691	1.234	484	1.718	3.068	3.341	6.409
Porcentaje de los que percibieron	3.2	2.3	2.7	3.5	5.2	4.0	3.3	2.6	3.0

CUADRO 10

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ, RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO, POR 1.000 ENCUESTADOS. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

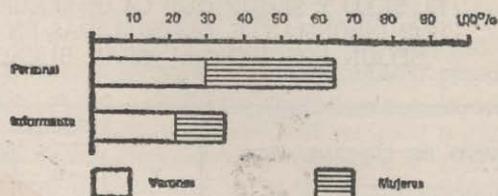
GRUPOS DE EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
— 10	27.9	24.6	26.4
10 - 14	45.5	23.3	35.0
15 - 24	29.9	12.9	20.8
25 - 44	20.8	20.3	20.5
45 - 64	32.1	36.9	34.6
65 y +	104.1	73.7	87.0
Total	33.9	28.4	31.1

tadas contra el 5.2 % de las que declararon por medio de informante.

Este diferente comportamiento puede deberse a que las mujeres que padecen algún tipo de los impedimentos estudiados (parálisis, sordomudez, retardo mental, ceguera, etc.), son ocultadas por los otros miembros de la familia, no permitiendo que la entrevista se realice en forma personal.

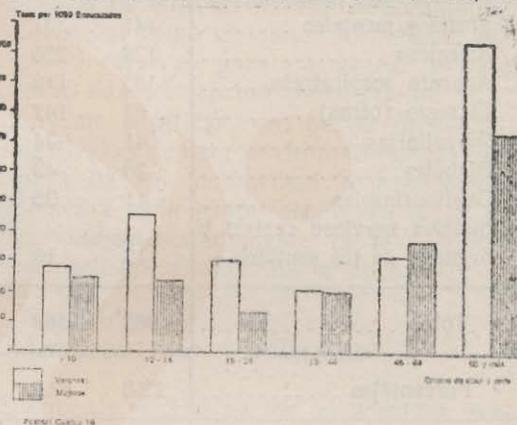
El total de percepciones correspondientes a impedimentos en la población encuestada fue de 199, la mayor cantidad de ellas se

GRAFICO No. 12.- DISTRIBUCION DE LA PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE Y POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES - REP. ARG. 1969



Fuente: Cuadro 9.

GRAFICO 13 PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ, RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO POR 1.000 ENCUESTADOS. GRAN B. AIRES, REP. ARG., 1969

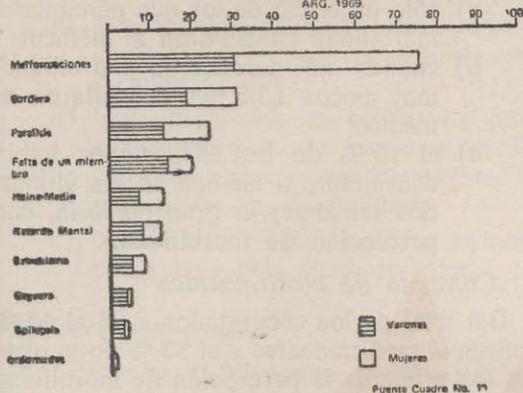


CUADRO 11

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ, SEGUN SEXO Y SEGUN QUE LA OBTENCION DEL DATO FUERA POR ENTREVISTA PERSONAL O POR INFORMANTE, DISTRIBUIDOS EN GRUPOS DE ENFERMEDADES ORDENADOS SEGUN FRECUENCIA. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

IMPEDIMENTO O INVALIDEZ	PERSONAL			INFORMANTE			AMBOS		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Malformaciones	21	35	56	10	10	20	31	45	76
Sordera	9	9	18	10	8	18	19	17	36
Parálisis	3	6	9	10	5	15	13	11	24
Falta de 1 miembro o parte de él	6	4	10	8	2	10	14	6	20
Heine-Medin	4	6	10	3	—	3	7	6	13
Retardo mental	5	2	7	3	2	5	8	4	12
Estrabismo	5	3	8	—	—	—	5	3	8
Ceguera	3	1	4	1	—	1	4	1	5
Epilepsia	3	1	4	—	—	—	3	1	4
Sordomudez	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Total	59	67	126	45	28	73	104	95	199

GRAFICO No. 14.-NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ POR GRUPO DE ENFERMEDAD, SEGUN SEXO, GRAN BUENOS AIRES-REP. ARG. 1969.



debió a malformaciones (76) con una tasa aproximada a 12% encuestados de toda edad. Le suceden en frecuencia: sordera (36), parálisis de cualquier miembro (24), falta de un miembro o parte de él (20) y secuelas de Heine-Medin (13).

IV. CONDUCTA MANIFESTADA FRENTE A LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

Para este análisis se agrupó a la percepción de enfermedad y de los accidentes conjuntamente como una percepción de morbilidad, porque la frecuencia de los accidentes fue baja y porque no se consideró esencial distinguir, en este caso, entre ambas circunstancias. De este modo, se simplifica la opción a: "percibieron" y "no percibieron morbilidad".

A continuación se examinará la actitud adoptada por quienes percibieron morbilidad con respecto a: 1. Consulta médica; 2. Consumo de medicamentos, y 3. Guardar cama.

1. Consulta médica

Del total de los encuestados, el 33.2% percibió morbilidad (de enfermedad y/o accidentes) y el 66.8% no la percibió. De ese

CUADRO 12

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSULTARON AL MEDICO SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSULTA MEDICA				TOTAL	
	Sí		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Percibió	831	39.1	1.294	60.8	2.125	100.0
No percibió	152	3.6	4.128	96.4	4.280	100.0
Total	983	15.3	5.422	84.6	6.405*	100.0

* Se excluyen cuatro observaciones que no están especificadas.

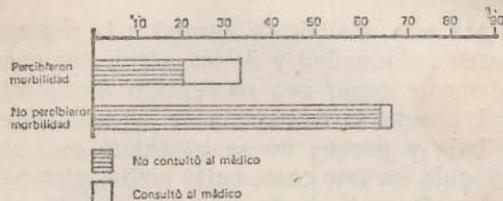
B. PORCENTAJES DEL TOTAL

MORBILIDAD	CONS. MED.		TOTAL
	Sí	No	
Percibió	12.9	20.2	33.2
No percibió	2.4	64.4	66.8
Total	15.3	84.6	100.0

C. PORCENTAJES POR COLUMNA

MORBILIDAD	CONS. MED.		TOTAL
	Sí	No	
Percibió	84.5	23.9	33.2
No percibió	15.5	76.1	66.8
Total	100.0	100.0	100.0

GRÁFICO No. 15.- DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSULTARON AL MEDICO SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



Fuente: Cuadro No. 12.

tercio que percibió morbilidad, aproximadamente los dos tercios (60.8 %) no consultaron al médico y, en cambio, un tercio sí lo hizo (39.1 %). Una abrumadora mayoría de los que no percibieron (96.4 %) no efectuaron consulta médica. (Ver gráfico 15).

Del total de quienes consultaron al médico sólo el 15.5 % (comparado con el 84.5 %) lo hizo sin que mediara percepción de morbilidad. En cambio, del total de quienes no consultaron, el triple (76.1 % comparado con el 23.9 %) no habían percibido morbilidad.

Resumen

- sólo un tercio de los que percibieron morbilidad consultaron al médico;
- cuando no percibieron morbilidad, muy pocos (3.6 %) consultaron al médico;
- el 15 % de los encuestados había consultado al médico en las últimas dos semanas; la gran mayoría, con percepción de morbilidad.

2. Consumo de medicamentos

Del total de los encuestados, casi el 45 % consumió medicamentos y el 55 % no lo hizo. En los primeros la percepción de morbilidad se asocia con un mayor consumo (26 %/19 %). En los otros, los no consumidores, se encuentra siete veces más personas sin percepción de morbilidad que con ella (48 %/7 %).

Entre quienes percibieron morbilidad, el consumo de medicamentos fue de 3 a 4 veces más frecuente (26 %/7 %), mientras que entre quienes no percibieron la proporción de consumidores fue menor que la mitad de los que no consumieron (19 %/48 %).

CUADRO 13

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN LA PERCEPCION

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSUMO DE MEDICAMENTOS				TOTAL	
	Consumió		No consumió		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Percibió	1.660	78.0	461	22.0	2.121	100.0
No percibió	1.197	28.0	3.075	72.0	4.272	100.0
Total	2.857	44.7	3.536	55.3	6.393 *	100.0

* Existen 16 observaciones con información incompleta.

B. PORCENTAJES DEL TOTAL

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSUMO DE MEDICAMENTOS		TOTAL
	Consumió	No consumió	
Percibió	25.9	7.2	33.2
No percibió	18.7	48.0	66.8
Total	44.6	55.2	100.0

C. PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSUMO DE MEDICAMENTOS		TOTAL
	Consumió	No consumió	
Percibió	58.1	13.0	33.2
No percibió	41.8	87.0	66.8
Total	100.0	100.0	100.0

Resumen

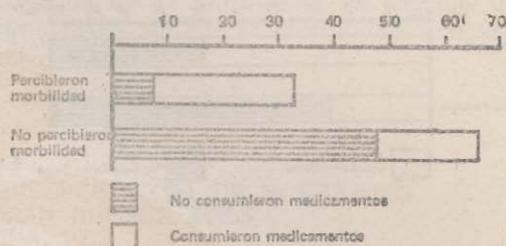
- la percepción de morbilidad está asociada con un mayor consumo de medicamentos;
- hay un número apreciable de personas (19%) que consume medicamentos aunque no manifiesta la percepción de morbilidad;
- casi la mitad (45%) de los encuestados consumió medicamentos.

3. Guardaron cama

Tal como se anticipara en la introducción de este capítulo, la pregunta si guardaron cama sólo se formuló a quienes manifestaron haber sentido limitada su actividad en las últimas dos semanas. Por eso, se presume que estas cifras subestiman a los valores reales en una proporción imprecisa.

En el cuadro 14 puede notarse que el 95% de quienes sintieron limitada su actividad normal percibieron enfermedad o acci-

GRAFICO No. 16.- DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMIERON MEDICAMENTOS SEGUN LA PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD.- GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969.



Fuente: Cuadro No. 13.

dente, lo cual no necesariamente les indujo a guardar cama, cosa que hizo el 57.5% de los limitados.

Sólo el 1%, además de haber visto limitada su actividad, guardó cama sin haber percibido la morbilidad. Su escaso número, 7 personas, puede expresar la incompreensión de las preguntas del formulario.

CUADRO 14

PERCEPCION DE MORBILIDAD Y GUARDAR CAMA, ENTRE QUIENES SINTIERON LIMITADA SU ACTIVIDAD. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE SINTIERON LIMITADA SU ACTIVIDAD Y GUARDARON CAMA O NO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDARON CAMA				TOTAL	
	SI		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Percibió	389	59.4	265	40.6	655	100.0
No percibió	7	20.6	27	79.4	34*	100.0
Total	396	57.5	293	42.5	689	100.0

* Existe una observación con información incompleta.

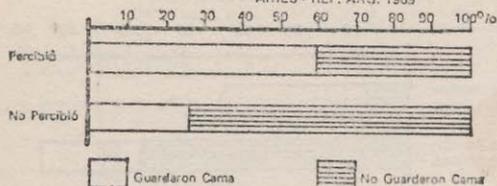
B. PORCENTAJES DEL TOTAL

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDARON CAMA		TOTAL
	SI	No	
Percibió	56.5	38.6	95.1
No percibió	1.0	3.9	4.9
Total	57.5	52.5	100.0

C. PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN GUARDARON CAMA O NO

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDARON CAMA		TOTAL
	SI	No	
Percibió	98.2	90.8	95.1
No percibió	1.8	9.2	4.9
Total	100.0	100.0	100.0

GRAFICO No. 17. DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE SINTIERON LIMITADA SU ACTIVIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y LA CONDUCTA DE GUARDAR CAMA. GRAN CUENOS AIRES - REP. ARG. 1963



Lamentablemente, no se dispone de un dato de interés social, el número de quienes guardaron cama sin haber percibido morbilidad ni sentido limitada su actividad, o sea el número de gente en cama sin motivo aparente de salud. Pero, consuela pensar que, por motivos psicosociales, el dato hubiera sido, de todos modos, una subestimación.

V. LA MORBILIDAD EN RELACION CON LAS VARIABLES SOCIO-ECONOMICAS

La percepción de la morbilidad se analizó en función de distintas variables socio-económicas consideradas a priori relevantes en relación a la misma. Ellas fueron las siguientes: nivel educacional de los individuos, nivel ocupacional del jefe de la familia y nivel de ingresos per cápita (definidas previamente en esta publicación).

En general, la observación de las tasas de percepción según el nivel educacional y ocupacional (cuadros 15 y 16) muestra una leve tendencia según la cual la percepción de la morbilidad es mayor en los niveles más bajos.

En cambio, no se observan diferencias en las tasas de percepción según niveles de ingreso (cuadro 17).

Para un mejor entendimiento de estas relaciones conviene recordar algunas características de este estudio. En primer lugar, la investigación de la percepción de la morbilidad a través de una encuesta domiciliaria implica una serie de limitaciones metodológicas que es necesario tener en cuenta. Así, por ejemplo, es imprescindible recordar, que en nuestro caso alrededor del 46 % de las

respuestas se obtuvieron a través de un miembro informante, y aun cuando esta cifra puede descender hasta el 23 % si incluimos como respuesta personal la que corresponde a los menores de 15 años y que fuera en todos los casos brindada por sus familiares, de acuerdo con nuestra definición metodológica operativa, se comprende fácilmente la significación que alcanza en un estudio de esta naturaleza esta restricción.

De esta forma debe ratificarse con énfasis la idea de que cuando contesta el informante, la respuesta que se obtiene no está referida concretamente a la percepción de la morbilidad de cada individuo, sino a la percepción que el informante tiene de la morbilidad real o de la percepción de la morbilidad de la persona por quien contesta.

Remitiéndonos a los datos de percepción según declaración estrictamente personal, se observa una acentuación de la tendencia ya analizada según nivel educacional y nivel ocupacional, mientras que no se observan diferencias según los distintos niveles de ingreso.

Algunas interpretaciones de lo anterior se enuncian a continuación: 1) posible influencia de la morbilidad real, eventualmente mayor entre los grupos de nivel socio-económico más bajo; 2) en cuanto a la diferente tendencia en las tasas de percepción según informantes (se neutralizan las diferencias entre los grupos extremos en la población total), es posible que esté afectada por una percepción diferencial, a favor de los grupos más instruidos y de niveles socio-económicos más altos, de la morbilidad de la persona sobre la cual informan.

Por otro lado, también es necesario tener presente que los indicadores socio-económicos utilizados, tradicionales en la investigación sociológica, no sean lo suficientemente específicos como para medir las variaciones de la percepción de la morbilidad según el medio social —por ejemplo: variable nivel de ingreso per cápita—. Esto, sin descartar que la percepción de la morbilidad en el área metropolitana no tuviera variaciones reales en función de esta categoría socio-económica.

Por último, la escasa variación entre las tasas de percepción observadas según el nivel de ingreso, puede deberse al hecho de que los niveles más bajos tuvieran una percepción mórbida más baja en función de síntomas mal definidos acompañada de mayo-

res niveles de morbilidad real, en tanto que los niveles más altos pueden tener una mayor percepción de la morbilidad en función de diagnósticos, aunque la morbilidad real sea igual o menor.

CUADRO 15
NUMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (%) DE MORBILIDAD
SEGUN NIVEL EDUCACIONAL. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

NIVEL EDUCACIONAL	PERCEPTORES TOTAL	TASAS DE PERCEPCION %	PERCEPTORES S/DECLARACION PERSONAL	TASAS DE PERCEPCION S/DECLARACION PERSONAL %
Total	2.127	33.2	1.156	36.5
Sin instrucción y primaria incomp.	790	37.0	470	40.7
Primaria comp. y secund. incomp.	999	31.0	539	34.3
Secundaria comp. y universitaria ..	306	31.5	143	33.0
N.F.I.	32	38.6	4	40.0

CUADRO 16
NUMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (%) DE MORBILIDAD
SEGUN NIVEL OCUPACIONAL. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

NIVEL OCUPACIONAL	PERCEPTORES TOTAL	TASAS DE PERCEPCION %	PERCEPTORES S/DECLARACION PERSONAL	TASAS DE PERCEPCION S/DECLARACION PERSONAL %
Total	2.127	33.2	1.156	36.5
1	426	34.0	265	38.4
2	442	30.7	355	37.4
3	331	31.0	205	35.2
4	147	32.3	101	33.2
5 y 6	81	29.9	52	25.7
N.F.I.	700	36.5	178	40.4

CUADRO 17
NUMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (%) DE MORBILIDAD
SEGUN NIVEL DE INGRESO PER CAPITA. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

NIVEL DE INGRESO POR CAPITA	PERCEPTORES TOTAL	TASAS DE PERCEPCION %	PERCEPTORES S/DECLARACION PERSONAL	TASAS DE PERCEPCION S/DECLARACION PERSONAL %
Total	2.127	36.5	1.156	36.5
1- 4	957	32.8	475	36.4
5- 7	575	32.4	325	36.4
8- 11	476	34.7	289	36.1
N.F.I.	119	34.6	67	38.5

C. LO PERCIBIDO EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

CUADRO 18

TASAS DE PERCEPTORES DE MORBILIDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS
POR CADA MIL ENCUESTADOS SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERME-
DADES Y POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	VARONES 1	MUJERES 2	AMBOS SEXOS 3
1. Aparato respiratorio	138.4	128.1	133.0
2. Aparato digestivo	48.0	79.0	64.2
3. Enfermedades osteomusculares	39.2	69.4	55.0
4. Síntomas mal definidos	31.7	56.6	44.7
5. Aparato circulatorio	24.8	41.9	33.7
6. Enfermedades mentales	23.5	40.1	32.6
7. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos	14.0	26.6	20.6
8. Piel y tejido celular subcutáneo	17.3	18.3	17.8
9. Aparato genitourinario	5.2	23.6	14.8
10. Infecciosas y parasitarias	11.7	15.3	13.6
11. Enferm. embarazo, parto y puerperio ..	—	5.4	—
12. Endocrinas y del metabolismo	3.6	5.4	4.5
13. Otras enfermedades no incluidas en categorías anteriores	1.6	3.0	2.3

1 Individuos que perciben
Total de encuestados $\times 1.000$. El denominador fue 3.066 encuestados.

2 Idem, el denominador fue 3.341 mujeres encuestadas.

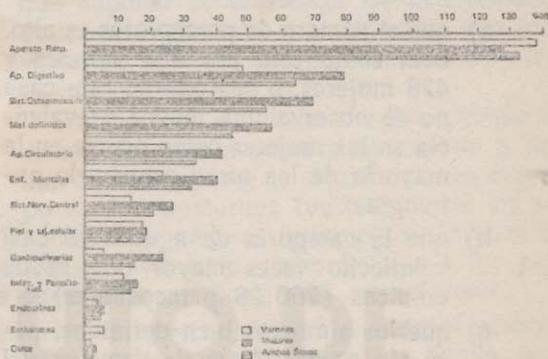
3 Idem, el denominador fue 6.409 personas de ambos sexos.

El cuadro 18 proporciona las tasas de perceptores de morbilidad en las últimas dos semanas por cada 1.000 encuestados. Figura allí la información que corresponde a cada sexo según los distintos grupos en que se clasificó a las percepciones manifestadas. Para confeccionar las tasas se usó como numerador al número de perceptores correspondientes a cada grupo de enfermedades, tal como figura en el cuadro 5. Como denominador se utilizó, para los varones, a los 3.066 hombres encuestados. Para las mujeres, a las 3.341 encuestadas, y, en suma, a las 6.409 personas de ambos sexos que fueron encuestadas.

Dichas tasas exhiben, como se ve en el gráfico 18, que las correspondientes al Aparato respiratorio son, con mucho, las mayores y, además, el único grupo de enfermedades donde los hombres superan a las mujeres.

Las tasas de los demás grupos son mucho menores. El Aparato digestivo tiene una tasa

GRAFICO 18. PERSONAS QUE PERCIBIERON MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES, POR SEXO. TASA POR 1000 ENCUESTADOS GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



que es casi la mitad de la del Aparato respiratorio. Por debajo de aquel grupo las tasas disminuyen más suavemente y muestran una característica casi constante: las tasas para las mujeres casi duplican a las de los varones. En este sentido conviene destacar que uno de los desniveles más pronunciados

(V:23.5; M:40.1%) ocurre en el grupo de las enfermedades mentales. Asimismo, las enfermedades mentales muestran en ambos sexos, una tasa muy aproximada a la de las enfermedades del Aparato circulatorio. O, dicho de otro modo, un grupo de afecciones no siempre admitidas como frecuentes en la comunidad supuestamente sana, tiene casi tantos perceptores como ese otro grupo manifiestamente reconocido como productor

de enfermedades y síntomas cual es el de los trastornos del Aparato circulatorio.

En el Aparato genitourinario hubo casi cinco veces más perceptores del sexo femenino (5.2 varones y 23.6 mujeres por cada mil encuestados del sexo correspondiente); ese hecho remarca el peso del aparato genital femenino como productor de síntomas y, probablemente, de demanda de atención médica.

Aparato respiratorio

CUADRO 19

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO RESPIRATORIO DISTRIBUIDAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS			
ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Agudas	378	382	760
Crónicas	15	13	28
Síntomas	40	36	76
Perceptores	424	428	852

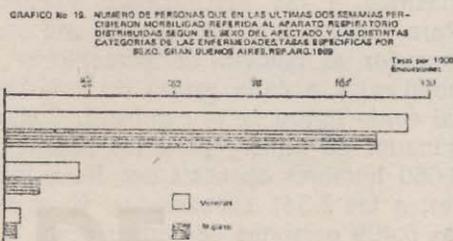
B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS			
ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Agudas	123.3	114.3	118.6
Crónicas	4.9	3.9	4.4
Síntomas	23.0	10.8	11.9

Aparato respiratorio

En el cuadro 19 y gráfico 19 puede verse:

- que el número de perceptores es alto, 852, compuesto por 424 varones y 428 mujeres, o sea que en este caso no se observa una mayor prevalencia en las mujeres como ocurre en la mayoría de los otros grupos de patologías;
- que la categoría de agudas es casi veintiocho veces mayor que la de crónicas (760:28 percepciones);
- que los síntomas bien definidos, pero sin acompañarse de mención del síndrome al que corresponden sólo constituyen el 8.8 % del total de percepciones del grupo (76:864 percepciones);
- que la distribución similar de perceptores por sexo en el total de los perceptores del grupo, como se dijo en a), es consistente en las tres ca-

tegorías (agudas, crónicas y síntomas), o sea que no reconoce variaciones específicas por sexo en las categorías.



Aparato digestivo

Hubieron 411 personas que manifestaron 434 percepciones referidas al aparato digestivo, o sea que el promedio de percepciones por cada perceptor fue de 1.1 percepciones.

CUADRO 20

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO DIGESTIVO DISTRIBUIDOS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Dentales	8	12	20
Esófago, estóm. y duod.	59	65	124
Hernia	3	5	8
Gastroenter.	11	7	18
Trast. funcion. intest. ..	4	27	31
Hígado	44	123	167
Resto	5	12	17
Síntomas	19	30	49
Perceptores	147	264	411

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Dentales	2.6	3.6	3.1
Esófago, estóm. y duod.	19.2	19.5	19.3
Hernia	1.0	1.5	1.2
Gastroenter.	3.6	2.1	2.8
Trast. funcion. intest. ..	1.3	8.1	4.8
Hígado	14.4	36.8	26.1
Resto	1.6	3.6	2.7
Síntomas	6.2	9.0	7.6

El rango de las percepciones para ambos sexos fue de 8 (hernia) a 167 ("problemas" hepáticos). En una mirada al gráfico 20 puede advertirse que los valores para los distintos grupos de enfermedades según el sexo se distribuyen de manera bastante similar, con dos excepciones: esófago, estómago y duodeno, que por lo menos duplica al grupo que le sucede en orden de frecuencia, e hígado, con cifras mayores que las del grupo antecitado.

En el grupo de enfermedades y síntomas del hígado es notoria una desigual distribución por sexo, con una preponderancia fe-

menina que triplica los valores masculinos. La alta frecuencia relativa de estas percepciones enfatiza el hallazgo al disminuir las chances de un hallazgo casual y sugiere que la patología hepatobiliar: a) es más frecuente en la mujer, o que b) si la frecuencia real fuera la misma en ambos sexos, al menos la mujer la percibe con mayor facilidad, o c) si las percepciones se fundaron las más de las veces en alteraciones funcionales, habría que suponer la existencia de determinados factores, intrínsecos o extrínsecos, que provocan en la mujer esas alteraciones más frecuentemente que en el hombre.

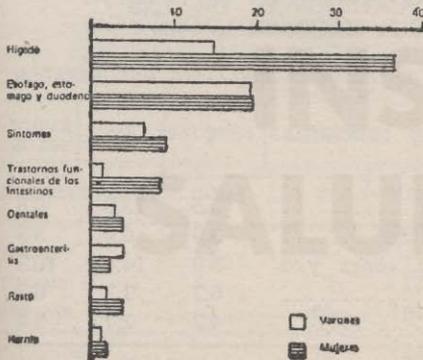
Sin merecer el mismo crédito, porque su escasa frecuencia relativa la expone a una mayor variabilidad, se observa que en el grupo de los trastornos funcionales de los intestinos las mujeres quintuplican la cifra de los varones. Este grupo incluye a los procesos espasmódicos y al estreñimiento.

En el resto se incluye a algunas afecciones rectales como la fisura y la fístula, además de peritonitis y adherencias peritoneales.

La frecuencia de la hernia es baja con respecto a lo esperado, mayor en la mujer, pero escasa como para cobrar significado: 5 y 3 percepciones, respectivamente.

También la percepción de problemas dentales impresiona, relativamente, como baja y muestra preponderancia femenina.

GRAFICO No. 20. NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO DIGESTIVO DISTRIBUIDOS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. REP. ARG. 1969



Enfermedades osteomusculares

CUADRO 21

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES DISTRIBUIDAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Artritis	58	112	170
Resto	25	61	86
Sintomas	39	69	108
Perceptores	120	232	352

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Artritis	18.9	33.5	26.5
Resto	8.2	18.3	13.4
Sintomas	12.7	20.7	16.9

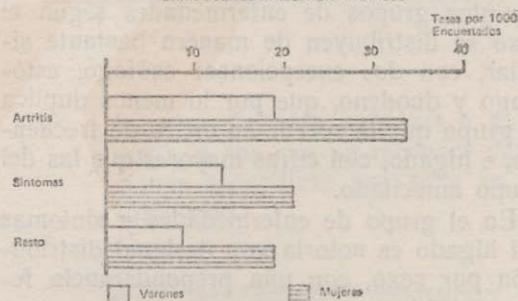
El número de perceptores fue 352, de los cuales 120 eran varones y 232 mujeres. Es decir, que en este grupo también se observa la mayor cantidad de perceptores, casi el doble, entre las mujeres.

En la categoría más frecuente se incluyen las artritis, piógenas o no, las traumáticas y las reumáticas. Estas últimas, en sus múltiples acepciones recogen toda suerte de percepciones, no sólo las que así canaliza el afectado sino las que son rotuladas por el médico al enfrentar las consultas por "dolor de espalda, de cintura, ciática, lumbago, enfriamientos, etc.". Ocurre que esos síntomas no encuentran, muchas veces, un camino científico pavimentado por el conocimiento de su etiología que conduzca a un diagnóstico evidente. Y entonces son cubiertos por definiciones ambiguas y por tratamientos ómnibus, de amplio "espectro", que si mejoran

la sintomatología, por cierto no clarifican la esencia del hecho clínico.

La preponderancia femenina, como se anticipó, existe también en esta y en las otras categorías del grupo.

GRAFICO No.21.-NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES DISTRIBUIDOS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES. REP. ARG. 1969



Aparato circulatorio

CUADRO 22

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO CIRCULATORIO DISTRIBUIDAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

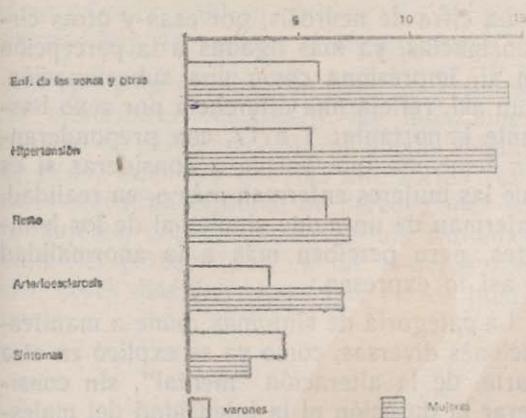
A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Hipertensión	17	46	63
Arterioesclerosis	11	23	34
Enf. de las venas y/o	18	48	66
Resto	19	24	43
Síntomas	13	9	22
Perceptores	76	140	216

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Hipertensión	5.5	13.8	9.8
Arterioesclerosis	3.6	6.9	5.3
Enf. de las venas y/o	5.9	14.4	10.3
Resto	6.2	7.2	6.7
Síntomas	4.2	2.7	3.4

GRAFICO No. 23. NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS PERCIPIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO CIRCULATORIO DISTRIBUIDAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



El total de las percepciones fue de 228; de ellas hubo 78 entre los varones y 150 entre las mujeres. En cambio, el número de perceptores fue algo menor: 76 varones y 140 mujeres para hacer un total de 216 perceptores. Una vez más, puede notarse la desigual distribución por sexo, con el doble de percepciones y perceptores en las mujeres.

La categoría con mayor número de percepciones fue la de enfermedades de las venas y otras, que incluyen a: embolia e infarto pulmonares, flebitis y tromboflebitis, trombosis de la vena porta, otras embolias, várices de las extremidades inferiores, hemorroides, várices de otros sitios, enfermedades no infecciosas de los vasos linfáticos

y otras enfermedades del aparato circulatorio (hipotensión, hemorragia interna). Es aparente que, a nivel de percepción, las várices, las flebitis y las hemorroides constituyen la patología dominante en esta categoría. A su vez, cabe destacar en esta categoría la diferencia por sexo, con más del doble de frecuencia en las mujeres, lo cual coincide con el hallazgo en la práctica clínica.

Muy próxima en frecuencia a la categoría anterior está la hipertensión que incluye a: hipertensión maligna, esencial benigna, enfermedad cardíaca hipertensiva, renal hipertensiva y cardiorrenal hipertensiva. El distinto significado pronóstico y de tratamiento de estas entidades no tiene reconocimiento en esta categoría donde, por su frecuencia relativa, puede suponerse que la hipertensión esencial benigna ha de ser más frecuente. La mujer excedió al hombre en más del doble de las percepciones.

Sigue en orden la aterosclerosis, que incluye a los aneurismas, las arteriopatías periféricas, embolias y trombosis arteriales, gangrena, poliarteritis y enfermedades de los capilares. Puede considerarse que la casi totalidad de las percepciones en esta categoría corresponde a aterosclerosis. La diferencia por sexo se mantiene como en la categoría anterior.

Del resto y sólo síntomas poco puede agregarse excepto que en la última se invierte la proporción según el sexo, claro está que en una frecuencia reducida de percepciones.

Enfermedades mentales

CUADRO 23

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIPIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES MENTALES DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

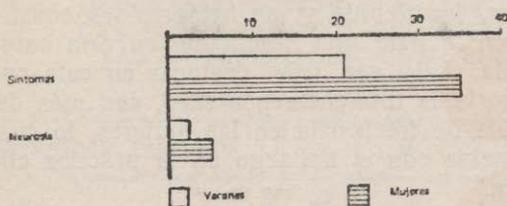
A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Psicosis	—	—	—
Neurosis	7	17	24
Síntomas	65	117	182
Perceptores	72	134	206

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Psicosis	—	—	—
Neurosis	2.3	5.1	3.7
Síntomas	21.2	35.0	28.4

GRAFICO No. 23. NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES MENTALES DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES-REP. ARG. 1969.



La cifra total de percepciones es 206 y la de los perceptores 206. La misma relación se observa en la distribución por sexo, con 72 percepciones y 72 perceptores en los varones y 134 y 134, respectivamente, en las mujeres.

No existió percepción en la categoría psicosis, o sea el gran deterioro de la salud mental, debiéndose recordar lo que ya se ha afirmado en otra parte de esta publicación, en el sentido de entender la connotación social de estas enfermedades y, además, la circunstancia de que los enfermos institucio-

nalizados, entre los cuales lógicamente figurarían buena parte de los psicóticos, no son incluidos en esta encuesta.

La cifra de neurosis, por esas y otras circunstancias, ya más ligadas a la percepción en sí, impresiona como una subestimación. Aun así, refleja una diferencia por sexo bastante importante: 7 a 17, con preponderancia femenina que mueve a considerar si es que las mujeres enferman más o, en realidad, enferman de un modo similar al de los hombres, pero perciben más a la anormalidad y así lo expresan.

La categoría de síntomas reúne a manifestaciones diversas, como ya se explicó en otra parte, de la alteración "mental", sin considerar la duración ni la intensidad del malestar. Así, resulta que aquí cabe el insomnio, el nerviosismo, la angustia, la tensión emocional y los "nervios".

Tanto la caracterización de esta patología como su estudio resultan perfectamente válidos no importa cuál sea el grado de subjetividad que involucren, porque en esa esfera hallan, aunque no siempre, el origen y el reconocimiento, sea propio o ajeno.

Enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos

CUADRO 24

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS DISTRIBUIDOS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Epilepsia	1	—	1
Infecciones oculares	7	9	16
Oído	17	15	32
Resto de los sentidos ..	6	13	19
Otras ojos	5	11	16
Síntomas	8	42	50
Perceptores	43	89	132

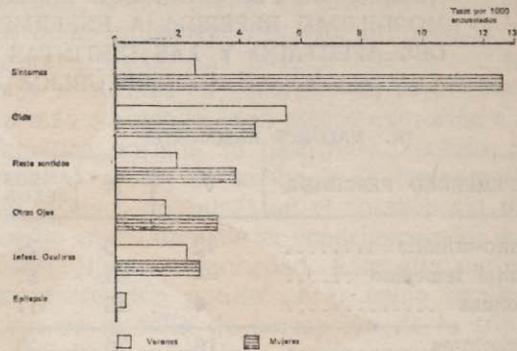
B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Epilepsia	0.3	—	0.2
Infecciones oculares ...	2.3	2.7	2.5
Oído	5.5	4.5	5.0
Resto de los sentidos ..	2.0	3.9	3.0
Otras ojos	1.6	3.3	2.5
Síntomas	2.6	12.6	7.8

El número total de percepciones, 134, difiere levemente del de perceptores, 132. La distribución de las primeras por sexo es de 44 en varones y 90 en mujeres. En los perceptores hay 43 varones y 89 mujeres.

En epilepsia sólo hay un caso, en varones. Las infecciones oculares y las infecciones del oído se distribuyen de un modo similar por sexo, mientras que las categorías restantes muestran el doble de percepciones en las mujeres, con excepción de los síntomas donde las percepciones en las mujeres son cinco veces más frecuentes que en los hombres.

GRAFICO No. 24. NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS DISTRIBUIDOS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969.



Enfermedades de la piel

CUADRO 25

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES DE LA PIEL DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

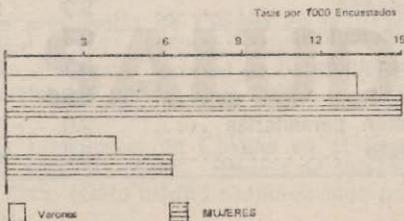
A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Infecciones	13	11	24
Otras	41	50	91
Perceptores	53	61	114

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Infecciones	4.2	3.3	3.7
Otras	13.4	15.0	14.2

GRAFICO No. 25. NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES DE LA PIEL DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



Enfermedades de la piel

La categoría infecciones de la piel muestra, como una excepción, que las percepciones en los hombres fueron ligeramente mayores que las de las mujeres. En "Otras enfermedades" se invierten las cifras y las mujeres superan en percepciones a los varones.

Enfermedades endocrinas y del metabolismo

CUADRO 28

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y DEL METABOLISMO DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

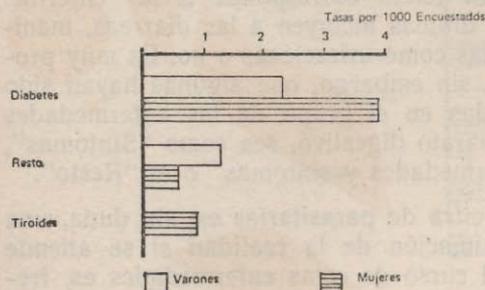
A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tiroides	—	3	3
Diabetes	7	13	20
Nutrición	—	—	—
Resto	4	2	6
Perceptores	11	18	29

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tiroides	—	0.9	0.5
Diabetes	2.3	3.9	3.1
Nutrición	—	—	—
Resto	1.3	0.6	0.9

GRAFICO.No. 28.- NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y DEL METABOLISMO DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969.



El total de las percepciones correspondientes a este grupo fue 29, tanto el total como su distribución por sexo: 11 casos en

los varones y 18 en las mujeres coincide con el número de perceptores.

No se registró ninguna percepción de enfermedad de la nutrición, probablemente mostrando la falta de consideración de la obesidad y de la desnutrición como problemas específicos de salud.

En la categoría enfermedades del tiroides sólo hay 3 casos entre mujeres.

En cuanto a diabetes, hay 7 hombres y 13 mujeres, induciendo a procurar explicaciones a esta diferente percepción según el sexo.

En el resto, que incluye a las demás glándulas de secreción interna (páncreas, hipófisis, suprarrenales, etc.) los casos de varones duplican a las mujeres, 4 a 2.

Enfermedades no incluidas en los cuadros anteriores

CUADRO 29

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A OTRAS ENFERMEDADES SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

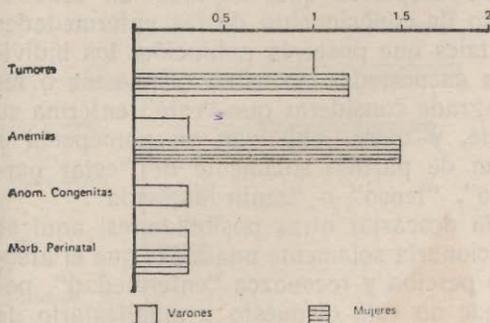
A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tumores	3	4	7
Anemias	1	5	6
Anomalías congénitas ..	1	—	1
Morbilidad perinatal ...	1	1	2
Perceptores	5	10	15

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADO:

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tumores	1.0	1.2	1.1
Anemias	0.3	1.5	0.9
Anomalías congénitas ..	0.3	—	0.2
Morbilidad perinatal ...	0.3	0.3	0.3

GRAFICO No. 29. NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIERON MORBILIDAD REFERIDAS A OTRAS ENFERMEDADES SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS ENFERMEDADES. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



SINTOMAS

Los cuadros 30, 31 y 32 y gráficos 30, 31 y 32, muestran a las percepciones expresadas como síntomas. Estos han sido agrupados como: a) síntomas mal definidos (cuadro y gráfico 30), b) síntomas definidos (cuadro y gráfico 31) y c) síntomas definidos expresados juntamente con otra enfermedad o síntomas definidos (cuadro y gráfico 32).

La calificación de bien o mal definidos surge de la factibilidad de reconocerles un número de código según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 8ª revisión. Es decir, que si un síntoma puede codificarse según el órgano o según el síndrome que integra, se le considera bien definido (por ej.: tos, cólico renal, anormalidad de la marcha, flatulencia, etc.). Por el contrario, si la ambigüedad en la localización corporal y en la referencia del mal impiden caracterizar el episodio con claridad, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, se codifiquen como mal definidos (debilidad, véjez, dolor de cabeza, etc.).

Por supuesto, que esto no desmerece, ni tampoco considera, que lo que aquí se llama mal definido, resulta muchas veces ser claramente definido para quien lo sufre en cuanto a la intensidad, la duración y a otras características del malestar.

Síntomas mal definidos

El total de perceptores, 286, está compuesto por 97 varones y 189 mujeres. La categoría más frecuente es la de los sínto-

mas mal definidos manifestados junto con otra enfermedad o con otro síntoma bien definido. Hubieron 197 percepciones, 61 en varones y 136 en mujeres. O sea que un 40 % de los síntomas mal definidos (cuadro 30) fueron expresados por personas que, además de ellos, manifestaron percibir otros síntomas y enfermedades que al efecto de este estudio resultaron bien definidos. Le sigue en frecuencia la cefalea con una mayor incidencia en la mujer. La frecuencia de estas percepciones es relativamente alta, de modo que puede considerarse como cierto que la cefalea "primaria" (sin referencia del síndrome que integra) es más prevalente en la mujer.

Síntomas definidos

Más de una tercera parte (36 %) de las 504 percepciones expresadas como síntomas definidos corresponden a las enfermedades mentales. El 20 % son osteomusculares. El 15 % son síntomas respiratorios y hay un 10 % para el sistema nervioso central y otro 10 % para el aparato digestivo.

Por lo tanto, cuando se manifiesta percibir a síntomas definidos resulta que los síntomas de enfermedad mental son los más frecuentes de todos. También en este caso las mujeres perciben casi el doble que los varones y se tienta uno de cuestionar si las mujeres perciben más que los hombres en casi la totalidad de los problemas de salud a consecuencia de percibir tan distinto en el área de la mente. Porque es indudable que en el campo mental reside, o concluye, la valoración de lo que no es normal y allí se elabora la decisión de adoptar una conducta activa, aun cuando ella fuere la manifestación de lo percibido.

Llama la atención que los síntomas mentales sean percibidos tanto más que los otros, particularmente que los de los aparatos osteomuscular, respiratorio, digestivo y circulatorio. Sin embargo, para valorar esta circunstancia conviene examinar los cuadros y gráficos correspondientes a cada aparato, porque así se verá que la categoría de síntomas sólo es relevante en el sistema nervioso central y en el sistema osteomuscular, aparte de las enfermedades mentales. En esta última categoría constituye casi el 90 %

de las percepciones manifestadas. En cambio, en los demás grupos es diferente porque la percepción de un defecto se acompaña, en general, por la identificación de la enfermedad. En general, la categoría de los síntomas constituye el 10 %, aproximadamente, del total de las percepciones del grupo correspondiente: aparato digestivo, respiratorio, etc. La excepción, ya se dijo, es el sistema osteomuscular y el sistema respiratorio con el 30 % y el 40 %, aproximada y respectivamente de las percepciones constituidas por los síntomas. Aún así están lejos de la cifra del 90 % del total de las percepciones de enfermedades mentales, constituida por los síntomas solamente.

Es decir, que quien percibe que algo anda mal en el área mental aparentemente sólo percibe síntomas y no enfermedades. Puede alcanzarse explicación a esta circunstancia si se acepta la ignorancia que tiene en general la población sobre la composición de los síndromes, y de este modo se está expresando la incapacidad de traducir síntomas

en enfermedades. No cabe duda que tal componente limitacionista existe, pero también puede aceptarse que, dejando de lado el grado de conocimiento de las enfermedades mentales que posee la población, los individuos encuestados no estén dispuestos o les desagrada considerar que "está" enferma su mente, y dicen, objetivan su percepción a punto de partido solamente de "estar nervioso", "tenso" o "sentir angustia".

Sin descartar otras posibilidades, aquí se mencionaría solamente una más: que el afectado perciba y reconozca "enfermedad", pero que no esté dispuesto a manifestarlo de esa manera sino, lo que es más permisible socialmente, como un síntoma aislado. El cuadro y gráfico 32 muestra, consecuentemente con lo antecitado, que cuando se considera aisladamente a los síntomas definidos que se expresan junto a otra enfermedad definidos, las percepciones de mentales prácticamente desaparecen. Una vez más: la anormalidad mental se expresa como síntoma, no como enfermedad.

CUADRO 30

NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS REFERIDAS COMO SINTOMAS MAL DEFINIDOS, SEGUN LAS DISTINTAS CATEGORIAS A LAS QUE CORRESPONDEN Y EL SEXO DEL AFECTADO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

CATEGORIAS	V	M	AMBOS SEXOS	PORCENTAJE
Síntomas generales .	24	29	53	10.9
Dolor de cabeza ...	49	126	175	35.9
Mal definidos (agotamiento, vejez, debilidad)	3	6	9	1.8
Otras (insuficiencia de la respir. y circ.) .	1	2	3	0.6
Resto	22	28	50	10.3
Sínt. mal def. (junto con otras enfer. o síntomas)	61	136	197	40.5
Total			487	100.0
Perceptores	97	189	286	

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

CATEGORIAS	V	M	AMBOS SEXOS
Síntomas generales	7.8	8.7	8.3
Do'lor de cabeza	16.0	37.7	27.3
Mal definidos	1.0	1.8	1.4
Otros	0.3	0.6	0.5
Resto	7.2	8.4	7.8
Sntomas mal definidos.	20.0	40.7	30.7

GRAFICO No. 30.- NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS REFERIDAS COMO SINTOMAS MAL DEFINIDOS, SEGUN LAS DISTINTAS CATEGORIAS A LAS QUE CORRESPONDEN Y EL SEXO DEL AFECTADO. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969

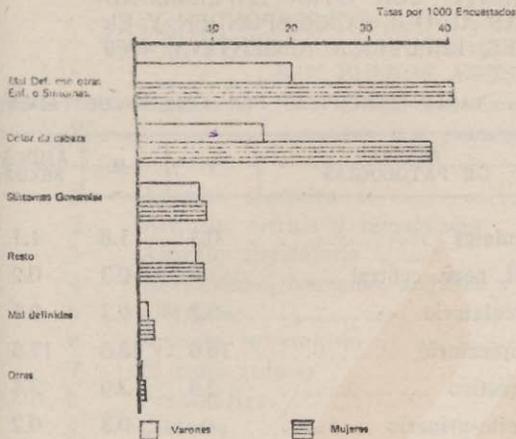
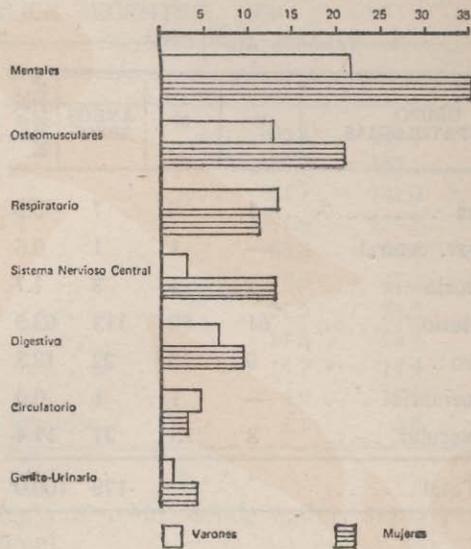


GRAFICO No. 31.- NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS REFERIDAS COMO SINTOMAS DEFINIDOS, SEGUN EL GRUPO DE PATOLOGIA AL QUE CORRESPONDEN Y EL SEXO DEL AFECTADO. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969.



CUADRO 31

NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS REFERIDAS COMO SINTOMAS DEFINIDOS, SEGUN EL GRUPO DE PATOLOGIA AL QUE CORRESPONDEN Y EL SEXO DEL AFECTADO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS	PORCEN-TAJE
Mentales	65	117	182	36.1
Sist. nerv. central ..	8	42	50	9.9
Ap. circulatorio	13	9	22	4.4
Ap. respiratorio ...	40	36	76	15.1
Ap. digestivo	19	30	49	9.7
Ap. génito-urinario .	4	13	17	3.4
Osteomuscular	39	69	108	21.4
Total			504	100.0

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS
Mentales	21.2	35.0	28.4
Sist. nerv. central	2.6	12.6	7.8
Ap. circulatorio	4.2	2.7	3.4
Ap. respiratorio	13.0	10.8	12.0
Ap. digestivo	6.2	9.0	7.6
Ap. génito-urinario	1.3	3.9	2.7
Osteomuscular	12.7	20.7	16.9

CUADRO 32

NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS REFERIDAS COMO SINTOMAS DEFINIDOS JUNTO CON OTRA ENFERMEDAD DEFINIDA, SEGUN EL GRUPO DE PATOLOGIAS AL QUE CORRESPONDEN Y EL SEXO DEL AFECTADO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

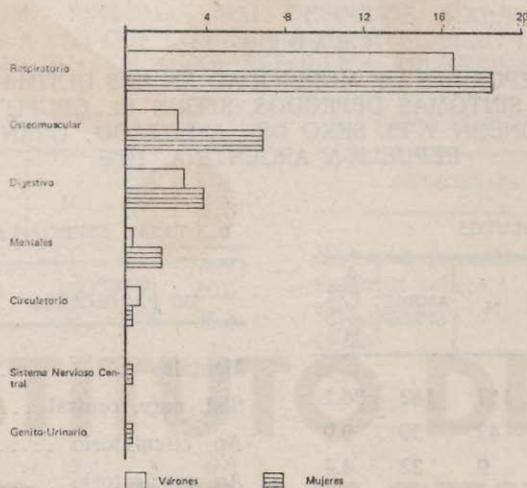
A. VALORES ABSOLUTOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS	PORCENTAJE
Mentales	1	6	7	3.9
Sist. nerv. central ..	—	1	1	0.6
Circulatorio	2	1	3	1.7
Respiratorio	51	62	113	63.5
Digestivo	9	13	22	12.3
Génito-urinario	—	1	1	0.6
Osteomuscular	8	23	31	17.4
Total			178	100.0

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS
Mentales	0.3	1.8	1.1
Sist. nerv. central	—	0.3	0.2
Circulatorio	0.7	0.3	0.5
Respiratorio	16.6	18.6	17.6
Digestivo	2.9	3.9	3.4
Génito-urinario	—	0.3	0.2
Osteomuscular	2.6	6.9	4.8

GRAFICO No. 32.- NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS REFERIDAS COMO SINTOMAS DEFINIDOS JUNTO CON OTRA ENFERMEDAD DEFINIDA, SEGUN EL GRUPO DE PATOLOGIAS AL QUE CORRESPONDEN Y EL SEXO DEL AFECTADO. TASAS ESPECIFICAS POR SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



D. ENFERMEDADES CRONICAS

CUADRO 33

TASAS DE PERCEPTORES DE ENFERMEDADES CRONICAS POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES Y POR SEXO.
GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

Nº DE ORDEN	GRUPO DE ENFERMEDADES	VARONES	MUJERES	TOTAL
1	Aparato digestivo	100.4	181.1	142.5
2	Artrosis, artritis y reumatismo	86.7	157.1	123.4
3	Aparato circulatorio	84.7	141.9	114.5
4	Nerviosismo, insomnio, angustia y mentales	77.9	135.3	107.8
5	Alérgicas	65.5	86.5	76.5
6	Aparato respiratorio	78.9	42.2	59.8
7	El resto (otras)	51.5	51.5	51.5
8	Parasitarias	17.3	23.7	20.6
9	Diabetes	14.7	14.4	14.5
10	Génito-urinarias	4.9	12.6	8.9
11	Sistema nervioso central y órganos de los sentidos	8.1	6.6	7.3

Puede advertirse que los perceptores más frecuentes correspondieron al aparato digestivo, artrosis-artritis y reumatismo, circulatorio y nerviosismo y mentales, todas ellas manifestadas por más del 10 % de las personas encuestadas. El rango de la percepción de las enfermedades crónicas va desde 7.3 a 142.5 por cada mil personas encuestadas, de ambos sexos.

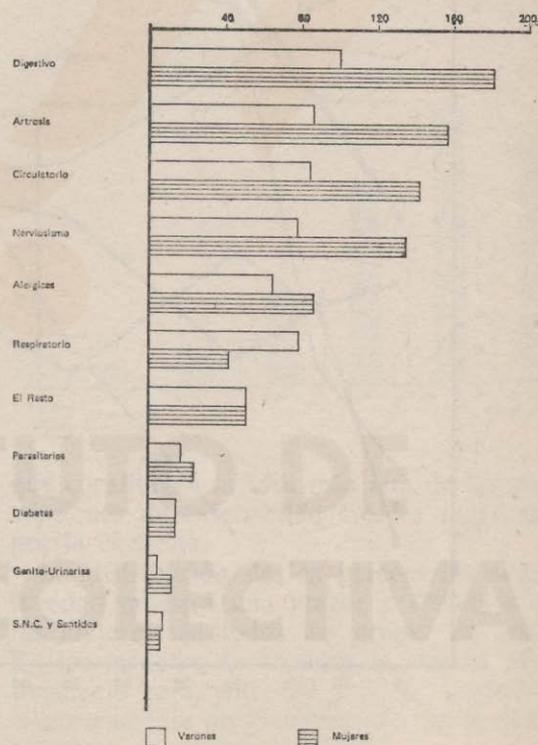
Los perceptores correspondientes al aparato digestivo, con mucho las más frecuentes, tienen una tasa de 142.5 ‰ para ambos sexos y todas las edades. La tasa correspondiente a la artrosis, artritis y reumatismo es de 123.4 ‰. La del aparato circulatorio de 114.5 ‰ y la de nerviosismo y enfermedades mentales de 107.8 ‰, ambos sexos.

Al grupo citado, con tasas entre 108 y 143, le suceden otros dos agrupamientos: uno con tasas entre 77 y 52 ‰ (alérgicas, respiratorias y "otras") y otro de 21 a 7 ‰ (parasitarias, diabetes, génito-urinarias y sistema nervioso central y órganos de los sentidos).

Si se observa el comportamiento del sexo en la distribución de los perceptores agrupados por enfermedad, se ve que las mujeres perciben más en todos los grupos de enfermedades, excepto los de aparato respiratorio y sistema nervioso central en los que los hombres perciben más y los de diabe-

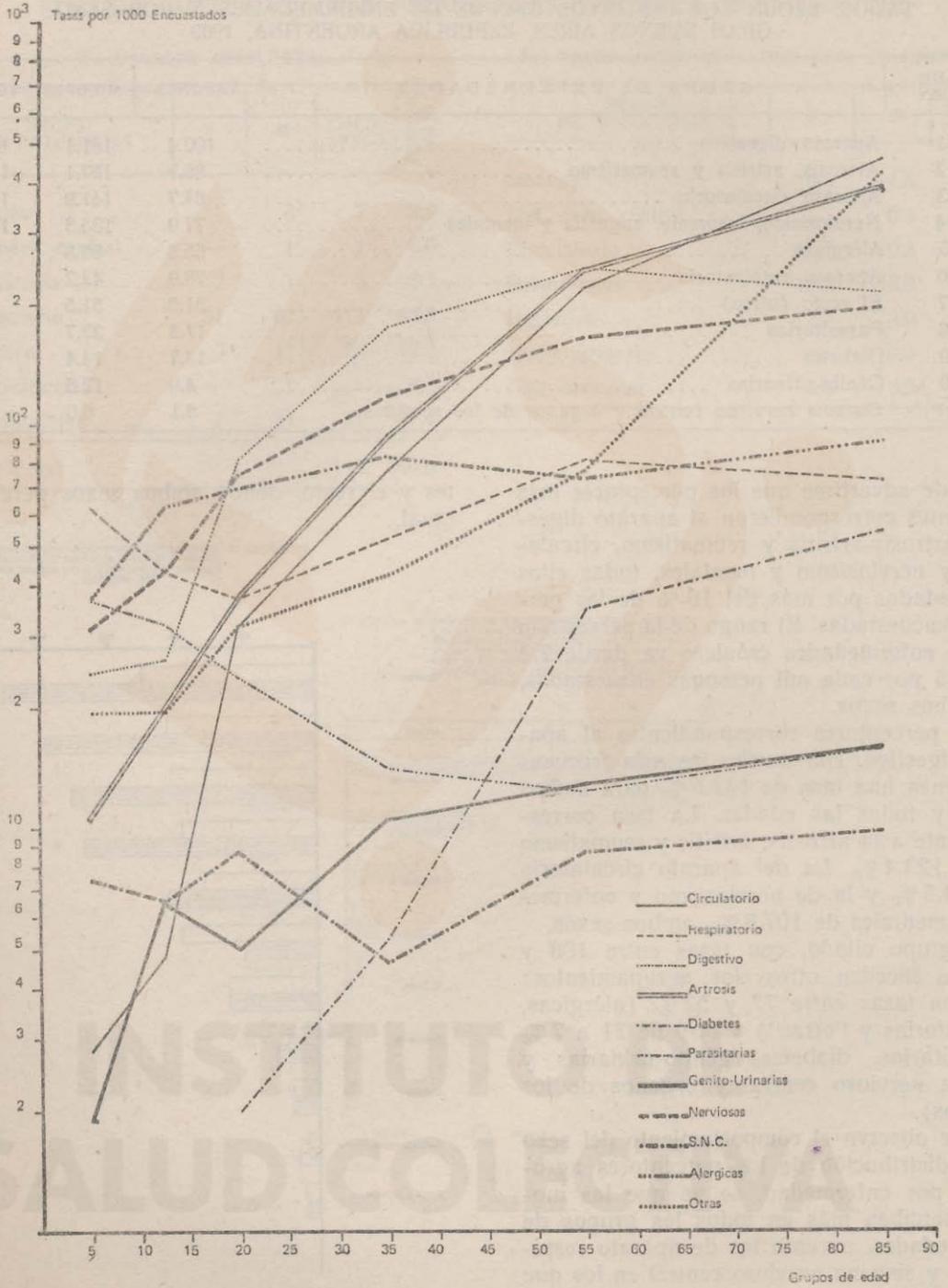
tes y el resto, donde ambos sexos perciben igual.

GRAFICO No. 33.- PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN SEXO, TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, GRAN BUENOS AIRES REP. ARG. 1969



Fuente: Cuadro No. 33

GRAFICO No. 34.- PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD
 POR 1000 ENCUESTADOS SEGUN GRUPO DE ENFERMEDADES. GRAN BUENOS
 AIRES - REP. ARG. 1960



PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD POR 1.000 ENCUESTADOS SEGUN GRUPO DE ENFERMEDADES. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	GRUPO DE EDAD						Total
	- 10	10-14	15-24	25-44	45-64	65 y +	
1. Aparato circulatorio	2.8	4.4	30.7	76.4	218.1	458.5	114.5
2. Aparato respiratorio	62.9	43.8	36.6	53.8	81.5	73.1	59.8
3. Aparato digestivo	24.4	26.3	81.2	174.5	240.5	213.4	142.5
4. Artrosis, artritis y reumatismo	10.3	19.7	36.6	94.4	243.2	389.3	123.4
5. Diabetes	—	—	2.0	5.3	35.3	57.3	14.5
6. Enfermedades parasitarias	37.6	32.8	23.8	14.2	12.2	15.9	20.6
7. Enfermedades genito-urinarias	1.9	6.6	5.0	10.5	12.9	15.8	8.9
8. Nerviosismo y angustia, insomnio y mentales	31.0	43.8	76.2	119.7	161.4	181.8	107.8
9. S.N.C. y órganos de los sentidos ..	7.5	6.6	8.9	4.7	8.8	9.9	7.3
10. Enfermedades alérgicas	59.2	63.5	70.3	84.9	74.7	90.9	76.5
11. Otras enfermedades crónicas	19.7	19.7	32.7	43.8	76.1	142.3	51.5

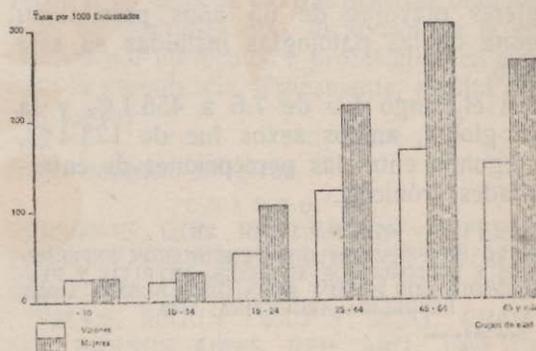
CUADRO 35

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO DIGESTIVO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	22.4	26.5	24.4
10 - 14	20.7	32.6	26.3
15 - 24	53.4	105.2	81.2
25 - 44	130.3	215.5	174.5
45 - 64	166.4	305.0	240.5
65 y +	149.3	263.2	213.4
Total	100.4	181.1	142.5

El rango de las tasas de perceptores según el grupo de edad y sexo es de 20.7 a 305.0‰ encuestados. La tasa global, para ambos sexos, es de 142.5‰ encuestados,

GRAFICO No. 28.



que constituyen la tasa más alta de las percepciones de enfermedad crónica registrada por la encuesta.

La distribución de los perceptores según la edad muestra una mayor prevalencia en las mujeres, en todos los grupos de edad. En los menores de 15 años la tasa es relativamente baja, entre 20 y 30‰, posteriormente aumenta progresivamente con la edad, tal como se ve en el gráfico.

Artrosis, artritis y reumatismo

CUADRO 36

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ARTROSIS, ARTRITIS Y REUMATISMO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

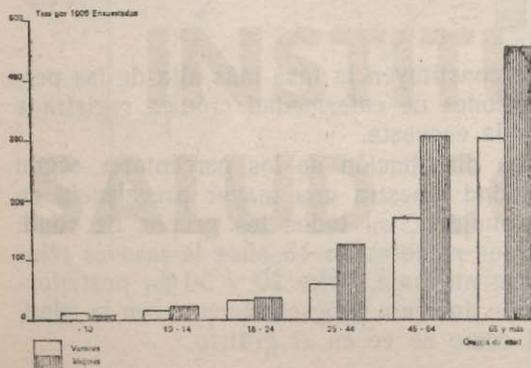
EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	13.0	7.6	10.3
10-14	16.5	23.3	19.7
15-24	34.2	38.8	36.6
25-44	60.2	126.0	94.4
45-64	170.8	305.2	243.2
65 y +	303.2	456.1	389.3
Total	86.7	157.1	123.4

Del cuadro 36 surge que la prevalencia de estos perceptores es exigua en el grupo más joven; que progresivamente aumenta con la edad, particularmente después de los 45 años; que, prácticamente, en todas las edades es mayor en las mujeres y que, en especial, la tasa de prevalencia de las mujeres mayores de 65 años es muy elevada (456.1 por mil). O sea, que casi la mitad de las mujeres mayores de 65 años percibieron alguna de las patologías incluidas en este grupo.

En el rango fue de 7.6 a 456.1‰ y la tasa global, ambos sexos fue de 123.4‰, la segunda entre las percepciones de enfermedades crónicas.

GRAFICO 36

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS DE ARTROSIS, ARTRITIS Y REUMATISMO SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969



Aparato circulatorio

CUADRO 37

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO CIRCULATORIO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

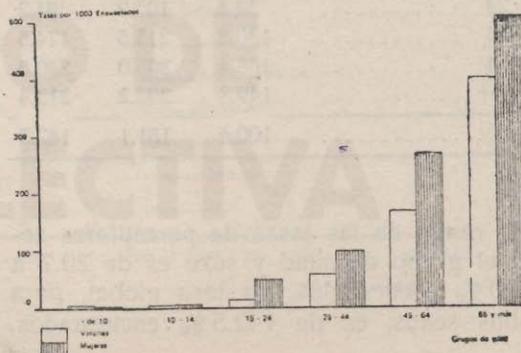
EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	3.7	1.9	2.8
10-14	4.1	4.7	4.4
15-24	12.8	46.1	30.7
25-44	54.8	96.5	76.4
45-64	165.0	264.3	218.1
65 y +	398.2	505.3	458.5
Total	84.7	141.9	114.5

El rango de las tasas de perceptores de 1.9 (mujeres menores de 10 años a 505.3 (mujeres mayores de 65 años) por cada mil encuestados de grupo etario correspondiente. Existe percepción de patología en los menores de 10 años, pero la tasa se eleva considerablemente en el grupo de 15 a 24, particularmente en las mujeres (la tasa es 10 veces mayor que en el grupo antecedente).

Desde entonces se incrementan progresivamente con la edad en ambos sexos, en proporción mayor del doble que la tasa del grupo antecedente. La percepción es notoriamente mayor en las mujeres que en los hombres (un 20 % mayor en los mayores de 65 años, cuando las tasas son las más altas). Podría

GRAFICO 37

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO CIRCULATORIO SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969



buscarse explicación de este hecho en la diferencia de percepción entre ambos sexos. Pero parece más oportuno considerar la mayor longevidad en la mujer y con ella una mayor exposición a esta patología crónica, gravitando en un grupo etario que no tiene límite máximo (65 y más años) de edad.

Nerviosismo, angustia, insomnio y enfermedades mentales

CUADRO 38

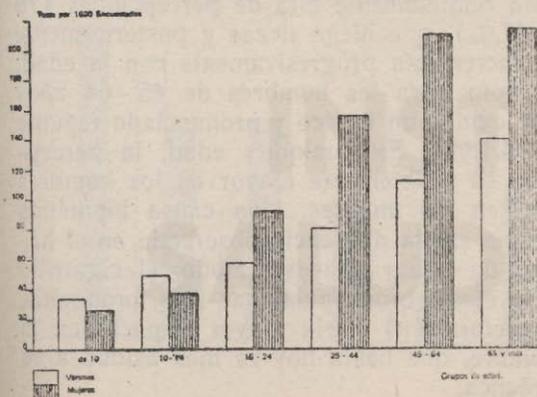
PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE NERVIOSISMO, ANGUSTIA, INSOMNIO Y ENFERMEDADES MENTALES. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	35.4	26.5	31.0
10 - 14	49.6	37.2	43.8
15 - 24	57.7	92.3	76.2
25 - 44	80.0	156.5	119.7
45 - 64	112.4	210.0	161.4
65 y +	140.3	214.0	181.8
Total	77.9	135.3	107.8

El 107.8% encuestados percibió manifestaciones de enfermedad mental. El capítulo incluye a los síntomas de neurosis aún en sus gradaciones más leves. Por eso, no debe caerse en interpretar a este rubro erróneamente como indicando el reconocimiento de psicosis o de "enfermedad mental" en su

GRAFICO 38

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE NERVIOSISMO, ANGUSTIA, INSOMNIO Y ENFERMEDADES MENTALES SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN B. AIRES, REP. ARG., 1969



concepto antiguo sino de alteraciones de la personalidad en general, entendida en su sentido más amplio de integración de los aspectos emotivos, actitudinales, intelectuales, sensitivos, etc., del individuo. La cifra tiene un singular relieve, particularmente si se atiende que corresponde al total de las edades de los encuestados. La percepción fue mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres (135.3: 78%) y este hecho existió en todas las edades, excepto en los menores de 15 años donde la prevalencia fue mayor entre los niños varones. Ambos sexos muestran un incremento progresivo con la edad, pero a partir de los 45 años las mujeres ya arriban y se estacionan en el valor más alto. Aproximadamente el 20% de ellas percibe este tipo de morbilidad.

La cifra global para ambos sexos, 107.8 por mil, es suficiente para destacar la frecuencia de estas afecciones en la población "sana", a la vez que la factibilidad de la percepción y de la expresión por parte de los encuestados. Puede ser también un indicio del nivel cultural de la población encuestada, que como se sabe sólo fue instada a identificar morbilidad crónica entre un listado de síndromes o de síntomas. Al compararse el dato con otras investigaciones conviene advertir si en ellas se usaron pruebas diagnósticas de cualquier tipo, incluyendo a la entrevista por un técnico o profesional, en cuyo caso la prevalencia, lógicamente, resulta mucho mayor.

Enfermedades alérgicas

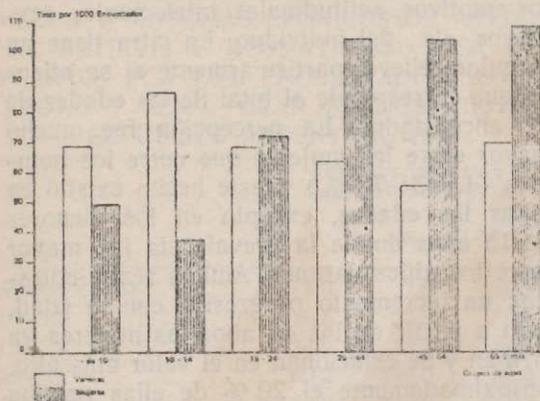
CUADRO 39

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ALERGIAS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	68.9	49.2	59.2
10 - 14	86.8	37.2	63.5
15 - 24	68.4	72.0	70.3
25 - 44	63.5	104.7	84.9
45 - 64	55.5	104.2	74.7
65 y +	67.9	108.8	90.9
Total	65.5	86.5	76.5

FIGURA 39

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ALERGI A SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

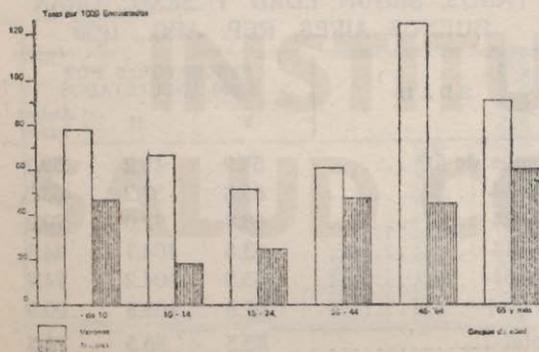


La tasa global, ambos sexos, es 76.5‰, la quinta en orden de frecuencia de las percepciones de enfermedad crónica en la ENS. Esa relativamente alta proporción se distribuye de modo dispar según el sexo, siendo más frecuente en la mujer (86.5 : 65.5‰). Además, mientras en el hombre no hay una variación importante con la edad, en la mujer aumenta después de los 25 años y entonces sí, se mantiene la tasa en alrededor del 10% de las encuestadas. El rango es escaso: 37.2 a 108.8‰.

Conviene destacar, además, que la tasa es relativamente alta desde la iniciación de la vida. Quizás este hecho, unido a la escasa variación de las tasas con el correr de los años abone la presunción que se "es" alérgico, o sea que la constitución alérgica, si

GRAFICO 40

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO RESPIRATORIO SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969



así puede llamarse, es un hecho invariable para quien la padece.

Aparato respiratorio

CUADRO 40

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO RESPIRATORIO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	78.2	47.4	62.9
10-14	66.1	18.6	43.8
15-24	51.3	24.0	36.6
25-44	60.2	47.8	53.8
45-64	124.1	44.5	81.5
65 y +	90.5	59.7	73.1
Total	78.9	42.2	59.8

El rango de las tasas de perceptores de morbilidad en el aparato respiratorio según la edad y el sexo es de 18.6 a 124.1‰ encuestados. Hay diferencias según sexo, siendo apreciablemente mayor, casi el doble, en los hombres (78.9‰) que en las mujeres (42.2‰). La tasa para ambos sexos (59.8‰) ocupa el sexto lugar en el orden de frecuencia de las percepciones de enfermedad crónica.

En ambos sexos se observa (gráfico 40) que en los menores de 10 años existe una tasa relativamente alta de percepciones (78 y 47‰), que luego decae y posteriormente se incrementa progresivamente con la edad, excepto para los hombres de 45-64 años que exhibe un brusco y pronunciado repunte (124.1‰). En cualquier edad, la percepción es visiblemente mayor en los hombres que en las mujeres. Una causa hipotética podría ser la diferencia observada en el hábito de fumar. De este modo, el cigarrillo y su efecto broncopulmonar (tos, bronquitis, expectoración) haría mayor impacto en el hombre, que hasta hoy es más asiduo a su práctica.

Enfermedades parasitarias

CUADRO 41

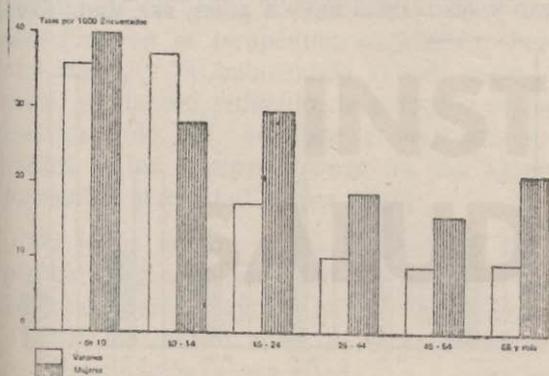
PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE PARASITARIAS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	35.4	39.8	37.6
10-14	37.2	27.9	32.8
15-24	17.1	29.5	23.8
25-44	9.9	18.3	14.2
45-64	8.8	15.3	12.2
65 y +	9.1	21.1	15.9
Total	17.3	23.7	20.6

La tasa global, para ambos sexos, es de 20.6‰ encuestados, ubicada en octavo lugar de frecuencia entre las percepciones de enfermedad crónica. Según el sexo, es mayor la tasa entre las mujeres en casi un 50% (23.7 : 17.3‰). La prevalencia es más alta en los niños, particularmente en los menores de 10 años, lo cual es significativo considerando que su percepción es, presumiblemente, menor y que su exteriorización para la encuesta se hace a través de las madres

GRAFICO 41

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE PARASITARIAS SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN B. AIRES, REP. ARG. 1969



cuando los niños son menores de 15 años. El descenso de las tasas es progresivo con el envejecimiento y cuesta interpretar si ello es debido a la eventual "curación" de procesos infantiles, a la menor percepción, a la menor contaminación o, simplemente, a que se elimine la percepción por ser superada, por otra nuevas, de mayor significado.

La mayor prevalencia en las mujeres en la mayoría de los grupos de edad no resulta explicable, excepto como siendo el producto de una percepción más sensible.

Diabetes

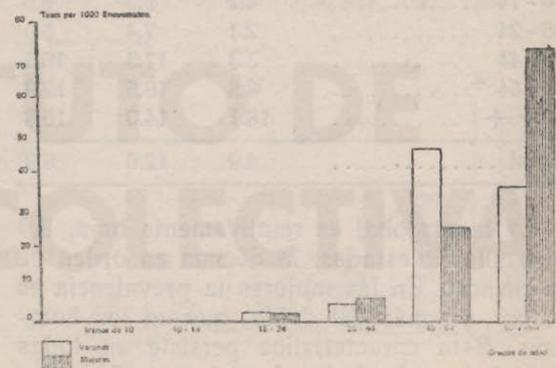
CUADRO 42

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE DIABETES. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	—	—	—
10-14	—	—	—
15-24	2.1	1.8	2.0
25-44	4.4	6.1	5.3
45-64	46.7	25.4	35.3
65 y +	36.2	73.7	57.3
Total	14.7	14.4	14.5

GRAFICO 42

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE DIABETES SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969



La percepción es nula por debajo de los 15 años y, relativamente, muy baja en los menores de 45 años. Recién en esta edad la tasa asciende bruscamente, con la característica que los hombres están más afectados en el grupo de 45-64 años y las mujeres les superan por el doble entre los mayores de 65 años. Esta inversión de la tasa según sexo observada en los dos grupos más viejos resulta no fácil de explicar. La disminución relativa en los varones podría deberse a una disminución del numerador (diabéticos) por mortalidad vinculada a esta afección, principalmente por arteriosclerosis. En las mujeres, el incremento podría explicarse: a) porque su mortalidad específica por causa fuera menor que la de los hombres; b) porque su percepción aumentará con la edad; c) porque al ser más longevas, su número expuesto al riesgo de manifestar diabetes sea mayor; d) por azar.

La aparición en la edad adulta coincide con el hecho clínico de su hallazgo, si bien no necesariamente con el de su existencia real.

Enfermedades genito-urinarias

CUADRO 43

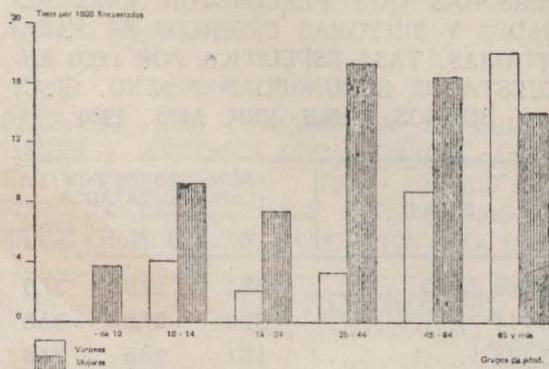
PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE GENITO-URINARIAS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	—	3.8	1.9
10-14	4.1	9.3	6.6
15-24	2.1	7.4	5.0
25-44	3.3	17.3	10.5
45-64	8.8	16.5	12.9
65 y +	18.1	14.0	15.8
Total	4.9	12.6	8.9

La tasa global es relativamente baja, 8,9 por mil encuestadas, la décima en orden de frecuencia. En las mujeres la prevalencia es mayor, en más del doble, que en los hombres. Esta característica persiste en todas las edades, sin duda afectadas por la pato-

GRAFICO 43

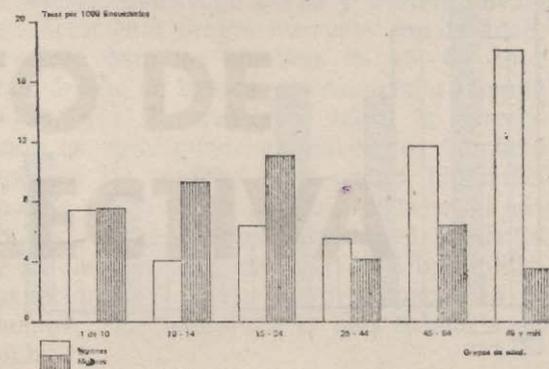
NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE GENITO-URINARIAS SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN B. AIRES, REP. ARG., 1969



logía genital femenina, excepto en los más viejos, momento en que los hombres acusan la percepción de disfunciones urinarias, expresión de modificaciones en la fisiología y el tamaño de la próstata. Conviene advertir que en el grupo adulto (25 a 44 años) la prevalencia en las mujeres es cinco veces mayor que en el hombre. Las disfunciones ováricas, el embarazo y el parto y la patología uterina gravitan singularmente sobre la mujer en edad fértil. Al agregarse, probablemente, el peso de la menopausia en las mayores de este grupo se enriquece un cortejo sintomático profuso, fácilmente detectable y que afecta a un miembro altamente considerado en el núcleo familiar, lo que con frecuencia se ha de traducir en demanda de servicios médicos.

GRAFICO 44

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969



Sistema nervioso central y de los sentidos

CUADRO 44

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES CRONICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DE LOS SENTIDOS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	7.5	7.6	7.5
10-14	4.1	9.3	6.6
15-24	6.4	11.1	8.9
25-44	5.5	4.1	4.7
45-64	11.7	6.4	8.8
65 y +	18.1	3.5	9.9
Total	8.1	6.6	7.3

La tasa global, ambos sexos, es la menos frecuente de las de perceptores de enfermedad crónica registrados por la encuesta (7.3). El rango es de 3.5 a 18.1 % y resulta curioso que ambos valores existen en los distintos sexos de un mismo grupo etario, el de los más viejos. La arterioesclerosis, gravitando por medio de la hemorragia cerebral y sus secuelas, no ha de ser ajena al hecho. Convendría, además, verificar el peso eventual de la sífilis crónica de ese grupo, el más alejado de la época en que se introdujo la penicilina en la terapéutica específica. Por otra parte, y probablemente lo más importante, el número reducido de perceptores en este capítulo, 47, conduce a restringir el crédito y las interpretaciones de sus agrupamientos por edad y por sexo.

De todos modos, de la información disponible surge que, así como las tasas en los hombres fueron mayores que en las mujeres a partir de los 25 años, en ellas primaron con anticipación a esa edad.

Otras enfermedades crónicas

CUADRO 45

PERSONAS QUE PERCIBIERON OTRAS ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

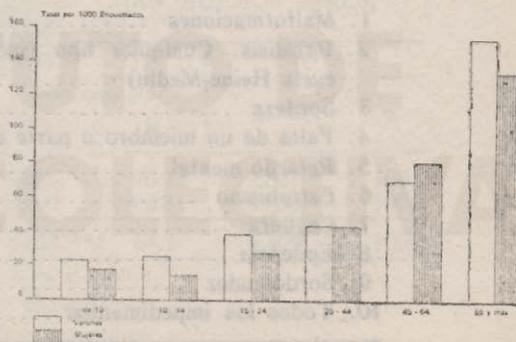
EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10	22.4	17.0	19.7
10-14	24.8	14.0	19.7
15-24	38.5	27.7	32.7
25-44	43.8	43.7	43.8
45-64	70.1	81.3	76.1
65 y +	153.9	133.3	142.3
Total	51.5	51.5	51.5

Esta categoría incluye a los perceptores de algunos síntomas y síndromes crónicos. Hernias y eventraciones —enfermedades de la sangre y del sistema linfático— infecciosas no parasitarias —de la piel y celular subcutáneo— de las glándulas endocrinas, inclusive bocio —nutrición y metabolismo— ojos, visión, hemorroides, cefalea, valores anormales de laboratorio, procedimientos instrumentales.

Si se repasa la lista de patologías que aquí se agrupan se advertiría que el análisis

GRAFICO 45

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON OTRAS ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969



sis de este grupo resulta inútil, a no ser que se lo distinguiera en la frecuencia de cada uno, o al menos de algunos de sus componentes. Se incluye, sin embargo, para completar el cuadro de los perceptores de enfermedad crónica, que de otro modo podría despertar inquietud en el lector acerca del "resto" de las afecciones crónicas. Además, porque la frecuencia de dichos componentes es muy reducida, tanto que no resistirían su estudio según la edad y el sexo. A pesar entonces de esa ambigüedad genérica puede observarse a dos hechos de interés: que

la distribución por sexo de esta miscelánea es similar, y que a partir de una tasa reducida en la primera edad aumenta progresivamente con el tiempo de vida. Ambas observaciones resultan características definidas del concepto de enfermedad crónica, por lo cual aportarían, eventualmente, otro viso de coherencia a la información.

La tasa global, ambos sexos, de esta patología agrupada es 51.5‰ encuestados, 51.5 en las mujeres y 51.5 en los hombres, de todas las edades.

El rango va de 14.0 a 153.9‰.

E. IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ

La tasa del total de estas percepciones fue de 31.1‰ encuestados. El rango fue de 104.1 (varones mayores de 65 años) a 12.9 por mil (mujeres de 15 a 24 años). Resulta curioso que las tasas más altas corresponden a los grupos de mayor edad (mayores de 65 años), lo cual puede deberse a que la percepción de deformaciones de la columna vertebral se incluyó entre las malformaciones. La verificación de esta hipótesis queda propuesta para un próximo nivel de análisis.

Otra explicación podría ser que el efecto del impedimento se tornará más manifiesto, por sí o asociado con otro tipo de inconveniente físico, a medida que progresa la edad.

El cuadro 46 muestra el orden de frecuencia de los distintos grupos de impedimentos percibidos.

Distribución por sexo

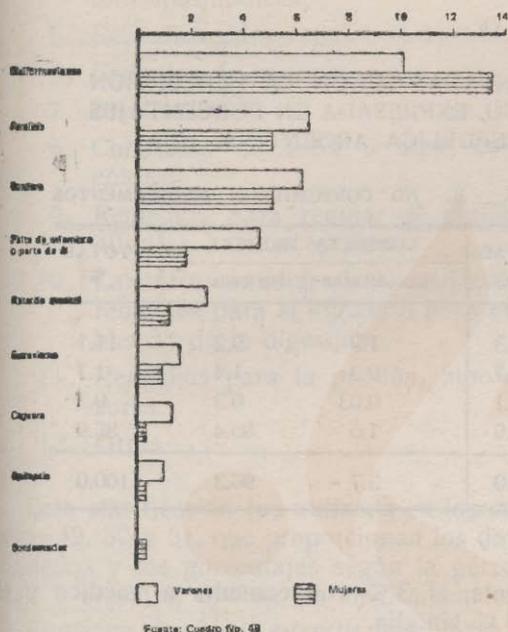
Se observa en el cuadro 46 que sólo las malformaciones son más frecuentes en la mujer (13.5 : 10.1). En todos los demás grupos los impedimentos son más frecuentes en el hombre, particularmente la falta de un miembro o de parte de él que supera en el doble al valor registrado en la mujer. Igual

CUADRO 46

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ. TASAS ESPECIFICAS SEGUN EL SEXO POR MIL ENCUESTADOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDAD. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

IMPEDIMENTO	VARONES	MUJERES	AMBOS SEXOS
1. Malformaciones	10.1	13.5	11.9
2. Parálisis. Cualquier tipo (incluida secuela Heine-Medin)	6.5	5.1	5.7
3. Sordera	6.2	5.1	5.6
4. Falta de un miembro o parte de él	4.6	1.8	3.1
5. Retardo mental	2.6	1.2	1.9
6. Estrabismo	1.6	0.9	1.2
7. Ceguera	1.3	0.3	0.8
8. Epilepsia	1.0	0.3	0.6
9. Sordomudez	—	0.3	0.2
10. Todos los impedimentos	33.9	28.4	31.1

GRÁFICO No. 48. IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN SEXO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG. 1969



acontece con el retardo mental. La ceguera y la epilepsia exceden en 4 y 3 veces, respectivamente, al valor de las mujeres, pero

la escasa frecuencia del hallazgo impone dudas respecto de su consideración.

Las mutilaciones y quizás la ceguera podrían explicarse por la vía del accidente de trabajo, con la injuria traumática y la mutilación o herida a las que podría conducir.

Extraño resulta, en cambio, la diferencia inexplicable en el retardo mental si no fuera que los valores totales son tan bajos como para agregar mucha variabilidad al hallazgo.

Distribución por edad (cuadros 53 y 54)

Ya se mencionó que los valores son más altos en los ancianos (65 y más años). Conviene destacar además que la mayor proporción se advierte en los varones, que duplican al total de los impedimentos en la mujer.

La mitad de los casos de estrabismo se registran en los menores de 10 años, así como la cuarta parte de las epilepsias y de las malformaciones.

En cambio, el 60 % de las cegueras se halla en el grupo de mayores de 65 años, lo mismo que la mitad de las sorderas. Ambos impedimentos reconocen múltiples causas, entre las cuales algunas de las más frecuentes se exacerban con la vejez (cataratas, otosclerosis, glaucoma, desprendimientos de la retina, etc.). Para mayor detalle, puede consultarse al cuadro 53 del Anexo.

F. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION QUE CONSUMIO MEDICAMENTOS

En la población encuestada se encontró que el 29.6 % de quienes consumieron medicamentos había consultado al médico y el 70.3 % no lo había hecho, mientras que en-

tre quienes no consumieron medicamentos el 3.7 % había consultado al médico y el 96.3 % no lo había hecho.

CUADRO 47

DISTRIBUCION DE PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMIERON MEDICAMENTOS SEGUN CONSULTA MEDICA. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

CONSUMO DE MEDICAMENTOS	CONSULTA MEDICA				TOTAL	
	Consultó		No consultó		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Consumió	847	29.6	2.008	70.3	2.857 *	100.0
No consumió	131	3.7	3.407	96.3	3.538	100.0
Total	983 **	15.3	5.424 ***	84.7	6.409	100.0

* Existen 2 encuestados que no indican si consultó o no al médico.

** Existen 5 encuestados que no indican consumo de medicamentos.

*** Existen 9 encuestados que no indican consumo de medicamentos.

Si en la población encuestada se distingue a quienes manifestaron haber padecido en-

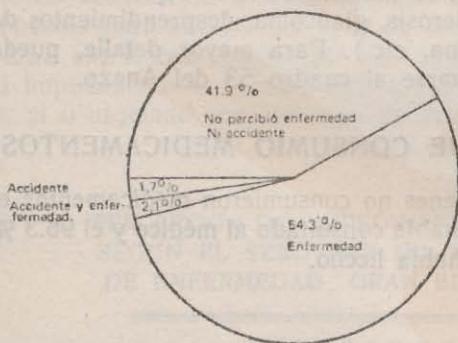
fermedad, accidente o no haber padecido ni enfermedad y accidente se tiene:

CUADRO 48

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y LA CONSULTA AL MEDICO, EXPRESADA EN PORCENTAJES DEL TOTAL. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	A. CONSUMIERON MEDICAMENTOS			B. NO CONSUMIERON MEDICAMENTOS		
	CONSULTA MEDICA		TOTAL %	CONSULTA MEDICA		TOTAL %
	Consultaron	No consult.		Consultaron	No consult.	
Enfermedad	24.0	30.2	54.3	1.9	9.2	11.1
Accidente	0.8	0.9	1.7	0.2	1.4	1.7
Enf. y accid.	1.4	0.7	2.1	0.03	0.3	0.3
Ni enf. ni acc.	3.4	38.5	41.9	1.5	85.4	86.9
Total	29.6	70.3	100.0	3.7	96.3	100.0

GRAFICO No 47. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD Y ACCIDENTE. GRAN BUENOS AIRES - REP. ARG. 1969



El 54.3 % de los que consumieron medicamentos percibieron enfermedad de los cuales el 24 % consultaron al médico y el 30.2 % no lo hicieron. Entre quienes consumieron medicamentos había un 1.7 % que percibió accidentes y un 2.1 % que percibió enfermedad y accidentes; de aquellos el 0.8 % con consulta al médico y el 0.9 % sin ella; en los últimos los valores son 1.4 % y 0.7 %, respectivamente, con consulta y sin ella. El 42 % de los que consumieron medicamentos no habían percibido enfermedad ni acci-

dente, el 3 % con consulta al médico y el 39 % sin ella.

Entre los que no consumieron medicamentos la mayor parte (87 %) no percibieron ni enfermedad ni accidente y un porcentaje elevado (85 %) no efectuó consulta médica. Sólo un 11 % percibió enfermedad, consultando de ellos casi un 2 % y sin consulta el 9 %. En accidentes y enfermedad y accidentes los valores son muy pequeños ya que sólo el 1.7 % percibió accidentes y el 0.3 % enfermedad y accidentes.

Si el análisis lo efectuamos entre quienes guardaron cama (396 encuestados) observamos que la gran mayoría (90.2 %) consumieron medicamentos. Este consumo de medicamentos entre los que guardaron cama está asociado a una mayor percepción de enfermedad ya que el 83.3 % que consumió medicamentos percibió enfermedad.

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

Es oportuno recordar que los encuestados fueron interrogados sobre el tipo de medicamentos consumidos según los doce grupos que se transcriben a continuación:

1. Vitaminas, reconstituyentes, tónicos.
2. Antibióticos.

3. Jarabes para la tos, expectorantes.
4. Calmantes del dolor, analgésicos, antiespasmódicos.
5. Remedios para regular el apetito.
6. Sedantes de nervios.
7. Insulina.
8. Cortisona, deltisona u otros corticoides.
9. Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas.
10. Laxantes, antiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o para problemas de la digestión.
11. Remedios para la presión, hipotensores.
12. Otros.

Esta clasificación fue utilizada en los cuadros 49, 50 y 51, que proporcionan los datos hallados y los porcentajes según la percepción y según el tipo de los medicamentos.

Conviene también advertir que para el procesamiento de los datos se adoptaron las siguientes decisiones:

1º) Cuando una persona manifestó que consumía varios medicamentos de un mismo "tipo" sólo se contó a uno de ellos en la columna correspondiente a ese tipo en el cuadro. Por ej.: si una persona refirió que se le administraban los antibióticos "A",

"B", "C" y "D", en el cuadro respectivo sólo se cuenta una vez en "Antibióticos", es decir, que el total de las columnas, o sea de los diversos tipos de medicamentos, corresponde al total de los individuos que tomaron ese tipo de medicamentos. En cambio, esta simplificación de medicamentos implica que el número de medicamentos consumidos fue, lógicamente, mayor.

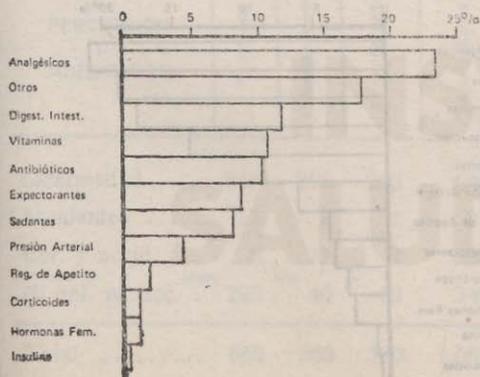
2º) Cuando una persona manifestó que consumía varios medicamentos de "tipos" distintos se la incluyó una vez en cada columna correspondiente al tipo del medicamento consumido. Por eso, si se observa el cuadro horizontalmente, o sea la distribución de los tipos de medicamentos consumidos según la percepción, no se tendría el número de individuos que consumieron porque una misma persona puede consumir varios "tipos" de medicamentos al mismo tiempo. Por ej.: tomar un analgésico, un antibiótico y un antidiabético al mismo tiempo. Por la razón citada en 1º) tampoco expresa el número de medicamentos porque éstos fueron simplificados a 1 en cada "tipo" de medicamentos.

3º) Los tipos de medicamentos consumidos que no resultaron encasillables según las preguntas, o los grupos, ya citados fueron incluidos en la categoría "otros".

Ya se anticipó que al simplificar el número de medicamentos consumidos pertenecientes a un mismo tipo se reduce, es obvio, el total de los medicamentos consumidos y se produce una subestimación del número de medicamentos utilizados. Por otra parte, como una misma persona puede consumir al mismo tiempo medicamentos de distintos tipos, figura tantas veces cuantos fueren esos tipos y, de ese modo, se caería en una sobrestimación del número de consumidores.

Hecha la advertencia, se intenta sin embargo no desperdiciar el valor relativo que tiene el contar con el número de consumos de medicamentos, a no más de uno por tipo.

GRAFICO No. 48.- DISTRIBUCION DE LOS PORCENTAJES DEL TOTAL DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR QUIENES PERCIPIERON ENFERMEDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, GRAN B.S.A.S., REP. ARG. 1963



Ello proveería la idea de cómo se distribuye la utilización de los medicamentos considerando el destino para el que fueron utilizados, en unos casos y en otros la característica farmacológica que les distingue. Lo dicho va sin entrar en polémica, que no es propósito de este análisis, sobre lo que de discutible tenga esa simplificación de medicamentos dentro de un mismo grupo. Cabe advertir que no menos criticable sería considerar para el análisis a cada uno de los medicamentos pertenecientes a un mismo grupo y con acción terapéutica similar sin que se establezcan previamente las restricciones necesarias.

Dentro de este marco de referencia se puede consultar los cuadros 49, 50 y 51 y el gráfico 51. Allí puede verse que el total de medicamentos agrupados en tipos fue 4.821. Que ese total fue consumido por quienes percibieron morbilidad en 65.2 % de los casos, y por quienes nada percibieron, ni enfermedad ni accidente, en el 34.8 % de los casos.

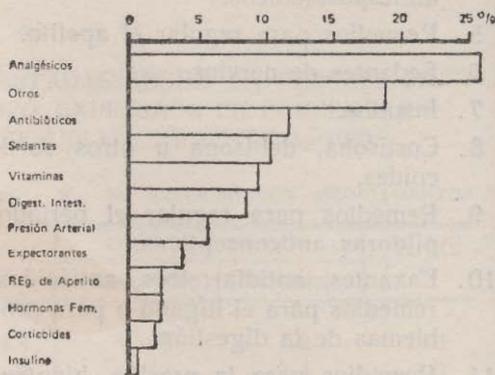
Si se proyectara este dato a la población, sin atender a las restricciones ya mencionadas, resultaría que un tercio de los distintos tipos de medicamentos consumidos fueron administrados a personas que no percibieron enfermedad ni accidente, un 4.4 % a los que percibieron accidentes y un 63.4 % a quienes percibieron enfermedades.

La distribución según el tipo de medicamentos consumidos de quienes percibieron enfermedad, puede verse en el gráfico 48, los analgésicos fueron el tipo de medicamentos más utilizados 23.4 %, luego "otros" 17.7 %, digestivos y reguladores del tránsito intestinal 11.7 %, vitaminas 11.6 % y antibióticos el 10.2 % del total de medicamentos consumidos por los enfermos.

El gráfico 49 muestra que los tipos de medicamentos más consumidos por los accidentados fueron, en orden de frecuencia de su porcentaje del total, los siguientes: analgésicos, 25.8 %, "otros" 18.8 %, antibióticos 11.7 % y sedantes 10.3 % del total de los tipos de medicamentos consumidos.

En el gráfico 50 puede verse que los tipos de medicamentos más consumidos por quienes no percibieron enfermedad ni accidente, según el porcentaje del total, fueron los siguientes, en orden de frecuencia: anal-

GRAFICO No. 49.- DISTRIBUCION DE LOS PORCENTAJES DEL TOTAL DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR QUIENES PERCIERON ACCIDENTES EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. GRAN BUENOS AIRES. REP. ARG. 1969



gésicos 20.8 %, "otros" 18.9 %, vitaminas 17.6 % y digestivos y reguladores del ritmo intestinal 13.9 %.

En resumen, los tipos de medicamentos más consumidos en cada grupo (enfermos, accidentados y quienes no percibieron enfermedad ni accidentes) fueron los analgésicos y "otros". Los accidentados consumieron más antibióticos y sedantes, mientras que los enfermos se asemejaron en su consumo a los sanos, excepto que consumen más antibióticos.

El gráfico 51 muestra la distribución en por ciento del consumo de cada tipo de medicamentos según que los usuarios hayan percibido enfermedad, accidente, ninguno de

GRAFICO No. 50.- DISTRIBUCION DE LOS PORCENTAJES DEL TOTAL DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR QUIENES NO PERCIERON ENFERMEDAD NI ACCIDENTE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. GRAN BUENOS AIRES - REP. ARG. 1969

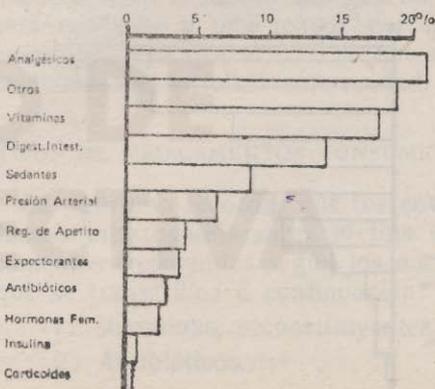
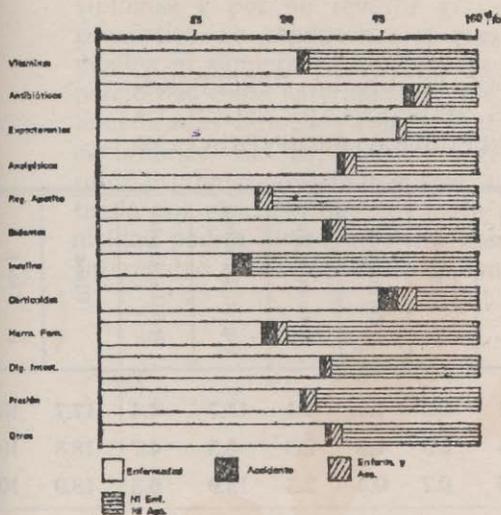


GRÁFICO No. 81.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONSUMO DE CADA TIPO DE MEDICAMENTOS SEGUN QUE EL CONSUMIDOR HUBIERA PERCIBIDO ENFERMEDAD, ACCIDENTE O NINGUNO DE ELLOS EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS. GRAN BS. AIRES - REP. ARG. 1969



fermedad pesan más en el consumo de los antibióticos los expectorantes, los corticoides, los analgésicos, "otros" y los sedantes. Estos tipos de medicamentos son, por cierto, bastante específicos como respuesta a una enfermedad.

Los que no percibieron enfermedad ni accidente, a su vez, participan proporcionalmente más en el consumo de la insulina, de los reguladores del apetito, hasta aquí superando el 50 % del consumo de esos tipos y luego también de los reguladores del período menstrual y anticonceptivos y de las vitaminas.

De lo anterior puede extraerse:

— Que los que no perciben morbilidad son, en realidad, consumidores de todo tipo de medicamentos, incluyendo antibióticos y corticoides, aunque ambos en escasa proporción del consumo.

— El consumo de los expectorantes y de la insulina es proporcionalmente mayor (dentro de las restricciones apuntadas en cuanto al ordenamiento de los datos y, por ende, para su interpretación) en quienes no percibieron. Puede explicarse suponiendo que las in-

ellos o ambos. Puede verse allí, que los accidentados tienen poca gravitación en el consumo relativo de todos los grupos de medicamentos y quienes percibieron enfermedad y quienes no percibieron nada gravitan de un modo distinto según el tipo de los medicamentos: por ejemplo, los que perciben en-

CUADRO 49

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTE. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	Vitaminas	Antibióticos	Expectorantes	Analgésicos	Reg. de apetito	Sedantes	Insulina	Corticoides	Hormonas fem.	Digest. intestinal	Presión arterial	Otros	Total	N. F. I.
Enfermedad	345	295	260	680	52	236	7	31	32	349	128	514	2.929	1
Accidentes	12	8	1	21	1	9	1	2	3	9	3	16	86	
Enf. y accid. ...	8	17	7	34	4	13	—	2	2	9	7	24	127	
Ni enf. ni. acc. .	295	46	62	349	69	144	12	7	38	235	105	317	1.679	
Total	660	366	330	1.084	126	402	20	42	75	602	243	871	4.821	1

CUADRO 50

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTES. PORCENTAJE SEGUN LA PERCEPCION. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	Vitaminas	Antibióticos	Expectorantes	Analgésicos	Reg. de apetito	Sedantes	Insulina	Corticoides	Hormonas fem.	Digest. intestinal	Presión arterial	Otros	Total
Enfermedad	11.6	10.2	8.7	23.4	1.8	8.1	0.2	1.1	1.1	11.7	4.4	17.7	100
Accidente	9.4	11.7	3.8	25.8	2.3	10.3	0.5	1.9	2.3	8.5	4.7	18.8	100
Ni enf. ni acc. .	17.6	2.7	3.7	20.8	4.1	8.6	0.7	0.4	2.3	13.9	6.3	18.9	100
Total	13.5	7.7	6.6	22.5	2.6	8.3	0.4	0.8	1.5	12.3	5.0	18.0	100

Fuente: Cuadro 49.

CUADRO 51

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTES. PORCENTAJES SEGUN EL TIPO DE MEDICAMENTOS. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	Vitaminas	Antibióticos	Expectorantes	Analgésicos	Reg. de apetito	Sedantes	Insulina	Corticoides	Hormonas fem.	Digest. intestinal	Presión arterial	Otros	Total
Enfermedad	52.3	80.6	78.8	62.8	41.3	58.8	35.0	73.7	42.7	58.0	52.7	59.0	60.8
Accidente	1.8	2.2	0.3	1.9	0.7	2.2	5.0	4.8	4.0	1.5	1.2	1.8	1.8
Enf. y accid. ...	1.2	4.6	2.1	3.1	3.2	3.2	—	4.8	2.6	1.5	2.9	2.8	2.6
Ni enf. ni acc. .	44.7	12.6	18.8	32.2	54.8	35.8	60.0	16.7	50.7	39.0	43.2	36.4	34.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Cuadro 49.

fecciones de la vía respiratoria, por ser identificadas más o menos por los síntomas y por no revestir gravedad pronóstica, no conducen a la consulta médica ni siquiera en muchos casos a percibir las como enfermedad y son automedicadas al menos con jarabes expectorantes. En las infecciones respiratorias crónicas ocurre lo mismo, acentuado por el hecho que la propia cronicidad podría disimular el carácter de enfermedad y convertirlo en una suerte

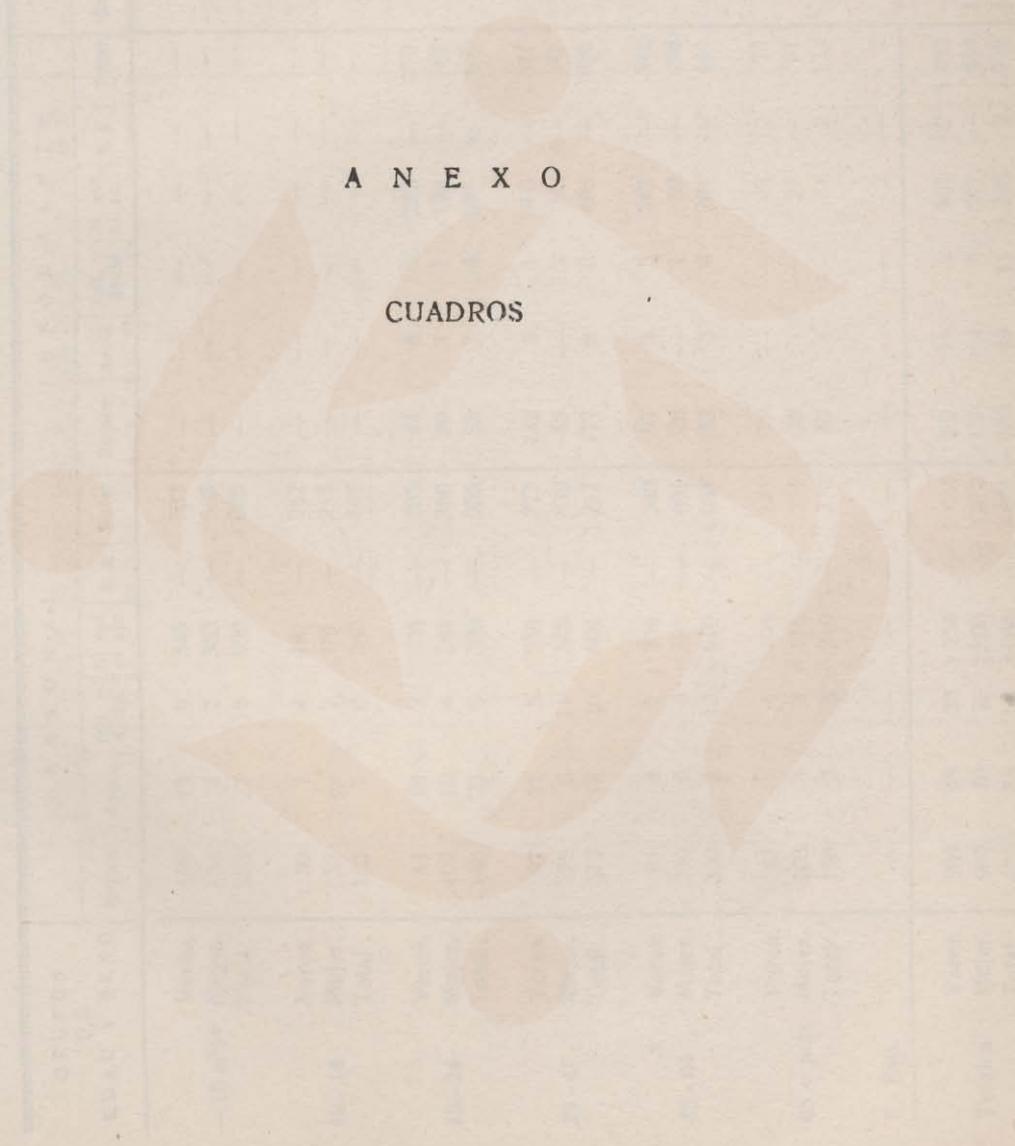
de hecho natural. No muy distinta a la última explicación podría resultar la que aclare por qué el 60 % del consumo de insulina se dio entre los que no percibieron morbilidad en las últimas dos semanas. Sólo cabe suponer que para un diabético su mal no "es" necesariamente una enfermedad que padeció en las últimas dos semanas sino, probablemente, una característica física suya, algo así como los anteojos son a un miope.



INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

A N E X O

CUADROS



PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN RESPUESTA PERSONAL O POR INFORMANTE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPOS DE EDAD Y SEXO	PERSONAL						INFORMANTE						TOTAL						
	Enferm.	Accid.	Enf. y Accid.	Ni enf. ni acc.	S. E.	Total	Enferm.	Accid.	Enf. y Accid.	Ni enf. ni acc.	S. E.	Total	Enferm.	Accid.	Enf. y Accid.	Ni enf. ni acc.	S. E.	Total	
—10 años	Varon.	169	13	9	346	—	537	—	—	—	—	—	169	13	9	346	—	537	
	Mujer.	154	14	7	353	—	528	—	—	—	—	—	154	14	7	353	—	528	
	Total .	323	27	16	699	—	1.065	—	—	—	—	—	323	27	16	699	—	1.065	
10 - 14	Varon.	50	7	4	181	—	242	—	—	—	—	—	50	7	4	181	—	242	
	Mujer.	52	—	2	161	—	215	—	—	—	—	—	52	—	2	161	—	215	
	Total .	102	7	6	342	—	457	—	—	—	—	—	102	7	6	342	—	457	
15 - 24	Varon.	44	13	2	136	—	195	44	4	3	222	—	273	88	17	5	358	—	468
	Mujer.	102	10	4	244	—	360	39	3	1	139	—	182	141	13	5	383	—	542
	Total .	146	23	6	380	—	555	83	7	4	361	—	455	229	30	10	741	—	1.010
25 - 44	Varon.	97	11	5	259	—	372	132	8	1	400	—	541	229	19	6	659	—	913
	Mujer.	275	8	11	545	—	839	45	—	2	98	—	145	320	8	13	643	—	984
	Total .	372	19	16	804	—	1.211	177	8	3	498	—	686	549	27	19	1.302	—	1.897
45 - 64	Varon.	91	4	7	238	—	340	97	3	3	242	—	345	188	7	10	480	—	685
	Mujer.	299	5	6	381	—	691	36	—	1	59	—	96	335	5	7	440	—	787
	Total .	390	9	13	619	—	1.031	133	3	4	301	—	441	523	12	17	920	—	1.472
65 y más	Varon.	53	—	1	94	—	148	28	—	—	43	2	73	81	—	1	137	2	221
	Mujer.	103	3	2	116	—	224	39	1	—	21	—	61	142	4	2	137	—	285
	Total .	156	3	3	210	—	372	67	1	—	64	2	134	223	4	3	274	2	506
S. Esp.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	2	
Totales	Varon.	504	48	28	1.254	—	1.834	301	15	7	907	2	1.232	805	63	35	2.161	2	3.066
	Mujer.	985	40	32	1.800	—	2.857	159	4	4	317	—	484	1.144	44	36	2.117	—	3.341
	Total .	1.489	88	60	3.054	—	4.691	460	19	11	1.226	2	1.718	1.949	107	71	4.280	2	6.409

CUADRO 53

PERCEPCIONES DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN GRUPO DE EDAD
Y SEXO. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPOS DE EDAD Y SEXO		Aparato circulatorio	Aparato respiratorio	Aparato digestivo	Artritis	Diabetes	Parasitarias	Génito- urinarias	Nerviosas	SNC y sent.	Alérgicas	Otras	Total
— 10	Varones	2	42	12	7	—	19	—	19	4	37	12	154
	Mujeres	1	25	14	4	—	21	2	14	4	26	9	120
	Total	3	67	26	11	—	40	2	33	8	63	21	274
10 - 14	Varones	1	16	5	4	—	9	1	12	1	21	6	76
	Mujeres	1	4	7	5	—	6	2	8	2	8	3	46
	Total	2	20	12	9	—	15	3	20	3	29	9	122
15 - 24	Varones	6	24	25	16	1	8	1	27	3	32	18	161
	Mujeres	25	13	57	21	1	16	4	50	6	39	15	247
	Total	31	37	82	37	2	24	5	77	9	71	33	408
25 - 44	Varones	50	55	119	55	4	9	3	73	5	58	40	471
	Mujeres	95	47	212	124	6	18	17	154	4	103	43	823
	Total	145	102	331	179	10	27	20	227	9	161	83	1,294
45 - 64	Varones	113	85	114	117	32	6	6	77	8	38	48	644
	Mujeres	208	35	240	241	20	12	13	165	5	82	64	1,085
	Total	321	120	354	358	52	18	19	242	13	120	112	1,729
65 y +	Varones	88	20	33	67	8	2	4	31	4	15	34	306
	Mujeres	144	17	75	130	21	6	4	61	1	31	38	528
	Total	232	37	108	197	29	8	8	92	5	46	72	834
Total	Varones	260	242	308	266	45	53	15	239	25	201	158	1,812
	Mujeres	474	141	605	525	48	79	42	452	22	289	172	2,849
	Total	734	383	913	791	93	132	57	691	47	490	330	4,661

CUADRO 56

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN LA EDAD Y EL SEXO.
TASAS POR 1.000 ENCUESTADOS. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ	GRUPOS DE EDAD Y SEXO														Total ambos sexos
	— de 10		10-14		15-24		25-44		45-64		65 y +		TOTALES		
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	
1. Ceguera	—	—	4.1	—	—	—	—	—	1.5	—	9.0	3.5	1.3	0.3	0.8
2. Sordera	1.9	1.9	—	—	2.1	—	3.3	2.0	7.3	6.4	40.7	31.6	6.2	5.1	5.6
3. Sordomudez	—	—	—	—	—	—	—	1.0	—	—	—	—	—	0.3	0.2
4. Retardo mental	—	—	20.7	4.7	6.4	1.8	—	1.0	—	—	—	3.5	2.6	1.2	1.9
5. Falta de 1 miembro	—	1.9	—	—	—	1.8	8.8	1.0	4.4	2.5	13.6	3.5	4.6	1.8	3.1
6. Parálisis	1.9	—	—	4.7	4.3	1.8	—	1.0	8.8	7.6	18.1	7.0	4.2	3.3	3.7
7. Malformaciones	16.8	15.2	8.3	4.7	12.8	7.4	4.4	11.2	7.3	17.8	22.6	24.6	10.1	13.5	11.9
8. Heine-Medin	1.9	1.9	4.1	4.7	4.3	—	3.3	2.0	—	2.5	—	—	2.3	1.8	2.0
9. Epilepsia	1.9	—	—	—	—	—	—	1.0	2.9	—	—	—	1.0	0.3	0.6
10. Estrabismo	3.7	3.8	8.3	4.7	—	—	1.1	—	—	—	—	—	1.6	0.9	1.2

CUADRO 57

CONSULTA MEDICA Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN PERCEPCION
DE MORBILIDAD. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSULTO MEDICO				NO CONSULTO MEDICO				TOTAL			
	Consu- mió medic.	No Consu- mió	S. E.	Total	Consu- mió medic.	No consu- mió	S. E.	Total	Consu- mió medic.	No Consu- mió	S. E.	Total
Enfermedad	687	67	3	757	862	325	3	1.190	1.551*	392	6	1.949
Accidente	24	9	—	33	26	48	—	74	50	57	—	107
Enferm. y accidente.	40	1	—	41	19	11	—	30	59	12	—	71
Ni enferm. ni accid.	96	54	2	152	1.101	3.021	6	4.128	1.197	3.075	8	4.280
Sin especificar	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	2
Total	847	131	5	983	2.008	3.407	9	5.424	2.857	3.538	14	6.409

* Se agregan 2 observaciones en las cuales no especificaba si consultó o no al médico.

CUADRO 58

CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN LA CONSULTA MEDICA Y LA PERCEPCION
DE MORBILIDAD. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

CONSUMO DE MEDICAMENTOS	PERCIBIO MORBILIDAD						NO PERCIBIO MORBILIDAD						TOTAL					
	Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumió	751	90.4	907	70.1	1.658	78.0	96	63.2	1.101	26.7	1.197	28.0	847	86.2	2.008	37.0	2.855	44.6
No consumió	77	9.3	384	29.7	461	21.7	54	35.5	3.021	73.2	3.075	71.8	131	13.3	3.405	62.8	3.536	55.2
S.E.	3	0.3	3	0.2	6	0.3	2	1.3	6	0.1	8	0.2	5	0.5	9	0.2	14	0.2
Total	831	100.0	1.294	100.0	2.125	100.0	152	100.0	4.128	100.0	4.280	100.0	983	100.0	5.422	100.0	6.405*	100.0

* Se excluyen 4 observaciones con datos incompletos.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS, CONSULTA MEDICA Y PERCEPCION DE
MORBILIDAD. PORCENTAJES DEL TOTAL. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

CONSUMO DE MEDICA- MENTOS	PERCIBIO MORBILIDAD						NO PERCIBIO MORBILIDAD						TOTAL					
	Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumió	751	11.7	907	14.1	1.658	25.8	96	1.5	1.101	17.1	1.197	18.6	847	13.2	2.008	31.2	2.855	44.4
No consumió ..	77	1.2	384	6.0	461	7.2	54	0.8	3.021	47.1	3.075	47.9	131	2.0	3.405	53.1	3.536	55.1
Sin especificar .	3	0.1	3	0.1	6	0.2	2	0.1	6	0.2	8	0.3	5	0.2	9	0.3	14	0.5
Total	831	13.0	1.294	20.2	2.125	33.2	152	2.4	4.128	64.4	4.280	66.8	983	15.4	5.422	84.6	6.405*	100.00

* Se excluyen 4 observaciones con datos incompletos.

CUADRO 60

LIMITACION DE ACTIVIDADES EN LOS ENCUESTADOS MAYORES DE SEIS
AÑOS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y QUE LA RESPUESTA
FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE. GRAN BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	PERSONAL				INFORMANTE				TOTAL			
	Límito activ.	No límito	S. E.	Total	Límito activ.	No límito	S. E.	Total	Límito activ.	No límito	S. E.	Total
Enfermedad	458	805	—	1.263	151	307	2	460	609	1.112	2	1.723
Accidente	15	57	—	72	2	17	—	19	17	74	—	91
Enferm. y accidente.	22	25	—	47	7	4	—	11	29	29	—	58
Ni enferm. ni accid.	31	2.624	2	2.657	4	1.222	—	1.226	35	3.846	2	3.883
Sin especificar	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	2
Total	526	3.511	2	4.039	164	1.552	2	1.718	690	5.063	4	5.757

CUADRO 61

LIMITACION DE ACTIVIDAD, CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y REPOSO EN CAMA SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD EN LOS ENCUESTADOS MAYORES DE 6 AÑOS. GRAN BUENOS AIRES, REP. ARG., 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDO CAMA				NO GUARDO CAMA				TOTAL			
	Consumió medic.	No Consumió	S. E.	Total	Consumió medic.	No consumió	S. E.	Total	Consumió medic.	No consumió	S. E.	Total
Enfermedad	333	35	2	370	187	51	1	239	520	86	3	609
Accidente	4	1	—	5	7	5	—	12	11	6	—	17
Enferm. y accidente.	14	—	—	14	12	3	—	15	26	3	—	29
Ni enferm. ni accid.	6	1	—	7	17	10	—	27	23	11	1*	35
Sin especificar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	357	37	2	396	223	69	1	293	580	106	4	690

* No especificó si guardó o no cama y si consumió o no medicamentos.

CUADRO 62

CONSULTA MEDICA Y REPOSO EN CAMA ENTRE LOS ENCUESTADOS MAYORES DE 6 AÑOS QUE LIMITARON SU ACTIVIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD. GRAN BUENOS AIRES, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDO CAMA				NO GUARDO CAMA				TOTAL			
	Consultaron médico	No Consultaron	S. E.	Total	Consultaron médico	No consultaron	S. E.	Total	Consultaron médico	No consultaron	S. E.	Total
Enfermedad	225	145	—	370	87	152	—	239	312	297	—	609
Accidente	3	2	—	5	10	2	—	12	13	4	—	17
Enferm. y accidente.	12	2	—	14	10	5	—	15	22	7	—	29
Ni enferm. ni accid.	2	5	—	7	2	25	—	27	4	30	1	35
Sin especificar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	242	154	—	396	109	184	—	293	351	338	1	690

III. UTILIZACION DE RECURSOS DE ATENCION MEDICA

INTRODUCCION

La condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de la población que influye sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos y en cierta forma regulando la demanda.

Para dar el marco general dentro del cual se desarrolla nuestro estudio, podemos definir las siguientes situaciones en que puede estar un individuo con respecto a la atención de su salud.

Necesidad de atención médica: Desde el punto de vista individual es el deseo, expreso o no, de contactar con un profesional de la salud por causas relacionadas con el estado de salud. Esta necesidad puede definirla a su vez un profesional de la salud con o sin manifestación de necesidad por parte del individuo. Esta última circunstancia se da en los exámenes de salud programados o de rutina.

Demanda de atención médica: Es la decisión por parte del individuo de tomar contacto con un servicio de salud. (El individuo puede o no sentirse enfermo). Dentro de esta situación la demanda puede ser o no atendida.

Se entenderá por demanda atendida el contacto real con el servicio de salud.

La información sobre demanda atendida puede ser obtenida a partir de la población que ha realizado esa demanda o del recurso que ha sido utilizado (hospital, médico, odontólogo, etc.). El desarrollo actual de los registros de esta última fuente permite sólo una visión parcial y sectorizada del problema, por lo que la encuesta a familias aparece entonces como única metodología

disponible en el país para posibilitar el conocimiento en su totalidad de la demanda atendida de una población determinada.

El análisis que se realizará sobre la utilización de recursos de atención médica estará referido a la demanda de atención médica atendida, es decir que no se investiga en este estudio la demanda no atendida que resulta de la decisión de un individuo de recibir atención médica y no concretada. Se analiza en cambio, en el capítulo referente a morbilidad, la percepción de enfermedad en relación a haber o no recibido atención médica.

Con referencia a los enfoques establecidos sobre necesidad de atención médica, ninguno será analizado en este capítulo. El primero, es decir necesidad desde el punto de vista del individuo, porque el cuestionario no fue diseñado para ello; y el segundo, necesidad desde el punto de vista profesional, se realiza a través del estudio de "Evaluación Clínica", investigación específica dentro del ESEM.

El hecho de que las variables se miden por la "manifestación por parte del encuestado de haber hecho uso o no de un servicio de salud" en un período determinado, tiene algunas limitaciones propias del método de recolección de información:

- Situación especial creada por la entrevista.
- Exclusión del estudio de aquellas personas que en el momento de la entrevista se encontraban internadas.
- Olvido o problema de ubicación del individuo en el período de referencia por el cual se pregunta.
- Posible alteración de la realidad cuando la encuesta se efectuó por informante.

Sin olvidar estas restricciones mencionadas y las que detallaremos en cada caso particular al definir cada variable, las preguntas del cuestionario utilizadas para este

análisis ofrecen información valiosa como para dar un enfoque adecuado de la utilización de los recursos de atención médica en cada área.

Queda establecido de esta forma el punto básico al cual estará referido el análisis de la utilización de recursos de atención médica, es decir la demanda de atención médica atendida.

Para el análisis de este capítulo, se establecen dos sujetos de estudio:

el individuo: como integrante de la población bajo estudio, con el objetivo de limitar aquellos grupos que presentan características diferenciales en la utilización de cada recurso;

el recurso: respecto del cual se analizarán ciertas características de su utilización en relación con la población usuaria.

Los recursos de Atención Médica que se analizarán son:

1. Utilización del recurso médico (referido a 2 semanas y a un año), medido a través de la "consulta médica".
2. Utilización del recurso odontológico (período considerado, un mes) medido por la "consulta odontológica".
3. Utilización del recurso de internación (para un período de referencia de un año) medido por "egresos" y "días de internación".
4. Utilización o consumo de elementos auxiliares de diagnósticos: radiología y laboratorio (para un período de dos semanas) medido a través del "Nº de personas" que hizo uso de los mismos.
5. Utilización del recurso paramédico (farmacéutico-enfermero) (para un período de dos semanas) medido a través de una "consulta paramédica".
6. Utilización o consumo de medicamentos (para un período de dos semanas) medido por el "consumo" de un medicamento.

Cada uno de los grupos mencionados será analizado en función de las variables independientes: edad, sexo, afiliación a algún sistema de seguro de atención médica y niveles de ingreso de la población.

Además de la variable afiliación, será tratado especialmente por la importancia que reviste en la utilización de los recursos de atención médica.

A continuación se hará un breve detalle de las categorías usadas en cada una de las variables independientes.

En casi todos los temas tratados figuran los mismos grupos de edad, que son los siguientes expresados en años:

menos de 1
5 - 14
15 - 24
25 - 34
35 - 44
45 - 64
65 y más

Con respecto a la condición de afiliación, se ha considerado "afiliado" al encuestado que respondió afirmativamente a la pregunta 71 del cuestionario individual.

Las categorías de afiliación utilizadas son:

- Afiliación a obras sociales.
- Afiliación a sistemas privados.

Definidas en este mismo capítulo en el tema afiliación.

En cuanto a niveles de ingreso, se utilizaron en todos los temas de utilización los ingresos per cápita definidos en los Aspectos Metodológicos de Población.

Los tramos fueron los siguientes en pesos moneda nacional: 1: hasta 9.000; 2: desde 9.001 hasta 12.000; 3: desde 12.001 hasta 14.000; 4: desde 14.001 hasta 17.000; 5: desde 17.001 hasta 20.000; 6: desde 20.001 hasta 23.000; 7: desde 23.001 hasta 27.000; 8: desde 27.001 hasta 33.000; 9: desde 33.001 hasta 44.000; 10: desde 44.001 hasta 60.000; 11: más de 60.001.

Para el objeto del análisis se agruparon las 11 categorías definidas, en tres tramos de ingreso, de la siguiente forma:

- Nivel I: 1, 2, 3 y 4.
- „ II: 5, 6 y 7
- „ III: 8, 9, 10 y 11

que corresponde en pesos moneda nacional a:

- Nivel I: hasta 17.000
- „ II: 17.001 a 27.000
- „ III: desde 27.001

AFILIACION A SISTEMAS DE ATENCION MEDICA

La no existencia de un sistema de atención médica unificado que cubra totalmente la población, magnifica la situación de estar afiliado o protegido por algún seguro de atención médica como un hecho social relevante para el conocimiento de cómo la población percibe morbilidad; cómo utiliza los recursos que le ofertan y cómo gasta por pago directo de prestaciones y bienes en salud. Es importante también estudiar cómo se relaciona el hecho de estar o no afiliado con otras características sociales.

La manifestación de un encuestado de "estar afiliado o gozar de los beneficios debidos a la afiliación de un familiar a alguna obra social, mutual o a otro tipo de institución médica privada" significa la pertenencia del individuo a una población que se encuentra integrada a una institución que brinda servicios médicos. La cobertura que brinda una institución abarca desde la amplia protección de la salud que pueden dar por ejemplo Obras Sociales o algunos sistemas de prepago privado hasta solamente la protección de riesgos específicos dada por algunos seguros de trabajo.

Las instituciones que brindan cobertura de atención médica se categorizaron de la siguiente forma: Obras Sociales del Estado, Obras Sociales Sindicales, Sistemas Privados de Prepago sin fines de lucro, Sistemas Privados de Prepago con fines de lucro, instituciones cuya actividad fundamental no es la atención médica como las sociedades de

fomento, etc., y los seguros de fábrica o laborales. Para el análisis de este tema se han agrupado en:

- **Obras sociales:** organismos de acción social, sin fines de lucro, financiados fundamentalmente por el aporte obligatorio de sus afiliados y administrados por el Estado y/o los sindicatos.
- **Privado con cobertura:** comprende las instituciones que dan prestaciones financiadas total o parcialmente por organismos privados con fines de lucro o entidades de acción social con o sin fines de lucro, cuya recaudación se origina del aporte voluntario de sus afiliados o a través de subsidios y donaciones, etc., administradas en forma privada sin intervención del Estado. Esta categoría incluye los seguros de fábrica o laborales.

El análisis buscará determinar el comportamiento de los individuos de la población respecto del hecho de estar o no afiliados en función de la edad, sexo, nivel de ingreso y nivel ocupacional.

Aproximadamente 4 de cada 9 personas manifestaron estar afiliadas. Esta relación se mantiene para ambos sexos, aunque resulta ligeramente mayor para el masculino como se muestra en la siguiente tabla:

POBLACION ENCUESTADA SEGUN CONDICION DE AFILIACION Y SEXO (%)

AFILIACION	S E X O		
	Varón	Mujer	Total
No afiliados	51.3	53.8	52.6
Afiliados	46.1	44.9	45.5
Desconoce afiliación.	2.6	1.3	1.9
Total	100.0 (3.095)	100.0 (3.341)	100.0 (6.409)

De acuerdo con estos resultados puede afirmarse que el sexo no influye en la condición de estar o no afiliado.

Tampoco se observan diferencias por sexo en el tipo de institución que brinda la cobertura como se ve a continuación:

POBLACION ENCUESTADA AFILIADA SEGUN TIPO DE AFILIACION Y SEXO (%)

TIPO DE AFILIACION	S E X O		
	Varón	Mujer	Total
Obra social	55.3	54.3	54.7
Privado con cobertura	38.0	39.6	38.9
Obra social y privado con cobertura (ambos)	4.1	3.8	4.0
Desconocido	2.6	2.3	2.4
Total	100.0 (1.414)	100.0 (1.504)	100.0 (2.918)

Debe destacarse que más de la mitad de la población cubierta, se manifestó afiliada a obras sociales.

Si se estudia la relación entre afiliación y edad, se observa que aparecen diferencias en la proporción de afiliados por grupo etáreo en función seguramente de la actividad laboral y composición familiar.

Los valores obtenidos son los siguientes:

PROPORCION DE AFILIADOS POR EDAD *

EDAD	PROPORCION DE AFILIADOS (%)
Menor de 5 años	41.1
5 - 14	44.5
15 - 24	37.0
25 - 64	51.4
65 y más años	41.8
Total	46.4

* No están considerados en el denominador los individuos de los que se desconoce el dato de afiliación.

Se observa que la proporción de afiliados es más alta en las edades activas y en los menores de 15 años —indirectamente protegidos—, relación que se mantiene en ambos sexos.

Si se analiza conjuntamente afiliación a un sistema de seguro en salud y nivel de ingreso per cápita, se observa que a medida

que aumenta el ingreso, crece la proporción de afiliados.

Sería interesante averiguar si el ingreso influye en el tipo de afiliación, cuestión que queda para analizar en estudios posteriores.

PROPORCION DE AFILIADOS SEGUN NIVEL DE INGRESO (%)

NIVEL DE INGRESO	PROPORCION DE AFILIADOS (%)	
I	1	31.6
	2	36.5
	3	45.7
	4	48.9
	Subtotal	39.5
II	5	46.4
	6	48.6
	7	53.7
	Subtotal	49.4
III	8	54.0
	9	55.1
	10	58.6
	Subtotal	57.6
	Subtotal	55.6
Total	45.5	

Ahora se considerará cómo se comporta la afiliación cuando se analiza por nivel ocupacional, variable definida en el capítulo de población (Aspectos metodológicos), única-mente para mayores de 15 años. Puede observarse que en los niveles ocupacionales medios altos se presentan las proporciones más altas de afiliados.

PROPORCION DE AFILIADOS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL

NIVEL OCUPACIONAL	PROPORCION DE AFILIADOS (%)
1	34.9
2	52.1
3	58.9
4	64.3
5 y 6	49.0
Total	49.6

Por otro lado, dentro de la población no activa se debe destacar que el 53.5 % de los

pensionados jubilados o retirados manifestaron estar afiliados a algún sistema de seguro de salud. La proporción de afiliados es de 44.7 % para los no activos ubicados en el rubro de "quehaceres domésticos" y de 34.0 % para los enfermos o inhabilitados, siendo también baja (35.5 %) para los desocupados.

La proporción de afiliados dentro de los diferentes niveles ocupacionales y categorías de no activos no varía sensiblemente, según se analicen las poblaciones "personal" o "a través de informante".

Es importante analizar qué uso hace la población de los servicios que brindan las instituciones a las que están afiliados y además conocer cuáles son esos servicios.

La pregunta 74 indaga sobre la utilización y cobertura de los siguientes servicios:

- Consultorio médico.
- Atención domiciliaria.
- Dentista.
- Internación.
- Análisis, radiografías.
- Medicamentos.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA
AFILIACION A OBRAS SOCIALES Y SISTEMAS
PRIVADOS CON COBERTURA

(Para afiliados a un solo tipo de afiliación)

SERVICIO	TIPO DE AFILIACION		
	UTILIZACION DE RECURSOS	OBRAS SOCIALES	SISTEMAS PRIVADOS CON COBERTURA
Consultorio médico	0	34.9	27.4
	1	64.5	71.8
	8	—	0.3
	9	0.6	0.5
Atención domiciliaria ..	0	70.5	59.0
	1	28.3	39.3
	8	0.5	1.4
	9	0.7	0.3
Dentista	0	66.8	73.2
	1	31.4	23.7
	8	1.0	2.7
	9	0.8	0.4
Internación	0	77.1	74.6
	1	22.0	17.3
	8	0.5	7.6
	9	0.4	0.5
Análisis y radiografías ..	0	54.8	53.6
	1	44.4	43.5
	8	0.1	2.6
	9	0.7	0.3
Medicamentos	0	52.9	49.8
	1	44.4	27.5
	8	1.7	21.6
	9	1.1	1.1

0: Nunca usó el servicio.

1: Usó alguna vez.

8: No tiene el servicio.

9: No recuerda, no sabe.

Para cada uno de estos servicios, las respuestas posibles eran:

- 0. Nunca lo usó.
- 1. Usó alguna vez.
- 8. No tiene servicio.
- 9. No recuerda, no sabe.

Clasificadas las instituciones en: 1. Obras sociales y 2. Sistemas privados con cobertura, se encontraron los valores que aparecen en la tabla adjunta. Se destaca que de acuerdo a la manifestación de los encuestados las obras sociales a las que están afi-

liados cubren casi en su totalidad los servicios citados. En el caso de los sistemas privados con cobertura, la proporción de respuestas indicando que no existe el servicio, es también baja, pero siempre mayor que en las obras sociales, notándose que asume importancia en los servicios de internación (7.6 %) y medicamentos (21.6 %). De los recursos ofrecidos por estos sistemas de cobertura los consultorios médicos son los que tienen mayor utilización.

Debido a que muchas personas declaraban poseer dos afiliaciones de distinto tipo, es decir, a obras sociales y a sistemas privados

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA
AFILIACION A OBRAS SOCIALES Y SISTEMAS
PRIVADOS CON COBERTURA

(Para afiliados a ambos tipos de afiliación)

SERVICIO	TIPO DE AFILIACION		
	USO	OBRAS SOCIALES	SISTEMAS PRIVADOS CON COBERTURA
Consultorio médico	0	55.9	27.1
	1	44.1	72.0
	8	—	—
	9	—	0.9
Atención domiciliaria ..	0	79.7	55.9
	1	20.3	40.7
	8	—	3.4
	9	—	—
Dentista	0	72.9	75.4
	1	25.4	19.5
	8	1.7	4.2
	9	—	0.9
Internación	0	84.7	74.6
	1	14.4	13.5
	8	0.9	11.0
	9	—	0.9
Análisis y radiografías ..	0	71.2	53.4
	1	28.8	41.5
	8	—	4.2
	9	—	0.9
Medicamentos	0	67.8	48.3
	1	31.4	27.9
	8	—	22.9
	9	0.8	0.9

- 0: Nunca usó el servicio.
- 1: Usó alguna vez.
- 8: No tiene el servicio.
- 9: No recuerda, no sabe.

con cobertura, se presenta por separado la tabla anterior correspondiente a las dos afiliaciones.

En dicha tabla se ve que estos afiliados hacen mayor utilización de los sistemas privados con cobertura, excepto en el caso de que éstos no posean el servicio correspondiente.

Resumen

- Aproximadamente la mitad de la población del Area Metropolitana se encuentra afiliada a algún sistema de seguro en salud.
- Más de la mitad de los afiliados, manifestaron estar protegidos por obras sociales.
- La proporción de afiliados es mayor en las edades activas.
- A mayor nivel de ingreso, mayor proporción de afiliados.

CONSULTA MEDICA

El interés de este tema es estudiar la magnitud y características de la utilización del profesional médico a través de la consulta. El interrogante es: ¿cómo es la atención médica que manifiesta haber recibido la población?

Se entenderá por "consulta médica", la manifestación de un individuo de haber contactado con un médico, o lo que él entiende por tal, sobre problemas relativos a la salud. Por tanto la definición incluye desde un extenso procedimiento diagnóstico-terapéutico hasta la simple conversación que sobre asuntos pertinentes a su salud realiza un individuo con un médico.

Se ha demarcado el contenido del análisis en las siguientes indicaciones:

1. Tasa de consultantes en dos semanas.
2. Tasa de consultantes en un año.
3. Razón o promedio de consultas por persona por año.
4. Concentración o promedio de consultas por consultante en dos semanas.

5. Concentración o promedio de consultas por consultante en un año.
6. Proporción de individuos que nunca consultaron.

En la definición de los mismos se ha tomado como denominador la población encuestada, excluyéndose en cada caso el número de personas de las que no se tuvo respuesta concreta, es decir las respuestas "No sabe", "No recuerda", "No contesta" y "Sin información".

1. *Tasa de consultantes en dos semanas:* Es el cociente porcentual entre el número de personas que manifestó haber consultado al médico en las dos semanas previas a la entrevista (respuesta afirmativa al ítem 3 de la pregunta 19) y la población encuestada.

Para el Area Metropolitana, la estimación de la tasa de consultantes en dos semanas es de 15.3 % y la estimación del número de consultantes, según la población del Censo de 1970, es de 1.277.994 en el mismo período, resultando los siguientes intervalos de confianza para cada uno de los parámetros considerados, con un nivel de confianza del 95 %:

14.0 % <	tasa de consultantes en las últimas dos semanas	< 16.6 %
1.169.039 <	total de consultantes en las últimas dos semanas	< 1.386.949

2. *Tasa de consultantes en un año:* Para obtener el numerador de la tasa, a los individuos que manifestaron haber consultado en el período de dos semanas se les suma aquellos individuos que no habiendo consultado en las dos semanas, manifestaron haber consultado en el período de más de dos semanas y menos de un año (respuesta afirmativa al ítem 1 de la pregunta 29).

A las limitaciones generales ya mencionadas, debe considerarse para este caso particular que al aumentar la magnitud del período de referencia podrá existir una mayor imprecisión en las respuestas dado que la consulta médica por su habitualidad puede no ser un hecho trascendente a diferencia de lo que sucede en la utilización de otros

recursos. Las limitaciones metodológicas propias a las encuestas realizadas por informante aparecen en este caso y quizá con mayor justificación.

El valor hallado es de 66.6 %. Referido a la población total del área metropolitana (1970) significa que aproximadamente 2/3 de la misma, o sea 5.563.031 individuos tomaron contacto con el médico al menos una vez en el período de un año.

3. *Razón o promedio de consultas por persona por año:* Es el cociente entre el número de consultas realizadas por la población encuestada en un año y la población encuestada. Para obtener el numerador de este cociente se toma el total de consultas manifestadas en el período de dos semanas (pregunta 23) y se lo refiere al año multiplicándolo por 26 (períodos de dos semanas de un año).

Al estar los períodos de referencia de dos semanas distribuidos en el año se controlan las posibles variaciones estacionales que podrían limitar el uso de este indicador.

El valor hallado es de 7.15 consultas por persona por año. Si se proyecta esta cifra a la población del área metropolitana para 1970, se estima que el recurso de atención médica ambulatoria realizó entre 52.5 y 66.8 millones de consultas con un nivel de confianza del 95 %.

4. *Concentración o promedio de consultas por consultante en dos semanas:* Es el cociente entre el número de consultas y el número de consultantes para el período de dos semanas. Indica la reiteración de la consulta médica en un mismo individuo en el período de referencia. El valor obtenido es de 1.8.

5. *Concentración o promedio de consultas por consultante en un año:* Es el cociente entre el número de consultas anuales (obtenida de acuerdo al numerador del estimador presentada en el punto 3) y el número de

consultantes en el año. La cifra obtenida es de 10.8.

6. *Proporción de individuos que nunca consultaron:* Es el cociente entre el número de individuos que manifestaron no haber tomado nunca contacto con un médico (respuesta afirmativa al ítem 4 de la pregunta 29) y la población encuestada. El valor hallado es de 1.0 %.

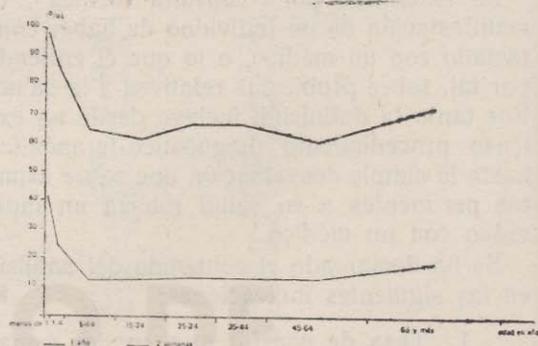
ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

Con la introducción de las variables edad, sexo, nivel de ingreso y afiliación a algún sistema de cobertura de atención médica, se busca delimitar a aquellos grupos de la población que presentan una conducta diferenciada frente a la consulta médica.

Proporción de consultantes

En el análisis de la proporción de consultantes en dos semanas aparecen los grupos de menor edad como los de mayor probabilidad de consultar, proporción que desciende y se estabiliza a partir de los cinco años de edad con una curva ligeramente ascendente. Una característica similar presenta la proporción de consultantes en el año donde se observa que el grupo de lactantes o menores de un año presentan el mayor requerimiento de atención médica.

GRAFICO 1
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A MEDICO
POR EDAD (EN %)



TASA DE CONSULTANTES (%) EN 2 SEMANAS Y 1 AÑO, SEGUN EDAD

EDAD	Menos de 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y más
Tasa 2 semanas	41.7	24.5	12.3	12.5	13.3	13.0	16.4	18.4
Tasa anual	98.3	86.8	64.5	61.4	66.5	60.8	65.3	72.6

El fenómeno se resume tomando tres grandes grupos de edad, donde las diferencias se observan con mayor simplicidad, que aunque oculta la magnitud de la demanda atendida en los menores de un año, posibilita para grandes grupos de población del área metropolitana observar quienes toman contacto con la red asistencial en determinados períodos de referencia.

PROPORCION DE CONSULTANTES (%)
SEGUN GRUPOS ETAREOS

E D A D	PERIODO DE REFERENCIA	
	2 semanas	1 año
4 y menos años	28.2	89.2
5-44 años	12.8	63.3
45 y más años	16.9	66.9
Total de población	15.3	66.6

Si se toma la tasa global por sexo, son las mujeres quienes tienen la mayor proporción de consultantes tanto en las dos semanas como en el año.

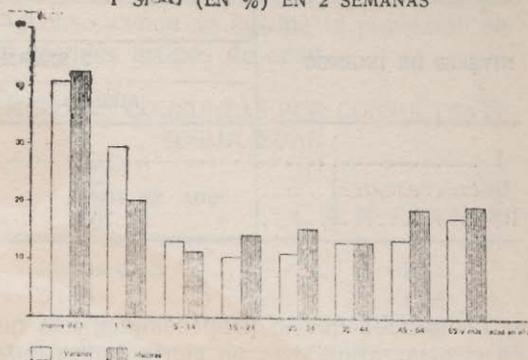
Al considerar la proporción de consultantes en dos semanas por edad y sexo, se observa que en las edades menores ésta es mayor en los varones, relación que se invierte para las edades adultas.

PROPORCION DE CONSULTANTES EN
2 SEMANAS (EN %) SEGUN
EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O	
	Mujeres	Varones
14 y menos años	16.8	19.1
15-44 años	14.2	11.5
45 y más años	19.0	14.5
Total	16.3	14.3

Lo anterior no ocurre para los consultantes de al menos una vez en el año, donde las mujeres siempre presentan mayor proporción; relación mucho menos diferenciada en las edades menores, es decir que a mayor edad mayor es la diferencia de proporciones entre sexos.

GRAFICO 2
PROPORCION DE CONSULTANTES A MEDICO POR EDAD
Y SEXO (EN %) EN 2 SEMANAS



TASA DE CONSULTANTES EN 1 AÑO (%)
SEGUN EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O	
	Mujeres	Varones
14 y menos años	73.6	73.2
15-44 años	68.6	56.5
45 y más años	72.1	60.8
Total	70.9	62.0

Al tomar la variable afiliación se ve que la proporción de consultantes es mayor para los individuos afiliados en cualquiera de los períodos de referencia considerados.

TASA DE CONSULTANTES (%)
SEGUN AFILIACION

AFILIACION	P E R I O D O	
	2 semanas	1 año
Afiliados	17.9	71.7
No afiliados	13.4	62.0
Total	15.3	66.6

Este hecho hace pensar que la condición de sentirse protegido por un sistema de atención médica determina una mayor propensión a la consulta ambulatoria, característica que se mantiene para los distintos niveles de ingreso.

El considerar estar cubierto o afiliado como una característica social de la población, hace que se controle por nivel de ingreso (que es otro atributo social) y al hacerlo

TASA DE CONSULTANTES (EN %) SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

NIVELES DE INGRESO	PERIODO DE REFERENCIA			
	2 SEMANAS		1 AÑO	
	Afiliados	No afiliados	Afiliados	No afiliados
I	16.7	13.2	70.0	60.3
II	17.3	11.7	71.3	62.0
III	19.1	16.4	74.5	66.1

se comprueba que la propensión al uso que da el estar afiliado es en cierta forma independiente del nivel social que da el ingreso.

De igual forma al tratar aisladamente el nivel de ingreso para los consultantes se observa que hay asociación directa entre mayor nivel de ingreso y mayor proporción de consultantes.

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	PERIODO DE REFERENCIA	
	2 semanas	1 año
I	14.5	64.3
II	14.6	66.8
III	17.6	70.9

Este hecho permite arriesgar como hipótesis de trabajo a comprobar, que sería más condicionante para la probabilidad de ser consultante la accesibilidad económica que la necesidad del uso del recurso por morbilidad influenciada por bajos niveles de vida.

Esto se mantiene con cierta regularidad para los distintos grupos de edad.

Si se toma la variable motivo de la consulta, se observa que en las dos semanas el 89.7 % de los consultantes concurren por un problema de morbilidad independientemente de que la misma se iniciara o no en el período de referencia.

La proporción del 10.3 % de los que consultan por control de salud no se modifica para la condición de afiliado o no a un sistema de atención y presenta una asociación directa con la categorización social dada por nivel de ingreso.

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN AFILIACION Y MOTIVO DE LA CONSULTA

AFILIACION	MOTIVO	
	Consulta por problema de morbilidad	Consultas por control en salud
Afiliados	89.6	10.4
No afiliados	89.7	10.3

PROPORCION DE CONSULTANTES EN 2 SEMANAS SEGUN INGRESO Y EDAD (%)

INGRESO	EDAD			
	Menos de 1 año	Menos de 5 años	5 - 44 años	45 y más años
I	41.5	27.6	11.6	16.1
II	42.9	27.5	12.3	15.9
III	47.1	36.8	15.6	18.5
Total	41.7	28.2	12.8	16.9

PROPORCION DE CONSULTANTES (%)
SEGUN INGRESO Y MOTIVO DE
LA CONSULTA

NIVEL DE INGRESO	M O T I V O	
	Consulta por problema de salud	Consultas por control de salud
I	91.0	9.0
II	88.7	11.3
III	87.5	12.5
Total	89.7	10.3

Lo cual significaría una cierta irrelevancia de la condición de afiliación y la categorización social en menor grado como condicionantes de la demanda atendida en situación no mórbida.

Concentración de consultas

Juntamente con la observación de los grupos de la población que presentan porcentajes diferenciales de consultas al médico, interesa estudiar con qué densidad o intensidad han tomado contacto médico, es decir cuántas consultas realizaron en el período de referencia. Esto se denomina concentración de consultas en las dos semanas y se puede ver que para los distintos grupos de edad, la tendencia de la curva de concentración es similar a la tasa de consultantes, o sea es más alta en las edades extremas.

La concentración para el total de consultantes es de 1.79 en dos semanas. Es posible que la mayor concentración en las edades mayores esté explicada por una patología diferencial en esas edades o por un compor-

tamiento distinto frente al hecho salud-enfermedad. A efectos de mayor simplicidad en la observación se agrupa la población en tres grandes grupos de edad.

NUMERO DE CONSULTAS POR CONSULTANTE
SEGUN EDAD

EDAD EN AÑOS	CONCENTRACION EN 2 SEMANAS
Menos de 5	1.73
5-44	1.68
45 y más	1.98
Total	1.79

Al introducir la variable sexo para estudiar la concentración se presenta una asociación inversa a la que presentaba la proporción de consultantes, siendo los varones los que presentan mayor concentración para los distintos grupos de edad.

CONCENTRACION EN 2 SEMANAS
SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	MUJERES	VARONES
Menos de 15	1.58	1.58
15-44	1.57	2.05
45 y más	1.88	2.14
Total	1.69	1.92

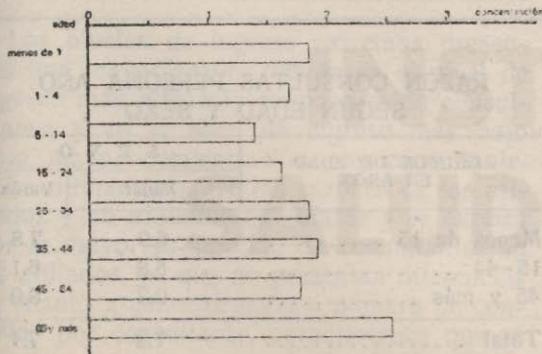
La condición de estar o no afiliado, no condiciona una distinta concentración de consultas.

CONCENTRACION DE LA CONSULTA MEDICA
EN 2 SEMANAS SEGUN INGRESO
Y AFILIACION

NIVEL DE INGRESO	A F I L I A C I O N		
	Afiliados	No afiliados	Total
I	1.9	1.8	1.9
II	1.6	1.8	1.7
III	1.7	1.8	1.8
Total	1.78	1.80	1.79

Quando se realiza la variable ingreso los valores observados de concentración de consultas no muestran diferencias.

GRAFICO No. 3.-CONCENTRACION DE CONSULTAS
POR CONSULTANTE EN 2 SEMANAS, SEGUN EDAD



Si se introduce la variable lugar de utilización del recurso, se observa que la mayor concentración se da en la consulta domiciliaria y en los consultorios de instituciones del sector oficial, quedando en lugar intermedio los consultorios de instituciones privadas, siendo la más baja concentración en los consultorios de obras sociales y en los consultorios particulares.

CONCENTRACION EN 2 SEMANAS
SEGUN LUGAR

LUGAR	CONCENTRACION DE CONSULTA MEDICA EN 2 SEMANAS
Consultorio particular	1.4
Domicilio del paciente	1.9
Cons. inst. privada	1.7
Cons. inst. oficial	1.8
Cons. obras sociales o mutuales	1.5
Otro lugar	1.8
Total	1.8

Se considera no relevante comentar la categoría otro lugar, ya que engloba un conjunto de situaciones heterogéneas como consulta telefónica, en el lugar laboral o escolar o en otro lugar.

Razón o promedio de consultas/persona/año

De la estimación de las consultas anuales a través de las consultas en dos semanas, se llega a una relación fundamental para el conocimiento de la utilización esperada del recurso, que es la cantidad de consultas por persona que demandará la población en un año. Esta razón está ligada a la tasa de consultantes de cada grupo y a la concentración de consultas que requieren los consultantes de esos grupos; de ahí su correspondencia a ambas en conjunto.

En la tabla siguiente se muestran los valores obtenidos al considerar la variable edad:

PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA POR AÑO, SEGUN EDAD

EDAD EN AÑOS	RAZON CONSULTAS/ PERSONA AÑO	GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	RAZON CONSULTAS/ PERSONA AÑO
Menos de 1	20.1	Menos de 5	12.7
1 - 4	10.7		
5 - 14	4.4		
15 - 24	5.2	5 - 44	5.6
25 - 34	6.3		
35 - 44	6.4		
45 - 64	7.5	45 y más	8.7
65 y más	12.1		

Por lo que se observa, la mayor cantidad de consultas deberán ser dadas a las edades extremas, pero un cálculo de la cantidad de consultas debe ser estimado con la cantidad de población del grupo de edad que reside en el área.

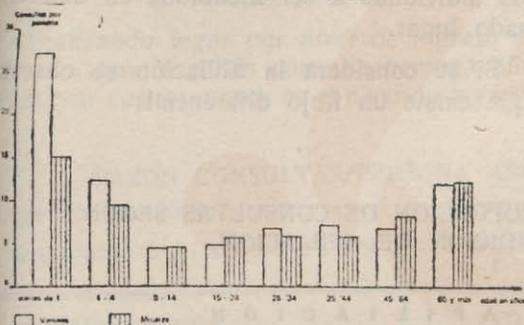
La variable sexo no introduce diferencia en la razón de consulta por persona.

RAZON CONSULTAS PERSONA AÑO
SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	SEXO	
	Mujer	Varón
Menos de 15	6.9	7.8
15 - 44	5.8	6.1
45 y más	9.3	8.0
Total	7.2	7.1

Es evidente que para el total de los grupos de edad no se observan diferencias por sexo; sin embargo, la mayor probabilidad de consultar en los varones del grupo de menos de 15 años hará que tengan una mayor razón consulta/persona y que en las edades más altas (45 y más años) aparezcan las mujeres con la mayor razón en función de una probabilidad de consultar más alta aunque tengan menor concentración de consultas.

GRAFICO 4
RAZON DE CONSULTAS PERSONA-AÑO
POR EDAD Y SEXO



Si se toma como variable condicionante el nivel de ingreso y la afiliación, se observa lo siguiente:

RAZON CONSULTAS/PERSONA AÑO SEGUN
AFILIACION E INGRESO

NIVEL DE INGRESO	AFILIADOS	NO AFILIADOS	TOTAL
I	8.5	6.1	7.0
II	7.4	5.6	6.5
III	8.5	7.7	8.0
Total	8.2	6.2	7.2

Los niveles de ingreso extremos presentan una mayor razón, debida en el nivel de ingreso más alto a la proporción de consultantes, y en el nivel de ingreso más bajo a la mayor concentración por consultante.

La diferencia entre las razones de los afiliados y no afiliados es notable y se explica por la mayor proporción de consultantes en los afiliados, ya que no presentan diferencias en cuanto a concentración o número de consultas por consultante, característica que se mantiene para cada uno de los niveles de in-

greso, aunque a menor nivel de ingreso es mayor la diferencia entre las razones de los afiliados y no afiliados. Siendo también manifiesto dentro de los afiliados, que los niveles de ingreso más bajos (I) igualan la razón de los niveles altos (III) aun teniendo menor proporción de consultantes, característica que se explica por la alta concentración de consultas de los niveles de ingreso bajos.

Resumiendo: la población de niveles de ingreso más altos tiene una mayor probabilidad de consultar, no observándose diferencias en la concentración. La afiliación condiciona tasas más altas de consultantes, pero no la concentración de consultas.

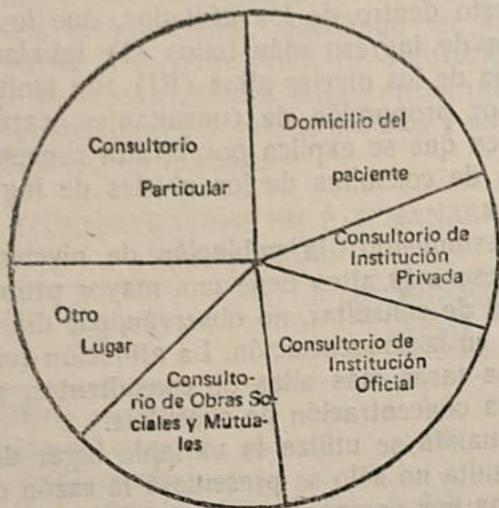
Cuando se utiliza la variable lugar de la consulta no sólo se presentará la razón consultas por persona por año y por lugar sino también la proporción de consultas que corresponden a cada lugar. Es necesario aclarar que las categorías de lugar utilizadas se refieren a lo declarado por el encuestado tal cual surge de la pregunta 22 del cuestionario individual.

Así se ve que aproximadamente la mitad de las consultas son atendidas en consultorio particular y domicilio del paciente, correspondiendo la otra mitad a los consultorios de instituciones que en orden de importancia son: público (una quinta parte de las consultas), obras sociales o mutuales (una sexta parte de las consultas), privada (una décima parte de las consultas).

RAZON CONSULTAS/PERSONA AÑO Y
PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN
LUGAR DE ATENCION

LUGAR DE ATENCION	CONSULTAS/PERSONA AÑO	PROPORCION DE CONSULTAS (%)
Cons. particular ..	1.73	24.3
Domicilio del paciente	1.46	20.4
Cons. inst. privado.	0.75	10.6
Cons. inst. oficial..	1.34	18.7
Cons. obras sociales y mutuales	1.09	15.3
Otro lugar	0.78	10.7
Total	7.15	100.0 (1.761)

GRAFICO 5
PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUOGAR



Las proporciones reflejan cómo se distribuyen las consultas por lugar, mientras que la razón permite un cálculo directo de las consultas por lugar, conociendo el tamaño de la población.

Con el objeto de observar si existen diferencias en el número de consultas y consultantes entre afiliados y no afiliados por lugar de atención, se introducen las dos variables independientes que de alguna manera categorizan socialmente y que pueden dar diferente accesibilidad o que condicionan a los individuos a ser atendidos en determinado lugar.

Si se considera la afiliación se observa que existe un flujo diferencial:

RAZON CONSULTAS/PERSONA AÑO Y PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUOGAR DE ATENCION Y CONDICION DE AFILIACION

LUGAR	AFILIACION			
	AFILIADOS		NO AFILIADOS	
	Razón Consulta/ persona año	Proporción de consultas (%)	Razón Consulta/ persona año	Proporción de consultas (%)
Consultorio particular	1.34	16.2	2.11	33.6
Domicilio del paciente	1.69	20.4	1.27	20.4
Consultorio institución privada	1.00	12.1	0.55	8.8
Consultorio institución oficial	0.95	11.6	1.68	26.8
Consultorio obra social o mutual ...	2.37	28.8	—	—
Otro lugar	0.85	10.9	0.59	10.4
Total	8.20	100.0 (925)	6.20	100.0 (810)

Se observa que los afiliados reciben más de la cuarta parte de sus consultas en consultorios de obra social o mutual, siguiéndole en importancia la consulta domiciliaria, que entre ambas canalizan la mitad de las consultas; en cambio en los no afiliados la tercera parte de las consultas la reciben en consultorio particular y más de una cuarta parte en consultorios de instituciones públicas, representando entre ambas el 60 % de las consultas.

Es importante averiguar en qué magnitud los afiliados manifestaron haber utilizado su afiliación en la consulta médica.

El 56.3 % de los consultantes afiliados usaron su cobertura. Este valor ha sido hallado contando a los consultantes tantas veces como lugares distintos de atención declararon.

En la tabla siguiente figuran los valores correspondientes por lugar.

**CONSULTANTES CON AFILIACION SEGUN LUGAR DE LA CONSULTA
Y UTILIZACION DE SU COBERTURA**

L U G A R	CONSULTANTES AFILIADOS *		
	Total	Usaron su cobertura	No usaron su cobertura
Consultorio particular	118	29	89
Domicilio del paciente	101	44	57
Consultorio institución privada	62	33	29
Consultorio institución oficial	51	—	51
Consultorio obra social o mutual	184	184	—

* Se repiten por lugar.

Analizando lugar por nivel de ingreso se observa que la razón consulta/persona año es mayor cuanto mayor es el nivel de ingreso

para el consultorio particular y el consultorio de instituciones privadas y a la inversa para el consultorio de instituciones públicas.

RAZON CONSULTAS/PERSONA AÑO SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

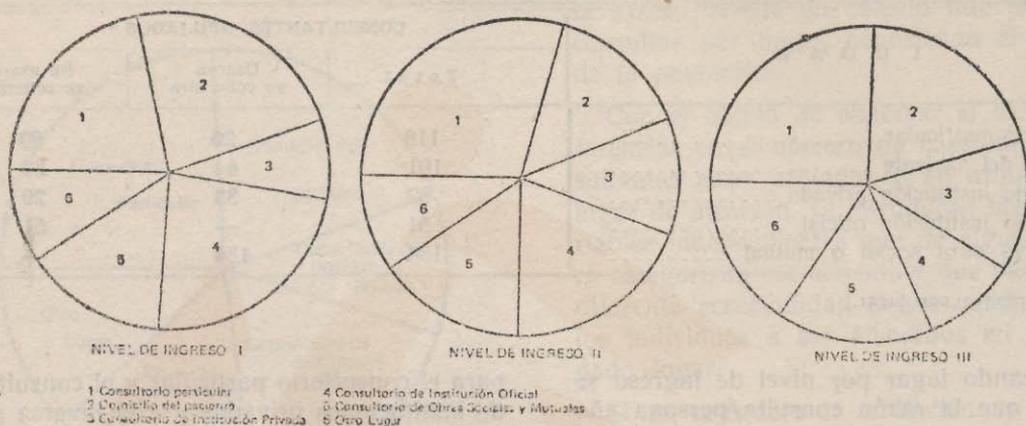
LUGAR DE ATENCION	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	TOTAL
Consultorio particular	1.50	1.89	2.03	1.73
Domicilio del paciente	1.61	0.95	1.59	1.46
Consultorio institución privada	0.55	0.73	1.08	0.75
Consultorio institución oficial	1.65	1.29	0.80	1.34
Consultorio obra social o mutual ...	1.07	1.61	1.27	1.09
Otro lugar	0.64	0.65	1.27	0.78
Total	7.02	6.52	8.04	7.15

Si se considera cómo se distribuyen las consultas dentro de cada nivel de ingreso, se obtienen las siguientes proporciones:

PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR (%)

LUGAR DE ATENCION	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	TOTAL
Consultorio particular	21.3	29.0	25.3	24.3
Domicilio del paciente	23.0	14.6	19.8	20.4
Consultorio institución privada	7.9	11.2	13.4	10.6
Consultorio institución oficial	23.5	19.8	9.9	18.7
Consultorio obra social o mutual ...	15.2	15.5	15.8	15.3
Otro lugar	9.1	9.9	15.8	10.7
Total	100.0 (788)	100.0 (445)	100.0 (424)	100.0 (1.657)

GRAFICO 6
 PROPORCION DE CONSULTAS POR LUGAR
 SEGUN INGRESO



Estas dan para el nivel de ingreso más bajo (I) valores casi iguales para consultorio público, consulta domiciliaria y consultorio privado y la preponderancia del consultorio privado para los niveles más altos.

Si se analiza la proporción de consultas dentro de cada lugar según nivel de ingreso, puede parecer contradictorio si no se toma en cuenta la proporción de población total en cada grupo de ingreso.

PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN NIVEL DE INGRESO (%)

LUGAR DE ATENCION	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	TOTAL
Consultorio particular	41.6	31.9	26.5	100.0 (404)
Domicilio del paciente	54.8	19.7	25.5	100.0 (330)
Consultorio institución privada	36.7	29.6	33.7	100.0 (169)
Consultorio institución oficial	58.8	27.9	13.3	100.0 (315)
Consultorio obra social o mutual ...	46.8	27.0	26.2	100.0 (256)
Otro lugar	39.4	24.0	36.6	100.0 (183)
Población encuestada según ingreso.	48.1	29.2	22.6	100.0 (6.064)

No se analizará detalladamente la concentración anual, ya que de alguna manera se corresponde con la razón consultas/persona año; la diferencia entre ambas para los distintos grupos va a estar dada por la tasa de consultantes en el año.

Otra forma de analizar la consulta médica está en relación no ya al lugar en donde ésta se efectuó sino en función del sistema de financiación de la consulta.

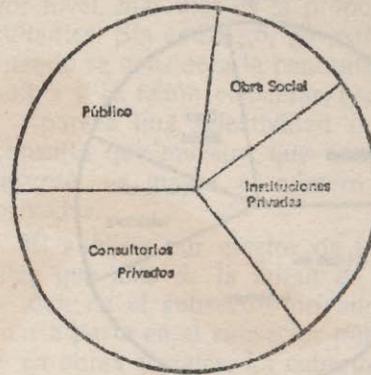
En este sentido se han definido las siguientes categorías con las limitaciones según se estudian en el capítulo de Gastos.

1. Público

Comprende las prestaciones realizadas en instituciones dependientes de la administración nacional, provincial o municipal, o sea aquellas que son financiadas fundamentalmente por el Estado.

GRAFICO 7

PROPORCION DE CONSULTAS POR EFECTOR



De los valores anteriores surge que 7 de cada diez consultas no tuvieron cobertura. Las consultas efectuadas en el domicilio del paciente tienen la siguiente distribución:

DOMICILIO	Porcentajes de consultas
Por cuenta de una obra social	9.8
Por cuenta de un sistema privado de cobertura	7.9
Sin cobertura	82.3
Total	100.0
	(356) *

* No se han considerado tres consultas cubiertas de cobertura desconocida. En las consultas sin cobertura están incluidas tanto las que provienen de la categoría "Público" como "Privado sin cobertura".

Si se estudia la forma en que se canalizan las consultas, tomando las instituciones como efectores, se observa que 6 de cada 10 consultas se realizan en el sector privado.

E F E C T O R	Porcentajes de consultas
Público	27.3
Obra social	12.8
Privado:	
Instituciones	24.4
Consultorios	35.5
Total	100.0
	(n = 1.207) *

* Existen 6 consultas cubiertas sin efector conocido.

2. Obra social

Comprende las prestaciones financiadas, total o parcialmente, por obras sociales, independientemente del lugar en donde aquellas se realicen. Por obras sociales se entenderá a los organismos de acción social, sin fines de lucro, financiados por el aporte obligatorio de sus afiliados y administrados por el Estado, los sindicatos o ambos simultáneamente.

3. Privado con cobertura

Comprende las prestaciones financiadas total o parcialmente por organismos privados con fines de lucro o entidades de acción social, con o sin fines de lucro, que reciben: aportes por la afiliación voluntaria de sus afiliados, subsidios, donaciones, etc., y son administradas en forma privada, sin intervención del Estado.

4. Privado sin cobertura

Comprende las prestaciones pagadas en su totalidad por los usuarios y realizadas en instituciones privadas o en los consultorios particulares de médicos.

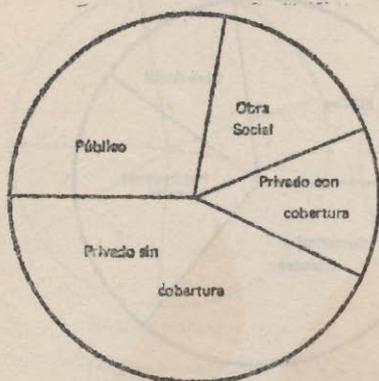
Para este estudio no se han considerado las consultas por teléfono y las efectuadas en el trabajo, en la escuela o en otro lugar (respuestas 6, 7, 8 y 9 a la pregunta 22 del cuestionario individual!). Las consultas realizadas en el domicilio del paciente se analizarán por separado por la imposibilidad de ubicarlas en las categorías definidas.

En la tabla siguiente figuran las proporciones de consultas según sistema de financiación:

SISTEMA DE FINANCIACION	Proporción de consultas (%)
Público	27.5
Obra social	16.1
Privado con cobertura	13.2
Privado sin cobertura	43.2
	100.0
	(n = 1.200) *

* No figuran 13 consultas cubiertas de tipo de afiliación desconocido.

GRAFICO 8
 PROPORCION DE CONSULTAS POR SISTEMA
 DE FINANCIACION



Dentro del análisis de financiación de las consultas es notable el peso del pago directo en el sector privado sin cobertura, y observando la canalización por efector se ve el predominio del consultorio médico dentro del efector privado. Las obras sociales se presentan más importantes como agente financiador que como agente efector y el sector público cubre como efector, financiando más de la cuarta parte del total de las consultas.

Proporción de individuos que nunca consultaron al médico

Queda por estudiar un hecho de la población que no se corresponde con la utilización del recurso sino por su negativa, que es la proporción de individuos que nunca tuvieron contacto con un médico por un problema asistencial. La tasa bruta de nunca haber consultado señala que aproximadamente una de cada cien personas de la población no ha tomado contacto médico en su vida. Es incuestionable que la variable condicionante fundamental es aquí la *edad*. Teóricamente, a mayor edad menor será la probabilidad de no haber consultado a médico; sin embargo, es en las primeras edades donde se presentan riesgos altos diferenciales de consultar, las que rompen la regularidad teórica consecuentemente a la siguiente tendencia de no haber consultado nunca.

PROPORCION DE PERSONAS QUE NUNCA CONSULTARON MEDICO, SEGUN EDAD

EDAD EN AÑOS	PORCENTAJE DE PERSONAS QUE NUNCA HAN CONSULTADO
Menos de 1	0.87
1 - 4	1.39
5 - 14	2.57
15 - 24	1.10
25 - 34	0.42
35 - 44	0.43
45 - 64	0.82
65 y más	0.60
Total	1.05

Si se consideran tres grandes grupos resulta:

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE NUNCA HAN CONSULTADO AL MEDICO

EDAD EN AÑOS	NUNCA CONSULTARON (%)
Menos de 5	1.28
5 - 44	1.14
45 y más	0.76
Total	1.05

Quando se estudia por sexo se nota que la proporción de los que nunca consultaron es más alta en los varones, pero estudiando por edad son las mujeres las que en mayor proporción no han consultado en el grupo de menos de 15 años.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE NUNCA HAN CONSULTADO, SEGUN SEXO

EDAD EN AÑOS	SEXO	
	Varones	Mujeres
Menos de 15	1.93	2.30
15 - 44	0.95	0.39
45 y más	1.34	0.28
Total	1.35	0.78

Se observa que a partir de los 15 años de edad, el porcentaje es más alto para los varones.

La condición de estar cubierto por un sistema de atención médica, aparece como condicionante de nunca haber consultado, ya que los no afiliados presentan una cifra mucho mayor.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE NUNCA HAN CONSULTADO, SEGUN AFILIACION

AFILIACION	TASA DE NUNCA HABER CONSULTADO (%)
Afiliados	0.17
No afiliados	1.81
Total	1.05

Si se estudia este indicador por nivel de ingreso, se ve que a mayor nivel de ingreso menor es el porcentaje de los que nunca han consultado.

Esto diría aun marginalmente lo que significa la accesibilidad fundamentalmente económica en la utilización de este recurso.

Resumen

Las características de área en cuanto a utilización de la consulta médica indican que los grupos de edad extremos son los que presentan más alta proporción de consultantes, mayor concentración de consultas y las mayores razones de consultas/persona año. El sexo femenino presenta un mayor porcentaje de consultantes, pero una menor concentración de consultas, lo que implica que la razón consultas/persona año sea similar para ambos sexos.

El estar afiliado o protegido con un sistema de atención médica, está asociado: 1) a una mayor proporción de consultantes; 2) a una igual concentración de consultas que los no afiliados; 3) a una mayor razón consultas/persona año; 4) a una selectividad en el lugar de la consulta, ya que entre consultorios de obras sociales y domicilio del paciente realizan la mitad de las consultas atendidas.

El nivel de ingreso como categoría social parece condicionar la consulta, pues a mayor nivel, más alta es la proporción de consultantes. Sin embargo, no existe diferencias cuando se considera la concentración de consultas y la razón consultas/persona año.

Aparece una selectividad de lugar de la consulta que muestra que a mayor nivel de ingreso, es mayor el número de consultas privadas.

El análisis por efector de la consulta indica que más de la mitad de las consultas se dan en el subsector privado; más de la cuarta parte en el subsector público y el resto en obras sociales. La cobertura de la consulta médica se da en sólo 3 de cada 10 consultas.

Es de destacar la importancia del consultorio médico dentro de la canalización de consultas al sector privado.

UTILIZACION DEL RECURSO DE INTERNACION

El análisis de este tema trata de determinar en qué magnitud los individuos manifiestan haber utilizado el recurso de internación u hospitalización, relacionando ciertas características de las instituciones asistenciales con la población.

A diferencia de los otros recursos de atención médica analizados, éste presenta particularidades destacables a saber:

- a) Desde el punto de vista de las instituciones asistenciales el recurso internación presenta características específicas debido a la complejidad de la patología que atiende y a la vinculación sistematizada con otros recursos, principalmente el de consulta médica ambulatoria.
- b) Desde el punto de vista de la población este recurso está más en función de una indicación profesional que de una demanda espontánea del usuario.

La importancia que tiene la internación en el grupo familiar es lo que permite usar el año como período de referencia, ya que difícilmente, aun para el informante, se borre de la memoria.

Se consideraron internados todos aquellos encuestados que contestaron afirmativamente a la siguiente pregunta: "Durante este último año, o sea entre el del año pasado y el de este año, ¿estuvo internado en algún hospital, clínica, sanatorio o instituto?".

El estudio de este recurso está limitado, ya que debido a las restricciones metodológicas no se ha obtenido información sobre los individuos que en el momento de realizarse la encuesta se encontraban internados y sobre aquellos que habiendo estado internados en el período de un año, fallecieron antes del momento de la entrevista.

Es decir que se analizará este recurso en función de los individuos que pueden manifestar su internación. Los datos analizados darán por lo tanto una subestimación de lo que como utilización real del recurso de internación sucede en el área.

Además, se verá reflejada la utilización de los recursos del área que realiza la población residente en la misma, excluyendo la población no residente que ha utilizado los establecimientos del área metropolitana.

La comparación de la estimación surgida de este análisis con las estadísticas hospitalarias para el área metropolitana permitirá medir en alguna medida la magnitud del error resultante de las limitaciones mencionadas.

Se ha demarcado el contenido de este análisis en los siguientes estimadores:

1. Tasa de internación en un año.
2. Número de egresos por persona $\times 100$.
3. Promedio de días-cama por egreso.

Dado que parto es una causa de internación que presenta particularidades diferenciales en relación con el resto de las causas, debido a sus características asistenciales y a la duración de días de estada, se ha diferenciado sistemáticamente el análisis para parto y no parto. Se consideró lo más adecuado incluir los partos con complicaciones dentro de este rubro, porque no hay indicación en el cuestionario que condicionado a

la respuesta parto en la pregunta 54 (causa de internación), se le pregunte a la encuestada si lo considera o no parto normal.

Debe aclararse, además, que la permanencia de recién nacidos en un establecimiento hospitalario no está considerada como una internación.

De acuerdo a las causas que originan la internación se designará:

- 1) internación por todas las causas;
- 2) internación por causas generales, o sea cualquier causa excepto parto;
- 3) internación por parto.

En el análisis de este tema se trabajará con los siguientes estimadores globales:

1. Tasa de internación anual

Es el cociente porcentual entre el número de individuos que han manifestado tener uno o más egresos en el año (respuesta afirmativa a pregunta 51) y el total de la población encuestada.

El valor observado para área metropolitana es de 4.7 % y la estimación del total de internados, teniendo en cuenta la población del Censo de 1970, es de 303.506. Estas estimaciones se brindan con un error estimado de 0.00308 y 25.785, respectivamente, resultando los siguientes intervalos de confianza para cada uno de los parámetros considerados con un nivel de confianza del 95 %:

4.1 % < tasa de internados en un año < 5.3 %
341.396 < total de internados en el año < 445.076

1.1. Tasa de internación general dada por el cociente porcentual del número de personas internadas por no parto en el año y la población encuestada. El valor observado es de 3.1 %.

1.2. Tasa de internación por parto para las mujeres en edad fértil, dada como cociente porcentual entre el número de mujeres internadas por parto en el año y el total de mujeres en edad fértil (entre 15 y 45 años). El valor observado para el área metropolitana es de 7.1 %.

2. Razón egresos-población

Es el cociente entre el número de egresos y la población encuestada.

El valor observado es de 5.1 % cuya proyección al total de la población del área metropolitana según Censo de 1970 da 428.788 egresos. Estas estimaciones se brindan con un error estimado de 0.003344 y 27.565, respectivamente; resultando los siguientes intervalos de confianza con un nivel de 95 %.

$$4.4 < \frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por 100 personas por año}}{\text{población}} < 5.7$$

$$373.660 < \text{N}^\circ \text{ total de egresos en 1 año} < 483.916$$

Se podría comparar la estimación de egresos para el subsector público con el número de egresos que ese subsector registra; esto permite calcular el coeficiente de subestimación observado, aplicable luego a los otros subsectores.

3. Promedio de días-cama por egreso

Es el cociente entre el número total de días de internación y el número de egresos producidos.

El valor encontrado es de 10.4; el promedio de días de internación por causa distinta de parto es de 13.1 y por parto es de 3.8. Para describir el comportamiento de la variable "días de internación", además del promedio, se utilizará la mediana, ya que hay internaciones muy largas.

A continuación se analizarán los indicadores mencionados según las variables independientes consideradas.

Tasa de internación y razón egresos-población por edad y sexo

La tasa bruta para todas las causas es de 4.7 personas internadas en un año por cada 100 individuos y la razón egresos-población es de 5.1 egresos por cada 100 individuos, es decir, que en promedio hay una concentración de 1.1 hospitalizaciones por persona internada por año.

Al estudiar la distribución por sexo, se observa que la tasa de internación por todas las causas es mayor para el sexo femenino (6.5 contra 2.9), igual relación se observa en la razón egresos-población.

PROPORCION DE INTERNADOS Y RAZON EGRESOS POBLACION EN UN AÑO

SEXO	Proporción de internados en 1 año (%)	Razón egresos población (%)
Varones	2.9	3.4
Mujeres	6.5	6.8
Mujeres (exceptuando partos)	3.3	3.5
Total	4.7	5.1

Esta marcada diferencia está básicamente dependiente del "parto", que para las mujeres constituye el 50 % de los egresos considerados sobre los egresos de cualquier edad. Pero aun exceptuando los partos, la tasa de internación y la razón egresos-población sigue siendo ligeramente mayor para el sexo femenino que para el masculino.

Si se analiza la tasa de internación general por grupos de edad, se observa que la tasa es mayor para el grupo de 0 a 4 años, descendiendo para el grupo de 5 a 14, a partir del cual la proporción de internados aumenta con la edad hasta los 64 años; siendo finalmente menor para el grupo de 65 y más años debido posiblemente, entre otras causas, al hecho de que egresos vivos para edades muy avanzadas son menos probables o a una mayor cronicidad de la internación con menor probabilidad de aparecer en la muestra por parte de este grupo de edad.

Al estudiar conjuntamente las variables sexo y edad, se observa que la tasa de internación por causas generales es mayor para el sexo femenino en todos los grupos de edad, salvo en el tramo de 35 a 44 años.

PROPORCION DE INTERNADOS POR CAUSAS GENERALES (INTERNACION EXCEPTO PARTOS) POR EDAD Y SEXO EN %

EDAD	VARON	MUJER	TOTAL
0 - 4	4.0	4.1	4.0
5 - 14	1.9	2.5	2.2
15 - 24	1.7	3.0	2.4
25 - 34	2.2	3.9	3.1
35 - 44	4.0	2.6	3.3
45 - 64	3.7	3.7	3.7
65 y más	3.6	3.5	3.6
Total	2.9	3.3	3.1

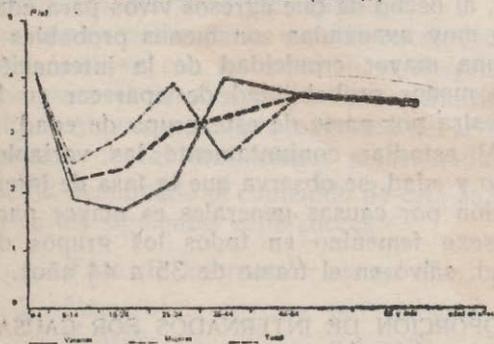
NUMERO DE EGRESOS POR CAUSA GENERAL
POR CADA 100 PERSONAS, POR EDAD Y SEXO

EDAD	VARON	MUJER	TOTAL
0- 4	4.7	4.4	4.6
5- 14	2.5	2.5	2.5
15- 24	1.9	3.3	2.7
25- 34	2.2	4.3	3.3
35- 44	4.2	2.8	3.5
45- 64	4.4	3.9	4.1
65 y más	4.5	3.5	4.0
Total	3.4	3.5	3.4

¿Estará indicando esto una patología diferencial para ambos sexos en esta edad? No podemos afirmarlo, pero surge una interesante línea de investigación en este aspecto.

GRAFICO 9

PROPORCION DE INTERNADOS POR CAUSAS GENERALES (INTERNACIONES EXCEPTO PARTO) POR EDAD Y SEXO (EN %)



La razón egresos/población por causas generales en función de la edad conserva una tendencia similar a la de la tasa de internación, pero al analizarla según sexo y edad se observa que es mayor para los varones, salvo en los grupos de 15 a 34 años. En este momento conviene calcular el número de egresos por internado (concentración) por sexo. Estos valores son: 1.06 para varones y 1.07 para mujeres. La mayor concentración para el sexo masculino explica

por qué en algunos grupos etáreos la proporción de internados es mayor para el sexo femenino, y el número de egresos es mayor para el masculino.

Con respecto a la tasa de internación por parto, se observa que alcanza el valor más alto para el grupo de 25 a 34 años.

TASA DE INTERNACION POR PARTO PARA
MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS

EDAD EN AÑOS	TASA DE INTERNACION POR PARTO (%)
15- 24	7.9
25- 34	10.2
35- 44	2.8
Total entre 15- 44	7.2

Esta distribución de la tasa de internación de parto por edad se comporta en forma análoga a la tasa de fecundidad¹, que es mayor en las mujeres de 25 a 29 años que en las mujeres de 20 a 24 años. Dado que también la tasa de fecundidad es más baja en el grupo de 15 a 19 años que en el de 30 a 34 años, es dable esperar, como sucede, que la tasa de internación por parto sea inferior en el grupo de 15 a 24 que la del grupo de 25 a 34. De la misma forma, la baja fecundidad en las mujeres mayores de 35 años está determinando una tasa de internación menor para las mujeres entre 35 y 44 años.

Refiriendo los partos a toda la población resulta una tasa de 1.7 partos por cada 100 individuos.

Días de estada

La distribución de los días de internación por egreso por causas generales refleja en la media y mediana mayor magnitud para el sexo masculino, con una media de 15.5 días de estada que para el femenino, con 11.1 días de promedio.

¹ Capítulo de fecundidad de este mismo estudio.

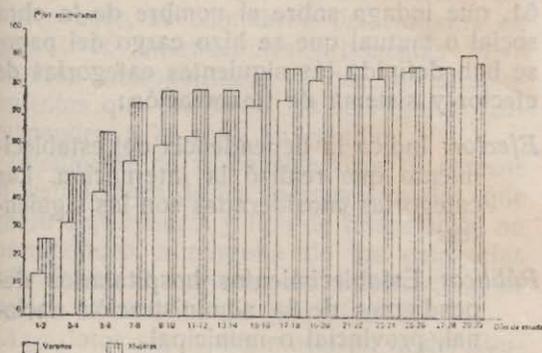
CARACTERISTICAS DE LA DISTRIBUCION DE LA VARIABLE
DIAS DE ESTADA POR EGRESO

	POR TODAS LAS CAUSAS			POR CAUSAS GENERALES			POR PARTO
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Mujer
Media	10.4	15.5	7.6	13.1	15.5	11.1	3.8
Mediana	4.0	8.0	3.0	6.0	8.0	5.0	3.0

Esta relación se mantiene en general para todos los grupos de edad.

El 60 % de los egresos femeninos y el 38 % de los egresos masculinos tienen una duración menor o igual a 5 días.

GRAFICO 10
PORCENTAJES ACUMULADOS DE EGRESOS
GENERALES SEGUN DIAS DE ESTADA
POR SEXO

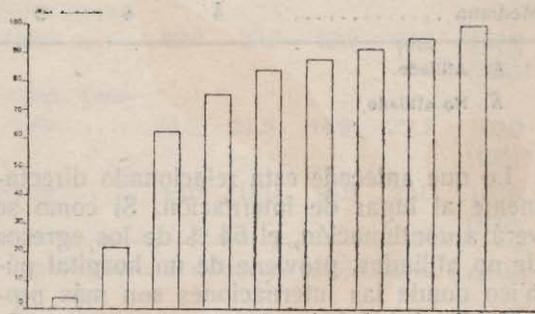


Por otra parte, se cumple que el 26 % de los egresos masculinos y el 13 % de los femeninos se prolongan por 18 o más días.

Si se consideran para el sexo femenino todas las causas (generales y partos), la diferencia de días de internación por sexo se acentúa, dado que el volumen de partos dentro de los egresos de las mujeres alcanza la mitad y el parto requiere en general pocos días de internación. De acuerdo a los valores obtenidos, el 80 % de los partos tiene 5 o menos días de internación, siendo 3 el valor de frecuencia más alta.

GRAFICO 11

PORCENTAJES ACUMULADOS DE EGRESOS POR PARTO SEGUN DIAS DE INTERNACION



Indicadores según afiliación

Ahora se analizará cómo interviene en los estimadores relativos a internación el hecho de estar afiliado a algún sistema de seguro.

Se observa que la tasa de internación por todas las causas es mayor para los afiliados, relación que se mantiene al excluir partos. Sin embargo, la tasa por partos no ofrece diferencias cuando se considera afiliación.

TASAS DE INTERNACION SEGUN CONDICION DE AFILIACION

TASAS (%)	AFILIACION	
	Afiliados	No afiliados
Tasa por todas las causas..	5.4	4.3
Tasa por causas generales.	3.8	2.6
Tasa por parto.....	7.1	7.2

Una explicación a esta situación podría ser que si bien en general la internación es un hecho condicionado por la necesidad, hay

causas de internación que no son compulsivas y que al ser indicadas, se efectivizan para los afiliados, pero no se realizan para los no afiliados por razones ligadas a los sistemas de pago.

Respecto del tiempo que demanda cada internación es importante recalcar que el número medio de días por egreso general es mayor para los no afiliados, relación que se cumple para ambos sexos.

DIAS DE ESTADA DE EGRESO SEGUN AFILIACION

	POR TODAS LAS CAUSAS		POR CAUSAS GENERALES						POR PARTO	
	A	\bar{A}	Total		Varón		Mujer		A	\bar{A}
			A	\bar{A}	A	\bar{A}	A	\bar{A}		
Media	9.6	10.6	11.8	14.8	14.5	16.9	9.3	13.2	4.0	3.6
Mediana	4	4	5	7	7	9.5	4	5	3	3

A: Afiliado.

\bar{A} : No afiliado.

Lo que antecede está relacionado directamente al lugar de internación. Si como se verá a continuación, el 64 % de los egresos de no afiliados, proviene de un hospital público donde las internaciones son más prolongadas, es dable esperar mayor promedio de días por egreso para los no afiliados.

La condición de afiliación y su gravitación en las variables de internación está íntimamente ligada al lugar donde la gente se interna y la forma de pago, temas que se discuten a continuación.

Indicadores según efector. Sistema de financiación

El interrogante que se plantea es conocer dónde se interna la población y bajo qué sistema de pago.

La pregunta 55 del cuestionario individual admitía las siguientes respuestas:

1. En un hospital o institución nacional, provincial, municipal.
2. En una obra social o mutual.
3. En un hospital privado, sanatorio, clínica o instituto privado.
4. Otro.
5. No recuerda. No sabe.

Combinando las respuestas a la pregunta 55 con la de la pregunta 59 referida a si

alguna obra social, mutual u otro tipo de institución médica privada se hizo cargo del pago de la internación y la de la pregunta 61, que indaga sobre el nombre de la obra social o mutual que se hizo cargo del pago, se han definido las siguientes categorías de efector y sistema de financiación:

Efector: Indica la dependencia del establecimiento que realizó la internación. Las categorías consideradas son las siguientes:

Público: Establecimientos hospitalarios dependientes de la administración nacional, provincial o municipal.

Obra social: Establecimientos hospitalarios de propiedad o administración directa de las obras sociales.

Privado: Establecimientos hospitalarios de propiedad o administración de personas o grupo de personas de derecho privado.

Sistema de financiación: Indica la forma de financiamiento de las internaciones por parte de los usuarios o por instituciones.

Las prestaciones se clasifican en las siguientes categorías:

Público: Comprende las prestaciones realizadas en el efector público.

Obras sociales: Comprende las prestaciones financiadas total o parcialmente por obras sociales independientemente del lugar en donde aquellas se realicen.

Privado con cobertura: Comprende las prestaciones financiadas total o parcialmente por organismos privados con fines de lucro o entidades de acción social con o sin fines de lucro, financiadas con el aporte voluntario de sus afiliados o con subsidios, donaciones, etc., y administradas en forma privada sin intervención del Estado.

Privado sin cobertura: Comprende las prestaciones a cargo del usuario en instituciones privadas.

Ejemplo: Una internación realizada en un instituto privado (lugar 3 de la pregunta 55) cubierta por una obra social, corresponde al efector privado y al sistema de financiación de obra social.

Al relacionar la población que manifestó haber estado internada, con las instituciones asistenciales, se eliminaron del conjunto de egresos 15 internaciones producidas fuera del área metropolitana, ya que los establecimientos que prestaron los servicios no corresponden a la zona en estudio.

Igualmente no se consideraron 16 egresos de instituciones de las fuerzas armadas, que por su dependencia y tipo de financiación no corresponden a ninguna de las categorías definidas y 2 egresos sin información de efector ni sistema de financiación.

Los datos siguientes muestran la distribución de los egresos según efector:

PORCENTAJES DE EGRESOS SEGUN EFECTOR

TIPO DE INTERNACION	EFECTOR			
	Público	Obra Social	Privado	Total
Todas las causas	39.9	8.1	52.0	100.0 (296)
Causas generales	38.3	8.7	53.0	100.0 (196)
Partos	43.0	7.0	50.0	100.0 (100)

De aquí surge el peso del sector privado como efector de hospitalizaciones.

Pero el análisis se enriquece cuando se estudian los sistemas de financiación de los egresos, según se puede observar en la tabla siguiente:

PORCENTAJES DE EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION

TIPO DE FINANCIACION	SISTEMA DE FINANCIACION				Total
	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura	
Todas las causas	40.0	20.3	13.2	26.5	100.0 (295)*
Causas generales	38.5	21.5	14.9	25.1	100.0 (195)*
Partos	43.0	18.0	10.0	29.0	100.0 (100)

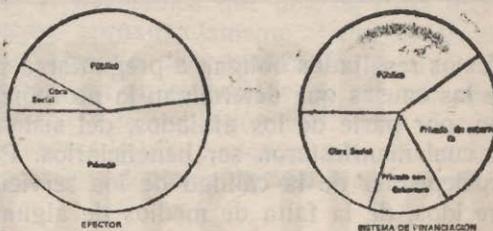
* Se desconoce el sistema de financiación de 1 egreso.

En este caso resalta la importancia del sector público respecto a las otras categorías.

Aun si se agrupan los egresos de Obra social y Privado con cobertura, resulta que el 33.5 % del total ha sido cubierto parcial o totalmente por algún sistema de seguro en salud, es decir que de todas formas el sector público es el que sigue financiando la mayor proporción de egresos (40 %).

GRAFICO 12

PORCENTAJES DE EGRESOS SEGUN EFECTOR Y SISTEMA DE FINANCIACION



De las prestaciones que realiza el efector privado prácticamente la mitad están cubiertas por algún sistema de seguro.

El 40 % de las internaciones financiadas por Obra Social se realizaron en establecimientos de su dependencia, y el resto en instituciones privadas.

Llama la atención el mayor flujo de internaciones por parto hacia los sistemas público y privado sin cobertura respecto a las cifras halladas para todas las causas, a expensas por consiguiente de una disminución de los porcentajes de parto en obras sociales y privado con cobertura.

Sólo el 28 % de los partos fueron financiados por algún tipo de seguro, mientras que ascendió a 36.4 para las otras causas.

En la tabla siguiente se puede observar que 2 de cada 5 de las internaciones de afiliados no fueron cubiertas, derivándose por partes iguales al sistema público y al privado sin prepago.

Haciendo referencia al comportamiento de los no afiliados se destaca que el 64 % de sus egresos se realizaron en el sector público.

PORCENTAJES DE EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y AFILIACION

AFILIACION	SISTEMA DE FINANCIACION				Total
	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura	
Afiliados	19.0	38.0	24.7	18.3	100.0 (158)
No afiliados .	64.0	—	—	36.0	100.0 (136)
Total	39.8	20.4	13.3	26.5	100.0 (294)

Estos resultados obligan a preguntarse sobre las causas que determinan la no utilización, por parte de los afiliados, del sistema del cual manifestaron ser beneficiarios. Podrá depender de la calidad de los servicios ofrecidos, de la falta de medios de algunas instituciones para hacerse cargo de las internaciones, de los limitantes a la accesibilidad por los sistemas de "coseguro", que determinan barreras económicas.

Si bien no se pueden contestar estos interrogantes, surge evidente el papel del sector oficial como primera instancia de atención para la población, importante aun dentro de aquella que manifiesta tener cobertura.

Días de internación por efector y sistema de financiación

El promedio de días de estada por egreso es uno de los indicadores más utilizados en estadísticas hospitalarias. De allí que es de interés relacionarlo con los efectores y los sistemas de financiación, tal como se presentan a continuación:

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA SEGUN EFECTOR

TIPO DE INTERNACION	E F E C T O R		
	Público	Obra Social	Privado
Todas las causas . .	13.4	10.0	7.9
Parto	4.3	3.1	3.4
Causas generales . .	18.7	12.8	10.1

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION

TIPO DE INTERNACION	SISTEMA DE FINANCIACION			
	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura
Todas las causas	13.4	11.2	10.3	4.8
Parto	4.3	3.8	3.9	3.0
Causas generales	18.7	14.4	12.5	5.9

Las diferencias en los promedios de días de estada, entre las categorías definidas pueden deberse a factores de la población de usuarios de cada sector, tales como condición social y características diferenciales de morbilidad y a los distintos métodos de trabajo de cada efector y sistema de financia-

miento. El sector privado tiene tendencia a hospitalizar patología aguda que permite un gran giro de camas, frente a la patología con cronicidad realizada en el sector público con más días de estada y menor movimiento de camas.

Se debe notar que estas cifras se refieren siempre a residentes del área, es decir no están consideradas las internaciones de personas no residentes en el área que podrían tener más días de estada en promedio. Asimismo, las internaciones en el año de residentes ya fallecidos a la fecha de la encuesta tampoco están computadas.

Características de internación del área metropolitana

- 1 de cada 20 personas manifestó haber tenido al menos una internación en el año previo a la entrevista.
- La tasa de internación para las mujeres exceptuando partos, es mayor que la tasa de internación para varones.
- Los partos son 1/3 de los egresos totales y la mitad de los egresos de las mujeres.
- A mayor edad, es mayor la tasa de internación, salvo en el primer grupo de edad donde toma el valor máximo.
- El promedio de días de estada de internación por causas generales es mayor en los varones; 3 de cada 4 partos tienen 5 o menos días de estada.
- 4 de cada 10 egresos por todas las causas ocurrieron en el subsector público.
- 1 de cada 3 egresos fue cubierto por algún sistema de seguro y 1 de cada 4 a cargo del usuario.
- 1 de cada 3 egresos de los afiliados no fue cubierto por ningún seguro.
- El subsector público tiene el promedio más alto de días de internación, y el privado sin cobertura produce los egresos de más corta duración.

UTILIZACION DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

El tratamiento analítico que se dará al tema de atención odontológica mantiene las mismas características anteriores, es decir medir la utilización que hacen las personas y los recursos utilizados. Pero en el caso de odontología la "consulta odontológica" puede no aparecer como un indicador adecuado, ya que las características actuales de la atención dental hace que la consulta odontológica sea irrelevante en muchos casos frente a la unidad "tratamientos" en particular y el tratamiento integral de la cavidad oral.

Esto es fundamentalmente porque consultantes a odontólogos con igual patología reciben un tratamiento con cierta independencia del número de consultas, el cual está condicionado por la calidad, decisión terapéutica y financiación de la consulta o del tratamiento. Por esta razón este indicador resulta para el análisis más válido como fin administrativo que como medida de atención a la población.

Los estimadores globales que se presentan son los siguientes:

a) *Proporción de consultantes a odontólogos en un mes*

Esta cifra estima la probabilidad de los individuos de la población en estudio de tener contacto con un servicio odontológico en un mes. Se origina en el cociente

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber consultado al odontólogo en un mes}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor observado en el estudio es de 9.6 %, lo que indica que una de cada diez personas, aproximadamente, toma contacto con un servicio de odontología en el área metropolitana en el período de un mes. Su proyección a la población total dará el número esperado de personas que utilizarán los recursos odontológicos del área en treinta días.

b) *Razón de consultas odontológicas-persona en un año*

Este indicador es el cociente entre el número de las consultas odontológicas mensua-

les y la población encuestada, multiplicada por 12.

$$\frac{\text{Nº de consultas odontológicas mensuales}}{\text{Población encuestada}} \times 12$$

El valor observado en el estudio es de 2.9, que puede llegar a tener alguna importancia institucional para estimar el número de consultas anuales del área, pero por lo manifestado anteriormente la consulta no es la forma de conceptualizar y medir este recurso.

c) *Razón entre el número de consultas y los consultantes a odontólogo en un mes*

Esta razón tiende a mostrar la concentración o intensidad con que se vuelca este recurso a la población consultante en un mes, aunque soportando las mismas restricciones que el estimador anterior:

$$\frac{\text{Nº de consultas odontológicas en un mes}}{\text{Nº de consultantes en un mes}}$$

El valor observado es de 2.5. Este estimador adquiere importancia cuando se lo analiza por categorías; por ejemplo, lugar de la consulta, efector.

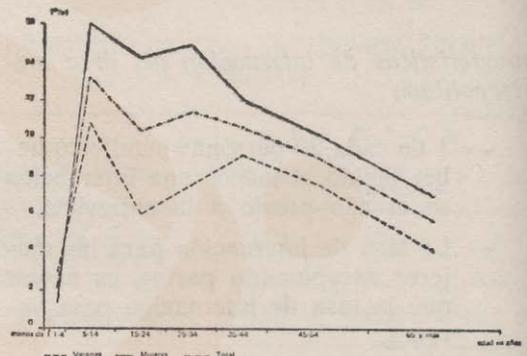
A continuación se analizan estos indicadores, según las variables independientes.

a) *Proporción de consultantes a odontólogo en un mes*

En esta proporción, analizada por grupo etéreo, el grupo de 4 años y menos es el que obviamente tiene menor probabilidad de consultar, mientras que el grupo de 5-14 años aparece como el mayor usuario de los servicios odontológicos. A partir de los 15 años la proporción desciende a medida que aumenta la edad. Esta tendencia descendente se manifiesta hasta las edades más avanzadas con una interrupción entre los 25 y 34 años.

Es evidente que la edad es un condicionante decisivo de la probabilidad de ser consultante de odontología, por los tipos de patología que presentan los distintos grupos bien diferenciados para cada sexo, pero además debe incidir fuertemente el costo del tratamiento; por ejemplo, prótesis en las personas mayores. Los valores correspondientes figuran en la tabla D-1 al final del desarrollo de este tema.

GRAFICO 13
PROPORCION DE CONSULTANTES A DENTISTA EN UN MES POR EDAD Y SEXO (%)



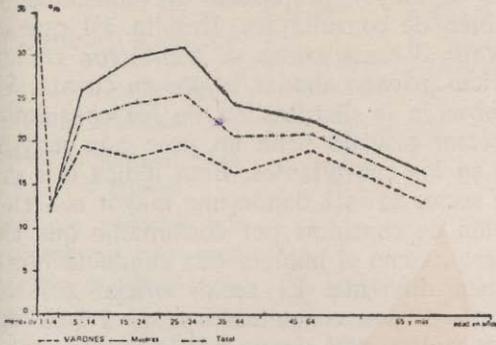
Si se consideran las proporciones de consultantes por sexo, las mujeres tienen una cifra mayor que los varones. Esta diferencia a favor del sexo femenino se mantiene en todos los grupos etéreos. Entre los 15 y 34 años esta diferencia se hace más notable, seguramente por la influencia del embarazo en la salud dental de la mujer y también por la mayor tendencia femenina a la consulta odontológica por razones estéticas.

Estudiando la relación entre percepción de un problema dental en el último mes y consulta odontológica en ese mismo período, surge que el 88 % de los consultantes mencionaron algún problema dental.

Profundizando el problema de percepción, se han calculado las tasas por edad y sexo que figuran en la tabla D-2 al final de este tema, destacándose que las mujeres presentan cifras más elevadas que los varones en casi todos los grupos etéreos. En el gráfico siguiente se presentan las curvas de consulta odontológica y de percepción de problema dental, ambas por edad.

GRAFICO 14

TASA DE PERCEPCION DE PROBLEMA DENTAL EN 1 MES POR EDAD Y SEXO (%)



Un aspecto importante de destacar es que el 39.2 % de los perceptores han realizado consulta en el período de referencia. No se observan grandes diferencias para esta proporción por sexo. Se debe notar que a pesar de que la mayor cantidad de consultas fueron de personas con problemas dentales percibidos, más de la mitad de los perceptores no habían consultado al dentista en el período de referencia.

Otro factor condicionante de la consulta al odontólogo es la accesibilidad económica, ya que a mayor nivel de ingreso, es mayor la proporción de consultantes. Los resultados obtenidos se observan en el siguiente cuadro:

PROPORCION DE CONSULTANTES SEGUN NIVELES DE INGRESO (%)

NIVELES DE INGRESO	PROPORCION DE CONSULTANTES EN %
I	8.0
II	9.2
III	12.9

Del mismo modo, la condición de afiliación a un sistema de seguro de atención médica, parece influenciar la consulta odontológica, ya que la proporción de consultantes entre los afiliados es de 10.9 %, mientras que es de 8.4 % para los no afiliados.

Sin embargo, llama la atención el hecho de que solamente el 40 % de los afiliados han utilizado su afiliación en la consulta odontológica. Discriminando por afiliación a obras sociales y a sistemas privados con co-

bertura se obtuvo el siguiente gráfico. Los datos figuran en la tabla D-3 al final del desarrollo de este tema.

GRAFICO 15

PROPORCION DE AFILIADOS SEGUN UTILIZACION DE SU AFILIACION PARA CONSULTA ODONTOLÓGICA

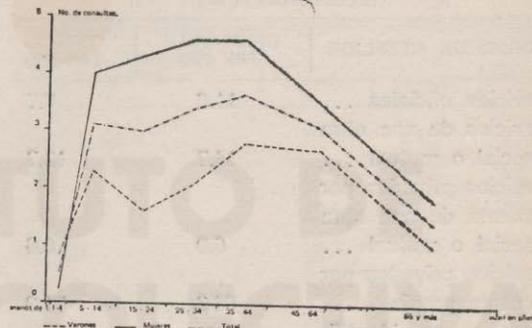


b) *Número de consultas por persona por año y número de consultas por consultantes en un mes*

La razón número de consultas por persona por año toma aproximadamente el mismo valor para los grupos de edades entre 15 y 64 años. Sólo aparece una disminución para el grupo de 65 y más años. En el análisis por edad y sexo la tendencia es similar al indicador global con valores siempre superiores para el sexo femenino. Los valores hallados figuran al final del capítulo en la tabla D-4.

GRAFICO 16

NUMERO DE CONSULTAS A DENTISTA POR PERSONA Y AÑO POR EDAD Y SEXO



c) *Concentración de consultas por consultante*

Esta situación comparada con la proporción de consultantes, en un mes que decrece

a medida que aumenta la edad, indica que la concentración de consultas por consultante aumenta con la edad. (La razón de consultas por persona está influenciada por la proporción de consultantes y la concentración de consultas).

Los valores se muestran en la siguiente tabla.

CONCENTRACION. NUMERO DE CONSULTAS POR CONSULTANTE EN 1 MES SEGUN EDAD

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE CONSULTAS POR CONSULTANTE
Menos de 1	—
1 - 4	1.9
5 - 14	1.9
15 - 24	2.4
25 - 34	2.5
35 - 44	2.9
45 - 64	2.9
65 y más	2.1
Total	2.5

d) Lugar-efector de la consulta

Es importante también relacionar el número de consultantes a odontólogo con el lugar de atención.

En el siguiente cuadro se muestran el número de consultas y consultantes por lugar y los valores relativos.

PROPORCION DE CONSULTANTES Y CONSULTAS POR LUGAR DE ATENCION (%)

LUGAR DE ATENCION	CONSULTANTES (%)	CONSULTAS (%)
Servicios oficiales ...	11.6	7.7
Servicios de una obra social o mutual ...	14.7	12.7
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual ...	6.0	6.6
Servicios privados por cuenta propia	64.3	71.0
Otros y no identificados	4.4	2.0
Total	100.0 (613)*	100.0 (1.526)

* Se ha contado un consultante más, pues figura un encuestado que se atendió en 2 lugares distintos

De esta tabla surge claramente que el sector privado con pago a cargo del usuario tiene la mayor proporción de consultas y también de consultantes. Resulta así que 2 de cada 3 consultantes se atendieron en un servicio privado abonando por su cuenta. Si se observa la distribución de las consultas, el sector privado tiene un peso aún mayor que en los consultantes. Esto indica que en este sector se está dando una mayor concentración de consultas por consultante que en el resto, como si hubiera una conducta terapéutica diferente. El sector oficial con el 11.6 % de los consultantes y el 7.7 % de las consultas, está dando por lo tanto la menor concentración.

Esta presunción se confirma cuando se analiza la concentración por lugar.

CONCENTRACION DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POR CONSULTANTE, SEGUN LUGAR POR MES

LUGAR DE ATENCION	CONCENTRACION
Servicios oficiales	1.6
Servicios de una obra social o mutual	2.1
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	2.7
Servicios privados por cuenta propia	2.8

Observando los porcentajes de consultas en la tabla D-5, al final de capítulo por lugar de atención y los tres niveles de ingreso anteriormente citados, se nota que a medida que aumenta el ingreso, aumentan también las cifras correspondientes al sector privado por cuenta propia y disminuyen las del sector oficial. Con respecto a obra social, cabe consignar que del segundo al tercer tramo de ingreso, la mitad de las consultas de obra social se canalizan hacia el sector privado.

Si el análisis por lugar se realiza introduciendo la variable afiliación, se puede detectar la distinta utilización que hace la población de los recursos de atención odontológica según su condición de afiliación.

PROPORCION DE CONSULTANTES (EN %) SEGUN LUGAR DE ATENCION Y AFILIACION

LUGAR DE ATENCION	AFILIACION	
	AFILIADOS	NO AFILIADOS
Servicios oficiales . . .	6.3	17.0
Servicios de una obra social o mutual	26.8	—
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	11.7	—
Servicios privados por propia	50.9	79.2
Otros y no identificados	4.3	3.8
Total	100.0	100.0

Se observa que más de la mitad de los individuos que manifestaron tener algún tipo de afiliación, recibió su atención odontológica en servicios privados haciéndose cargo del gasto. Este hecho avala el supuesto de que aunque los servicios de odontología estén cubiertos, la población no se atiende a través de su sistema de cobertura por desconocimiento, falta de accesibilidad o insatisfacción de los servicios ofrecidos.

Resumen

La mayor probabilidad de consultar al odontólogo se encuentra en la mujer; en el grupo de 5-14 años y en la población que manifiesta algún tipo de seguro de atención médica. La proporción de consultantes disminuye a partir del grupo 5-14 años a medida que aumenta la edad.

El número de consultas por persona y por año es mayor que en la mujer que en el varón. El valor se mantiene constante en el grupo etáreo de 5 a 64 años.

Dos de cada 3 consultantes y cerca de 2.5 de cada 3 consultas se realizan en el sector privado abonando el usuario la consulta por su cuenta. El sector privado es el que da mayor concentración de consultas por consultante y el sector oficial la menor. La mitad de la población que manifiesta estar afiliado a algún sistema de seguro de

atención médica se atiende en servicios privados por su cuenta.

A mayor nivel de ingreso, mayor proporción de consultantes, dada conjuntamente con una mayor canalización hacia el sector privado por pago directo y una menor proporción en el sector oficial.

TABLA D-1

PROPORCION DE CONSULTANTES A DENTISTA EN UN MES POR EDAD Y SEXO (%)

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
	Varones	Mujeres	
Menos de 1	—	—	—
1 - 4	2.9	1.3	2.1
5 - 14	10.8	16.0	13.2
15 - 24	6.0	14.2	10.4
25 - 34	7.6	14.9	11.4
35 - 44	9.1	12.0	10.6
45 - 64	7.6	10.2	9.0
65 y más	4.1	7.0	5.7
Total	7.4	11.5	9.6

TABLA D-2

TASA DE PERCEPCION DE PROBLEMA DENTAL EN UN MES POR EDAD Y SEXO (%)

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
	Varones	Mujeres	
Menos de 1	32.6	24.2	27.8
1 - 4	12.7	11.8	12.3
5 - 14	19.6	26.0	22.6
15 - 25	18.2	29.9	24.5
25 - 34	19.8	31.1	25.6
35 - 44	16.4	24.5	20.7
45 - 64	19.1	22.7	21.1
65 y más	13.6	16.5	15.2
Total	18.2	24.6	21.5

TABLA D-3
AFILIADOS SEGUN HICIERON O NO USO DE
SU AFILIACION PARA SU CONSULTA
ODONTOLOGICA

	Afiliación a obras sociales	Afiliación a sistemas privados	Doble afiliación	Afiliación sin identificación	Total
Hicieron uso ..	89	32	11	1	133
No hicieron uso	80	82	13	6	181

TABLA D-4
NUMERO DE CONSULTAS A DENTISTA POR
PERSONA Y AÑO, SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
	Varones	Mujeres	
Menos de 1	—	—	—
1 - 4	0.8	0.2	0.5
5 - 14	2.3	4.0	3.1
15 - 24	1.6	4.3	3.0
25 - 34	2.1	4.6	3.4
35 - 44	2.8	4.6	3.7
45 - 61	2.7	3.5	3.1
65 y más	1.0	1.8	1.4
Total	2.1	3.6	2.9

TABLA D-5
CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION
Y NIVEL DE INGRESO DE LOS
CONSULTANTES (%)

LUGAR DE ATENCION	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
Servicios oficiales ...	14.4	6.0	1.1
Servicios de una obra social o mutual ..	14.9	15.9	7.4
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual ..	6.5	6.3	6.4
Servicios privados por cuenta propia	61.3	69.6	84.0
Otro y no identificados	2.9	2.2	1.1
Total	100.0 (556)	100.0 (415)	100.0 (470)

UTILIZACION O CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El consumo de medicamentos presenta características de utilización diferentes de los otros recursos aquí analizados. Por un lado el consumo de medicamentos puede aparecer estrechamente ligado a la consulta médica y odontológica, es decir es una resultante directa de estas últimas. Por el contrario en otros casos, el consumo de medicamentos tiene un comportamiento más independiente en cuanto a la sistematización que muestran los recursos de atención médica. La automedicación o la indicación terapéutica por personas ajenas a los recursos formales de atención médica, son ejemplos típicos; tenemos entonces que el consumo de medicamentos puede estar influido no sólo por los otros recursos de atención médica, sino por los mecanismos directos de promoción y publicidad para el consumo.

Esta situación se hace aún más compleja si recordamos que la acción de los organismos productores se realiza por un lado hacia los profesionales de la salud y por otro a la opinión pública directamente.

En el caso de los primeros resulta evidente su participación en la cadena producción, promoción al profesional, medicación propuesta y consumo. La opinión pública se ve por otra parte influida por el consumo directamente, por la vía producción, promoción directa al público, consumo. Como los rubros medicamentos que participan de cada una de estas secuencias son en general diferentes en el análisis del comportamiento de la población frente a ellos, el estudio de su consumo deberá hacerse por tipo de medicamento.

Debe aclararse inmediatamente que cuando se define el tipo o clase de medicamento, se referirá a lo que la población entiende por tal. Es decir que en este caso la realidad del consumo del medicamento en cuanto a su tipo depende del verdadero concepto que la población tenga del medicamento que está tomando, o de la comunicación que pueda existir entre el profesional que lo indicó y el paciente, en el caso que esto suceda.

El período de referencia de dos semanas que se ha tomado para la pregunta 37 referida a consumo de medicamentos, puede re-

sultar válido para el encuestado que responde por sí, ya que se considera que en general la población recuerda su consumo de medicamentos en este período.

En donde aparece una importante limitación es en la internación obtenida sobre consumo de medicamentos a través de un miembro informante. Es decir que la restricción metodológica general de este estudio en cuanto a miembro informante, puede acentuarse en este caso, pues siendo un hecho habitual, el informante puede no conocerlo totalmente.

Esta limitación se hace aún más evidente en el caso del conocimiento del tipo de medicamento que se consume.

Para conocer esta situación y delimitar en parte esta restricción metodológica se deberá realizar el análisis de las poblaciones de los miembros informantes y la del resto de la población. Para el caso de esta primera presentación se efectuará parcialmente esta diferenciación, quedando establecidas así las restricciones de la misma.

Se analizarán los siguientes estimadores:

1) Tasa de consumidores de medicamentos en las dos últimas semanas previas a la entrevista; 2) la proporción de consumidores según tipo de medicamento; 3) la proporción de consumidores de cada tipo de medicamento, según haya sido o no indicado por un profesional.

1) La tasa bruta de consumidores de medicamentos surge del cociente:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber consumido medicamentos en las dos últimas semanas}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor obtenido en el estudio es de 46.3, lo que significa que para el área metropolitana aproximadamente la mitad de los individuos de la población estaban tomando algún tipo de medicamento en las dos últimas semanas previas a la entrevista.

2) En el segundo estimador la unidad de análisis es el consumidor según tipo de medicamento, pudiendo duplicarse el consumidor en los distintos tipos, pero no dentro del tipo de medicamento.

Se origina en la siguiente relación:

$$\frac{\text{Nº de consumidores de medicamentos de tipo } i \text{ (} i=1, \dots, 12 \text{)}}{\text{Nº total de consumidores}} \times 100$$

3) La proporción de consumidores según origen de la indicación para cada tipo de medicamento surge de:

$$\frac{\text{Nº de consumidores de medicamentos de tipo } i \text{ (} i=1, \dots, 12 \text{) según indicación}}{\text{Nº de consumid. de tipo } i \text{ (} i=1, \dots, 12 \text{)}}$$

Análisis de los indicadores

Es evidente que entre otros factores la característica de utilización por "su cuenta" o automedicación debe condicionar fuertemente para que, aproximadamente, la mitad de la población del área metropolitana esté consumiendo medicamentos en un período de referencia de dos semanas.

Quando se clasifica a la población por grupos de edades se advierte que hay asociación entre una tasa más alta de consumo cuanto mayor es la edad, a excepción del primer grupo de edad, cuya utilización en general no es volitiva ni consciente, que presenta una tasa de morbilidad más alta según se muestra en el capítulo de morbilidad.

TASA DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS EN DOS SEMANAS SEGUN EDAD

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	TASA DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS (dos semanas) %
Menos de 10	41.2
10 - 24	32.4
25 - 44	42.6
45 - 64	53.7
65 y más	69.5
Total	46.3

Seguidamente no sólo la capacidad de voluntad de ingerir medicamentos hace que en los grupos de más altas edades dos de cada

tres personas los consuman en las últimas dos semanas, sino que aquí debe estar influyendo la necesidad cada vez mayor de ingerir medicamentos ante una labilidad biológica creciente. Es de destacar la relación que presenta la percepción de morbilidad y la utilización de medicamentos por grupo etáreo según muestran los siguientes gráficos.

GRAFICO 17

PERCEPCION DE MORBILIDAD Y UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO (EN %)

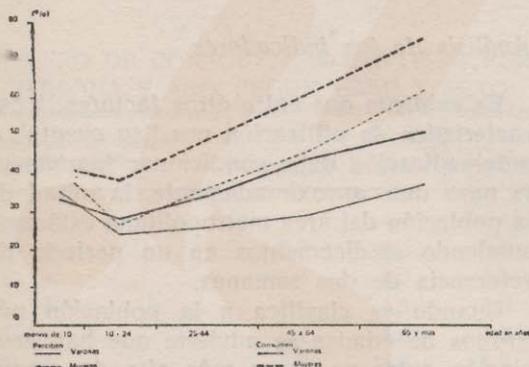
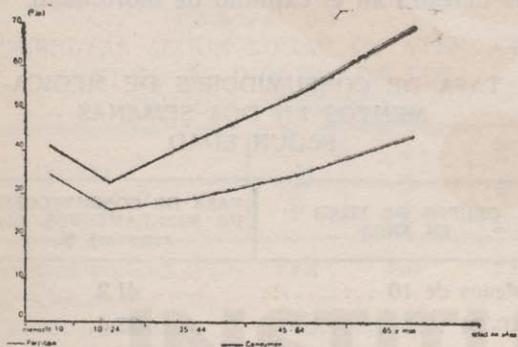


GRAFICO 18

PERCEPCION DE MORBILIDAD Y UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR GRUPO ETAREO (EN %)



Si se analiza por sexo, se observa que el consumo es diferencial, ya que las mujeres muestran una tasa más alta que los varones, característica que se mantiene para los distintos grupos de edad a excepción de los menores de 10 años en que no se observan diferencias.

TASA DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS (%) SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	MUJERES	VARONES
Menos de 10	41.3	41.2
10 - 24	38.0	26.4
25 - 44	48.8	35.9
45 - 64	60.7	45.6
65 y más	75.4	61.8
Total	50.2	38.6

A partir de los 10 años a mayor edad es mayor la diferencia entre las tasas por sexo, regularmente más altas las del sexo femenino.

Si se relaciona la utilización de medicamentos con la consulta médica en el mismo período, vemos que menos de la tercera parte de los que ingieren medicamentos han consultado al médico en las dos semanas. Del total de individuos que consultaron al médico, el 86.2 % o sea seis de cada siete consultantes a médico consumen medicamentos; y que de los individuos que no consultaron al médico en las dos semanas, más de la tercera parte consume medicamentos (37 %).

Con cierta irregularidad esta asociación de haber o no consultado, se mantiene para los distintos niveles de ingreso.

NIVEL DE INGRESO	CONSULTAS A MEDICO (Dos semanas)		TASA DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS (en %)
	Proporción de consultantes dentro de los consumidores		
	Consultantes a médico	No consult. a médico	
I	31.5	68.5	39.4 (100.0)
II	27.8	72.2	44.1 (100.0)
III	28.6	71.4	55.5 (100.0)
Total	29.7	70.3	46.3 (100.0)

Considerando la variable nivel de ingreso, se observa una asociación positiva, o sea que a mayor nivel de ingreso, mayor es la proporción de consumidores, como si la acce-

sibilidad económica fuera condicionante del consumo.

Tipo de medicamento consumido

Al analizar la proporción de consumidores según tipo de medicamento consumido, se nota que las proporciones van desde los consumidores de calmantes-analgésicos con la cifra más alta a la insulina con la más baja proporción. Observando la tabla siguiente aparece claramente como condicionante la facilidad o habitualidad del uso junto con la rigidez y especificidad de la prescripción médica para ciertas drogas.

Al estudiar por tipo de medicamento se encuentra que 1 de cada 3 consumidores de medicamentos toma calmantes, analgésicos; que 1 de cada 4 toma vitaminas y que 1 de cada 5 toma digestivos.

MEDICAMENTOS	Proporción de consumidores s/tipo de medicamento consumido
Calmantes, analgésicos, antiespasmódicos	37.9
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos	23.1
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o la digestión	21.1
Sedantes	14.1
Antibióticos	12.8
Jarabes para la tos, expectorantes.	11.6
Hipotensores, remedios para la presión	8.5
Remedios para regular el apetito .	4.4
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas	2.6
Cortisona, deltisona. u otros corticoides	1.5
Insulina	0.7
Otros	30.5

Como se ha manifestado cabalmente, cada persona entra en este cuadro según tantos tipos de medicamentos haya consumido, de allí que las proporciones no deban sumarse, pues no son excluyentes y por supuesto su suma da más de 100. El denominador es el número de consumidores.

Si dentro de cada tipo de medicamento se observa quién lo indicó, vuelve a aparecer que en aquellos tipos de medicamento que

son más consumidos es menor la prescripción médica y aquellos que presentan la menor proporción de consumo son casi exclusivamente prescritos por profesional médico, a excepción de las vitaminas y de los sedantes, estos últimos por control legal.

Donde se observa además que la contrapartida de la prescripción profesional es la automedicación, bien marcada para los analgésicos y nula para drogas tan específicas como la insulina.

La alta proporción de indicación médica para el consumo de vitaminas puede estar indicando la orientación dada por los profesionales y/o el productor hacia el alto consumo de un medicamento no justificado para un área como la que se está estudiando.

Si se analizan las prescripciones practicadas por farmacéuticos, se observa cierta correspondencia con el tipo de medicamento que se consume en la automedicación, con predominio de los antitusígenos. Se suponía encontrar valores más altos, pero seguramente no siempre es fácil diferenciar culturalmente por parte del encuestado lo que es automedicación de la indicación del farmacéutico. Dentro de los consumidores de medicamento que declaran prescripción terapéutica, interesa conocer qué proporción de ellos repitieron la medicación sin indicación profesional dentro de cada tipo.

Esta es la proporción de consumidores de medicamentos según tipo que repitieron la medicación sin indicación expresa del médico:

TIPO DE MEDICAMENTO	Proporción de repetición por auto-decisión
Jarabes para la tos, expectorantes	8.1
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o la digestión	7.2
Sedantes	5.4
Calmantes, analgésicos, antiespasmódicos	4.9
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos	4.0
Antibióticos	2.6
Remedios para regular el apetito .	2.4
Remedios para la presión. Hipotensores	2.2
Insulina	0.0

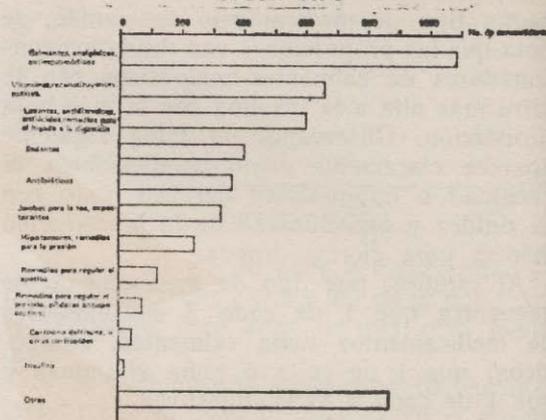
Cortisona, deltisona u otros corticoides	0.0
Píldoras anticonceptivas, remedios para regular el período	0.0
Otros	3.2

Aquí se ve que la proporción de individuos que repiten la medicación sin indicación profesional según tipo, se distribuye similarmente a la automedicación, estimulada por la aparente inocuidad y la habitualidad de su uso.

El supuesto de que la condición de la entrevista de ser personal o a través de un informante del grupo familiar, modificaría la exactitud de la respuesta, conduce a controlar la variable respuesta personal o por informante. Es necesario recordar que los

encuestados menores de 15 años son considerados con respuesta personal.

GRAFICO 19
NUMERO DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO



CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO DE MEDICAMENTO Y QUIEN LO INDICO

TIPO DE MEDICAMENTO	INDICACION								
	MEDICO PERSONALMENTE				MEDICO POR TELEFONO	FARMACEUTICO	AUTOMEDICADO	SIN INFORMACION	OTRO
	Total	En esta oportunidad	En otra oportunidad con indicación de repetición	En otra oportunidad sin indicación de repetición					
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos	84.6	71.2	11.2	2.2	0.5	3.3	4.8	0.8	6.0
Antibióticos	92.9	37.0	50.4	5.5	—	—	4.7	0.8	1.6
Jarabes para la tos, expectorantes	94.8	31.5	61.1	2.2	0.5	0.5	3.2	0.5	0.5
Calmanantes, analgésicos, antiespasmódicos	89.9	39.6	46.6	3.7	0.1	0.7	7.2	0.5	1.6
Remedios para regular el apetito	97.6	47.6	50.0	—	—	—	2.4	—	—
Sedantes	21.7	25.0	16.9	2.3	0.7	2.3	50.1	0.2	2.5
Insulina	98.8	28.7	68.9	1.2	—	0.4	0.4	—	0.4
Cortisona, deltisona u otros corticoides	74.9	24.8	44.7	5.4	0.5	2.1	21.2	0.5	0.8
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas	92.1	30.8	61.3	—	1.3	1.3	2.7	1.3	1.3
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o digestión	72.9	48.5	18.9	5.5	0.3	7.2	17.6	0.3	1.7
Remedios para la presión, hipotensores	100.0	15.0	85.0	—	—	—	—	—	—
Otros	86.5	38.2	45.6	2.7	0.6	2.7	7.3	0.2	2.7

Al calcular la proporción de respuestas personales o por informantes para los distintos tipos de medicamentos, no se observan en general mayores diferencias; a excepción de la alta proporción de informantes para los antiglicémicos, seguramente por lo

manifiesto de este tipo de tratamiento y la alta proporción de personales para los anti-conceptivos y hormonales condicionado por la mayor ocurrencia de mujeres entre las entrevistas personales y algunas pautas culturales sobre el uso de estos medicamentos.

PROPORCION DE RESPUESTAS PERSONALES O POR INFORMANTE
SEGUN TIPO DE MEDICAMENTO (%)

TIPO DE MEDICAMENTO	RESPUESTA		TOTAL Nº
	Personal (%)	Informante (%)	
Calmantes, analgésicos, antiespasmódicos ..	80.2	19.8	1.084
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos	80.0	20.0	660
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o la digestión	74.2	25.8	602
Sedantes	73.6	26.4	402
Antibióticos	77.9	22.1	366
Jarabes para la tos, expectorantes	80.3	19.7	330
Remedios para la presión. Hipotensores ...	70.8	29.1	243
Remedios para regular el apetito	77.0	23.0	126
Remedios para regular el período. Píldoras anticonceptivas	90.7	9.3	75
Cortisona, deltisona u otros corticoides ...	71.4	28.6	42
Insulina	65.0	35.0	20
Otros	76.7	23.3	871

Si la proporción de automedicados se estudia dentro de las respuestas personales y dentro de los informantes para cada tipo de medicamento, no se observan regularidades ya que no se corresponden ni con la mayor o menor proporción total de automedicación para cada tipo, ni con la proporción de informantes totales para cada tipo.

Proporción de automedicados dentro de los encuestados personales o por informante según tipo de medicamento (en %):

TIPO DE MEDICAMENTO	PROPORCION DE AUTOMEDICADOS	
	Personales	Informantes
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos	6.5	10.6
Antibióticos	3.5	10.1

Jarabe para la tos, expectorantes	15.5	26.6
Calmantes, analgésicos, antiespasmódicos	52.2	47.2
Remedios para regular el apetito	6.2	0
Sedantes	3.0	3.8
Insulina	0	0
Cortisona, deltisona, u otros corticoides	3.3	0
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas	2.9	0
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o digestión	23.9	14.4
Remedios para la presión. Hipotensores	0	1.4
Otros	7.9	5.9

Siendo más altas las proporciones dentro de los personales para los laxantes-antidiarreicos, los orexígenos, los calmantes-analgésicos; y más altas dentro de los informantes para los antitusígenos, los antibióticos y las vitaminas.

Resumen

Las características del área metropolitana en cuanto a los usuarios de medicamentos se pueden sintetizar restringiendo lo siguiente: aproximadamente la mitad de la población del área estaba tomando algún medicamento en las últimas dos semanas.

Hay una fuerte incidencia de la automedicación en esa tasa global de consumidores de medicamentos.

A partir de los 10 años, cuando mayor es la edad, más alta es la tasa de consumidores, relacionado esto directamente con el comportamiento de la tasa de percepción de morbilidad.

La proporción de usuarios en las mujeres es más alta a cualquier edad, aunque puede estar influida por su condición de ser entrevistada personalmente en su gran mayoría, ya que aproximadamente el 70 % de las mujeres fueron entrevistadas personalmente.

Cuanto más alto es el nivel de ingresos, mayor es la proporción de consumidores.

La mayoría de los consultantes a médico, 6 de cada 7, tomaron algún medicamento en el período de referencia.

Los calmantes-analgésicos son los medicamentos más utilizados, siguiéndoles en orden decreciente las vitaminas y laxantes-antidiarreicos.

La contrapartida de la prescripción médica es la automedicación, siendo la prescripción por farmacéutico más baja de lo esperado.

Los tipos de medicamentos con mayor proporción de utilizadores son los que tienen menor prescripción médica, a excepción notable de las vitaminas.

UTILIZACION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Dadas las características de estos recursos y al ser ésta una información obtenida

de la población, se analiza en este subtema las personas que toman contacto con estos servicios, pero no se investiga las características de complejidad del recurso utilizado.

Para considerar que la autodecisión del uso de radiología y laboratorio es excepcional, es que se obvia en este estudio el conocimiento de quién indicó su utilización. Por la definición misma de servicios auxiliares de diagnóstico, están de alguna manera ligados a la utilización de otros recursos de atención médica (consulta médica, odontológica, etcétera).

Es esta relación con otros recursos utilizados lo que posibilita relacionar los usuarios de servicios complementarios con los que utilizaron. por ejemplo, la consulta médica. Al hacer estas relaciones se hace notar que los individuos que utilizaron radiología y laboratorio en las dos últimas semanas pueden no haber realizado la consulta médica en ese período, ya que su indicación en una consulta médica puede haber sido anterior a esa fecha; de igual manera que los individuos que tienen consulta médica en las mismas dos semanas, pueden tener indicada la utilización de servicios auxiliares para una fecha posterior a la entrevista. Sin embargo, es importante relacionar ambas poblaciones de usuarios a efectos de estimación y proyección de utilización del recurso como conjunto.

Así demarcado el problema, la línea analítica tiene los siguientes estimadores globales:

1. Proporción de usuarios de laboratorio en las dos últimas semanas

Estima la probabilidad de los individuos de la población de tomar contacto con un servicio de laboratorio para el período. Surge del cociente:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado servicios de laboratorio en las últimas dos semanas}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor observado en el estudio es de 2.3 %, que indica que aproximadamente 1 de cada 43 personas toman contacto con laboratorio en dos semanas.

2. Razón entre usuarios de laboratorio y de la consulta médica

Es la siguiente relación:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado laboratorio en las últimas dos semanas}}{\text{Nº de personas que manifestaron haber consultado médico en las últimas dos semanas}} \times 100$$

El valor hallado en el estudio es de 15.0 % que indica que por cada 100 individuos que consultaron al médico hubo 15 que utilizaron los servicios de laboratorio. Esta razón resulta de utilidad ya que conociendo para el área el número de consultantes a médico puede estimarse el número de personas que tuvo al menos un contacto con el servicio de laboratorio en dos semanas.

3. Proporción de usuarios de radiología

Presenta las mismas características que la tasa de utilizadores de laboratorio y surge del siguiente cociente:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado Rx en las últimas dos semanas}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor hallado en el estudio es de 1.6 % y su proyección a la población total da el número de personas que toman contacto al menos una vez en dos semanas con el recurso radiológico. Se destaca también en este caso que no se conoce la complejidad del recurso utilizado.

4. Razón entre usuarios de radiología y de la consulta médica

Se origina en:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado Rx en las últimas dos semanas}}{\text{Nº de personas que manifestaron haber consultado al médico en las últimas dos semanas}} \times 100$$

El valor hallado 10.7 % permite estimar el número de personas que utilizarán el recurso radiológico en función del conocimiento de los consultantes a médico en el área, en el período de referencia.

Laboratorio

La proporción de usuarios de laboratorio fue de 2.3 %. Si se analiza el comportamiento de este indicador en relación a la edad, se observa que la utilización de los servicios de laboratorio crece a medida que la edad aumenta. Así se tiene que en los menores de 10 años sólo el 1.3 % utilizó estos servicios contra el 3.2 % en los grupos de 45 a 64 y 65 y más años.

Si se estudia la distribución por sexo, se nota que la mujer hace mayor uso de estos servicios que el hombre, 1.9 % de estos últimos contra 2.7 % de las primeras. Esta relación se mantiene para diferentes grupos de edad, pero notándose que entre 25 y 44 años no existe prácticamente diferencia entre ambos sexos, como se observa a continuación:

PROPORCIÓN DE USUARIOS DE LABORATORIO SEGUN EDAD Y SEXO (%)

EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
	V	M	
0 - 9	1.1	1.5	1.3
10 - 24	1.5	2.6	2.1
25 - 44	2.1	2.2	2.2
45 - 64	2.3	3.9	3.2
65 y más	3.2	3.2	3.2
Total	1.9	2.7	2.3

La variable afiliación a un sistema de seguro parece diferenciar a la población en el uso de estos servicios, ya que la proporción de usuarios dentro de los que manifestaron no tener afiliación es de 2.0 % y para los afiliados es de 2.8 %. Es de notar que no se conoce realmente si la afiliación manifestada cubría los servicios de laboratorio, ya que se sabe que en muchos casos la afiliación no cubre este tipo de prestaciones. Más lógico hubiera sido diferenciar a la población según manifestación de cobertura o no de los servicios de laboratorio. Sin embargo, este primer resultado puede inducir a nuevas investigaciones como las ya señaladas o también a detectar otras variables intervinientes que podrían estar influyendo en la diferencia ya apuntada.

Si se analiza la variable ingreso, se observa que la proporción de usuarios aumenta a medida que el ingreso crece. La proporción de usuarios en el tramo de ingresos más bajo o primer tramo de ingresos es de 1.9, siendo en el segundo tramo de 2.1 % y en el tramo superior de 3.4 %.

La razón entre los usuarios de servicios de laboratorio y los que realizaron al menos una consulta médica (ambos tomados en el período de dos semanas) indica que existe una relación de 15.2 usuarios de laboratorio por cada 100 consultantes a médico. Esta razón es creciente con la edad, ya que en el grupo de menos de 24 años la razón es de 11.3, siendo 19.5 y 17.2 para los grupos de 45 a 64 y 65 y más años.

Si se examina la distribución por sexo, aparece la mujer con un valor superior al varón, 16.5 % contra 13.4 %, alcanzando el valor máximo para la mujer de 45 a 64 años. Los valores se presentan en la siguiente tabla:

PROPORCION DE USUARIOS DE LABORATORIO DENTRO DE LOS CONSULTANTES A MEDICO SEGUN EDAD Y SEXO (%)

EDAD	SEXO		TOTAL
	V	M	
0-24	8.6	13.9	11.3
25-44	17.3	15.8	16.5
45-64	17.2	21.0	19.5
65 y más	18.4	16.4	17.2
Total	13.4	16.5	15.2

Interesa también conocer la utilización que se hace de los distintos servicios de laboratorio del área.

Los servicios privados abonados por cuenta del usuario fueron los más utilizados, correspondiéndole el 37.7 % de las prestaciones. Siguen en orden decreciente los servicios de una obra social o mutual con el 21.2 %, los servicios oficiales con un 17.8 % y los servicios privados por cuenta de una obra social o mutual con 14.4 %¹.

¹ Hay un 8.9 % de prestaciones de laboratorio que se realizaron en instituciones de las fuerzas armadas y lugar no especificado.

Si se observa la distribución de prestaciones según forma de pago, resulta que el 35.6 % de los usuarios utilizaron servicios de laboratorio cubierto por algún sistema de seguro. El sistema oficial aparece como el que recibió menor cantidad de usuarios, sólo el 17.8 %.

Al agregarse las categorías de privado por obra social y privado por su cuenta, resulta que el 52.1 % de las prestaciones las brindó el sector privado. Esta observación de que la mitad de los usuarios recurren a establecimientos privados, debe ser comparada con la distribución porcentual de la oferta de recursos para de esa manera poder sacar conclusiones referentes a accesibilidad y utilización de los mismos.

Si se consideran conjuntamente ingreso y lugar, vemos que el ingreso no influye en la orientación hacia el lugar utilizado, ya que en magnitudes parejas, el lugar con mayor porcentaje de población usuaria fue el privado por su cuenta para todos los niveles de ingreso.

PROPORCION DE USUARIOS DE LABORATORIO (%) SEGUN LUGAR POR CADA NIVEL DE INGRESO

LUGAR	INGRESO			
	I	II	III	Total
Serv. privado/obra social o mutual ..	12.5	16.7	12.8	14.4
Serv. privado/P. directo	35.7	36.2	40.4	37.7
Serv. oficial	14.3	19.4	19.1	17.8
Serv. obra social o mutual	25.0	19.4	21.3	21.2
FF. AA. y otros ...	12.5	8.3	6.4	8.9
Total	100.0 (56)	100.0 (37)	100.0 (47)	100.0 (140)

Si se estudia conjuntamente afiliación y lugar, resulta que el 23.5 % de los afiliados se atienden en forma privada pagando por su cuenta. Esto avala nuestra posición anterior de duda al estudiar la proporción de usuarios según afiliación, ya que se ve que casi el 30 % de usuarios afiliados no utilizaron esos servicios, recurriendo algunos al

sector oficial y la mayor parte al privado por su cuenta.

PROPORCION DE USUARIOS DE LABORATORIO (%) SEGUN LUGAR PARA AFILIADOS Y NO AFILIADOS

LUGAR	AFILIACION		
	No afiliados	Afiliados	Total
Serv. privado/obra social o mutual	—	25.9	14.4
Serv. privado/P. directo	57.2	23.5	37.7
Serv. oficial	34.9	4.9	17.8
Serv. obra social o mutual	1.6	37.1	21.2
FF. AA. y otros	6.3	8.6	8.9
Total	100.0 (65)	100.0 (81)	100.0 (146)

Radiología

La proporción de usuarios de radiología fue de 1.6 % de la población encuestada.

El valor de este indicador aumenta a medida que la edad crece, siendo de 1.0 % para el grupo de menores de 10 años y de 2.4 % para el grupo entre 45 y 64 años. El grupo de 65 y más años aparece con una baja proporción (1.0 %).

Existe poca diferenciación de la utilización en relación al sexo, siendo la proporción de usuarios del sexo masculino de 1.8 % ligeramente mayor que para el femenino de 1.4 %. En el grupo de 24 a 44 años la diferencia por sexo se acentúa, según lo indica la siguiente tabla:

PROPORCION DE USUARIOS DE RADIOLOGIA SEGUN EDAD Y SEXO (%)

EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
	V	M	
0- 9	1.3	0.8	1.0
10-24	1.8	1.3	1.6
25-44	2.0	1.3	1.6
45-64	2.5	2.3	2.4
65 y más	0.9	1.1	1.0
Total	1.8	1.4	1.6

La afiliación a algún sistema de seguro también parece diferenciar a la población en el uso de este servicio. La proporción de usuarios dentro de los afiliados es de 2.0 %, mientras que para los no afiliados es de 1.4 %. Son válidas en este momento las mismas consideraciones hechas al analizar la utilización de servicios de laboratorio.

De igual forma la proporción de usuarios aumenta al crecer el ingreso. En los tramos I y II de ingreso la proporción es de 1.5 % y para el tramo III es de 2.1 %.

Al relacionar la población usuaria de servicios de radiología con la que realizó al menos una consulta médica, en el mismo período de referencia hay 10.7 usuarios de radiología por cada 100 consultantes a médico, relación que toma el valor máximo para el grupo entre 25 y 44 años.

Si se estudia la distribución por sexo, resulta que la razón usuarios de radiología consultante a médico, es mayor para el masculino como se muestra en la siguiente tabla:

PROPORCION DE USUARIOS DE RADIOLOGIA DENTRO DE LOS CONSULTANTES A MEDICO (%) SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
	V	M	
0-24	10.1	6.9	8.5
25-44	16.4	9.4	12.5
45-64	18.3	12.2	14.5
65 y más	5.3	5.4	5.4
Total	13.0	8.8	10.7

Resulta interesante destacar la diferencia por sexos que surge de una menor probabilidad del varón de consultar al médico. Esto podría estar indicando un tipo especial de utilización de servicios de radiología por parte del sexo masculino, no del todo ligado a las tendencias de utilización de atención médica ambulatoria.

Interesa también conocer cómo se utilizan los servicios de radiología del área.

Los servicios oficiales fueron los más utilizados cubriendo el 30.4 % de las prestaciones. Debe destacarse que en el caso de servicios de laboratorio, los servicios priva-

dos por cuenta del usuario eran los más frecuentes. En el caso de radiología la mayor utilización oficial puede deberse a una mayor oferta de los mismos, a una mayor accesibilidad, a que el mayor costo influye que se deriven más radiografías al sector oficial.

En la tabla siguiente se muestra la distribución porcentual de usuarios de radiología según lugar.

LUGAR	PORCENTAJE DE USUARIOS
Serv. privado/obra social o mutual	15.7
Serv. privado/cuenta propia ...	24.5
Serv. oficial	30.4
Obra social o mutual	15.7
FF. AA. y otros	13.7

Si se examina la distribución de prestaciones según forma de pago, resulta que la más utilizada fue a través de un sistema de seguro, ya que el 45.1 % de los usuarios utilizaron servicios de radiología cubiertos por algún sistema de seguro, siendo el menos utilizado el privado por su cuenta con un 24.5 %.

Si se observa las variables ingreso y lugar, resulta que a diferencia de lo que ocurre en laboratorio, el ingreso parece influir en el lugar de consumo de estos servicios auxiliares de alto costo.

PROPORCIÓN DE USUARIOS DE RADIOLOGIA (%) SEGUN LUGAR POR CADA NIVEL DE INGRESO

LUGAR	INGRESO		
	I	II	III
Serv. privado/obra social o mutual	11.1	23.1	18.5
Serv. privado/cuenta propia	17.8	19.2	37.1
Serv. oficial	37.8	30.8	18.5
Obra social o mutual	17.8	11.5	14.8
FF. AA. y otros	15.5	15.4	11.1
Total	100.0 (45)	100.0 (26)	100.0 (27)

En los tramos I y II de ingreso, los servicios oficiales son los que atienden la mayor cantidad de usuarios, mientras que para la población de más altos ingresos, el sector privado por su cuenta aparece brindando la mayor cantidad de prestaciones.

Interesa también recalcar que dentro de los usuarios que manifestaron estar afiliados, un 33.9 % no hizo uso del sistema que lo cubría, recurriendo por partes iguales al sector oficial y al privado por su cuenta.

Resumen

La proporción de usuarios de laboratorio y de radiología aumenta a medida que la edad crece.

La proporción de usuarios de laboratorio es mayor que la proporción de usuarios de radiología para ambos sexos, pero siendo para laboratorio mayor la de mujeres y para radiología mayor la de los varones.

Los servicios privados a cargo del usuario en laboratorio y los servicios oficiales en radiología son respectivamente los más utilizados.

La variable ingreso parece no influir directamente en la orientación de lugar para servicios de laboratorio, pero sí en servicios de radiología.

UTILIZACION DEL RECURSO FARMACEUTICO Y DE ENFERMERIA

El estudio de la demanda atendida por problemas de salud por parte de un farmacéutico o enfermera tiene connotaciones distintas para cada caso. La manifestación del encuestado de haber consultado a un farmacéutico por problemas de salud nos da una medida de la influencia de este profesional en la atención de la población y la relación con la utilización de medicamentos.

Debe destacarse, sin embargo, que la consulta por salud al profesional farmacéutico se da casi generalmente en la farmacia y en relación con un consejo para recibir un medicamento. Esta situación hace que si bien denominemos consulta para definir el contacto con un médico o farmacéutico, ambos seguramente difieren en su contenido y motivaciones.

La utilización del recurso farmacéutico, medido como proporción de la población en-

cuestada que consultó en el período de dos semanas previas a la entrevista, da un valor de 0.53 % que es notablemente inferior a la proporción de la población que consultó a médico (15.3 %). Por cada 30 consultantes a médico hay un consultante farmacéutico.

La manifestación de haber consultado a una enfermera por problemas de salud, medida como "consulta a enfermera", puede incluir el consejo sobre aspectos de salud que la población solicita a este personal sanitario como también alguna práctica propia de la enfermería como aplicación de inyecciones, nebulizaciones, etc., situaciones no diferenciadas en el cuestionario.

Para el área metropolitana, la estimación de la tasa de consultantes a enfermera es de 0.53 %, igual valor que para farmacéutico.

Análisis de los indicadores

Frente a lo esperado que era un alta frecuencia en la utilización de este recurso, se encuentra que la población manifiesta una mínima proporción de demanda atendida por farmacéutico y enfermera, cuyo valor es menor del 1 % de los encuestados.

Ante probabilidades tan bajas buscar características condicionantes parece ser no productivo como conocimiento; de cualquier forma como sistematización metodológica se trabajará con las variables habituales en este estudio, pero exclusivamente en forma aislada y se referirán las tasas por mil individuos.

Al trabajar con frecuencias tan bajas ocurren hechos como que se presente un grupo con una frecuencia relativa alta que distorsione una distribución y muestre irregularidades que pueden no ser reales.

PROPORCION DE CONSULTANTES (o/oo) EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN EDAD

GRUPOS DE EDAD (EN AÑOS)	PROPORCION DE CONSULTANTES (o/oo) A:	
	Farmacéutico	Enfermera
Menos de 15	6.5	6.5
15 - 44	5.5	4.5
45 y más	4.0	5.5
Total	5.3	5.3

Las características señaladas no permiten hipotetizar ninguna asociación, ni comparación entre farmacéutico y enfermera, además de presentar ambos tasas brutas iguales.

Si se relaciona la consulta a farmacéutico o enfermera, con el hecho de haber o no consultado al médico en igual período, se observan diferencias entre los consultantes a farmacéutico y enfermera.

PROPORCION DE CONSULTANTES A ENFERMERA Y FARMACEUTICO, SEGUN SI CONSULTARON A MEDICO EN LAS DOS SEMANAS

CONSULTA PARAMEDICA	CONSULTA MEDICA		Total
	Consultó a médico	No consultó a médico	
Consultante a farmacéutico	8.8	91.2	100.0 (n = 34)
Consultante a enfermera	47.1	52.9	100.0 (n = 34)

Casi la totalidad de los individuos que consultan a farmacéutico no ha tenido contacto médico, en cambio aproximadamente al mitad de los que consultaron a enfermera tuvieron consulta médica. Además, el 2 % de los consultantes a médico consultaron al farmacéutico y el 16.3 % consultó a enfermera.

Cuando categorizamos por afiliación se observa que los afiliados hacen un mayor uso de enfermería, mientras que la tasa para farmacéutico es baja para ese mismo grupo.

PROPORCION DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS SEGUN AFILIACION (o/oo)

AFILIACION	PROPORCION DE CONSULTANTES (o/oo)	
	Farmacéutico	Enfermera
Afiliados	2.4	7.5
No afiliados	8.0	3.6
Total	5.3	5.3

Para nivel de ingreso se encuentra una cierta regularidad, pero frecuencias tan bajas no permiten arriesgar ninguna hipótesis.

PROPORCION DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS SEGUN NIVEL DE INGRESO (o/oo)

NIVEL DE INGRESO	PROPORCION DE CONSULTANTES (o/oo)	
	Farmacéutico	Enfermera
I	5.1	6.5
II	5.6	5.1
III	5.9	2.9
Total	5.3	5.3

Se observa que a mayor nivel de ingreso, son mayores las tasas de consulta a farmacéutico y menores las tasas de consulta a enfermera, afirmación que podría ser comprobada dentro de un marco teórico que diferenciara en categorización social o "status" a ambos recursos.

La conclusión que se hace de la utilización de este recurso, es que tiene una frecuencia mucho más baja de lo esperado, en función de lo que la experiencia señalaba como contactos cotidianos, en contraposición de lo que la población manifiesta como percepción de haber recibido una consulta paramédica.

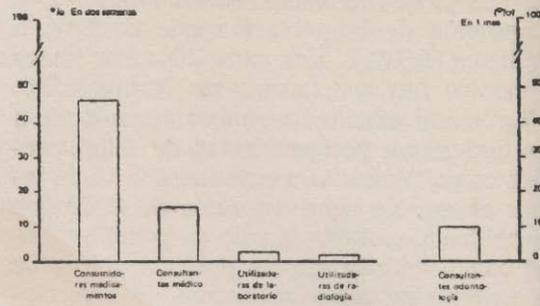
UTILIZACION DE RECURSOS

Resumen

Sintetizando el conocimiento de la utilización de los distintos recursos de acuerdo a los distintos períodos de referencia, se observa que en las "dos últimas semanas" la población de consumidores de medicamentos es tres veces mayor que la población de consultantes a médico, y que aproximadamente cada 6 consultantes a médico hay 1 utilizador de servicios de laboratorio clínico y cada 10 consultantes a médico hay 1 utilizador de servicios de radiología.

Aun no utilizando iguales períodos de referencia la proporción de consultantes a médico en dos semanas es 1 y 1/2 vez la población de consultantes a odontología en un mes, siendo del doble el período de referencia.

GRAFICO 20 UTILIZADORES SEGUN PERIODO DE REFERENCIA (EN %)



Si se toma como período de referencia un año, se observa que el número de consultantes a médico al menos una vez al año es 14 veces mayor que el número de individuos que tuvieron al menos una internación en el mismo período.

Si para el mismo período anual se compara la cantidad de consultas médicas con las odontológicas, se observa que el número de consultas a médico es 2 y 1/2 veces mayor que el número de consultas a odontólogo.

GRAFICO No. 21- CONSULTANTES A MEDICO E INTERNADOS EN 1 AÑO (o/o)

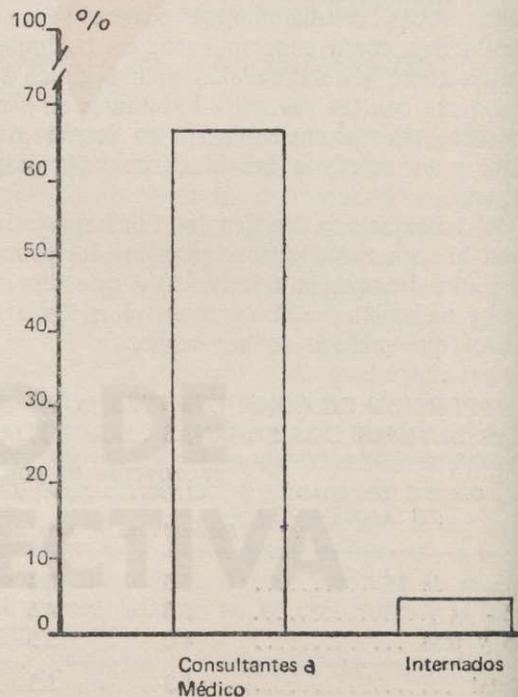
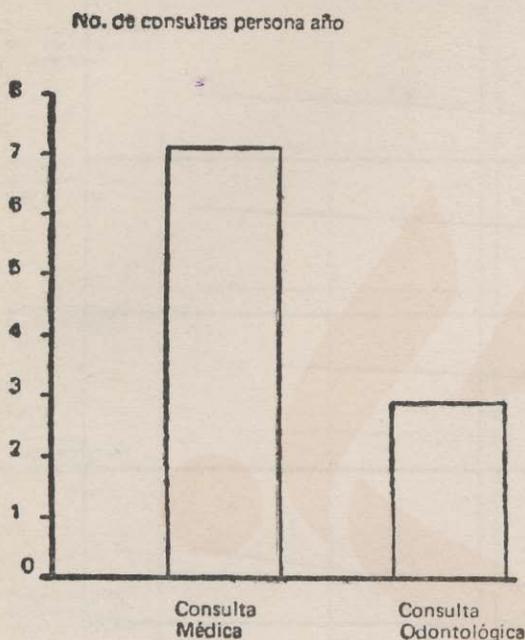


GRAFICO No. 22 NUMERO DE CONSULTAS POR PERSONA POR AÑO.



A continuación se analizará la influencia de las variables independientes sobre los indicadores en estudio.

Edad

La proporción de consultantes a médico en dos semanas y un año es mayor en las edades extremas, siendo más alta la proporción de consultantes en las edades menores, relación que se invierte para la concentración de consultas en dos semanas, que es más alta en las edades mayores.

En las edades menores se presenta un mayor número de consultas/persona año.

La proporción de internados al igual que para consulta médica es mayor en las edades extremas, pero con la diferencia de que la proporción menor se da en la edad escolar y adolescencia, a partir de la cual crece regularmente cumpliéndose que a mayor edad, mayor es la proporción de internados.

La proporción de usuarios de servicios auxiliares de diagnóstico es creciente con la

edad, asociación que se da con regularidad para laboratorio, pero no así para radiología donde el grupo de edad de 65 y más años tiene baja proporción de utilizadores.

La proporción de consumidores de medicamentos es mayor en las edades extremas, siendo más alta en las edades mayores. A partir de la edad escolar y adolescencia donde es más baja esta proporción, crece con la edad en forma regular.

La asociación entre edad y consulta al odontólogo es irregular, siendo la proporción de consultantes más alta en los grupos 5 a 14 años y de 25 a 34 años; es decir durante la edad escolar y adolescencia con los problemas de cambio de dentición y ortopedia, y la mujer en edad fértil con sus problemas progestacionales.

Sexo

El sexo femenino presenta mayor proporción de consultantes a médico en las dos semanas y en el año, característica que se mantiene para todos los grupos de edad a excepción del grupo de menor edad (menos de 5 años). No hay diferencias en el número de consultas por persona.

La proporción de internados en un año por causa general (no parto) es más alta en las mujeres. Del total de egresos del sexo femenino la mitad son partos, que se corresponde con los valores hallados de que siete de cada 100 mujeres en edad fértil tienen un egreso por parto por año. La concentración o reiteración de la internación en el año es más alta en el sexo masculino. El promedio de días de estada por egreso de causa general (no parto) es más alto para los varones.

La proporción de usuarios de laboratorios en las dos últimas semanas es más alta entre las mujeres, característica que se mantiene para los distintos grupos de edad. Dentro de los consultantes a médico en las dos semanas, son también las mujeres las que en mayor proporción utilizan laboratorio.

Los valores presentan una proporción mayor de utilizadores de radiología en las dos últimas semanas. Dentro de los consultantes a médico en dos semanas también son los

GRAFICO No. 23.- INDICADORES POR EDAD.

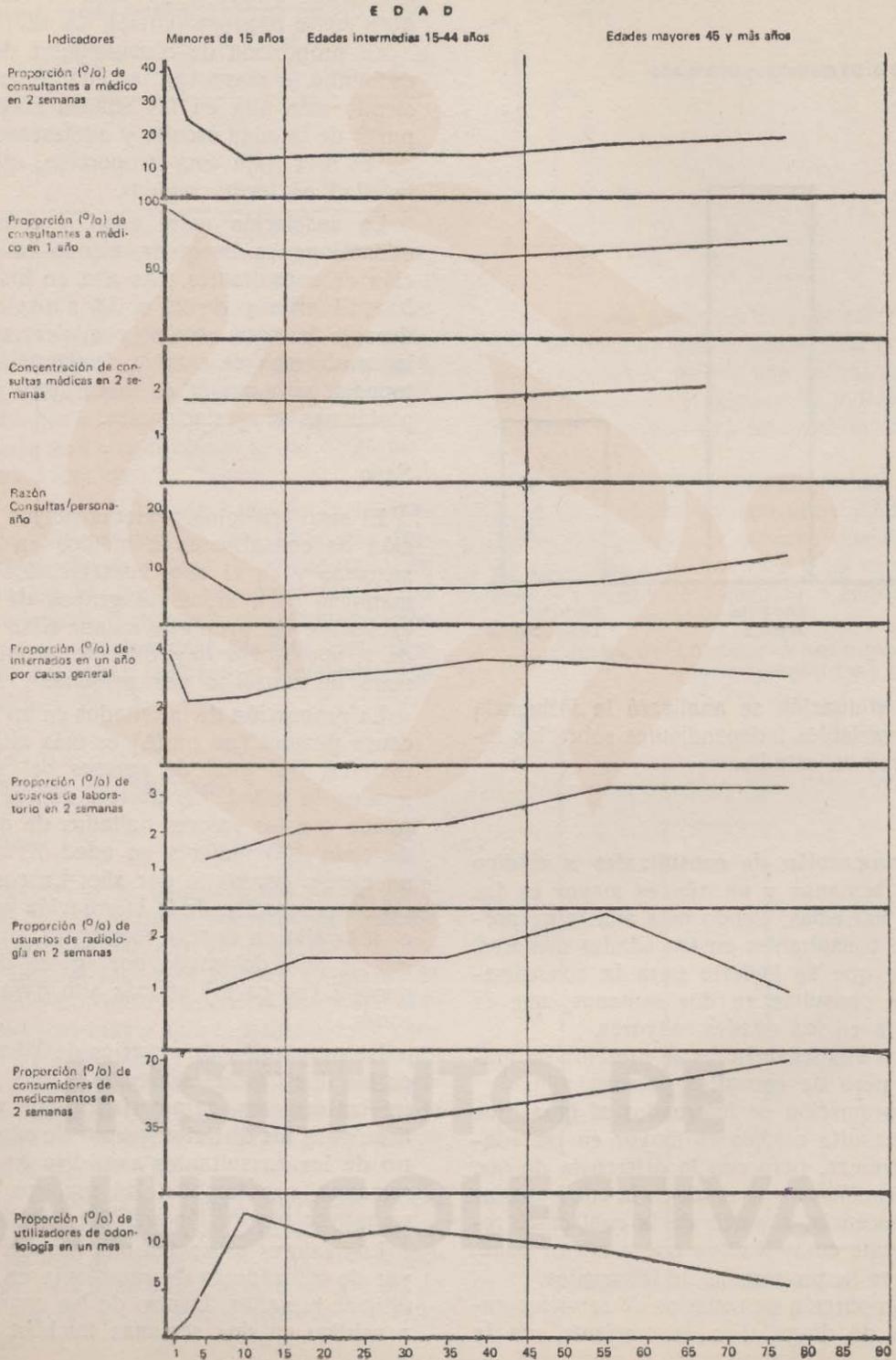


GRAFICO No. 24.- INDICADORES POR SEXO

Indicadores	SEXO	
	Mujeres	Varones
Proporción (%) de consultantes a médicos en 2 semanas	16.3	14.3
Proporción (%) de consultantes a médico en 1 año	70.9	62.0
Concentración de consultas médicas en 2 semanas	1.69	1.92
Razón consultas/persona año	7.2	7.1
Proporción (%) de internados por causas generales en 1 año	3.5	3.4
Promedio días de estada por egreso según causas generales	11.1	15.5
Proporción (%) de usuarios de laboratorio en 2 semanas	2.7	1.9
Proporción (%) de usuarios de radiología en 2 semanas	1.4	1.8
Proporción (%) de consumidores de medicamentos en 2 semanas	50.2	38.6
Proporción (%) de consultantes a odontología en 1 mes	11.5	7.4

varones los que tienen mayor proporción de usuarios de radiología.

Las mujeres presentan más alta proporción de consumidores de medicamentos en las dos últimas semanas.

La proporción de consultantes a odontólogo en un mes es más alto en las mujeres (1 1/2 vez mayor), diferencia aún más marcada en los grupos de edad de 15 a 34 años. Este mayor valor se corresponde con una mayor percepción de patología oral.

Afiliación

Los afiliados a algún sistema de seguro de atención médica presentan una mayor proporción de consultantes a médico en dos semanas y también en un año. La concentración de consultas en dos semanas no es diferencial, ni la proporción de consultantes que lo hacen por un control de salud. La razón consultas/persona año es mayor para los afiliados.

La proporción de internados por causas generales es mayor dentro de los afiliados, pero no hay diferencias en relación a partos. Los afiliados tienen un promedio menor de días de estada por egreso de causa general, característica que se mantiene para ambos sexos y seguramente condicionadas por el hecho de que 3 de cada 5 egresos de no afiliados ocurren en instituciones oficiales.

Los afiliados tienen una mayor proporción de utilizadores de laboratorio y radiología en las últimas dos semanas.

De igual forma la proporción de consultantes a odontólogo es mayor dentro de los afiliados.

Nivel de ingreso

Los niveles de ingreso más altos presentan una mayor proporción de consultantes a médico para cualquier grupo de edad y también cifras más altas de consultantes por control de edad.

Los niveles más bajos presentan una concentración mayor de consultas en las dos últimas semanas. La razón consultas/persona año es más alta en los niveles extremos.

A mayor nivel de ingreso es más alta la proporción de utilizadores de laboratorio clí-

GRAFICO No. 25.- INDICADORES SEGUN AFILIACION

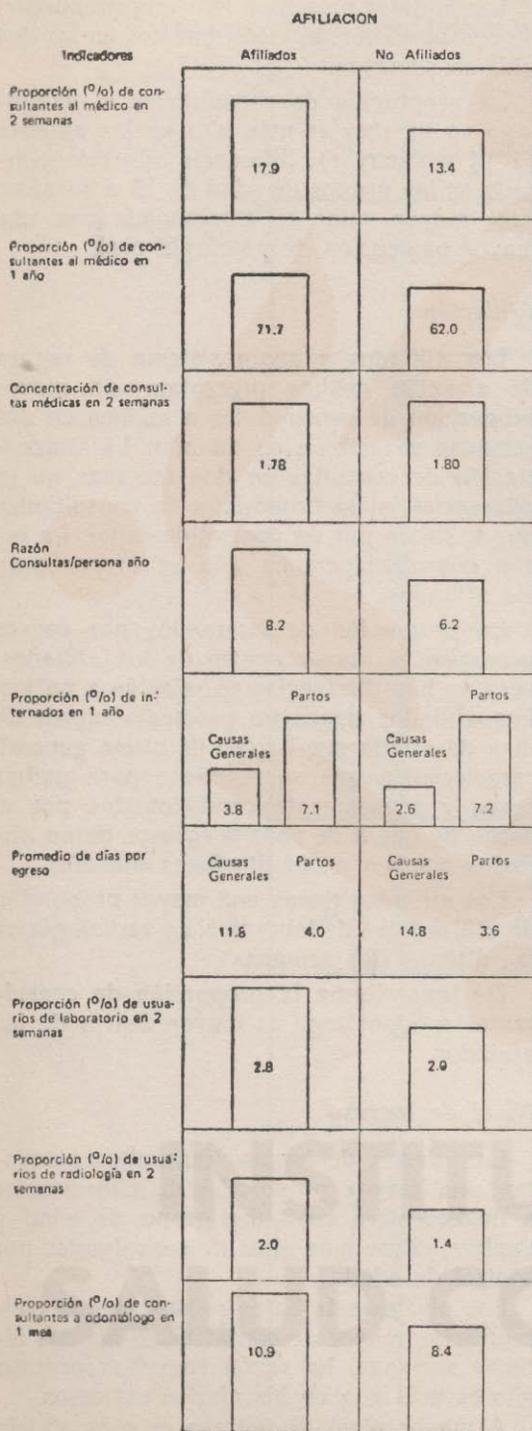
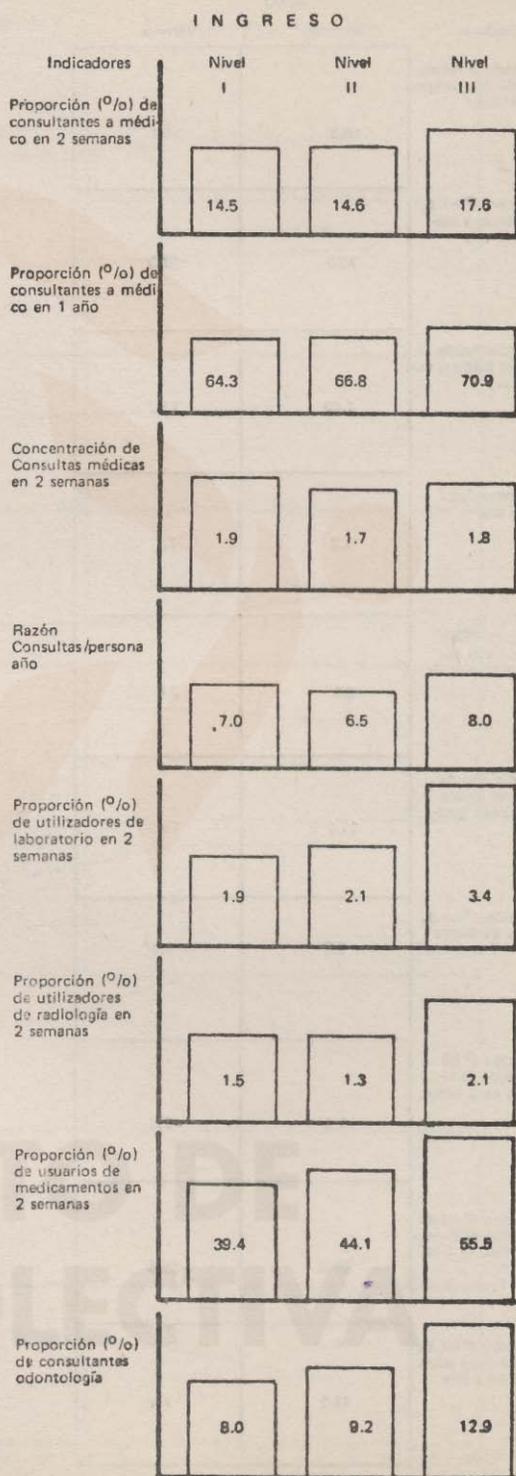


GRAFICO No. 26.- INDICADORES SEGUN NIVEL DE INGRESO



nico y radiología. Sucede lo mismo con las consultas odontológicas.

La variable nivel de ingreso produce un comportamiento más regular que las otras variables consideradas en cuanto a la utilización de los distintos recursos, destacándose en todos los casos que a mayor nivel de ingreso, mayor es la proporción de utilizadores. Esta característica se mantiene para los distintos grupos de edad y es independiente de la condición de afiliación.

Lugar-efector

La gran demanda de atención en consulta médica se canaliza a través de los consultorios privados, que juntamente con la consulta domiciliaria y los consultorios de instituciones privadas atienden a más de 3 de cada 4 consultas ambulatorias. La mayor concentración de consultas se da en el domicilio del paciente.

Las instituciones oficiales producen 4 de cada 10 egresos.

Más de la mitad de los usuarios de laboratorio se atienden en instituciones privadas, hecho que no ocurre para radiología, donde las instituciones oficiales y privadas por partes iguales con predominio de las primeras canalizan la demanda.

Aproximadamente el 70 % de los consultantes a odontólogos se atiende en servicios privados.

A mayor nivel de ingreso, más alta es la proporción de consultantes a médico en consultorios e instituciones privadas y menor en instituciones oficiales. De la misma forma canalizan su demanda de laboratorio y radiología preponderantemente hacia los servicios privados, situación que también se presenta en odontología.

Sistema de financiación

Si se canaliza el sistema de financiación para consulta médica, se ve que más de 2 de cada 5 consultas son por pago directo, menos de 1 de cada 3 son financiadas por algún sistema de atención médica y que más de 1 de cada 4 consultas son financiadas fundamentalmente por el Estado.

De los egresos producidos, 2 de cada 5 se dan en instituciones oficiales, 1 de cada 3 son financiados por obras sociales y más de 1 de 4 egresos son financiados por pago directo de la población.

En el análisis de días de estada se destaca la gran diferencia entre los promedios observados del sistema privado sin cobertura y el oficial, siendo este último mucho más alto.

RECURSO	SISTEMA DE FINANCIACION				
	Público	Obra social	Privado sin cobertura	Privado con cobertura	Total
Consulta médica	27.5	16.1	43.2	13.2	100.0
Internación	40.0	16.7	26.5	16.8	100.0

Los utilizadores de laboratorio en una proporción mayor de 1/3 lo hacen por pago directo y 2 de cada 5 se los financia obra social o mutual. Respecto del uso de radiografías, es la financiación estatar y de las obras sociales o mutuales la que cubre la mayor parte de prestaciones.

La mayor parte de las consultas odontológicas (7 de cada 10) son financiadas en forma directa por los usuarios.

Resumiendo afiliación y sistema de financiación resulta:

Sólo el 56.3 % de los afiliados consultantes a médico usaron su cobertura y dejando de lado las consultas en el domicilio del paciente, se encuentra que el 12 % se atendió en instituciones oficiales.

Los afiliados tienen no cubiertos el 35 % de los egresos generales y el 39 % de los

nico y radiología. Sucede lo mismo con las consultas odontológicas.

La variable nivel de ingreso produce un comportamiento más regular que las otras variables consideradas en cuanto a la utilización de los distintos recursos, destacándose en todos los casos que a mayor nivel de ingreso, mayor es la proporción de utilizadores. Esta característica se mantiene para los distintos grupos de edad y es independiente de la condición de afiliación.

Lugar-efector

La gran demanda de atención en consulta médica se canaliza a través de los consultorios privados, que juntamente con la consulta domiciliaria y los consultorios de instituciones privadas atienden a más de 3 de cada 4 consultas ambulatorias. La mayor concentración de consultas se da en el domicilio del paciente.

Las instituciones oficiales producen 4 de cada 10 egresos.

Más de la mitad de los usuarios de laboratorio se atienden en instituciones privadas, hecho que no ocurre para radiología, donde las instituciones oficiales y privadas por partes iguales con predominio de las primeras canalizan la demanda.

Aproximadamente el 70 % de los consultantes a odontólogos se atiende en servicios privados.

A mayor nivel de ingreso, más alta es la proporción de consultantes a médico en consultorios e instituciones privadas y menor en instituciones oficiales. De la misma forma canalizan su demanda de laboratorio y radiología preponderantemente hacia los servicios privados, situación que también se presenta en odontología.

Sistema de financiación

Si se canaliza el sistema de financiación para consulta médica, se ve que más de 2 de cada 5 consultas son por pago directo, menos de 1 de cada 3 son financiadas por algún sistema de atención médica y que más de 1 de cada 4 consultas son financiadas fundamentalmente por el Estado.

De los egresos producidos, 2 de cada 5 se dan en instituciones oficiales, 1 de cada 3 son financiados por obras sociales y más de 1 de 4 egresos son financiados por pago directo de la población.

En el análisis de días de estada se destaca la gran diferencia entre los promedios observados del sistema privado sin cobertura y el oficial, siendo este último mucho más alto.

R E C U R S O	S I S T E M A D E F I N A N C I A C I O N				
	Público	Obra social	Privado sin cobertura	Privado con cobertura	Total
Consulta médica	27.5	16.1	43.2	13.2	100.0
Internación	40.0	16.7	26.5	16.8	100.0

Los utilizadores de laboratorio en una proporción mayor de 1/3 lo hacen por pago directo y 2 de cada 5 se los financia obra social o mutual. Respecto del uso de radiografías, es la financiación estatal y de las obras sociales o mutuales la que cubre la mayor parte de prestaciones.

La mayor parte de las consultas odontológicas (7 de cada 10) son financiadas en forma directa por los usuarios.

Resumiendo afiliación y sistema de financiación resulta:

Sólo el 56.3 % de los afiliados consultantes a médico usaron su cobertura y dejando de lado las consultas en el domicilio del paciente, se encuentra que el 12 % se atendió en instituciones oficiales.

Los afiliados tienen no cubiertos el 35 % de los egresos generales y el 39 % de los

egresos por parto, que se canalizan aproximadamente por partes iguales a instituciones públicas y privadas por pago directo.

Entre los afiliados consultantes a odontólogo sólo el 40 % utilizó su cobertura y el 50 % se atendió en servicios privados por cuenta propia.

Por otro lado, 1 de cada 3 afiliados no usó su cobertura para la utilización de servicios auxiliares de diagnóstico, recurriendo la mayor parte de ellos al sistema privado por su cuenta en laboratorio y por partes iguales al privado por su cuenta y servicios oficiales en radiología.

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

SALUD COLECTIVA
INSTITUTO DE

A N E X O

TABLAS DE UTILIZACION DE RECURSOS

T A B L A 1
POBLACION ENCUESTADA SEGUN TIPO
DE AFILIACION Y SEXO

A F I L I A C I O N	Varones	Mujeres	Total
No afiliados	1.574	1.793	3.367
Afiliado a obra social	782	817	1.599
Afiliado a sistema privado	537	595	1.132
Afiliado a ambos sistemas	59	58	117
Tipo de afiliación desconocido	36	34	70
Desconoce condición de afiliación	80	44	124
Total	3.068	3.341	6.409

T A B L A 2
POBLACION ENCUESTADA SEGUN CONDICION DE AFILIACION, EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	T O T A L				V A R O N E S				M U J E R E S			
	Total	No af.	Afiliados	NS-NFI	Total	No af.	Afiliados	NS-NFI	Total	No af.	Afiliados	NS-NFI
Total	6.409	3.367	2.918	124	3.068	1.574	1.414	80	3.341	1.793	1.504	44
Menos de 1 ..	115	69	46	—	49	28	21	—	66	41	25	—
1 - 4	432	249	176	7	204	120	83	1	228	129	93	6
5 - 14	975	535	429	11	526	293	228	5	449	242	201	6
15 - 24	1.010	619	363	28	468	276	173	19	542	343	190	9
25 - 34	950	463	452	35	460	216	220	24	490	247	232	11
35 - 44	947	441	492	14	453	208	234	11	494	233	258	3
45 - 64	1.472	698	750	24	685	305	364	16	787	393	386	8
65 y más	506	292	210	4	221	127	91	3	285	165	119	1
NS/NFI	2	1	—	1	2	1	—	1	—	—	—	—

TABLA 3

POBLACION ENCUESTADA SEGUN CONDICION DE AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

INGRESO	AFILIACION				
	Afiliados	No afiliados	S. I.	Total	
I	1	294	612	23	929
	2	295	499	14	808
	3	199	230	6	435
	4	366	373	10	749
Subtotal	1.154	1.714	53	2.921	
II	5	323	355	18	696
	6	251	255	10	516
	7	301	256	4	561
Subtotal	875	866	32	1.773	
III	8	297	238	15	550
	9	228	179	7	414
	10	126	87	2	215
	11	110	77	4	191
Subtotal	761	581	28	1.370	
S. I.	128	206	11	345	
Total	2.918	3.367	124	6.409	

TABLA 4

AFILIADOS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (INCLUIDOS JUBILADOS, PENSIONADOS Y RETIRADOS) POR RESPUESTA PERSONAL Y POR INFORMANTE

NIVEL OCUPACIONAL	RESPUESTA PERSONAL	POR INFORMANTE
1	178	128
2	305	170
3	257	206
4	90	92
5 y 6	35	39
Otro desconocido .	31	16
Total	896	651

TABLA 5

AFILIADOS SEGUN CATEGORIA DE NO OCUPADOS (INCLUIDOS JUBILADOS, PENSIONADOS Y RETIRADOS) POR RESPUESTA PERSONAL Y POR INFORMANTE

CATEGORIAS DE NO OCUPADOS	RESPUESTA PERSONAL	POR INFORMANTE
1	539	44
2	10	3
3	7	4
4	47	34
5 y 6	5	12
7 y 8	160	50
Otro	14	6
Total	782	153

TABLA 6

AFILIADOS A UN SOLO TIPO DE AFILIACION SEGUN UTILIZACION DECLARADA DE LOS SERVICIOS

SERVICIO	Uso	TIPO DE AFILIACION	
		Obras sociales	Sistemas privados con cobertura
Consultorio médico	0	599	343
	1	1.107	899
	8	—	4
Atención domiciliaria	9	9	6
	0	1.210	738
	1	485	492
Dentista	8	8	18
	9	12	4
	0	1.145	916
Internación	1	538	297
	8	18	34
	9	14	5
Análisis y radiografías	0	1.322	934
	1	378	217
	8	9	95
Medicamentos	9	6	6
	0	940	671
	1	761	545
Otro	8	1	32
	9	13	4
	0	905	624
Otro	1	761	344
	8	30	270
	9	19	14

CODIGO 0: nunca usó el servicio.
 1: usó alguna vez.
 8: no tiene el servicio.
 9: no recuerda, no sabe.

TABLA 7

CONSULTA MEDICA. CONSULTANTES A MEDICO EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO; NUMERO DE CONSULTAS EN DOS SEMANAS Y NUMERO DE INDIVIDUOS QUE NUNCA CONSULTARON, SEGUN EDAD

EDAD EN AÑOS	Consultantes en dos semanas	Consultantes en un año	Nº de consultas en dos sem.	Nunca consultaron a médico	Población total
Menos de 1	48	113	89	1	115
1 - 4	106	375	178	6	432
5 - 14	120	627	166	25	975
15 - 24	126	616	201	11	1.010
25 - 34	126	628	231	4	950
35 - 44	123	571	234	4	947
45 - 64	241	953	427	12	1.472
65 y más	93	360	235	3	506
Total	983	4.243	1.761	66	6.407
S. I.	—	—	—	1	2

TABLA 8

CONSULTA MEDICA. CONSULTANTES EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO; NUMERO DE CONSULTAS EN DOS SEMANAS Y NUMERO DE INDIVIDUOS QUE NUNCA CONSULTARON, SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	SEXO	Consultantes en dos semanas	Consultantes en un año	Nº de consultas en dos sem.	Nunca consultaron a médico	Población total
0 - 14	Varones	149	570	235	15	779
	Mujeres	125	545	198	17	743
15 - 44	Varones	159	770	326	13	1.380
	Mujeres	216	1.045	340	6	1.526
45 y más	Varones	131	545	280	13	906
	Mujeres	203	768	382	3	1.071
Total	Varones	439	1.885	841	41	3.067
	Mujeres	544	2.358	920	26	3.340

Dos varones que no consultaron en dos semanas sin información de edad.

TABLA 9

CONSULTA MEDICA. CONSULTANTES A MEDICO EN 2 SEMANAS Y EN 1 AÑO; NUMERO DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS, NUMERO DE INDIVIDUOS QUE NUNCA CONSULTARON Y CONSULTANTES EN 2 SEMANAS POR CONTROL DE SALUD SEGUN AFILIACION

AFILIACION	CONSULTA					Población total
	Consultantes en 2 semanas	Consultantes en 1 año	Nº consultas en 2 semanas	Nunca consultaron a médico	Consultantes 2 semanas por control salud	
Afiliados	521	2.090	925	5	54	2.916
No afiliados	450	2.088	810	61	46	3.367
Total	971	4.178	1.735	66	100	6.283
S. I.	12	65	26	1	—	126

TABLA 10

CONSULTA MEDICA. NUMERO DE CONSULTANTES EN 2 SEMANAS Y 1 AÑO; NUMERO DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS; NUMERO DE INDIVIDUOS QUE NUNCA CONSULTARON Y NUMERO DE CONSULTANTES EN 2 SEMANAS POR CONTROL DE SALUD SEGUN NIVEL DE INGRESO

POBLACION CONSULTANTES Y CONSULTAS	NIVEL DE INGRESO				
	I	II	III	Total	Sin informac.
Población total	2.921	1.773	1.370	6.064	345
Consultantes 2 semanas	424	258	241	923	60
Consultantes 1 año	1.868	1.178	966	4.012	231
Consultas 2 semanas	788	445	424	1.657	104
Nunca consultaron a médico ..	43	11	6	60	7
Consultantes 2 semanas control de salud	38	29	30	97	3

TABLA 11

CONSULTA MEDICA. CONSULTANTES EN 2 SEMANAS Y NUMERO DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS SEGUN LUGAR Y AFILIACION

LUGAR DE ATENCION	NUMERO DE CONSULTANTES				NUMERO DE CONSULTAS			
	Afiliados	No afiliados	Total	Sin informac.	Afiliados	No afiliados	Total	Sin informac.
Consultorio particular de un médico	118	182	304	4	150	273	428	5
Domicilio del paciente	101	86	190	3	189	165	359	5
Consultorio de una institución privada	62	46	110	2	112	71	186	3
Consultorio de una institución oficial	51	125	179	3	107	217	330	6
Consultorio de una obra social o mutual	184	—	184	—	269	—	269	—
Otro	63	42	107	2	101	81	189	7

TABLA 12

CONSULTA MEDICA. CONSULTANTES Y CONSULTAS SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO EN 2 SEMANAS

LUGAR	CONSULTANTES				CONSULTAS			
	INGRESO				INGRESO			
	I	II	III	S.I.	I	II	III	S.I.
Consultorio particular de un médico	121	89	75	19	168	129	107	24
Domicilio del paciente	79	46	51	14	181	65	84	29
Consultorio de una institución privada	39	30	33	8	62	50	57	17
Consultorio de una institución oficial	107	39	25	8	185	88	42	15
Consultorio de una obra social o mutual	76	53	45	10	120	69	67	6

TABLA 13

CONSULTA MEDICA. CONSULTANTES EN 2 SEMANAS Y 1 AÑO, NUMERO DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS Y NUMERO DE INDIVIDUOS QUE NUNCA CONSULTARON SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

CONSULTA MEDICA	AFILIADOS			NO AFILIADOS		
	NIVEL DE INGRESO			NIVEL DE INGRESO		
	I	II	III	I	II	III
Consultantes en 2 semanas	193	151	145	226	101	95
Consultantes en 1 año	807	624	567	1,034	537	384
Número de consultas en 2 semanas	375	248	249	400	187	172
Nunca consultaron al médico .	4	1	—	39	10	6
Población total	1.153	875	761	1.714	866	581

TABLA 14

CONSULTANTES EN 2 SEMANAS, CONSULTAS EN 2 SEMANAS Y NUMERO DE INDIVIDUOS QUE NUNCA CONSULTARON SEGUN EDAD Y NIVEL DE INGRESO

CONSULTA MEDICA	NIVEL DE INGRESO	EDAD EN AÑOS			
		Menos de 1	Menos de 4	5 - 44	45 y más
Consultantes en 2 semanas ...	I	17	95	217	112
Consultas 2 semanas		47	157	362	269
Nunca consultó a médico		—	6	31	6
Población total		65	344	1.879	697
Consultantes en 2 semanas ...	II	12	33	130	95
Consultas 2 semanas		32	78	199	168
Nunca consultó a médico		—	—	5	5
Población total		28	120	1.056	596
Consultantes en 2 semanas ...	III	8	21	120	100
Consultas 2 semanas		9	26	233	165
Nunca consultó a médico		—	1	3	2
Población total		17	57	771	541

T A B L A 15

NUMERO DE EGRESOS POR TIPO DE INTERNACION SEGUN
EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	T I P O D E I N T E R N A C I O N				
	GENERAL			PARTO	TODAS LAS CAUSAS
	Varones	Mujeres	Total		
0 - 4	12	13	25	—	25
5 - 14	13	11	24	—	24
15 - 24	9	18	27	43	70
25 - 34	10	21	31	50	81
35 - 44	19	14	33	14	47
45 - 64	30	31	61	—	61
65 y más	10	10	20	—	20
Sin información ..	—	—	—	1	1
Total	103	118	221	108	329

T A B L A 16

NUMERO DE INTERNADOS POR TIPO DE INTERNACION SEGUN
EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	T I P O D E I N T E R N A C I O N				
	GENERAL			PARTO	TODAS LAS CAUSAS
	Varones	Mujeres	Total		
0 - 4	10	12	22	—	22
5 - 14	10	11	21	—	21
15 - 24	8	16	24	43	64
25 - 34	10	19	29	50	78
35 - 44	18	13	31	14	44
45 - 64	25	29	54	—	54
65 y más	8	10	18	—	18
Sin información ..	—	—	—	1	1
Total	89	110	199	108	302

T A B L A 17

INTERNADOS SEGUN TIPO DE INTERNACION Y CONDICION DE AFILIACION

TIPO DE INTERNACION	AFILIADOS		NO AFILIADOS	
	Inter-nados	Población Total	Inter-nados	Población Total
General	111	2.918	87	3.367
Partos	48	680	59	823
Todas las causas .	156	2.918	144	3.367

T A B L A 18

EGRESOS SEGUN EFECTOR Y TIPO DE INTERNACION

TIPO DE INTERNACION	E F E C T O R			
	Público	Obra Social	Privado	T o t a l
Todas las causas .	118	24	154	296*
Causas generales .	75	17	104	196*
Partos	43	7	50	100*

* De esta cifra se han eliminado los egresos fuera del área y los realizados en establecimientos de las FF.AA. o en lugar desconocido.

T A B L A 19

EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y TIPO DE INTERNACION

TIPO DE INTERNACION	S I S T E M A D E F I N A N C I A C I O N				T o t a l
	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura	
Todas las causas .	118	60	39	78	295*
Causas generales .	75	42	29	49	195*
Partos	43	18	10	29	100*

* Esta cifra excluye los egresos fuera del área y los realizados en establecimientos de las FF.AA. o en lugar desconocido.

T A B L A 20

CONSULTANTES Y NO CONSULTANTES A ODONTOLOGO EN UN MES SEGUN
SI PERCIBIERON O NO PROBLEMA DENTAL EN EL MISMO PERIODO
SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	SEXO	SIN PROBLEMA DENTAL		CON PROBLEMA DENTAL		TOTAL	SIN INFORM. DE PROBLE- MA Y/O CON- SULTA
		Consultantes	No consult.	Consultantes	No consult.		
Menos de 1	Varones	—	33	—	16	49	—
	Mujeres	—	50	—	16	66	—
1 - 4	Varones	1	177	5	21	204	—
	Mujeres	—	201	3	24	228	—
5 - 14	Varones	8	415	49	54	526	—
	Mujeres	20	312	52	65	449	—
15 - 24	Varones	2	379	26	59	466	2
	Mujeres	8	371	69	93	541	1*
25 - 34	Varones	4	364	31	60	459	1
	Mujeres	10	327	63	89	489	1
35 - 44	Varones	4	373	37	37	451	2
	Mujeres	3	369	56	65	493	1
45 - 64	Varones	2	551	50	81	684	1*
	Mujeres	9	599	71	108	787	—
65 y más	Varones	—	191	9	21	221	—
	Mujeres	1	237	19	28	285	—
Sin información.	Varones	—	2	—	—	—	—
	Mujeres	—	—	—	—	—	—
Total		72	4.951	540	837	6.400	—

* Sin información sobre problema dental, pero no consultaron a odontólogo.

TABLA 21

CONSULTANTES Y NO CONSULTANTES A ODONTOLOGO EN UN MES SEGUN
AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

INGRESO	NO CONSULTANTES			CONSULTANTES			TOTAL	SIN INFORM. DE CONSUL- TA Y/O AFI- LIACION	
	Afiliados	No afiliados	Sin información de afiliación	Afiliados	No afiliados	Sin información de afiliación			
I	1	270	577	23	24	35	—	929	—
	2	269	456	12	24	43	2	806	2*
	3	177	211	6	22	19	—	435	—
	4	330	346	9	36	27	1	749	—
II	5	297	319	15	26	36	3	696	—
	6	227	237	8	24	17	2	515	1**
	7	263	239	4	38	17	—	561	—
III	8	266	217	14	31	21	1	550	—
	9	196	163	7	32	16	—	414	—
	10	107	72	2	19	15	—	215	—
	11	86	60	3	23	17	1	190	1*
Total	2.488	2.897	103	299	263	10	6.060		
Sin información de ingreso	110	186	6	18	20	2	342	3***	

* Afiliado, sin información de consulta.

** No afiliado, sin información de consulta.

*** Sin información de consulta, afiliación ni ingreso.

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

T A B L A 22

NUMERO DE CONSULTAS A ODONTOLOGO EN UN MES POR EDAD Y SEXO
SEGUN LUGAR

E D A D	SEXO	L U G A R					Total
		Servicios sociales	Servicios de una obra social o mutual	Servicios priv. por cta. obra social o mutual	Servicios privados por cuenta propia	Otro	
1 - 4 ..	Varones	6	2	—	6	—	14
	Mujeres	—	1	—	2	—	3
4 - 14 ..	Varones	23	10	3	63	3	102
	Mujeres	39	23	15	67	5	149
15 - 24 ..	Varones	6	2	5	48	1	62
	Mujeres	10	17	4	153	8	192
25 - 34 ..	Varones	1	19	1	61	—	82
	Mujeres	3	25	12	147	—	187
35 - 44 ..	Varones	1	27	13	59	5	105
	Mujeres	12	35	15	127	—	189
45 - 64 ..	Varones	9	20	6	117	—	152
	Mujeres	5	10	20	187	7	229
65 y más.	Varones	1	1	—	14	2	18
	Mujeres	1	1	7	33	—	42
Total		117	193	101	1.084	31	1.526

Nota: No se registró ninguna consulta de menores de 1 año.

T A B L A 23

NUMERO DE CONSULTAS A ODONTOLOGO EN UN MES SEGUN NIVEL DE INGRESO DEL CONSULTANTE Y LUGAR DE LA CONSULTA

NIVEL DE INGRESO	L U G A R					Total	
	Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	Servicios privados por cuenta propia	Servicios oficiales	Servicios de una obra social o mutual	Otro y no identificado		
I	1	5	75	39	11	6	136
	2	6	109	18	21	3	157
	3	11	73	5	11	2	102
	4	14	84	18	40	5	161
II	5	6	115	15	19	5	160
	6	4	72	5	24	1	106
	7	16	102	5	23	3	149
III	8	17	127	—	14	2	160
	9	13	86	3	7	—	109
	10	—	85	2	9	1	97
	11	—	97	—	5	2	104
Total ...	92	1.025	110	184	30	1.441	
Sin información de ingreso ..	9	59	7	9	1	85	

T A B L A 24

CONSULTANTES A ODONTOLOGO EN UN MES SEGUN LUGAR Y AFILIACION

L U G A R	A F I L I A C I O N			Total
	Afiliados	No afiliados	Sin información de afiliación	
Servicios oficiales	20	48	3	71
Servicios de una obra social o mutual	85	—	1	86
Servicios privados por obra social o mutual	37	—	—	37
Servicios privados por cuenta propia	161	224	8	393
Otros	13	11	—	24
Total	316	283	12	611

Nota: Además, figura un afiliado consultante en servicios privados por cuenta propia y "en otro".

TABLA 25

UTILIZADORES Y NO UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS EN LAS ULTIMAS
DOS SEMANAS POR GRUPO ETAREO Y SEXO

GRUPOS ETAREOS EN AÑOS	UTILIZADORES			NO UTILIZADORES			TOTAL			NO SABE		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Menos de 10	221	218	439	316	310	626	537	528	1.065	—	—	—
10 - 24	187	287	474	522	469	991	709	756	1.465	1	1	2
25 - 44	327	477	804	584	501	1.085	911	978	1.889	2	6	8
45 - 64	311	478	789	371	309	680	682	787	1.469	3	—	3
65 y más	136	215	351	84	70	154	220	285	505	1	—	—
Total	1.182	1.675	2.857	1.877	1.659	3.536	3.059	3.334	6.393	7	7	13

) 214 (

SALUD COLECTIVA

T A B L A 26

UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS SEGUN NIVEL DE INGRESO, POR CONSULTANTE Y NO CONSULTANTE A MEDICO

NIVEL DE INGRESO	CONSULTA A MEDICO		
	Consultó	No consultó	Total
1	102	233	235
2	103	230	333
3	64	115	180
4	93	209	302
5	64	215	279
6	77	155	232
7	76	194	270
8	99	200	299
9	55	169	224
10	36	85	121
11	27	89	116
Total	796	1.894	2.691
Sin información de ingreso ..	51	114	165

Nota: Figuran, además, dos consumidores de medicamentos sin información de consulta médica.

T A B L A 27

UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO

T I P O	U T I L I Z A D O R E S		
	Total	P O R R E S P U E S T A	
		Personal	Informante
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos .	660	525	135
Antibióticos	366	285	81
Jarabes para la tos, expectorantes ..	330	265	65
Calmantes del dolor. analgésicos. anti- tiespasmódicos	1.084	869	215
Remedios para el apetito	126	97	29
Sedantes de nervios	402	296	106
Insulina	20	13	7
Cortisona, deltisona u otros corti- coides	42	30	12
Remedios para regular el periodo, pildoras anticonceptivas	75	68	7
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o diges- tión	602	447	155
Remedios para la presión. Hipoten- sores	243	172	71
Otros	872	669	203

T A B L A 28

CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO Y QUIEN LO INDICO

T I P O	MEDICO PERSONALMENTE			MEDICO POR TELEFONO	FARMA- CEUTICO	AUTOME- DICADO	SIN INFOR- MACION	OTRO
	En esa opor- tunidad	En otra opor- tunidad con indicación de repetición	En otra opor- tunidad sin indicación de repetición					
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos .	263	309	24	1	5	48	3	11
Antibióticos	262	41	8	2	12	18	3	22
Jarabes para la tos, expectorantes ..	160	62	18	1	24	58	1	6
Calmantes del dolor, analgésicos, an- tiespasmódicos	276	187	25	8	26	554	2	28
Remedios para regular el apetito	47	64	7	—	—	6	1	2
Sedantes de nervios	128	248	9	2	2	13	2	2
Insulina	3	17	—	—	—	—	—	—
Cortisona, deltisona u otros corti- coides	20	21	—	—	—	1	—	—
Remdios para regular el período, pí- ldoras anticonceptivas	23	46	—	1	1	2	1	1
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado	151	272	33	3	13	129	3	5
Remedios para la presión. Hipoten- sores	70	168	3	—	1	1	—	1
Otros	—	—	—	—	—	—	—	—

Nota: Una persona que haya consumido el mismo tipo de medicamentos según 2 prescripciones distintas (ejemplo: dos vitaminas, una por prescripción médica y otra por automedicación) figura contada 2 veces.

T A B L A 29

UTILIZACION DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS
POR EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	S E X O	U T I L I Z A C I O N			
		Usuarios	No usuarios	Total	Sin información de utilización
Menores de 10	Varones	6	531	537	
	Mujeres	8	520	528	
10 - 24	Varones	11	699	710	
	Mujeres	20	737	757	
25 - 44	Varones	19	892	911	2
	Mujeres	22	961	983	1
45 - 64	Varones	16	668	684	1
	Mujeres	31	756	787	
65 y más	Varones	7	214	221	
	Mujeres	9	276	285	
Total		149	6.254	6.403	4

Nota: Hay dos varones que no consultaron que no informan edad.

T A B L A 30

USUARIOS DE LABORATORIO EN LAS DOS ULTIMAS
SEMANAS SEGUN AFILIACION Y NIVELES DE INGRESO

AFILIACION	I N G R E S O				Total
	I	II	III	Sin infor- mación	
Afiliados	33	16	29	3	81
No afiliados ...	22	20	18	6	66
Sin información de afiliación .	1	1	—	—	2
Total	56	37	47	9	149

T A B L A 31

USUARIOS DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

L U G A R	I N G R E S O				
	I	II	III	Sin infor- mación	Total
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	7	6	6	2	21
Servicios privados por su cuenta	20	13	19	3	55
Servicios oficiales	8	7	9	2	26
Servicios de una obra social o mutual	14	7	10	—	31
Instituciones de las FF.AA. y otros no especificados	7	4	3	1	15
Total	56	37	47	8	148

Nota: No figura en esta tabla un individuo sin información de ingreso que se atendió en servicios privados a cargo de una obra social o mutual y en otro no especificado.

T A B L A 32

USUARIOS DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LUGAR Y AFILIACION

L U G A R	A F I L I A C I O N			
	Afiliados	No afiliados	Sin infor- mación	Total
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	21	—	—	21
Servicios privados por su cuenta	19	36	—	55
Servicios oficiales	4	22	—	26
Servicios de una obra social o mutual	30	1	—	31
FF.AA. y otros	7	6	2	15
Total	81	65	2	148

Nota: No figura en la tabla un no afiliado que se atendió en servicios privados por cuenta de una obra social o mutual y en otro no especificado.

T A B L A 33

UTILIZACION DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS
SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD EN AÑOS	SEXO	U T I L I Z A C I O N			
		Usuarios	No usuarios	Total	Sin infor- mación
Menores de 10	Varones	7	530	537	
	Mujeres	4	524	528	
10 - 24	Varones	13	697	710	
	Mujeres	10	747	757	
25 - 44	Varones	18	895	913	
	Mujeres	13	970	983	1
45 - 64	Varones	17	667	684	1
	Mujeres	18	769	787	
65 y más	Varones	2	219	221	
	Mujeres	3	282	285	
Total		105	6.300	6.405	2

Nota: Hay dos varones que no consultaron que no informan edad.

T A B L A 34

USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS DOS
SEMANTAS SEGUN AFILIACION Y NIVELES
DE INGRESO

AFILIACION	I N G R E S O				
	I	II	III	Sin infor- mación	Total
Afiliados	20	16	20	1	57
No afiliados ...	24	9	9	4	46
Sin información.	1	1	—	—	2
Total	45	26	29	5	105

T A B L A 35

USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

L U G A R	I N G R E S O				
	I	II	III	Sin información	Total
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	5	6	5	—	16
Servicios privados por su cuenta	8	5	10	2	25
Servicios oficiales	17	8	5	1	31
Servicios de una obra social o mutual	8	3	4	1	16
FF. AA. y otros	7	4	5	—	16
Total	45	26	29	4	104

Nota: No figura en la tabla un individuo sin información de ingreso que se atendió en servicios privados por su cuenta y en servicios oficiales.

T A B L A 36

USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LUGAR Y AFILIACION

L U G A R	A F I L I A C I O N			Total
	Afiliados	No afiliados	Sin información	
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual	13	2	1	16
Servicios privados por su cuenta	10	15	—	25
Servicios oficiales	9	22	—	31
Servicios de una obra social o mutual	14	2	—	16
FF. AA. y otros	11	4	1	16
Total	57	45	2	104

Nota: No figura en la tabla un no afiliado que se atendió en servicios privados por su cuenta y en servicios oficiales.

T A B L A 37

CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA SEGUN EDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	P A R A M E D I C O S	
	Consultantes a farmacéutico	Consultantes a enfermera
0 - 4	2	3
5 - 14	8	7
15 - 44	16	13
45 y más	8	11
Total	34	34

T A B L A 38

CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA POR NIVEL DE INGRESO SEGUN CONSULTA AL MEDICO EN EL PERIODO DE REFERENCIA

INGRESO	CONSULTANTES A FARMACEUTICO		CONSULTANTES A ENFERMERA	
	Consultó a médico	No consultó a médico	Consultó a médico	No consultó a médico
I	1	14	10	9
II	1	9	5	4
III	1	7	1	3
Sin información ..	—	1	—	2
Total	3	31	16	18

T A B L A 39

CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS SEGUN AFILIACION

	Consultantes a farmacéutico	Consultantes a enfermera
Afiliados	7	22
No afiliados	27	12
Total	34	34



IV. GASTO EN SALUD

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

1. INTRODUCCION

El gasto privado realizado por las familias para obtener prestaciones de atención médica, constituye la información económica menos conocida y una de las más difíciles de lograr. Tanto en lo referente a la magnitud o monto de dicho gasto y, consecuentemente, a su peso relativo en el financiamiento global del sector salud, como en lo relacionado con la estructura de ese gasto y su canalización en los distintos efectos es que brindan atención médica en el país. No obstante, se trata de datos fundamentales para un acabado estudio del financiamiento de ese importante campo de actividad en salud. En especial, cuando se deba encarar la toma de decisiones sobre el o los sistemas de financiamiento de la atención médica, cuya implantación concentrará los esfuerzos de todo el sector durante los próximos diez años.

En términos prácticos esto lleva a analizar, en base a la información proporcionada por la encuesta, los temas de:

- a) *Gasto en salud de las familias*: Comprende las relaciones entre los distintos tipos de gasto —estructura del gasto— y el comportamiento de esa estructura del gasto en función de variables socioeconómicas.
- b) *Gastos por prestaciones de atención médica*: En este ítem se trata al gasto según distintos sistemas por los que se financian los servicios de consulta médica e internación, tomándose en cuenta, además, las entidades donde se efectúan las prestaciones.

2. ANALISIS METODOLOGICO DE LA INFORMACION: DEFINICION DE VARIABLES, FUENTE DE INFORMACION, LIMITACIONES

2.1. *Gasto privado de las familias, en salud*: Se define como gasto en salud de las

familias¹, a todo desembolso efectuado por los miembros de la misma en:

- Medicamentos.
- Consulta médica.
- Internación.
- Análisis de laboratorio y radiología.
- Prestaciones odontológicas.
- Prótesis.

La información sobre estos gastos se obtiene de la encuesta a partir de las preguntas 24, 57, 58 y 76 del cuestionario individual².

Se debe recordar que la pregunta 24 —de referencia— indagaba a cada encuestado acerca del monto que éste había pagado por las consultas médicas realizadas en las dos últimas semanas. En tanto que las preguntas 57 y 58 recababan información sobre el monto pagado y adeudado por cada uno de los encuestados que tuvieron alguna internación durante el último año.

Finalmente, en la pregunta 76 se toman todos los gastos que el encuestado realizó para el cuidado de su salud o la de algún otro miembro de su familia durante el período de referencia de dos semanas. Aquí se incluyeron los siguientes rubros:

- Otros pagos por internaciones no comprendidos en las preguntas 57 y 58.
- Pagos realizados en las últimas dos semanas por consultas efectuadas con anterioridad a este período y por lo tanto no comprendidas en la pregunta 24.
- Pagos por prestaciones odontológicas.
- Gastos en medicamentos.

¹ Según la definición de familias dada en el capítulo correspondiente.

² Publicación Nº 2, Serie Nº 7, Estudio sobre Salud y Educación Médica.

- Gastos en análisis o radiografías.
- Gastos en prótesis, aparatos, audífonos, lentes.
- Otros gastos en salud no comprendidos en los rubros anteriores.

Las preguntas señaladas —como fuente de información— exigen que se aclaren el alcance y contenido de las mismas, como medio de explicitar las limitaciones y condicionamientos con que deben considerarse los datos elaborados en base a ellas³.

La pregunta 24 señala específicamente que el pago se refiere “a lo que la persona ha pagado de su bolsillo por las consultas registradas”; de hecho en esta definición y en la pregunta misma se dejan de lado, tanto el monto de lo que el *encuestado* puede quedar adeudando por la consulta de referencia, como los pagos efectuados por terceros —familiares, préstamos, etc.—. (Esta información se complementa con la de la pregunta 76).

La pregunta 76 resulta la más compleja desde el punto de vista de la interpretación del gasto privado en salud, por la diversidad de rubros que engloba. En primer lugar, se eliminó como dato utilizable en el análisis del gasto privado, lo referente al gasto en internaciones, debido a que en las preguntas 57 y 58 se tomaban los gastos efectuados por cada uno de los encuestados en sus internaciones del último año, y se comprobó que los elementos aportados como “gasto por internación en las últimas semanas”, contenidos en la pregunta 76, se reiteraban con los anteriores en un buen número de casos. Por lo tanto, y vista la escasa significación numérica⁴ de los individuos que manifestaron haber gastado en internación en las dos semanas anteriores a la encuesta, se decidió no tomar en cuenta dichos gastos.

El gasto efectuado “por pagos al dentista”, se refiere a las prestaciones odontológi-

cas “del dentista en general”; en principio, incluye prótesis dentales y todo tipo de tratamientos que se pagan directamente al dentista.

Finalmente, el rubro “otro gasto” fue eliminado del análisis del gasto en razón de que en dicho rubro fueron incluidos, en algunos casos, los aportes obligatorios que hacen las personas afiliadas a obras sociales, y de acuerdo con nuestras definiciones esos aportes no constituyen un gasto directo de las familias en salud. Asimismo, en algunos otros casos estos gastos no fueron incluidos por los encuestados dado que frecuentemente las personas entrevistadas ignoraban la cifra correspondiente. Esta decisión de eliminar el rubro “otro gasto en salud” no puede constituir ninguna deformación del total, desde el momento que el rubro “otros” representa una proporción muy pequeña del gasto total.

2.2. Gasto por prestaciones de atención médica: Este ítem comprende dos subtemas de análisis:

- Gasto por internación.
- Pago por consulta médica.

Para cada individuo encuestado, que ha tenido alguna internación durante el período de referencia, se define el gasto en internación como la suma del monto declarado como pagado más lo adeudado en concepto de: derechos de internación, honorarios médicos, servicios de enfermería, servicios de hotelería, medicamentos, materiales de curación, análisis y cualquier otro gasto que haya tenido que efectuar durante su internación.

El pago y deuda se refieren al gasto que debió afrontar el usuario y éste puede no coincidir con el costo total de la internación; tal es el caso, por ejemplo, de las internaciones cubiertas, total o parcialmente, por obras sociales, por mutuales o sistema de prepago.

Se define como pago por consulta médica al monto que un individuo, que ha realizado una o más consultas médicas en el período de referencia, declara haber pagado por dicha(s) consulta(s). La limitación más seria de la información que se analizará para este tipo de prestación es que no comprende el

³ Teniendo en cuenta los condicionamientos generales para toda la información derivada de la encuesta —técnica de entrevista a la familia— por informante, analizadas en otra parte y que deben tenerse presente en cuanto a la calidad de los datos de gasto aquí expuestos.

⁴ Doce encuestados sobre un total de 6.409 en el área metropolitana.

gasto total que el usuario debió afrontar por la consulta médica; si bien este gasto se puede deducir a nivel de las familias (a partir de las preguntas 24 y 76 del cuestionario individual), los pagos diferidos por consulta médica, que se hacen efectivos en un lapso distinto al período de referencia para el cual se registran las consultas, no pueden relacionarse con la utilización de los servicios según lugar y cobertura. Por consiguiente, en el análisis de esta información no se podrá estimar la proporción de consultas gratuitas (ya que las que figuran sin pago pueden haber sido adeudadas), y además que, en la distribución de los montos pagados según lugar de atención o cobertura, habrá subestimaciones en los casos en que las deudas se presentan más frecuentemente.

Es importante tener presente que cualquiera fuera la magnitud del error de estimación de los datos de gasto por consulta médica que se analizarán en el capítulo 5, éste será siempre por subestimación del gasto real.

Para el análisis del gasto por hospitalización y del pago por consulta médica, se clasifican estas prestaciones de acuerdo a distintos tipos de sistemas de financiamiento de atención médica.

Con esta clasificación se pretende relacionar el gasto por prestación con las diferentes formas en que son financiados los servicios de atención médica, sea por los mismos usuarios o por instituciones; las categorías correspondientes se definen a continuación:

S.1: *Público*

Comprende las prestaciones realizadas en instituciones dependientes de la administración nacional, provincial o municipal, o sea, aquellas que son financiadas fundamentalmente por el Estado.

S.2: *Obra social*

Comprende las prestaciones financiadas, total o parcialmente, por obras sociales, independientemente del lugar en donde aquellas se realicen. Por obras sociales se entenderá a los organismos de acción social, sin fines de lucro, financiados por el aporte obli-

gatorio de sus afiliados y administrados por el Estado, los sindicatos, o ambos simultáneamente.

S.3: *Privado con cobertura*

Comprende las prestaciones financiadas, total o parcialmente, por organismos privados con fines de lucro o por entidades de acción social, con o sin fines de lucro, que reciben: aportes por la afiliación voluntaria de sus afiliados, subsidios, donaciones, etc., y son administradas en forma privada, sin intervención del Estado.

S.4: *Privado sin cobertura*

Comprende las prestaciones pagadas en su totalidad por los usuarios y realizadas en instituciones privadas o en los consultorios particulares de los médicos.

Con el objeto de analizar la canalización del gasto que la población realiza por este tipo de prestaciones, éstas se clasifican, a su vez, por efector. Para esto se clasifican los establecimientos o lugares en donde se dan las prestaciones de acuerdo a su dependencia administrativa. Las categorías correspondientes a esta clasificación se definen como:

E.1: *Público*

Instituciones de atención médica dependientes de la administración nacional, provincial o municipal.

E.2: *Obra social*

Instituciones de atención médica pertenecientes a obras sociales.

E.3: *Privado*

Entidades para la atención médica administradas por personas o grupos de personas de derecho privado.

Es de notar que de acuerdo con lo que se entenderá en este análisis por efector público, éste se corresponde con un solo sistema de financiación (sistema público). Esto responde al hecho de que en el lapso durante el cual se realizó la encuesta, julio 1969/junio 1970, no existían sistemas, tales como

los que se definen en S.2 ó S.3, que cubrieran prestaciones dadas por el efector definido en E.1. Cabe señalar, también, que se excluye de las clasificaciones dadas las prestaciones realizadas en instituciones de atención médica pertenecientes a las Fuerzas Armadas u Organismos de Seguridad. Estas prestaciones, en principio, se considerarán en categorías residuales tanto en el análisis por sistemas de financiación, como en el análisis por efector.

De acuerdo con las categorías definidas anteriormente se sintetizan, en el cuadro siguiente, las relaciones posibles entre el sistema de financiación utilizado y el efector que realiza las prestaciones:

Sistema	Efector
Público	Público
Obra social	Obra social Privado
Privado con cobertura ...	Privado
Privado sin cobertura ...	

Una de las limitaciones de la información para categorizar las consultas médicas y las internaciones por efector, es que no siempre las personas entrevistadas interpretaron correctamente las alternativas de lugar de las prestaciones; el error en algunas respuestas surgió confrontando la pregunta 22 con la 28 y la 56 con la 62 del cuestionario individual. En el caso de internación, las discordancias fueron corregidas sobre la base de los datos volcados en la pregunta 62 (nombre y dirección del establecimiento en el cual la persona estuvo internada)⁵.

Por otra parte, es de notar que las preguntas del cuestionario referentes a consultas médicas no permiten clasificar por efector las consultas realizadas en un domicilio particular; en razón de esta limitación, estas prestaciones se consideran por separado en el análisis del gasto por consulta.

⁵ En razón de estas correcciones el monto total de gasto en internación que se analiza en el capítulo 4, no coincide exactamente con el monto de gasto que se analiza a nivel de las familias (capítulo 3), dado que, por ejemplo, los gastos efectuados por egresos realizados fuera del país no fueron tenidos en cuenta en el primer caso.

Otra de las limitaciones en el análisis del pago por consulta médica según efector, surge del hecho de que en la pregunta 22 del cuestionario individual (lugar de la consulta), aparecen en un mismo rubro (el N° 5) las prestaciones realizadas en consultorios de obras sociales y de mutuales. Para clasificar éstas en las distintas categorías de efector definidas anteriormente, se adoptó la convención de asignar al efector "obra social" las consultas registradas en el rubro N° 5 de la pregunta 22 y que fueron cubiertas por el sistema definido como obra social; las restantes (todas ellas cubiertas por sistemas de cobertura privada), se asignaron al efector privado. El error que puede estar implícito es el de considerar, en la primer asignación, más consultas de las que realmente corresponden, es decir aquellas realizadas en instituciones consideradas como mutuales y que fueron cubiertas por obras sociales.

Por último, cabe señalar que el análisis del gasto por prestación se restringe sólo a internación y consulta médica, dado que para otras prestaciones tales como análisis de laboratorio, exámenes radiológicos o las de atención odontológica no se dispone de la información que relacione directamente el gasto con la utilización que de estos servicios realiza la población, según sistema de financiación y efector. Recoger este tipo de información es de cualquier modo una tarea compleja dado que es difícil determinar la "cantidad" de prestaciones que cada usuario recibe de estos servicios.

3. ANALISIS DEL GASTO DE LAS FAMILIAS

A) Monto total de lo gastado *

El monto total resultó de la simple suma de lo gastado por las familias en los siguientes rubros: medicamentos, consulta, internación, laboratorio y radiología, odontología y prótesis. Se excluyó el rubro "otros" por las razones ya señaladas en el punto 2.

Toda la información arriba mencionada, salvo el gasto en internación ya dado para el último año, estaba originalmente proporcionada para las dos semanas anteriores al

* Durante el período de la encuesta —1969/1970— el dólar se cotizaba a 3.50 pesos ley.

momento de la encuesta, lo que ob'igó —para estimar el gasto en el último año— a calcular estos datos.

Se llegó así a establecer que *el monto total de lo gastado por las familias encuestadas* es la suma de pesos (ley) 1.497.942.9 en un año. Esto representa un gasto anual de 1.955 millones de pesos ley para toda la población del área metropolitana. La estimación del error de muestreo de este resultado asciende a 104.50 pesos ley.

B) Estructura del gasto

Establecido el primer aspecto general, resulta de sumo interés analizar la distribución del gasto según los rubros mencionados.

CUADRO 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO EN SALUD, POR RUBROS

RUBROS DE GASTO	% DEL GASTO TOTAL
Medicamentos	40.7
Consulta médica	22.8
Internación	5.6
Laboratorio y radiología..	6.9
Prestaciones odontológicas	22.4
Prótesis	1.6
Total	100.0 %

Vemos así que más del 40 % de lo gastado por las familias en el año corresponde al rubro medicamentos, siendo éste el gasto más importante y prácticamente el doble que lo gastado en consulta médica o en prestaciones odontológicas. Al mismo tiempo hay que señalar el escaso peso que tienen sobre el total del gasto los rubros internación, laboratorio y radiología y prótesis.

C) Análisis de la incidencia del nivel ocupacional para los distintos tipos de gasto

El primer interrogante que se intenta responder en este punto es cuánto gastan anualmente las familias clasificadas por nivel ocupacional —de sus jefes— sobre el monto total de lo gastado en salud —por las mismas— o expresado en otros términos *el peso relativo* (participación) de cada nivel ocupacional en el gasto total.

CUADRO 2

PARTICIPACION EN EL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS CLASIFICADAS POR NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (EN %)*

NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES	PORCENTAJE DEL GASTO EFECTUADO
1	19.1
2	25.4
3	25.8
4	14.5
5	12.6
6	2.6
Total	100.0

* En esta tabla, como en todas las correspondientes al punto C, no se incluyó la categoría "sin información sobre nivel ocupacional" que comprende el 15 % del total de familias encuestadas en el área. Esta decisión contribuye a uniformar criterios con otras partes del trabajo y permite comparaciones más claras para el sector de población sobre el que se dispone información sobre niveles ocupacionales.

Esto permite extraer una primera conclusión: que la participación en el gasto disminuye a medida que aumenta el nivel ocupacional, salvo para los dos primeros niveles. Sin embargo, esta afirmación es relativa si se complejiza el dato añadiendo al mismo el peso que cada sector (agrupado por su nivel ocupacional) tiene en la población total. Tomando así el dato —nivel ocupacional del jefe de familia— se ve a continuación el porcentaje de familias, por cada nivel.

CUADRO 3

CANTIDAD DE FAMILIAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES DE FAMILIA (EN %)

NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES	FAMILIAS POR NIVEL EN %
1	27.0
2	32.4
3	21.9
4	11.3
5	6.3
6	1.1
Total	100.0 % (1.673)

Se observa aquí que los niveles ocupacionales 1 y 2 suman casi el 60 % de las familias encuestadas, mientras que los niveles más altos —5 y 6— reúnen aproximadamente el 7.5 % de las familias; si se relaciona esta observación con la participación en el gasto, se ve que ese 60 % de las familias partici-

pan, aproximadamente, en un 44 % del gasto en salud, mientras que el 7.5 % de los niveles más altos participa con el 14.5 % del gasto total.

Finalmente, la información disponible permite analizar la distribución del gasto por rubro según niveles ocupacionales.

CUADRO 4

DISTRIBUCION DEL GASTO EN SALUD POR RUBROS, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES DE FAMILIA (EN %)

RUBRO	NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES					
	1	2	3	4	5	6
Medicamentos	42.1	50.6	35.3	33.4	29.2	29.4
Consulta	20.4	20.1	29.8	17.7	32.8	17.9
Internación	5.0	3.5	6.4	7.5	6.1	5.8
Laboratorio y radiología	14.7	8.2	7.4	1.0	2.2	1.4
Prestación odontológica	16.3	17.2	17.9	40.4	25.3	46.5
Prótesis	1.5	0.4	3.2	—	4.4	—
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Esta estructura del gasto por nivel ocupacional permite reanalizar la información general hasta aquí presentada.

En general se ve que, como en el cuadro 1 (Distribución del gasto para la población total), el rubro gasto en medicamentos sigue teniendo un peso relativo importante, pero que en los niveles ocupacionales superiores (4, 5, 6) éste disminuye ocupando su lugar el gasto en consulta médica o en prestación odontológica, los que en estos tres niveles significan más de un 55 % del gasto total, mientras que en los niveles 1 y 2 llegan aproximadamente a un 38 %. Por último, es interesante observar que el rubro internación tiene en todos los niveles escaso significado (menos de un 8 %), notándose que en los niveles ocupacionales más bajos (1 y 2) representa comparativamente menos de la mitad de lo que en esos estratos se gasta en laboratorio y radiología, mientras que en los niveles superiores (4, 5, 6) tiene un peso mucho mayor en comparación con este rubro.

Otros indicadores de interés para el análisis del gasto familiar en salud son el gasto promedio por nivel ocupacional y la propen-

sión media al gasto en salud, según dicho nivel.

El gasto promedio en salud por nivel ocupacional resulta de relacionar el gasto total efectuado en este rubro por todas las familias, con el número de familias, clasificadas según el nivel ocupacional de los jefes de las mismas.

CUADRO 5

GASTO PROMEDIO EN SALUD DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (EN PESOS LEY)

NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES	GASTO PROMEDIO EN SALUD EN PESOS LEY
1	561.4
2	621.8
3	932.8
4	1,020.5
5	1,598.4
6	1,825.4
Total	761.1

Como puede verse, el gasto promedio se incrementa a medida que aumenta el nivel

ocupacional —como era lógico esperar—; sin embargo, si se analiza el incremento de gasto de un nivel a otro, se verá que éste es desigual.

CUADRO 6

INCREMENTO O DIFERENCIA PORCENTUAL DEL GASTO PROMEDIO POR NIVEL OCUPACIONAL

NIVELES OCUPACIONALES	INCREMENTO (EN %)
(1, 2)	10.8
(2, 3)	50.0
(3, 4)	9.4
(4, 5)	56.6
(5, 6)	14.2

Muestra las mayores diferencias entre los niveles ocupacionales 2 y 3 y los niveles 4 y 5, mientras que las diferencias entre los extremos inferior y superior del nivel ocupacional tienden a ser notablemente menores.

Por último, es interesante señalar que los dos niveles superiores (5 y 6) casi triplican el gasto promedio efectuado por los niveles inferiores (1 y 2).

Para profundizar la información presentada, es necesario completarla mostrando la distribución del gasto promedio efectuado por las familias en cada rubro y según el nivel ocupacional de los jefes de las mismas.

CUADRO 7

GASTO PROMEDIO EN SALUD DE LAS FAMILIAS SEGUN RUBRO Y NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (EN PESOS LEY)

RUBRO	NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE						Total
	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos	236.2	315.0	330.0	340.6	466.3	520.0	309.6
Consulta	114.3	124.8	277.6	180.1	525.2	327.1	174.5
Internación	28.2	21.6	59.3	76.8	97.3	105.3	42.1
Laboratorio y radiología	83.0	50.8	68.7	10.6	35.4	24.6	52.7
Dentista	91.3	107.2	167.4	412.4	404.4	848.4	169.3
Prótesis	8.4	2.4	29.8	—	69.8	—	12.3

El gasto promedio para cada uno de los rubros confirma la tendencia anotada para el gasto en salud general: los niveles ocupacionales más altos duplican y en algunos casos cuadruplican los gastos promedio efectuados por los niveles inferiores. Sin embargo, puede verse que esta característica general tiene diferencias para cada rubro. Así, en medicamentos notamos que el incremento —en porcentaje— del gasto promedio entre el nivel ocupacional 1 y el 6 es de 120.3 %, en consulta médica asciende a 186.2 %, en internación a 273.4 % y en prestación odontológica una diferencia o incremento de 829.2 %. Esta tendencia general (mayor gasto promedio cuanto mayor es el nivel ocupacional) no se verifica al analizar el rubro laboratorio y radiología, en que la tenden-

cia se invierte descendiendo el gasto a medida que aumenta el nivel ocupacional, en forma tal que se observa un decrecimiento del gasto, entre el nivel ocupacional 6, respecto del 1, del 70.4 %.

Es importante, para tener un completo conocimiento de las relaciones entre el nivel ocupacional y el gasto, analizar lo que se ha llamado “propensión media al gasto” según nivel ocupacional. Esta se obtiene de relacionar el gasto en salud efectuado por las familias con su ingreso, para los distintos niveles ocupacionales de los jefes de las mismas, de modo que la información resultante es, para cada grupo, la cantidad de dinero destinado al gasto en salud, por cada cien pesos de su ingreso.

CUADRO 8

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD
DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL
OCUPACIONAL DE SUS JEFES (EN %)

NIVEL OCUPACIONAL	PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD
1	10.0
2	8.1
3	9.9
4	8.8
5	10.3
6	8.2
Total	9.4

En el cuadro 8 puede verse que la propensión media no tiene una tendencia definida en relación con los distintos niveles ocupacionales; por el contrario tiene pequeñas oscilaciones de tipo irregular de un nivel a otro. Además, puede observarse que contraponiendo los niveles ocupacionales extremos (1 y 6) las diferencias son muy pequeñas, si bien este último muestra una propensión menor que la anterior.

Si se examina la propensión media por rubro de gasto, se puede comprobar (cuadro 9) que esta observación general en parte se modifica.

CUADRO 9

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD, POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS
SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (CON %)

RUBRO	NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES						Total
	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos	4.2	4.1	3.5	2.9	3.0	2.3	5.8
Consulta	2.0	1.6	2.9	1.6	3.3	1.5	1.8
Internación	0.5	0.2	0.7	0.7	0.7	0.5	0.8
Laboratorio y radiología	1.5	0.7	0.8	0.1	0.3	0.1	0.5
Prestación odontológica	1.6	1.4	1.7	3.5	2.6	3.8	2.4
Prótesis	0.2	0.1	0.3	—	0.4	—	0.1

En efecto, puede observarse que en relación a los niveles ocupacionales se notan tendencias más definidas en algunos rubros que en la relación global (cuadro 8). Así, en medicamentos puede verse una tendencia decreciente (salvo entre los niveles 4 y 5) a medida que crece el nivel ocupacional, y contraponiendo los niveles extremos (1 y 6) se nota que el primero casi duplica al segundo. En prestación odontológica ("dentista"), puede observarse también una tendencia definida aunque de sentido inverso al apuntado en el rubro anterior. En los restantes rubros la relación entre la propensión media y los niveles ocupacionales es similar a la descrita en el cuadro 8: poca relación entre ambas variables, notoria en las oscilaciones de uno a otro nivel.

D) *Incidencia del nivel educacional para los distintos tipos de gasto*

Nuevamente el análisis del gasto efectuado por las familias, clasificadas según el nivel educacional de sus jefes, es el primer paso en el análisis de las relaciones entre ambas variables.

El cuadro siguiente (10) muestra la participación —expresada en por ciento— de cada nivel educacional en el gasto total. A diferencia de lo observado en el cuadro 2, en que el gasto familiar aumenta a medida que lo hace el nivel ocupacional, en el cuadro 10 la participación del gasto familiar clasificado según nivel educacional no sigue una tendencia definida. En efecto, se nota que las familias clasificadas en la categoría 0

CUADRO 10

PARTICIPACION EN EL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS CLASIFICADAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (EN %)*

NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES	GASTO FAMILIAS EN SALUD (EN %)
0	5.2
1	22.5
2	37.9
3	14.6
4	8.5
5	4.6
6	6.7
Total	100.0 %

* En esta tabla, como todas las correspondientes al punto D, no se incluyó la categoría "sin información sobre nivel educacional, por motivos similares a los expresados en el cuadro 2. La misma comprende el 4.4 % del total de familias encuestadas en el área.

(sin educación), tienen una participación similar a la de los individuos con educación universitaria incompleta o completa (categorías 5 y 6). Por otro lado, hay que destacar que las familias cuyos jefes tienen educación primaria incompleta o completa (categorías 1 y 2) son las que tienen mayor participación porcentual en el gasto total.

Esta información puede ser profundizada agregándole el peso de cada nivel educacional en la población encuestada.

CUADRO 11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS DE LA MUESTRA, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES

NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES	FAMILIAS POR NIVEL EN %
0	5.2
1	30.2
2	38.3
3	12.0
4	7.5
5	2.7
6	4.1
Total	100.0 %

Obsérvese que con características menos agudas que al analizar el nivel ocupacional la línea de interpretación se repite: los niveles educacionales más bajos —“sin educación formal” 0, “primaria incompleta” 1 y “primaria completa” 2— suman un 73.7 % de la población, participando con un 66 % del gasto en salud, mientras que los sectores educacionales más altos —4, 5 y 6 (secundaria completa, universitaria incompleta y completa)— representan el 14.3 % de la población y participan con un 19.8 % en el gasto.

CUADRO 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO EN SALUD POR RUBROS, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES DE FAMILIA

RUBRO	NIVEL EDUCACIONAL						
	0	1	2	3	4	5	6
Medicamentos	42.3	50.1	41.7	27.7	47.7	19.5	31.8
Consulta	13.5	24.8	21.9	20.3	21.0	21.2	42.6
Internación	0.3	4.3	5.0	8.3	4.9	6.1	12.5
Laboratorio y radiología	17.8	6.0	9.5	4.5	3.0	1.9	1.1
Prestación odontológica	26.1	14.0	19.0	38.6	22.6	48.1	10.9
Prótesis	—	0.8	2.9	0.6	0.8	3.2	1.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

El cuadro 12 proporciona información acerca de la distribución porcentual del gasto por rubros y nivel educacional de los jefes de familia. Una primera revisión del mismo muestra que los principales rubros de gasto en todos los niveles educacionales, son los de medicamentos, consulta médica y prestación odontológica.

La proporción de lo gastado —por rubros— tiene variaciones definidas, según el nivel ocupacional. Así, puede notarse que en los niveles más bajos (0 y 1) el peso fundamental del gasto está dado por el rubro medicamentos (entre el 40 % y 50 %), mientras que los montos en consulta médica y prestación odontológica sumados están por debajo del anterior.

Por el contrario, en los niveles superiores (5 y 6) la proporción que tienen en el gasto la consulta médica más la prestación odontológica significan el 69 % y 53 % —respectivamente— del gasto total realizado.

Los rubros de internación y laboratorio y radiología tienen un menor peso porcentual al analizarlos por los distintos niveles educacionales. Obsérvese en el cuadro 12 que el gasto en internación es en los niveles superiores (5 y 6) varias veces superior al de los inferiores (0 y 1), mientras que, en forma inversa, es en estos últimos en donde tiende a predominar notoriamente —en forma comparativa— el gasto en laboratorio y radiología.

Para completar esta descripción del gasto en salud realizado por las familias encuestadas en el área metropolitana, es necesari-

rio incluir el análisis del gasto promedio de las mismas clasificadas según nivel educacional de sus jefes.

CUADRO 13

GASTO PROMEDIO EN SALUD DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (EN PESOS LEY)

NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES	GASTO PROMEDIO EN SALUD EN PESOS LEY
0	791.0
1	579.3
2	773.3
3	956.0
4	879.5
5	1.341.9
6	1.259.4
Total	761.1

El primer dato de interés que surge de la simple observación del cuadro 13, es similar al ya apuntado al observar las variaciones del gasto promedio en función del nivel ocupacional, en tanto aumenta el nivel educacional se incrementan los niveles de gasto; esto como aproximación general, tiene sus reparos si se toma en consideración que entre los niveles educacionales 0 y 2, 3 y 4, 5 y 6 hay decrecimiento del gasto promedio realizado. Podemos señalar en principio que este aumento tiene una tendencia similar a la ya vista en el cuadro 5, aunque menos definida y constante.

CUADRO 14

GASTO PROMEDIO EN SALUD, POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (EN PESOS LEY)

RUBRO	NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos	334.8	290.1	323.0	265.0	419.5	262.0	399.3	309.6
Consulta médica	106.6	143.5	169.0	193.7	185.1	285.0	537.0	174.5
Internación	2.5	24.9	38.4	79.3	42.9	81.2	157.8	42.7
Laboratorio y radiología	140.7	34.9	73.2	43.2	26.2	25.5	14.3	52.7
Prestación odontológica	206.4	81.3	147.2	369.0	199.2	664.9	137.7	169.3
Prótesis	—	4.6	22.5	5.8	6.6	43.3	13.3	12.3

Nuevamente se ve aquí el peso relevante de los rubros: medicamentos, consulta médica y prestación odontológica. Sin embargo, el peso relativo de cada rubro es diferente según los niveles educacionales. Se nota que el gasto promedio en medicamentos, si se comparan los niveles educacionales extremos, 0 y 6, crece apenas en un 19.3%, mientras que el gasto promedio en consulta médica crece en un 403.8%; el gasto en prestación odontológica en cambio —comparando ambos niveles— decrece en un 33.3%.

CUADRO 15

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (EN %)

NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES	PROPENSION MEDIA AL GASTO (EN %)
0	13.2
1	8.8
2	9.5
3	11.1
4	8.3
5	10.1
6	7.1
S.I.	15.0
Total	9.4

Comparando el gasto realizado en laboratorio y radiología en los niveles 0 y 6 se puede observar que decrece notablemente (89.8%), a medida que aumenta la educación, en tanto que el de internaciones crece astronómicamente (6.212%).

En general, es difícil anotar tendencias definidas para todos los niveles, lo que contrasta con lo apuntado al analizar el gasto por rubros según nivel ocupacional.

Finalmente, para completar una visión del gasto en salud de las familias según nivel educacional de sus jefes es importante observar la propensión media al gasto en salud.

En el cuadro 15 se observa, comparando los niveles educacionales extremos —0 y 6—, que de cada 100 \$ de ingreso el nivel educacional más bajo gasta prácticamente el doble (86%) que las familias de nivel educacional más alto, cuya propensión al gasto está por debajo del promedio general. Puede verse además que, salvo las diferencias apuntadas en los niveles extremos, el gasto en relación al ingreso según nivel educacional no tiene un comportamiento muy definido. En efecto, si se observa el cuadro 15 se verá que éste crece y decrece de un nivel a otro sin una tendencia definida.

CUADRO 16

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD, POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (EN %)

RUBRO	NIVEL EDUCACIONAL							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos	5.6	4.4	3.9	3.1	3.9	2.0	2.3	3.8
Consulta médica	1.8	2.2	2.1	2.2	1.8	2.2	3.0	2.2
Internación	0.1	0.4	0.5	0.9	0.4	0.6	0.9	0.5
Laboratorio y radiología	2.3	0.5	0.9	0.5	0.3	0.2	0.1	0.6
Prestación odontológica	3.4	1.2	1.8	4.3	1.8	4.9	0.7	2.1
Prótesis	—	0.1	0.3	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2

En cuanto a la propensión media al gasto —por rubros— según nivel educacional, aquí también es difícil señalar tendencias definidas, ya que se notan en todos los rubros oscilaciones. Sin embargo, se puede observar que se mantienen las características ya apuntadas. La propensión media al gasto de los niveles educacionales más bajos (0 y 1) y los más altos (5 y 6) se contraponen. Los niveles más bajos tienen una propensión mayor que los más altos en el rubro medicamentos y los supera aún con mayor amplitud en el rubro “laboratorio y radiología”; por el contrario, la propensión al gasto en consulta médica, internación y prestación odontológica de los niveles altos es superior a la de los niveles inferiores.

E) *Incidencia de la cobertura en los distintos tipos de gasto*

Para tener una visión completa del gasto en salud de las familias encuestadas es fundamental analizar, entre los factores que lo condicionan, sus relaciones con la cobertura (afiliación de los miembros a algunos de los distintos sistemas de financiación de la atención médica). El primer problema que se presenta es la definición operacional de “familia cubierta”, es decir que se denominará, en este capítulo, como tal. En este sentido se tomó la decisión —si se quiere arbitraria— de definir como “familia cubierta” a aquella en que la totalidad de sus miembros son beneficiarios de alguno de los distintos sistemas de financiamiento; por otro lado, “familias no cubiertas” son aquellas que no tienen ningún miembro cubierto por alguno de los sistemas de protección.

El segundo problema deriva de la definición aceptada, y está referido a los casos “intermedios”, aquellas familias con algunos de sus miembros cubiertos y otros no. A pesar de que esto representa un punto de análisis en sí mismo, previo a tomar la decisión de cómo definir y clasificar estas familias, aquí se ha tomado una segunda decisión, que es la de excluir del análisis del gasto en función de su cobertura a las familias que caen en estos casos “intermedios”. De este modo es fundamental considerar que sólo se toman en cuenta para este análisis

a dos grupos definidos, los que engloban al 75 % del total de familias encuestadas.

Aclaradas las limitaciones de este punto, lo primero a examinar es la estructura —distribución— del gasto en salud por rubros según que las familias estén o no cubiertas.

CUADRO 17

DISTRIBUCION DEL GASTO EN SALUD, SEGUN COBERTURA DE LAS FAMILIAS (EN %) *

GASTO EN	COBERTURA	
	Familias cubiertas	Familias no cubiertas
Medicamentos ...	43.9	40.0
Consulta médica .	16.4	24.8
Internación	6.4	6.1
Laboratorio y radiología	5.3	5.4
Prestación odontológica	23.2	20.7
Prótesis	2.2	0.2
Total *	492.168 (\$ ley) (100 %)	592.873 (\$ ley) (100 %)

* El rubro “otros gastos” que en ambas categorías representa el 2.8 y 2.6 % ha sido eliminado.

Puede verse en el cuadro 17, que en general la estructura del gasto de las familias cubiertas y no cubiertas no tiene grandes variaciones —en medicamentos, prestación odontológica, internación y laboratorio y radiología es prácticamente similar—. Es en los rubros de consultas médicas y de prótesis en los que se registran las diferencias más significativas. En este sentido hay que destacar que el peso relativo en el gasto de las familias no cubiertas del rubro consulta es notablemente mayor que en el de las cubiertas.

Finalmente, otro dato de importancia a tener en cuenta en la relación gasto familiar-cobertura es el que surge del análisis del gasto promedio en salud por rubros según las familias estén o no cubiertas.

CUADRO 18

GASTO PROMEDIO EN SALUD, POR RUBROS,
SEGUN COBERTURA DE LAS FAMILIAS
(EN PESOS LEY)

RUBROS	Familias cubiertas	Familias no cubiertas
Medicamentos	315.6	299.2
Consulta médica	117.9	185.8
Internación	45.8	45.4
Laboratorio y radiología	38.4	40.8
Dentista	167.4	154.9
Prestación odontológica.	16.2	1.6
Total	719.7	748.7

En el cuadro 18 puede verse cómo se mantiene la tendencia señalada en el cuadro 17. Una distribución del gasto promedio similar en todos los rubros, salvo en prótesis y consulta médica donde se registran las mayores diferencias.

Otra característica de interés es la de que a pesar de que en los restantes rubros los gastos son casi similares, hay leves diferencias (gastos promedios mayores) en las familias cubiertas —salvo en laboratorio y radiología—.

Como información complementaria al análisis expuesto en los puntos anteriores, se incluyen en el anexo (tablas 1 a 3) los datos generales de gasto y en las tablas 4 y 5 el gasto de las familias según el nivel de ingreso de las mismas.

F) Hallazgos más importantes

1. El monto total del gasto privado, realizado por la población del área metropolitana en el año 1969/1970 fue de 1.955 millones de pesos ley.

2. El rubro de mayor gasto es el de medicamentos. Representa el 41 % del gasto total, seguido por el gasto en consultas médicas y prestaciones odontológicas, las que representan en cada caso, aproximadamente, el 22 % del gasto total.

3. La estructura del gasto de las familias varía con el nivel ocupacional del jefe.

4. El nivel educacional del jefe de familia tiene poca incidencia en el gasto en salud.

5. La cobertura, tal como fue definida en este capítulo, no incide en el gasto en salud, salvo en el rubro consulta médica, para el cual las familias no cubiertas gastan, en promedio, más que las cubiertas.

4. GASTO POR INTERNACION

En el siguiente análisis se entenderá por gasto en internación el monto que fuera declarado en la encuesta como pago efectuado por internaciones en el último año, más lo adeudado por las mismas. Independientemente del período en que estos pagos se hacen efectivos se analizará, entonces, cuánto le cuesta al usuario este tipo de prestación.

Es importante recordar que este gasto incluye los pagos por derechos de internación, servicio de hotelería, honorarios médicos, medicamentos, materiales de curación, análisis y demás gastos que el usuario debió afrontar durante su internación.

El gasto total en internaciones efectuado por el total de individuos encuestados en el término de un año es de 82.777.36 pesos ley. Esto representa un gasto anual estimado* de 108 millones de pesos ley para toda la población del área metropolitana. La estimación del error de muestreo correspondiente a este resultado asciende a 16.6 millones (pesos ley). Es de notar que, aparte del error de muestreo, existe un error de subestimación en este monto global, como ya se mencionó; dicha subestimación está dada por el hecho de que no se relevó, dentro de las viviendas muestreadas, la información correspondiente a las personas que murieron durante el período de referencia y que pudieron tener hospitalizaciones en ese período, como tampoco se relevó la que corresponde a personas hospitalizadas en el momento en que se realizó la encuesta. Esta

* Fórmula de estimación: $\frac{\text{Total de gasto por intern. en la muestra}}{\text{Total de individuos en la muestra}} \times \text{Población total del área (Censo 1970)}$

subestimación afecta principalmente la estimación del gasto total, pero es de suponer que afecta en menor grado las cifras que se analizarán más adelante, tales como gasto medio por egreso o por día de internación.

En el cuadro 1 se presentan los datos de gasto y número de egresos correspondientes a los individuos encuestados según el lugar de internación: este agrupamiento

responde a las alternativas de lugar contempladas en el cuestionario de la encuesta, salvo el caso de las hospitalizaciones realizadas fuera del área metropolitana que se presentan por separado y el rubro "otro lugar", para el cual se han desglosado, por separado, los egresos correspondientes a instituciones de las fuerzas armadas o de seguridad.

CUADRO 1

NUMERO TOTAL DE EGRESOS EN LA MUESTRA, NUMERO DE EGRESOS CON PAGOS Y MONTOS DE GASTO POR LUGAR DE INTERNACION

LUGAR	Nº total de egresos	Nº de egresos pagos	Monto de gasto (\$ a.)
1. Público	118	80	5.605.00
2. Obra social o mutual	32	14	1.413.85
3. Privado	146	121	74.039.51
4. Otro lugar:			
Inst. de Fuerzas Armadas o Seguridad.	16	2	289.00
Resto	2	2	550.00
Subtotal	314	219	81.897.36
Fuera del área:			
Dentro del país	12	4	880.00
Fuera del país	3	3	
Total	329	226	82.777.36

Un 4.6 % de los egresos, que representan el 1.1 % del gasto total, se realizó fuera del área. Por esta razón estos egresos no se tendrán en cuenta en el presente análisis.

Tampoco se considerarán los egresos correspondientes a "otro lugar", dado que no siempre es identificable el tipo de efector en donde se realizaron estas prestaciones o el sistema de financiación al que corresponden. Estos egresos constituyen un 5.7 % del total del área y participan con un 1.0 % en el gasto total. Para una mayor información acerca de las características de estos egresos pueden ser consultadas las tablas 6, 7 y 8 del Anexo.

Como se mencionó en la Introducción de este capítulo, el supuesto básico del presente análisis es que los gastos de la población por hospitalización están influidos fundamentalmente por la forma en que se financian las prestaciones y por el tipo de institución que las realiza. A continuación se des-

cribirá, entonces, cuánto gasta la población encuestada según:

- I) Sistema de financiación.
- II) Efector.

Dado que el gasto en internación está también influido por el número de días de estancia, se considerará, para las comparaciones que se establecen, el gasto promedio por día de internación.

Otro de los factores condicionantes de este gasto, que puede distorsionar dichas comparaciones, es la patología del individuo hospitalizado. Es por esto que después de analizar conjuntamente todos los egresos, se describirá el mismo tipo de resultados para una misma causa de internación. Con este propósito se considerarán los egresos por parto, ya que ésta es una de las causas más homogénea y frecuente.

1. Gasto en internación según sistema de financiación

CUADRO 2
MONTOS DE GASTO, NUMERO TOTAL DE EGRESOS Y EGRESOS PAGOS, EN LA MUESTRA, SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION. PORCENTAJE DE EGRESOS PAGOS DENTRO DE CADA SISTEMA

SISTEMA	Gasto (\$ a.)	Nº total de egresos	Nº de egresos pagos	% de egresos pagos
Público	5.605.00	118	80	67.8
Obra social	6.748.66	60	35	58.3
Privado con cobertura	5.450.00	39	24	61.6
Privado sin cobertura	63.240.00	78	75	96.2
Sin información de sistema	14.70	1	1	
Total	81.058.36	296	215	72.6

La menor proporción de egresos pagos corresponde al sistema de obras sociales. Esto implica que los individuos que hacen uso de este sistema para internación son los que con menor frecuencia deben realizar desembolsos por estas prestaciones.

Es de notar la alta proporción de egresos pagos en el sector público; es probable que esto responda al hecho de que en el gasto se incluyen medicamentos, radiografías y análisis de laboratorio y si bien, tradicionalmente, los establecimientos públicos dispensaban gratuitamente este tipo de consumos y servicios a sus internados, en la actualidad los usuarios de este sistema deben afrontar por su cuenta el pago en estos rubros. El dato correspondiente al sistema privado sin cobertura, indica que la casi totalidad de la población que llega a este sistema para ser hospitalizado debe pagar.

A continuación se analizan, para los egresos con pago, cuánto se gasta en promedio por egreso y por día de internación.

CUADRO 3
GASTO PROMEDIO. POR EGRESO Y POR DIA, PARA INTERNACIONES CON PAGO SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION *

SISTEMA	Gasto promedio por egreso pago (\$ a.)	Gasto promedio por día de internac. con pago (\$ a.)
Público	75	6
Obra social	211	15
Privado con cobertura	237	30
Privado sin cobertura	903	186
Total	405	43

* Para el cálculo de estos promedios se consideraron sólo los egresos pagos con información del monto gastado. Ver Anexo.

Estos promedios indican que el sistema en donde menos gasta el usuario, que debe afrontar algún pago, es el público. La diferencia de gasto por egreso para obras sociales y privado con cobertura es muy pequeña, no así el promedio de gasto por día de internación que en el segundo caso es el doble que en el primero. El mayor gasto corresponde al sistema privado sin cobertura, siendo éste el que da, en promedio, menor número de días de internación *

La participación de cada sistema en la cantidad total de egresos y en el gasto es la siguiente:

Sistema	% de egresos	% de gasto
Público	40.1	6.9
Privado sin cobertura ..	26.4	78.1
Obras sociales	20.3	8.3
Privado con cobertura ..	13.2	6.7

Estos resultados muestran que el sistema de financiación más frecuentemente utilizado para internaciones es el público y es éste, a su vez, en donde la población gasta menos. Le sigue en orden de importancia, respecto a la utilización, el sistema privado sin cobertura, que absorbe la mayor parte del gasto.

A continuación se analiza el gasto promedio por egreso con pago y por día de estada para las internaciones por parto.

* La información acerca del promedio de días de internación por sistema, para egresos con o sin pago, se presenta en la tabla 9 del Anexo.

CUADRO 4

INTERNACIONES POR PARTO, GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA PARA INTERNACIONES PAGAS, SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION *

SISTEMA	Gasto promedio por egreso pago (\$ a.)	Gasto promedio por día de internación con pago (\$ a.)
Público	29	7
Obra social	140	37
Privado con cobertura	317	89
Privado sin cobertura	602	203
Total	265	72

* Para el cálculo de estos promedios sólo se consideraron los egresos pagos con información del monto gastado. Ver Anexo.

De la comparación de estos resultados con los del cuadro 3 surge como conclusión que, por día de estada, la población gasta en promedio más en internaciones por parto que lo que gasta en promedio por el total de causas. Esta diferencia se acentúa según el sistema que utiliza, mientras que para el público y el privado sin cobertura las diferencias entre estos promedios son leves, para obras sociales es algo mayor que el doble, y para el privado con cobertura es casi tres veces mayor.

La información del total de egresos, egresos pagos y montos de gasto para internaciones por parto figuran en las tablas 11, 12 y 13 del Anexo.

II. Gasto en internación según efector

CUADRO 5

MONTO DE GASTO, NUMERO TOTAL DE EGRESOS Y EGRESOS PAGOS, EN LA MUESTRA, SEGUN EFECTOR. PORCENTAJE DE EGRESOS PAGOS PARA CADA EFECTOR

EFECTOR	Gasto (\$ a.)	Nº total de egresos	Nº de egresos pagos	% de egresos pagos
Público	5.605.00	118	80	67.8
Obra social* ...	943.85	24	8	33.3
Privado	74.509.51	154	127	82.5
Total	81.058.36	296	215	72.6

* Las diferencias con las cifras que aparecen en el cuadro 1, del rubro "Lugar 2", se deben a que los egresos correspondientes a instituciones de algunas mutuales, de acuerdo con la definición dada de efector, se consideran dentro del efector Privado.

Dado que el sistema de financiación "público" tiene como único efector a los establecimientos públicos, los datos para este caso coinciden con los ya analizados en el punto anterior.

La más baja proporción de egresos pagos, uno de cada tres, corresponde a los establecimientos de atención pertenecientes a obras sociales. La mayor proporción corresponde al efector privado: los egresos no pagos en este efector son en su casi totalidad cubiertos por obras sociales o sistemas privados de cobertura.

CUADRO 6

GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA DE ESTADA PARA INTERNACIONES CON PAGO SEGUN EFECTOR *

EFECTOR	Gasto promedio por egreso pago (\$ a.)	Gasto promedio por día de internación con pago (\$ a.)
Público	75	6
Obra social	135	11
Privado	626	84
Total	403	43

* Para el cálculo de estos promedios sólo se consideraron los egresos pagos con información del monto gastado. Ver Anexo.

El menor gasto promedio, por egreso pago, corresponde al efector público. El de obras sociales es casi el doble, con aproximadamente igual promedio de días de estada, y el del efector privado es más de 8 veces mayor que el primero, con menor promedio de días (el promedio por día es 14 veces mayor)*.

Es de nota que el gasto promedio, por egreso y por día de estada para internaciones realizadas en establecimientos de obras sociales, es menor que para aquellas cubiertas por obras sociales, pero realizadas en el sector privado (ver cuadro 3).

A pesar de que en establecimientos privados es en donde el usuario gasta más —en

* En la tabla 10 del Anexo se presentan los datos correspondientes a días de estada para egresos con pago y sin pago según tipo de efector.

promedio— por internación, es este tipo de efector el más frecuentemente utilizado. La participación que cada efector tiene en el total de egresos y en el monto total gastado por la población en estas prestaciones es la siguiente:

Efector	% de egresos	% de gasto
Privado	52.0	91.9
Público	39.9	6.9
Obra social	8.1	1.2

A continuación se analizan, por tipo de efector, el gasto promedio por egreso con pago y por día de estada para las internaciones por parto.

CUADRO 7

INTERNACIONES POR PARTO. GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DÍA DE ESTADA PARA INTERNACIONES PAGAS SEGUN EFECTOR *

E F E C T O R	Gasto promedio por egreso pago (\$ a.)	Gasto promedio por día de estada para egresos pagos (\$ a.)
Público	29	7
Obra social	16	5
Privado	473	145
Total	265	72

* Para el cálculo de estos promedios sólo se consideraron los egresos pagos con información del monto gastado. Ver Anexo.

Las diferencias entre efectores, en el gasto en internaciones por parto, son notables. Mientras que para el total de causas en el efector privado se gasta por egreso aproximadamente 8 veces más que en el efector público, para partos esta relación es de aproximadamente 16.

Comparando el gasto promedio por día de estada por partos, con el gasto promedio por día de estada por el total de las causas (cuadro 6), resulta que para el efector público hay muy poca diferencia.

En el efector "obra social" el gasto promedio por día es aproximadamente la mi-

tad, mientras que para el privado este gasto es 1.8 veces mayor.

Para partos se hace más notorio el hecho ya señalado anteriormente con respecto a obras sociales, en el sentido que los usuarios de este sistema afrontan un mayor gasto cuando son atendidos por internación en establecimientos privados, que en instituciones pertenecientes a las mismas obras sociales.

5. PAGO POR CONSULTA MEDICA

Los montos pagados por consultas por el total de individuos encuestados ascienden a:

	(\$ ley)
— Pagos efectuados en las dos últimas semanas por consultas realizadas durante este mismo lapso.	8.222.60
— Pagos efectuados en las dos últimas semanas por consultas anteriores a este lapso	4.984.00
— Total	13.206.60

Este total en la muestra representa un gasto estimado de 448 millones de pesos ley al año para la población total del área metropolitana *. Es de notar que el 37.7 % de este monto corresponde a pagos diferidos y que esto constituye una cuota mínima de lo que se adeuda por consulta, ya que en el primer rubro de pago que se menciona, pueden estar incluidas deudas canceladas en un tiempo no mayor a las dos semanas.

Las cifras que se analizan son las que corresponden al primer tipo de pago, es decir, aquellos que se declaran como efectuados en las dos últimas semanas, por consultas realizadas durante este mismo lapso; si bien se calculan las relaciones entre montos pagados y número de consultas para las cuales

* La fórmula de estimación aplicada es análoga a la utilizada para estimar el gasto total por internación.

La estimación del error de muestreo correspondiente al gasto total de la población asciende a 60.2 millones de pesos ley.

se declara haber efectuado algún pago, es probable que existan subestimaciones del gasto por consulta para prestaciones dadas en lugares tales como consultorios particulares de médicos o en domicilios de los consultantes, en donde el pago diferido puede darse más frecuentemente.

Pago según modalidad de las consultas

En la tabla siguiente se agrupan las consultas en tres categorías:

- Ambulatorias: consultas realizadas en consultorios de instituciones públicas, privadas, de obras sociales o en consultorios particulares de médicos.
- Domiciliarias: consultas realizadas en domicilios particulares.
- Otras consultas: consultas realizadas en el lugar de trabajo del consultante, en la escuela, por teléfono o en lugares no especificados.

CUADRO 1
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS EN LA MUESTRA, NUMERO DE CONSULTAS CON PAGO Y MONTOS DE PAGOS SEGUN TIPO DE CONSULTA

TIPO DE CONSULTA	NUMERO DE CONSULTAS			MONTOS PAGADOS (\$ a.)	
	Total	Con pago *	Sin información de pago	Total	Promedio por consulta con pago
Ambulatoria	1.213	609	32	6.090.30	10.00
Domiciliarias	359	180	2	2.121.80	11.79
Otras consultas	189	7	—	10.50	1.50
Total	1.761	796	34	8.222.60	10.33

* Número de consultas para las cuales se declara algún pago.

El pago promedio por consultas declaradas como pagas es levemente superior para las consultas domiciliarias; se puede suponer que esta diferencia debería ser mayor, pero se ignora cómo incide en esta relación la subestimación ya mencionada. Por otro lado, no son comparables las proporciones de consultas no pagas que corresponden a estas categorías, puesto que éstas no son necesariamente gratuitas, dado que los individuos que declaran no haber pagado hasta el momento de la encuesta pueden estar adeudando esas consultas.

A continuación se analizan para las consultas ambulatorias los pagos efectuados según:

- I) Sistema de financiación.
- II) Efector.

Se eliminan de este análisis las consultas domiciliarias por cuanto éstas no pueden discriminarse según que correspondan al sector público o privado.

- I) Consultas ambulatorias según sistema de financiación

CUADRO 2
NUMERO DE CONSULTAS EN LA MUESTRA Y MONTOS PAGADOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION, MONTO PROMEDIO POR CONSULTA CON PAGO PARA CADA SISTEMA

SISTEMA	NUMERO DE CONSULTAS			MONTOS PAGADOS (\$ a.)	
	Total	Con pago	Sin información de pago	Total	Promedio por consulta con pago
Público	330	140	2	217.10	1.55
Obra social	194	48	1	153.20	3.19
Privado sin cobertura ...	518	385	29	5.601.50	14.55
Privado con cobertura ...	158	36	—	118.50	3.29
Sin información	13	—	—	—	—
Total	1.213	609	32	6.090.30	10.00

De las consultas por las cuales el consultante debió pagar, el menor pago promedio es para las realizadas en el sector público; este promedio corresponde, en general, a donaciones que el usuario realiza para las cooperadoras. Los promedios de pagos por las consultas cubiertas por obras sociales y por sistemas privados son similares entre sí y muy inferiores al que el consultante debe afrontar en el sistema privado sin ningún tipo de cobertura; es de notar que, a pesar de estas diferencias, este último sistema es el más frecuentemente utilizado. Los resultados encontrados pueden sintetizarse en el siguiente

cuadro que muestra la participación de cada sistema en la cantidad de consultas y en los montos pagados:

Sistema	% de consultas	% de pago *
Privado sin cobertura ..	43.2	92.0
Público	27.5	3.6
Obras sociales	16.1	2.5
Privado con cobertura ..	13.2	1.9

* Es importante recordar que los porcentajes que corresponderían al "gasto" (pagos más deudas) podrían diferir de éstos en razón de que no se han computado los pagos diferidos.

II) Consultas ambulatorias según tipo de efector

CUADRO 3

NUMERO DE CONSULTAS EN LA MUESTRA Y MONTOS PAGADOS SEGUN EFECTOR. MONTO PROMEDIO POR CONSULTA CON PAGO PARA CADA EFECTOR

EFECTOR	NUMERO DE CONSULTAS			MONTOS PAGADOS (\$ a.)	
	Total	Con pago	Sin información de pago	Total	Promedio por consulta con pago
Público	330	140	2	217.10	1.55
Obra social	155	31	1	108.70	3.51
Privado:					
Instituciones privadas ..	294	98	7	750.00	7.65
Consultorios particulares de médico	428	340	22	5.014.50	14.75
Sin información	6	—	—	—	—
Total	1.213	609	32	6.090.30	10.00

El menor pago promedio corresponde nuevamente al sector público; el pago promedio en consultorios de obras sociales es algo mayor al pago promedio por consultas cubiertas por obras sociales en cualquier tipo de efector (ver cuadro 2), pero al respecto es de notar que la proporción mayor de consultas no pagas corresponde a este tipo de efector y que si bien éstas no necesariamente son gratuitas, es de suponer que los pagos diferidos en este caso se dan con muy baja frecuencia.

El pago promedio correspondiente al sector privado es de 13.16 % y a la vez es muy

diferente según corresponda a consultorios de instituciones privadas (7.65 %) o a consultorios particulares de médicos (14.75 %). La razón de esta diferencia puede estar dada por el hecho de que en instituciones privadas un 55.5 %* de las consultas son cubiertas por algún sistema de financiación, mientras que en consultorios particulares sólo el 8.3 % han sido cubiertas. Es de notar que el pago promedio en consultorios particulares es mayor que en consultorios de instituciones privadas.

* Ver cuadro 14 del Anexo.

En el cuadro siguiente se muestra la participación que cada efector tiene en la cantidad de consultas y en los montos pagados.

Efector	% de consultas	% de pago
Privado:		
Consultorios particulares	35.5	82.3
Instituciones privadas.	24.4	12.3
Público	27.3	3.6
Obra social	12.8	1.8

La participación de los consultorios particulares de médicos en el monto total pagado es de considerable importancia y es de suponer que sería todavía mayor dado que:

- La subestimación debida a que no se computan los montos adeudados es de gran relevancia en este caso.
- Posiblemente los montos pagados por consultas domiciliarias (a la vez también subestimados) corresponden en su casi totalidad a este tipo de efector.

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

SALUD COLECTIVA
INSTITUTO DE

ANEXO

TABLAS DE GASTO EN SALUD

T A B L A 1

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS,
SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES

GASTOS EN:	N I V E L O C U P A C I O N A L							Total
	1	2	3	4	5	6	S.I.*	
Medicamentos	106.522.0	171.028.0	120.770.0	64.376.0	48.958.0	9.880.0	87.698.0	609.232.0
Consulta	51.560.6	67.761.2	101.618.4	34.034.0	55.140.8	6.214.0	27.042.6	343.371.6
Internación	12.701.0	11.755.0	21.705.5	14.515.0	10.220.0	2.000.0	11.202.8	84.099.3
Laboratorio y radiología ...	37.414.0	27.612.0	25.142.0	2.002.0	3.718.0	468.0	7.436.0	103.792.0
Dentista	41.158.0	51.188.0	61.282.0	77.948.0	42.458.0	16.120.0	36.036.0	333.190.0
Prótesis	3.770.0	1.300.0	10.920.0	—	7.332.0	—	936.0	24.258.0
Total	253.125.6	337.644.2	341.437.9	192.875.0	167.826.8	34.682.0	170.351.4	1.497.942.9

* Sin información del nivel ocupacional del jefe de familia.

TABLA 2

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS,
SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES

GASTOS EN:	NIVEL EDUCACIONAL								Total
	0	1	2	3	4	5	6	S.I.*	
Medicamentos	32.474.0	165.048.0	232.206.0	59.618.0	59.566.0	13.364.0	31.148.0	15.808.0	609.232.0
Consulta	10.335.0	81.640.0	121.474.6	43.581.2	26.280.8	14.534.0	41.886.0	3.640.0	343.371.6
Internación	245.0	14.173.8	27.644.5	17.845.0	6.094.7	4.141.3	12.305.0	1.650.0	84.099.3
Laboratorio y radiología ..	13.650.0	19.864.0	52.624.0	9.724.0	3.718.0	1.300.0	1.118.0	1.794.0	103.792.0
Dentista	20.020.0	46.254.0	105.872.0	83.018.0	28.288.0	32.890.0	10.738.0	6.110.0	333.190.0
Prótesis	—	2.600.0	16.172.0	1.300.0	936.0	2.210.0	1.040.0	—	24.258.0
Total	76.724.0	329.579.8	555.993.1	215.086.2	124.883.5	68.439.3	98.235.0	29.002.0	1.497.942.9

* Sin información del nivel educacional del jefe de familia.

TABLA 3

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUES-
TADAS, POR RUBROS, SEGUN COBERTURA
DE LAS MISMAS

RUBRO DE GASTO (EN UN AÑO)	FAMILIAS NO CUBIERTAS	FAMILIAS CUBIERTAS
Consulta médica	147.183.4	80.654.6
Internación	35.930.0	31.315.6
Dentista	122.642.0	114.478.0
Medicamentos	236.808.0	215.852.0
Laboratorio y radiología	32.318.0	26.260.0
Prótesis	1.300.0	11.050.0
Otros gastos	16.692.0	12.558.0
Total	592.873.4	492.168.2

T A B L A 4

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS,
SEGUN NIVEL DE INGRESO DE LAS MISMAS

RUBROS	N I V E L E S						
	1	2	3	4	5	6	7
Consulta médica	15.828.8	16.304.6	22.763.0	21.975.2	18.493.8	30.318.6	28.171.0
Internación	2.325.0	2.325.0	7.858.0	5.381.4	6.540.0	6.703.0	9.600.0
Dentista	23.088.0	15.184.0	6.630.0	14.274.0	18.200.0	13.416.0	33.826.0
Medicamentos	28.054.0	46.982.0	66.534.0	42.198.0	56.732.0	62.166.0	59.852.0
Laboratorio y radiología ...	10.244.0	6.994.0	1.482.0	2.860.0	13.078.0	12.116.0	8.580.0
Prótesis	—	—	1.300.0	—	—	1.300.0	7.800.0
Otros	—	442.0	2.626.0	4.368.0	17.576.0	780.0	650.0
Total	79.539.8	88.231.6	109.193.0	91.056.6	130.619.8	126.799.6	148.479.0

T A B L A 4 (Continuación)

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS,
SEGUN NIVEL DE INGRESO DE LAS MISMAS

RUBROS	N I V E L E S						
	8	9	10	11	Subtotal	S.I.*	Total
Consulta médica	35.006.4	52.735.8	30.882.8	49.036.0	321.516.0	21.855.6	343.371.6
Internación	12.076.5	16.506.7	2.810.8	5.865.0	77.991.4	6.158.0	84.149.4
Dentista	58.188.0	49.426.0	62.426.0	32.292.0	326.950.0	6.240.0	333.190.0
Medicamentos	65.416.0	68.692.0	43.394.0	40.664.0	580.684.0	37.830.0	618.514.0
Laboratorio y radiología ...	5.382.0	26.962.0	3.770.0	5.278.0	96.746.0	7.046.0	103.792.0
Prótesis	—	5.590.0	1.430.0	1.638.0	19.058.0	5.200.0	24.258.0
Otros	9.516.0	312.0	390.0	1.300.0	37.960.0	1.716.0	39.676.0
Total	185.584.9	220.224.5	145.103.6	136.073.0	1.460.905.4	86.045.6	1.546.951.0

* Sin información del nivel de ingreso de la familia.

TABLA 5

GASTO PROMEDIO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS,
POR RUBROS, SEGUN NIVEL DE INGRESO DE LAS MISMAS

	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	S.I.*
Cons. médica ..	176.2	86.0	88.6	106.9	137.4	105.7	163.0	158.3	183.3	301.4	343.1	521.7	183.7
Internación	43.2	12.6	12.6	36.9	33.6	37.4	36.0	53.9	63.2	94.3	31.2	62.4	51.8
Dentista	171.0	125.5	82.5	31.1	89.2	104.0	72.1	190.0	304.6	282.4	693.6	343.5	52.4
Medicamentos ..	317.4	152.5	255.3	312.4	263.7	324.2	334.2	336.3	342.5	392.5	482.2	432.6	317.9
Labor. y Radiol.	53.2	55.7	38.0	7.0	17.9	74.7	65.1	48.2	28.2	154.1	41.9	56.2	59.2
Prótesis	12.4	—	—	6.1	—	—	7.0	43.8	—	31.9	15.9	17.4	43.7
Otros	20.4	—	2.4	12.3	27.3	100.4	4.2	3.6	49.8	1.8	4.3	13.8	14.4
Total	793.8	432.3	479.4	512.7	569.1	746.4	681.6	834.1	971.6	1.258.4	1.612.2	1.447.6	723.1

* Sin Información del nivel de ingreso de la familia.

TABLA 6

NUMERO TOTAL DE EGRESOS, EGRESOS CON INFORMACION DE GASTO
Y SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN
LUGAR DE LAS INTERNACIONES Y COBERTURA DE LAS MISMAS

LUGAR	EGRESOS SIN COBERTURA			EGRESOS CON COBERTURA						EGRESOS SIN INFORMACION DE COBERTURA		
	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto
				Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto			
Público	118	75	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social o mutual ..	—	—	—	24	7	1	8	6	—	—	—	—
Privado	78	70	5	36	25	2	31	17	1	1	1	—
Otro lugar	FF.AA. o seguridad	—	—	—	—	—	—	—	—	16	2	—
	Resto	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Fuera del área	Dentro del país	—	—	—	—	—	—	—	—	12	4	—
	Fuera del país.	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3

T A B L A 7

NUMERO TOTAL DE DIAS DE INTERNACION, NUMERO DE DIAS DE ESTADA, DE EGRESOS CON INFORMACION DE GASTO Y DE EGRESOS SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR Y COBERTURA

L U G A R	EGRESOS SIN COBERTURA			EGRESOS CON COBERTURA						EGRESOS SIN INFORMACION DE COBERTURA		
	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto
				Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto			
Público	1.582	910	185	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social o mutual ..	—	—	—	240	88	3	101	97	—	—	—	—
Privado	377	340	17*	432	366	11	301	86	4	1	1	—
Otro lugar {												
FF.AA. o seguridad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	14	—
Resto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	9	—
Fuera del área {												
Dentro del país	—	—	—	—	—	—	—	—	—	145	13	—
Fuera del país.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	82	—	82

* A esta categoría corresponde un egreso sin información de días de estada.

INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA

) 251 (

T A B L A 8

MONTOS DE GASTO EN INTERNACION (EN PESOS LEY), EN LA MUESTRA,
SEGUN LUGAR Y COBERTURA

L U G A R	EGRESOS SIN COBERTURA	EGRESOS CON COBERTURA		EGRESOS SIN INFORMACION DE COBERTURA
		Obra social	Covert. privada	
Público	5.605.00	—	—	—
Obra social o mutual ..	—	943.85	470.00	—
Privado	63.240.00	5.804.81	4.980.00	14.70
Otro lugar	FF.AA. o seguridad	—	—	289.00
	Resto	—	—	550.00
Fuera del área	Dentro del país	—	—	880.00
	Fuera del país.	—	—	—

T A B L A 9

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO, SEGUN HAYAN SIDO PAGADOS O NO, Y SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DE LAS INTERNACIONES

S I S T E M A	EGRESOS PAGOS	EGRESOS CON INFORMACION DEL MONTO GASTADO	EGRESOS SIN PAGO
Público	13.7	12.1	12.8
Obra social	13.4	14.2	8.2
Cobertura privada	7.8	8.0	14.3
Privado sin cobertura	4.8	4.9	6.7
Total	9.9	9.4	11.4

T A B L A 10

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO, SEGUN HAYAN SIDO PAGADOS O NO, Y EFECTOR DONDE SE REALIZARON LAS INTERNACIONES

E F E C T O R	EGRESOS PAGOS	EGRESOS CON INFORMACION DEL MONTO GASTADO	EGRESOS SIN PAGO
Público	13.7	12.1	12.8
Obra social	11.4	12.6	9.3
Privado	7.3	7.5	10.7
Total	9.9	9.4	11.4

TABLA 11

EGRESOS POR PARTO. NUMERO TOTAL, EGRESOS CON INFORMACION DE GASTO Y SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR DE LAS INTERNACIONES Y COBERTURA DE LAS MISMAS

LUGAR	EGRESOS SIN COBERTURA			EGRESOS CON COBERTURA						EGRESOS SIN INFORMACION DE COBERTURA		
	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto
				Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto			
Público	43	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social o mutual ..	—	—	—	7	2	—	1	1	—	—	—	—
Privado	29	27	1	11	8	—	9	6	1	—	—	—
Otro lugar {												
FF.AA. o seguridad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Resto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Fuera del área {												
Dentro del país	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—
Fuera del país	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1

INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA

T A B L A 1 2

EGRESOS POR PARTO. NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTADA, NUMERO DE DIAS DE ESTADA DE EGRESOS CON INFORMACION DE GASTO Y DE EGRESOS SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR Y COBERTURA

L U G A R	EGRESOS SIN COBERTURA			EGRESOS CON COBERTURA						EGRESOS SIN INFORMACION DE COBERTURA		
	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto
				Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto	Total	Con informac. de gasto	Sin informac. de gasto			
Público	183	149	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social o mutual ..	—	—	—	25	6	—	3	3	—	—	—	—
Privado	87	80	3	46	32	—	36	22	4	—	—	—
Otro lugar												
{ FF.AA. o seguridad	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	—	—
{ Resto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	9	—
Fuera del área												
{ Dentro del país	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	—
{ Fuera del país	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2

T A B L A 1 3

EGRESOS POR PARTO. MONTOS DE GASTO (EN PESOS LEY), EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR Y COBERTURA

L U G A R	EGRESOS SIN COBERTURA	EGRESOS CON COBERTURA		EGRESOS SIN INFORMACION DE COBERTURA
		Obra social	Cobert. privada	
Público	1.026.00	—	—	—
Obra social o mutual ..	—	31.35	30.00	—
Privado	16.260.00	1.369.81	2.190.00	—
Otro lugar				
{ FF.AA. o seguridad	—	—	—	—
{ Resto	—	—	—	550.00
Fuera del área				
{ Dentro del país	—	—	—	180.00
{ Fuera del país	—	—	—	—

T A B L A 14

NUMERO TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS, CONSULTAS CON PAGO Y SIN INFORMACION DEL MONTO PAGADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR Y COBERTURA

LUGAR	CONSULTAS SIN COBERTURA			CONSULTAS CUBIERTAS						CONSULTAS SIN INFORMACION DE COBERTURA		
	Total	Con pago	Sin infor. pago	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con pago	Sin infor. pago
				Total	Con pago	Sin infor. pago	Total	Con pago	Sin infor. pago			
Establecimientos públicos	330	140	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obras sociales o mutuales	—	—	—	155	31	1	108	21	—	6	—	—
Establecimientos privados	130	68	7	19(a)	6	—	35	3	—	2	—	—
Consultorios particulares de médicos	388	317	22	20	11	—	15(b)	12	—	5	—	—
En la casa	292	146	2	36(c)	22	—	28	11	—	3	1	—
En el trabajo o en la escuela	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89	—	—
Por teléfono	—	—	—	—	—	—	—	—	—	71	—	—
En otro lugar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	4	—
Sin información de lugar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—

(a) Un individuo con más de una consulta de las cuales una no fue cubierta. Dado que no pueden discriminarse los montos pagados, se consideran como cubiertas en su totalidad.

(b) Idem (a).

(c) Idem (a).

INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA

) 255 (

T A B L A 15

MONTOS PAGADOS (EN PESOS LEY) POR CONSULTAS MEDICAS, SEGUN LUGAR Y COBERTURA. TOTALES DE LA MUESTRA

L U G A R	CONSULTAS SIN COBERTURA	CONSULTAS CUBIERTAS		CONSULTAS SIN INFORM. DE COBERTURA
		Obra social	Cobert. privada	
Establecimientos públicos	217.10	—	—	—
Obras sociales o mutuales	—	108.70	51.00	—
Establecimientos privados	678.00	13.00	8.00	—
Consultorios particulares de médicos	4.923.50	31.50	59.50	—
En la casa	1.995.50	77.30	29.00	20.00
En el trabajo o en la escuela	—	—	—	—
Por teléfono	—	—	—	—
En otro lugar	—	—	—	8.50
Sin información de lugar	—	—	—	2.00

Ministerio de Salud	
Dirección de Estadísticas e Información de Salud	
Centro de Documentación de Estadísticas de Salud	
Nro. Inventario:.....	3094
Tipo de adquisición: Compra /Cenja/Donación/.....	
Proveedor:.....	
Precio: \$.....	Fecha ingreso: 15/12/03

LISTA DE PUBLICACIONES

- SERIE 2 - NUMERO 1: Recursos humanos en los establecimientos asistenciales de la República Argentina.
- SERIE 2 - NUMERO 2: Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina.
- SERIE 2 - NUMERO 3: Camas, consultorios y establecimientos asistenciales de la República Argentina.
- SERIE 2 - NUMERO 4: Recursos humanos en los establecimientos asistenciales de la República Argentina.
- SERIE 2 - NUMERO 5: Recursos de diagnóstico y tratamiento en los establecimientos asistenciales de la República Argentina.
-
- SERIE 3 - NUMERO 1: Condición laboral de los alumnos activos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires.
-
- SERIE 4 - NUMERO 1: La enseñanza de la Odontología.
- SERIE 4 - NUMERO 2: Guía de establecimientos de enseñanza de la enfermería.
- SERIE 4 - NUMERO 3: La enseñanza de la Medicina.
-
- SERIE 5 - NUMERO 1: Utilización de recursos de atención médica ambulatoria del Area Metropolitana*.
- SERIE 5 - NUMERO 2: Utilización de recursos de atención médica de internación del Area Metropolitana*.
- SERIE 5 - NUMERO 3: Población y utilización de recursos de atención médica ambulatoria del Area Metropolitana*.
- SERIE 5 - NUMERO 4: Consultas odontológicas, consumo de medicamentos y gasto familiar en atención médica.
- SERIE 5 - NUMERO 5: El consumo de salud en términos espaciales en el Area Metropolitana.
- SERIE 5 - NUMERO 6: Antecedentes y evaluación de las tareas de campo - Diseño de la muestra - Cuestionarios.
-
- SERIE 7 - NUMERO 1: Estudio sobre salud, recursos para la salud y la educación médica y profesional médica en la República Argentina.
- SERIE 7 - NUMERO 2: Encuesta domiciliaria de salud - Cuestionarios, variables e instructivos.
- SERIE 7 - NUMERO 3: Encuesta de seguimiento retrospectivo - Métodos de recolección.

* Publicación agotada.

ESTUDIO SOBRE SALUD
Y EDUCACION MEDICA

AV. CORDOBA 2351 (P. 11)
BUENOS AIRES
REPUBLICA ARGENTINA



SALUD PUBLICA
INSTITUTO DE

