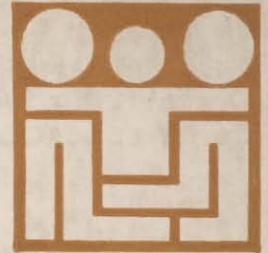


# ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA



ENCUESTA DE MORBILIDAD

SERIE 6 Nº 3

## ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION DE GRAN MENDOZA

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

**3**

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

# ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA

## SERIES

Serie 1: Estudios demográficos

Serie 2: Recursos en operación

Serie 3: Recursos humanos

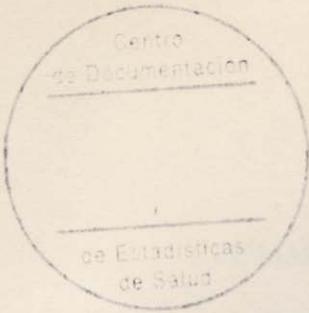
Serie 4: Recursos de educación médica

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

ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA

**ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION  
DEL AREA GRAN MENDOZA**

CONSEJO DIRECTIVO

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Antonio J. González

**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION**

Presidente de la Asociación  
de Facultades de Medicina

**MORBILIDAD**

**UTILIZACION DE LOS RECURSOS**

Dr. Emilio Zavala

**GASTO EN SALUD**

DIRECCION

Director General

Dr. Carlos E. Sotomayor

Director de Estadísticas

Dr. Carlos E. Sotomayor

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA



BUENOS AIRES

REPUBLICA ARGENTINA

Dirección Nacional del Derecho de Autor Nº 1.165.669

# ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA

## CONSEJO DIRECTIVO

*Subsecretario de Salud Pública*

Dr. Antonio J. González

*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*

Dalton M. Hamilton

*Director Subrogante*

Dr. Carlos E. Álvarez Herrera

## DISEÑO Y COORDINACION DEL ANALISIS

- COORDINADOR GENERAL:** Dr. Dalton M. Hamilton  
Dr. Carlos Ferrero  
Lic. Sara Navarro
- POBLACION:** *Coordinadora:* Lic. Cristina Cacopardo  
Lic. María M. Arruñada, Lic. Celia Baldatti, Lic. Susana  
Checa, Lic. Elsa López, Lic. Ana Rothman
- MORBILIDAD:** *Coordinador:* Dr. Carlos E. Alvarez Herrera  
Dr. Floreal Ferrara, Lic. Leopoldo Halperin, Dr. Dalton  
Dalton M. Hamilton, Lic. Alicia Masautis, Sr. Oscar J.  
Morales
- UTILIZACION DE RECURSOS:** *Coordinador:* Dr. Eduardo Zibecchi  
Lic. Margarita Bernacchi, Lic. Alicia Masautis, Dr. José  
M. Paganini
- GASTO EN SALUD:** *Coordinador:* Lic. Leopoldo Halperin  
Sr. Adolfo Chorny, Lic. Sara Navarro, Dr. Luis Vera  
Ocampo

## PROCESAMIENTO

- CODIFICACION:** *Coordinador:* Sr. Oscar J. Morales  
Sr. Carlos Pavía, Srta. Ester Santamarina
- PROGRAMACION:** Lic. Beatriz Cusnir, Sr. Carlos Ghergo
- CALCULO:** Sra. Stella Fernández, Sra. Miriam Muller
- PUBLICACION:** Sr. Oscar J. Morales, Dr. Noel Sbarra, Sr. Carlos Pavía

## CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
Introducción .....	7
I. POBLACIÓN .....	9
Introducción .....	11
Aspectos metodológicos .....	13
Familia .....	25
—Constelación familiar .....	25
—Hacinamiento .....	30
—Nivel de vivienda .....	31
Individuos .....	32
—Sexo y edad .....	32
—Estado conyugal .....	37
—Alfabetismo .....	37
—Actividad económica .....	40
—Condición de migración .....	50
—Población encuestada personalmente y por informante .....	53
Conclusiones .....	56
Anexo. Tablas .....	57
II. MORBILIDAD .....	69
Consideraciones metodológicas .....	71
—Variables y definiciones .....	71
—Criterio para la categorización de la percepción de morbilidad ..	73

	<u>Pág.</u>
De la percepción .....	74
—Percepción de morbilidad .....	83
—Enfermedades crónicas .....	90
—Impedimentos o invalidez .....	91
—Conducta manifestada frente a la percepción de morbilidad ....	94
—La morbilidad en relación con las variables socio-económicas ..	96
Lo percibido en las dos últimas semanas .....	99
Enfermedades crónicas .....	109
Impedimentos o invalidez .....	115
Características de la población que consumió medicamentos .....	116
—Tipos de medicamentos consumidos .....	117
Anexo. Tablas .....	121
 III. UTILIZACIÓN DE RECURSOS .....	 131
Introducción .....	133
Afiliación a sistemas de atención médica .....	135
Consulta médica .....	138
Análisis de los indicadores .....	139
Utilización de los recursos de internación .....	148
Utilización de la consulta odontológica .....	156
Utilización de servicios auxiliares de diagnóstico .....	161
Utilización o consumo de medicamentos .....	169
Anexo. Tablas .....	177
 IV. GASTO EN SALUD .....	 209
Introducción .....	211
Análisis metodológico de la información: definiciones de variables, fuente de información, limitaciones .....	211
Análisis del gasto de las familias .....	215
Gasto por internación .....	223
Pago por consulta médica .....	226
Anexo. Tablas .....	231

## 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 seleccionados<sup>1</sup> y un año para las siete regiones de desarrollo<sup>2</sup> 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 interrelaciones 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 tercera 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 Gran Mendoza<sup>3</sup>. Allí se encuestaron 1853 viviendas y 7099 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, Godoy Cruz, Las Heras y Guaymallén.

## INTRODUCCION

El Área Mendoza está constituida por los departamentos Capital, Godoy Cruz, Las Heras y Guaymallén, o sea que se ha considerado como una unidad lo que en la realidad constituye el Área metropolitana y que contó en 1970<sup>1</sup> con 454.017 habitantes. Con el objeto de delimitar la parte estrictamente urbana, mientras los departamentos Capital y Godoy Cruz fueron representados en su totalidad, en Guaymallén y Las Heras se incluyó solamente la parte urbana. De este modo se representó aproximadamente el 84 % de la población de los cuatro departamentos mencionados.<sup>2</sup>

La provincia de Mendoza ha tenido un crecimiento anual inusual de población entre 1960 y 1970 de 16,6 %, mientras que en el área bajo estudio ha sido de 20,8 %. Esto indica que la misma constituye un centro de mayor crecimiento y que su causa debe buscarse no en un alto crecimiento vegetativo (en la provincia fue de 16,1 % y en esta área de 13,2 %), sino a la afluencia de personas al centro más urbanizado de la región.

La Encuesta de Morbilidad del Estudio sobre Salud y Educación Médica, excepto información de 1.255 familias que comprenden a 7.090 individuos. Las variables estudiadas

templadas de tipo demográfico, educacional, social y económico —a nivel de familias y de individuos— permiten una caracterización del área que constituye el marco de referencia para analizar las interrelaciones de dichas variables con las variables específicas de salud.

Para todo lo referente a definiciones, a tratamiento de las variables, a las categorías utilizadas y a la formación de índices tales como el de la vivienda y el ocupacional se remite al capítulo sobre "Aspectos Metodológicos".

En aquellos casos en que fue posible comparar los resultados de la encuesta con los obtenidos en el Censo Nacional de Población de 1960, se ha observado el hecho de que su comparabilidad no es estricta —dado que el área encuestada no corresponde a la población total de los departamentos comprendidos— por considerarse que la diferencia era de poco peso como para invalidar una comparación general.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censos, Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas, 1970, Resultados Departamentales.

<sup>2</sup> Datos del Censo por localidades de Mendoza, 1971 (Inmigrantes).

# SALUD COLECTIVA

El análisis del presente capítulo fue realizado por la  
Lic. Celia Balgatti

## INTRODUCCION

El área Mendoza está constituida por los departamentos Capital, Godoy Cruz, Las Heras y Guaymallén, o sea que se ha considerado como una unidad lo que en la realidad constituye el área metropolitana y que contó en 1970<sup>1</sup> con 454.017 habitantes. Con el objeto de delinear la parte estrictamente urbana, mientras los departamentos Capital y Godoy Cruz fueron representados en su totalidad, en Cuaymallén y Las Heras se incluyó solamente la parte urbana. De este modo se representó aproximadamente el 84 % de la población de los cuatro departamentos mencionados<sup>2</sup>.

La provincia de Mendoza ha tenido un crecimiento anual intercensal de población entre 1960 y 1970 de 16.6 ‰, mientras que en el área bajo estudio ha sido de 20.8 ‰. Esto indica que la misma constituye un centro de mayor crecimiento y que su causa debe buscarse no en un alto crecimiento vegetativo (en la provincia fue de 16.1 ‰ y en este área de 13.2 ‰), sino a la afluencia de personas al centro más urbanizado de la región.

La Encuesta de Morbilidad del Estudio sobre Salud y Educación Médica recogió información de 1.853 familias que comprenden a 7.099 individuos. Las variables con-

templadas de tipo demográfico, educacional, social y económico —a nivel de familias y de individuos— permiten una caracterización del área que constituye el marco de referencia para analizar las interrelaciones de dichas variables con las variables específicas de salud.

Para todo lo referente a definiciones, a tratamiento de las variables, a las categorías utilizadas y a la formación de índices tales como el de la vivienda y el ocupacional se remite al capítulo sobre "Aspectos Metodológicos".

En aquellos casos en que fue posible comparar los resultados de la encuesta con los obtenidos en el Censo Nacional de Población de 1960, se ha obviado el hecho de que su comparabilidad no es estricta —dado que el área encuestada no corresponde a la población total de los departamentos comprendidos— por considerarse que la diferencia era de poco peso como para invalidar una comparación general.

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas, 1970. Resultados provisionales.*

<sup>2</sup> Datos del Censo por localidades de Mendoza, 1971 (mimeografiados).

SALUD COLECTIVA

## DEFINICION DE VARIABLES

### ASPECTOS METODOLOGICOS

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.

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

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### 1. COMPOSICIÓN 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 VIVIENDA<sup>1</sup>

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-

<sup>1</sup> 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

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 m<sup>2</sup> por persona, y el *umbral patológico*, que oscila entre 1.5 y 2.0 personas por local habitable equivalente a 8 a 10 m<sup>2</sup> 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

1960<sup>1</sup>; 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.

<sup>1</sup> 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; made-  
ras; papel (11 a 14).
3. Industrias químicas; minerales no me-  
tálicos; industrias metálicas (15 a 18).
4. Construcción de maquinarias; fabri-  
cación 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 almacenamien-  
to; 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 co-  
dificación, 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 ocupa-  
cional según tres criterios básicos:

1. Tipo de trabajo, oficio o profesión.
2. Nivel de calificación.
3. Relación de dependencia: patrón,  
profesional independiente, asalaria-  
do cuenta Propia. Para los patro-  
nes se diferenció según la cantidad  
de personal a su cargo.

Para la ubicación de cada una de las ocu-  
paciones en los distintos niveles ocupacio-  
nales se utilizaron las categorías empleadas  
en la "Encuesta de Consumo de Alimentos  
en la Capital Federal y Gran Buenos Aires",  
realizada en el año 1968<sup>1</sup>. En dicha encues-  
ta se tomó como base la clasificación por  
niveles ocupacionales realizada por el pro-  
fesor Gino Germani para la "Encuesta de

<sup>1</sup> 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.*

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

1. Pequeño comerciante o vendedor am-  
bulante, sin local, sin personal.  
Personas sin grado de las Fuerzas  
Armadas (marineros, soldados, agen-  
tes de policía, etc.).  
Obreros no calificados.  
Aprendices y cadetes.  
Empleados domésticos, mucamas, co-  
cineros, 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 admi-  
nistración pública y privada.  
Empleado de comercio o servicios de  
primera necesidad (vendedor de al-  
macén, 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 (al-  
macén, frutería, quiosco).  
Técnicos por cuenta propia sin per-  
sonal, sin local (electricista, mecáni-  
co, pintores, albañiles, etc.).  
Enfermeras no diplomadas.  
Maestros de obras, apuntadores, ca-  
pataces, supervisores, encar g a d o s,  
inspectores de transporte,  
Obreros calificados.  
Chófer de colectivo (camionero, taxi,  
etcétera).  
Peluqueros, manicurás, etc., emplea-  
dos.
3. Comerciantes de artículos de primera  
necesidad (almacén, carnicería, frute-  
ría, verdulería, zapatero, quiosco) con  
una o dos personas ocupadas.

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, pesquisas, 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.

## FAMILIA

Para analizar el tema "Familia" se han considerado cuatro grandes rubros: Constelación, Tamaño, Nivel de hacinamiento y Nivel de vivienda.

Se han elaborado tablas que cruzan dichos rubros con características demográficas y socio-económicas del jefe de familia.

### Constelación familiar

Se entiende por constelación familiar la conformación interna de la familia obtenida a partir de la relación existente entre el estado marital del jefe y las relaciones de parentesco con los miembros de su familia.

Es de aclarar que se consideran para este grupo de tablas todas las personas que según las instrucciones dadas para el llenado de la carpeta familiar —residir habitualmen-

te en la unidad de vivienda seleccionada— fueron incluidas en la misma.\*

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 doce categorías originales en las seis 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 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	DESCONOC.
Total .....	(1.853)	(1.463)	(385)	(5)
	100.0	100.0	100.0	100.0
(1) Núcleo matrimonial .....	8.8	11.0	0.5	—
(2) Núcleo matrimonial con hijos ...	43.9	55.3	0.5	20.0
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes .....	20.3	25.5	0.3	20.0
(4) Viudos, separados, con hijos y/u otros parientes .....	11.8	3.4	43.6	20.0
(5) Viudo, separado, divorciado solo.	1.0	0.4	3.4	—
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes. ....	14.2	4.3	51.7	40.0
Desconoc. ....	—	0.1	—	—

En el cuadro 1 podemos observar una alta concentración en la constelación constituida por matrimonios con hijos (43.9 %), siguiéndole en importancia la categoría de núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes (20.2 %). Se notan también en esta área altos porcentajes de viudos, separados (con/

sin hijos) y otros parientes, y de solteros con/sin hijos y otros parientes.

\* NOTA: Por lo tanto, los totales de tablas son superiores a los de las restantes tablas en que sólo se incluyen los encuestables.

Tomando en cuenta la variable sexo en relación con constelación familiar se observa una gran diferenciación en la distribución de las frecuencias relativas con respecto a esta variable. En realidad el escaso número de jefas mujeres (385) hace que el comportamiento del total refleje esencialmente al de los jefes varones, sobre todo en las tres primeras constelaciones.

Vemos así que el 92 % de los jefes varones se concentran en las tres primeras categorías, mientras que por el contrario las

jefas mujeres predominan en las categorías 4 y 6 que agrupan a viudas, separadas y solteras con hijos y/u otros parientes (95 %). En este caso, analizando los datos de la Tabla 1 c del Anexo, podemos observar un alto porcentaje de jefas mujeres en la constelación 6, que comprende a jefas solteras con o sin hijos y otros parientes entre las menores de 25 años (36 %). Esto se explicaría por la incidencia de las mujeres ocupadas en servicio doméstico, las que en este estudio son consideradas como familia independiente.

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 .....	(1.853)				
	100.0	6.1	64.2	29.7	79.2
(1) Núcleo matrimonial .....	(163)				
	100.0	4.3	42.3	53.4	98.8
(2) Núcleo matrimonial con hijos .....	(813)				
	100.0	1.0	80.3	18.7	99.8
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes.	(375)				
	100.0	1.9	67.6	30.5	99.7
(4) Viudos, separados con hijos y/u otros parientes.	(219)				
	100.0	3.2	46.8	50.0	22.9
(5) Viudo, separado, divorciado solo .....	(19)				
	100.0	5.3	36.8	57.9	31.6
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes .....	(264)				
	100.0	31.7	39.3	29.0	24.0

Al analizar la distribución por edad en cada tipo de constelación (cuadro 2), se observa que en el núcleo matrimonial sin hijos predominan las edades avanzadas, concentrándose un 53 % en el grupo de 55 años y más, lo que estaría indicando la formación, por parte de los hijos de estos matrimonios, de otras unidades familiares independientes.

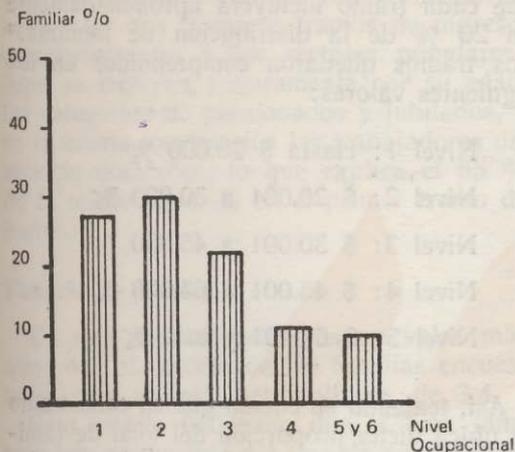
Paralelamente, la constelación de núcleos matrimoniales se concentra en el grupo de edad entre 25 y 54 años, donde alcanzan un

80 %, y los jefes separados, viudos y divorciados con o sin hijos (categorías 4 y 5) tienen mayor peso a partir de los 55 años.

La proporción de jefes varones marca la gran incidencia de éstos en las tres primeras constelaciones y el predominio de mujeres en las edades más avanzadas. Merece especial atención la baja proporción de jefes varones solteros; suponemos que también aquí está incidiendo la gran cantidad de mujeres que trabajan en servicio doméstico constituyendo familias independientes.

GRÁFICO 1.

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE



Fuente: Cuadro 3

Los porcentajes referidos al nivel ocupacional de las familias encuestadas, nivel que está dado por el del jefe de la familia, nos muestran —ver cuadro 3 y gráfico 1— una notable concentración (57 %) en las dos primeras categorías, que representan a los sectores más bajos; y paralelamente muy pocos casos, el 9.9 % de las familias del

CUADRO 3

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE (%)

NIVEL OCUPACIONAL	FAMILIAS
	(1.532)
Total *	100.0
1	27.2
2	30.0
3	21.9
4	11.0
5 y 6	9.9

\* Se excluyen los casos de No sabe. No figura información por su alta magnitud (17 %).

área, se encuentran en las constelaciones 5 y 6, que corresponden a los niveles más altos. Por otra parte, el peso de los sectores medios tiende a acercarse más hacia los niveles más bajos de la escala, ya que existe un 22 % en el nivel 3 y sólo un 11 % en el nivel 4.

Es importante señalar que existe un 17 % de jefes de familia para los cuales no se dispone de información alguna sobre su ubicación según nivel ocupacional, ya sea por no suministrarla directamente o por ser jefes económicamente inactivos, en cuyo caso no corresponde su inclusión. Si estos casos no se distribuyen proporcionalmente a la información conocida, podrían modificar la distribución señalada.

CUADRO 4

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

TIPO DE CONSTELACION	NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE						Desconoc.
	Total	1	2	3	4	5 y 6	
Total .....	(1.853)	(416)	(459)	(336)	(170)	(153)	(319)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(1) Núcleo matrimonial .....	8.8	8.2	9.6	10.1	11.2	10.4	5.1
(2) Núcleo matrimonial con hijos .....	43.9	37.2	52.1	51.5	57.0	59.5	18.7
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes .....	20.3	17.8	26.1	19.7	18.8	22.2	15.2
(4) Viudos, separados con hijos y/u otros parientes .....	11.8	7.0	6.3	10.1	6.5	4.0	34.5
(5) Viudo, separado, divorciado, solo ..	1.0	0.2	0.7	0.9	1.2	0.6	2.8
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	14.2	29.6	5.2	7.7	5.3	3.3	23.7

Lo que observamos al analizar este cuadro es la gran predominancia de la familia nuclear en todos los niveles ocupacionales. Predominancia que se ve muy atenuada en el nivel más bajo de la escala, donde a diferencia de otras categorías encontramos casi un 30 % en la constelación de solteros jefes de familia. Esto se explica y ratifica lo dicho anteriormente respecto al servicio doméstico, incluido en esta constelación.

De todas maneras, este predominio de la familia nuclear corresponde a las características del área predominantemente urbana y con actividades socio-económicas asociadas a este tipo de estructura.

Si se agrupan las constelaciones 3 y 4, que en alguna medida equivale a lo que se conoce como familia extendida, no se observan diferencias significativas.

Sintetizando, diremos que la variación más importante que se puede observar en los niveles ocupacionales según constelación familiar es la que muestra, dentro de la predominancia general de la familia nuclear en todos los niveles, el aumento de la misma a medida que se asciende en la escala ocupacional.

Al igual que en las demás áreas, se agruparon en cinco tramos los ingresos de todos los jefes de familia en base a la distribución de los ingresos de los mismos, de manera tal que cada tramo incluyera aproximadamente un 20 % de la distribución de familias.<sup>3</sup> Los tramos quedaron comprendidos en los siguientes valores:

Nivel 1: Hasta \$ 20.000  $\frac{m}{n}$

Nivel 2: \$ 20.001 a 30.000  $\frac{m}{n}$

Nivel 3: \$ 30.001 a 45.000  $\frac{m}{n}$

Nivel 4: \$ 45.001 a 64.000  $\frac{m}{n}$

Nivel 5: \$ 64.001 y más  $\frac{m}{n}$

Así, teniendo en cuenta que en cada tramo se ubica dicha proporción del total de familias, veremos cómo se diferencian los distintos tipos de constelación familiar.

<sup>3</sup> Se hace notar que los tramos de ingreso no guardan ninguna relación ni equivalencia con los niveles ocupacionales.

C U A D R O 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 .....	(1.666)					
	100.0	20.2	20.8	21.4	17.5	20.1
(1) Núcleo matrimonial .....	(151)					
	100.0	13.9	28.5	23.8	9.3	24.5
(2) Núcleo matrimonial con hijos .....	(780)					
	100.0	6.8	17.9	25.1	24.6	25.5
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes .....	(331)					
	100.0	11.8	25.1	23.3	18.1	21.7
(4) Viudos, separados, divorciados y/u otros parientes .....	(175)					
	100.0	46.3	22.3	15.4	8.6	7.4
(5) Viudos, separados, divorciados, solos..	(15)					
	100.0	20.0	26.7	20.0	20.0	13.3
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes ..	(214)					
	100.0	64.9	17.8	7.9	3.7	5.6

\* No incluye los casos de No sabe. No figura información de ingreso, no representan el 10.1 del total.

Se observa en primer término —ver cuadro 5— una elevada concentración de porcentajes de las constelaciones 1, 2 y 3 en los sectores de ingresos medios y altos, mientras que se concentran las otras constelaciones en los dos primeros tramos de ingreso, correspondientes a los sectores populares. Aquí se incluyen, seguramente por su edad, las categorías de pensionados y jubilados, y en la última constelación los trabajadores del servicio doméstico, lo que explica el 65 % de la misma ubicada en el primer tramo de ingreso.

### Tamaño de familia

En esta área encontramos un valor más alto: 4.0, al tamaño de las familias encuestadas para el área metropolitana, de 3.4.

Esto estaría indicando que si bien también hay predominio del tipo de constelación familiar matrimonio con hijos, los niveles de fecundidad son más altos que en el área metropolitana de Buenos Aires.

CUADRO 6

### TAMAÑO MEDIO DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE

NIVEL OCUPACIONAL	FAMILIAS	TAMAÑO MEDIO
Total .....	1.853	4.0
1 .....	416	3.7
2 .....	459	4.4
3 .....	336	4.0
4 .....	170	4.0
5 y 6 .....	151	4.1
Desconocido ...	321	3.6

En cuanto a la significación que adquiere esta variable según el nivel ocupacional, se observa en el cuadro 6 que el valor más bajo se da en el primer nivel. Aquí estaría pesando nuevamente el hecho de considerar al servicio doméstico como familia aparte; ya que si estuviesen incluidas en su propia estructura familiar indudablemente el valor aumentaría. En parte esto se confirmaría por

el hecho de que en el nivel inmediato siguiente se encuentra el valor más alto, 4.4, y va descendiendo en los niveles medios y altos.

Como anteriormente vimos, los ingresos fueron agrupados en cinco tramos. En el caso del ingreso medio de los perceptores de la familia los límites de cada tramo son los siguientes:

- Nivel 1: Hasta \$ 18.000  $\frac{m}{n}$
- Nivel 2: \$ 18.001 a 27.000  $\frac{m}{n}$
- Nivel 3: \$ 27.001 a 38.000  $\frac{m}{n}$
- Nivel 4: \$ 38.001 a 57.000  $\frac{m}{n}$
- Nivel 5: \$ 57.000 y más  $\frac{m}{n}$

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 .....	1.853	4.0
1 .....	341	3.5
2 .....	350	4.3
3 .....	342	4.2
4 .....	325	4.1
5 y 6 .....	338	4.2
Desconocido ...	160	3.8

Se observa en el cuadro 7, que el tamaño más bajo, 3.5, corresponde al sector de ingresos más bajos y que el mayor tamaño medio de la familia lo tiene el nivel de ingreso 2. Aquí sigue siendo válido el supuesto explicado anteriormente sobre la incidencia del servicio doméstico. Al mismo tiempo los valores se mantienen en los niveles medios, aumentando ligeramente en los dos últimos, correspondientes a los niveles de ingreso más altos.

Si se toma en cuenta la probable modificación que introduce en el análisis el tratamiento hecho al sector ocupado en servicio doméstico, podemos inferir una relación indirecta entre tamaño medio de la familia y nivel ocupacional o nivel de ingresos más bajos, ya que corresponden a estos sectores

socioeconómicos los tamaños de familias mayores. Pero dicha relación no resulta tan clara a medida que se consideran los nive-

les más altos, ya que pareciera verificarse en ellos un ligero aumento del tamaño medio de la familia.

Hacinamiento

CUADRO 8

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

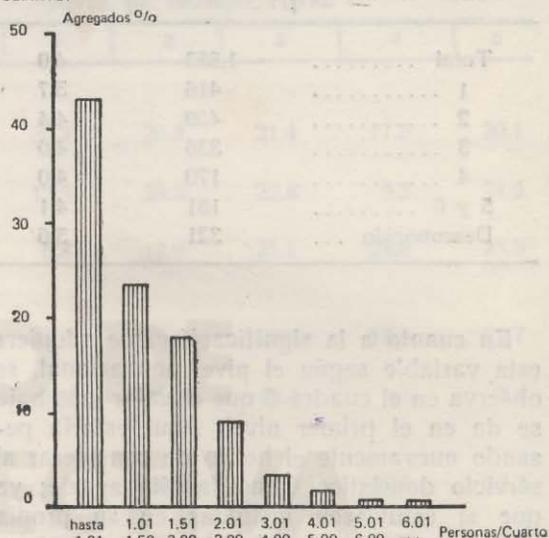
PERSONAS POR CUARTO	TAMAÑO						
	Total	1	2	3	4	5	6 y +
Total .....	(1.668)						
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hasta 1 .....	(719)						
	43.0	100.0	87.0	76.7	38.8	21.5	8.2
1.01 - 1.50 .....	(380)						
	23.4	—	—	13.1	39.6	31.4	25.8
1.51 - 2.00 .....	(300)						
	18.0	—	13.0	—	15.4	27.6	30.8
2.01 - 3.00 .....	(151)						
	9.0	—	—	10.2	—	14.0	19.2
3.01 - 4.00 .....	(56)						
	3.4	—	—	—	6.2	—	7.5
4.01 - 5.00 .....	(28)						
	1.7	—	—	—	—	5.5	2.8
5.01 - 6.00 .....	(13)						
	0.8	—	—	—	—	—	3.1
6.01 y más .....	(11)						
	0.7	—	—	—	—	—	2.6

En este cuadro y en el gráfico 2 se analiza la distribución del número de personas por cuarto en los agregados familiares. Estos están constituidos por la familia o conjunto de ella que integran más unidad de vivienda.

Vemos así que para el total y tomando las dos primeras categorías de la escala, sólo un 66 % de la población muestra una adecuada relación persona-cuarto, o sea hasta dos personas por cuarto. Cabe señalar que en la construcción de este nivel no se discrimina el tipo de cuarto considerado, sino que surge de la respuesta del encuestado al número de ambientes que existen en su casa.

El 34 % restante no se distribuye uniformemente; un 18 % se agrupa en la categoría de 1.50 - 2.00 que es la que ya fija valores límites de hacinamiento. Los porcentajes van disminuyendo a medida que nos acercamos a los límites más altos, en el nivel de 6 y más personas por cuarto, donde se

GRAFICO 2. AGREGADOS FAMILIARES SEGUN NUMERO DE PERSONAS POR CUARTO.



Fuente: Cuadro 8

concentra 0.7 % de los agregados. O sea que el 16 % de población que vive hacinada lo está en distintos grados, tendiendo a concentrarse en los límites superiores de la escala.

Pero si tomamos en cuenta el tamaño de los agregados familiares, vemos claramente una relación mayor de tamaño de los mismos y los niveles más altos de hacinamiento y a la inversa, ya que de hecho, los agregados constituidos por una o dos personas difi-

cilmente se ubiquen en las categorías medias o altas de la escala.

Calculando la cantidad de personas incluidas en los agregados, vemos que en la categoría de 1.51 a 2.00 personas por cuarto, el 22 % de la población se encuentra allí; entrando ya a niveles mayores de hacinamiento vemos que se concentra aquí el 20 % de las personas encuestadas, lo que estaría señalando que para esta área una de cada cinco personas vive hacinada.

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	Desconoc.
Total .....	(1.668)	(309)	(447)	(325)	(166)	(149)	(272)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hasta 2 .....	84.5	61.8	82.5	92.9	95.8	99.3	82.2
Más de 2 .....	15.5	38.2	17.5	7.1	4.2	0.7	17.8

Para analizar esta variable según nivel ocupacional, se agruparon los valores de la escala de hacinamiento en dos categorías, de manera tal que la primera reúna a los agregados en condición de no-hacinamiento y la segunda incluya a la totalidad de agregados en condiciones de hacinamiento.

Naturalmente hay una relación indirecta entre los niveles ocupacionales más bajos y la relación personas-cuarto más alta (ver cuadro 9). Así, se observa que es en los niveles ocupacionales más bajos donde se concentran las mayores frecuencias que indican hacinamiento: el 38 % de los agregados que pertenecen al nivel ocupacional más bajo viven en malas condiciones habitacionales y el 17 % del nivel ocupacional siguiente. Mientras que obviamente en los niveles más altos se registran valores de hacinamiento cada vez menos importantes. Lo dicho se agrava frente al hecho que los niveles ocupacionales 1 y 2 agrupan a 756 agregados, mientras que los niveles 4, 5 y 6 reúnen a sólo 315 agregados.

En síntesis, en esta área se desprende que existe un problema habitacional, sobre todo en los sectores correspondientes a los niveles ocupacionales bajos.

#### Nivel de vivienda

El índice de vivienda resulta de la combinación de variables referidas a los indicadores más relevantes del estado de salubridad de las unidades encuestadas; para ello se tomaron en cuenta las siguientes variables: a) provisión de agua y servicios higiénicos, b) hacinamiento y c) materiales de construcción. A las variables combinadas entre sí se les asignó un peso diferencial, construyéndose un índice sumatorio de 45 puntos cuyos límites van de 0 a 150.

Es importante señalar que, dado que se computaron sólo estas variables, la discriminación hecha por el índice toma en cuenta únicamente desde las condiciones de habitabilidad básicas o elementales hasta lo que se entiende por niveles malos o precarios. De manera tal que el cero puntaje máximo,

indica que esa vivienda es habitable y de ninguna manera señala un nivel óptimo de habitabilidad de la misma.

Para mayor especificidad sobre la construcción del índice de vivienda véanse los aspectos metodológicos.

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	Desc.
Total .....	(1.668)	(309)	(447)	(325)	(166)	(149)	(272)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0- 13 .....	40.5	11.3	27.1	52.9	64.5	84.6	42.3
16- 130 .....	55.9	77.7	69.5	45.6	35.5	15.4	55.8
133- 150 .....	2.5	7.8	2.5	1.5	—	—	0.4
Desconocido .....	1.1	3.2	0.9	—	—	—	1.5

La columna del total del cuadro 10 nos muestra que independientemente del nivel ocupacional, sólo un 40 % de la población encuestada tiene acceso a viviendas habitables, mientras que el 60 % restante se ubica en niveles inferiores, en donde las viviendas precarias alcanzan un 2.5 %. Analizando el comportamiento de casi el 56 % que se ubica en la categoría intermedia vemos —en base al tabulado original— que su distribución no es uniforme, concentrándose el 73 % de esta categoría en los valores superiores.

Si tomamos en cuenta el nivel ocupacional, se ve que a los niveles más altos de ocupación corresponden los valores mayores de nivel de vivienda y a la inversa; ya que en los niveles ocupacionales 1 y 2 alrededor del 70 % de los agregados se encuentran en la categoría intermedia y en el nivel 1; el 8 % vive en unidades precarias. Sin embargo, es de destacar también el alto porcentaje de viviendas regulares para los niveles 4, 5 y 6.

INDIVIDUOS

Esta parte del trabajo consiste en el análisis de la población encuestada según características demográficas y socioeconómicas

a nivel de los individuos y, por otra parte, también se toma en cuenta la información de estas variables según la condición de respuesta personal o por informante del entrevistado.

Sexo y edad

Con el objeto de comparar la estructura por edad y sexo se tomaron los datos de Mendoza del Censo Nacional de Población de 1960, correspondientes a los departamentos Capital, Godoy Cruz, Las Heras y Guaymallén, que comprenden el área de la muestra de la Encuesta de Salud. Por otra parte, se comparará con el trabajo hecho para el área por la Encuesta de Empleo y Desempleo.

Para comparar las características de edad y sexo se tomaron en cuenta tanto las personas encuestadas como aquellas que no lo fueron por razones de tipo metodológico, y de las que se disponen los datos de edad y sexo. Por lo tanto, los cuadros 11, 12 y 13 que incluyen a los no encuestables presentan totales de población distintos a los cuadros siguientes.

CUADRO 11

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

GRUPOS EDAD	CENSO 1960 <sup>1</sup>			ENCUESTA *		
	T	V	M	T	V	M
Total .....	(368.530)	(178.539)	(189.991)	(7.490)	(3.607)	(3.883)
0- 4 .....	100.0	48.4	51.6	100.0	48.2	51.8
5- 9 .....	10.5	5.3	5.2	9.7	5.1	4.6
10- 14 .....	10.5	5.3	5.2	9.4	5.0	4.4
15- 19 .....	9.8	4.8	5.0	9.6	5.0	4.6
20- 24 .....	8.6	4.0	4.6	9.9	5.0	4.9
25- 29 .....	8.1	4.0	4.1	8.6	3.9	4.7
30- 34 .....	8.0	3.8	4.2	7.1	3.4	3.7
35- 39 .....	8.2	3.9	4.3	6.5	3.0	3.5
40- 44 .....	7.6	3.7	3.9	6.3	2.8	3.5
45- 49 .....	6.3	3.0	3.3	7.4	3.2	4.2
50- 54 .....	6.0	2.9	3.1	6.6	3.4	3.2
55- 59 .....	4.7	2.3	2.4	4.9	2.1	2.8
60- 64 .....	3.8	1.8	2.0	4.4	2.1	2.3
65- 69 .....	2.9	1.4	1.5	3.4	1.7	1.7
70- 74 .....	2.0	0.9	1.1	2.5	1.0	1.5
75 y + .....	1.4	0.6	0.8	1.9	0.8	1.1
Desconoc. ....	1.4	0.6	0.8	1.6	0.6	1.0
Desconoc. ....	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1

<sup>1</sup> Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, Censo Nacional de Población 1960, tomo VIII.

<sup>2</sup> Incluye los no encuestables.

Podemos observar en el cuadro 11 y en el gráfico 3, que en general no se presentan variaciones importantes en las distribuciones por edad y sexo por grupos quincenales desde 1960 a la fecha de la Encuesta, pero sí ligeras diferencias que indicarían posibilidad de movimientos migratorios.<sup>4</sup> Por ejem-

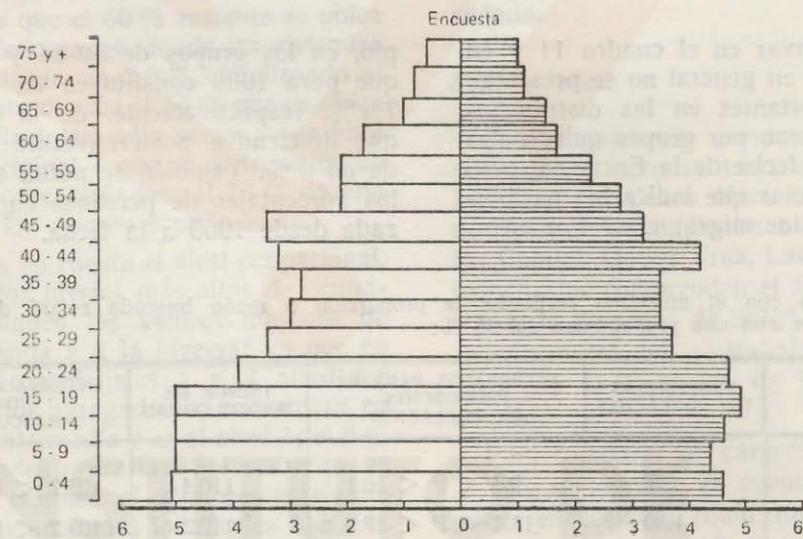
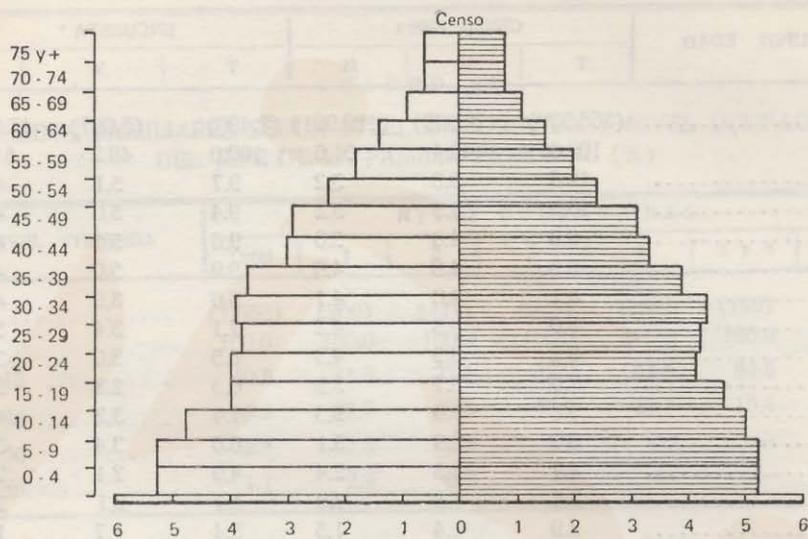
plo, en los grupos de 30-34 y 35-39 años que para 1960 constituyen un 8.2 % y un 7.6 %, respectivamente, de la población y que descienden posteriormente a alrededor de un 6 %. También se notan aumentos en los porcentajes de personas en edad avanzada desde 1960 a la fecha.

<sup>4</sup> De acuerdo con el muestreo realizado, la proporción o razón buscada estará dentro de los siguientes intervalos, con una probabilidad del 95 %:

GRUPOS DE EDAD	PROPORCION DE POBLACION	INTERVALOS PARA LA PROPORCION DE POBLACION	INDICE DE MASCULINIDAD	INTERVALOS PARA EL INDICE DE MASCULINIDAD
0- 4 .....	9.7	9.3 < P < 10.1	110.4	103.2 < IM < 117.6
5- 14 .....	19.0	18.4 < P < 19.6	110.2	103.2 < IM < 117.2
15- 24 .....	18.5	17.9 < P < 19.1	92.7	87.7 < IM < 97.7
25- 44 .....	27.3	26.7 < P < 27.9	83.3	80.4 < IM < 86.2
45- 64 .....	19.3	18.7 < P < 19.9	93.6	90.0 < IM < 97.2
65 y + .....	6.0	5.7 < P < 6.3	67.2	62.6 < IM < 71.8

GRAFICO 3.

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



□ Varones  
 ▨ Mujeres

Fuente: Cuadro 11

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 .....	(368.530)	(178.539)	(189.991)	(7.490)	(3.607)	(3.883)	(6.918)	(3.336)	(3.582)
	100.0	48.4	51.6	100.0	48.2	51.8	100.0	48.3	51.7
0-14 ** .....	30.8	15.4	15.4	28.7	15.1	13.6	25.3	13.0	12.3
15-19 .....	8.6	4.0	4.6	9.9	5.0	4.9	12.3	6.3	6.0
20-29 .....	16.1	7.8	8.3	15.7	7.3	8.4	15.6	7.3	8.3
30-39 .....	15.8	7.6	8.2	12.8	5.8	7.0	12.9	5.8	7.1
40-49 .....	12.3	5.9	6.4	14.0	6.6	7.4	14.3	6.7	7.6
50-59 .....	8.5	4.1	4.4	9.3	4.2	5.1	10.3	4.8	5.5
60-69 .....	4.9	2.3	2.6	5.9	2.7	3.2	6.2	3.0	3.2
70 y + .....	2.8	1.2	1.6	3.5	1.4	2.1	3.1	1.4	1.7
Desconoc. ....	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	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.

2 Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Encuesta de Empleo y Desempleo. Mendoza (datos de abril 1969).

En el cuadro 12 se agruparon las edades en grupos decenales y se incluyen también los datos de la Encuesta de Empleo y Desempleo, no encontrándose aquí tampoco diferencias de peso en la composición por edad y sexo del área. Existen algunas diferencias

entre los 0 y 20 años dado que la Encuesta de Empleo y Desempleo presenta menor peso del primer grupo y más en el segundo, pero ello seguramente se debe a los distintos límites de edad de ambos grupos.

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 .....	(368.530)	(178.539)	(189.991)		(7.490)	(3.607)	(3.883)	
	100.0	100.0	100.0	91.4	100.0	100.0	100.0	92.9
— 15 .....	30.8	31.7	29.8	99.5	28.8	31.4	26.4	110.4
15-64 .....	64.2	63.7	64.9	88.8	65.0	63.4	66.4	88.6
65 y + .....	4.8	4.5	5.1	81.4	6.0	5.0	7.0	67.2
Desconoc. ....	0.2	0.1	0.2	—	0.2	0.2	0.2	—

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

2 Incluye los no encuestables.

Si se comparan los datos en cuestión del Censo de 1960 y de la Encuesta de Salud agrupados en grandes grupos de edad —ver cuadro 13—, se observa una ligera disminución en las edades más jóvenes y paralelamente un relativo aumento en las edades avanzadas, lo que indicaría que entre 1960

y la actualidad existe una tendencia al envejecimiento de la población.

Se observa que los menores de 15 años constituyen casi un 30 % de la población del área, frente al 24 % obtenido para el área metropolitana. Si tomamos en cuenta que América latina en 1970 arrojó un valor de

42 % de población menor de 15 años, podemos inferir un nivel de fecundidad bajo en relación a la del continente, aunque mayor que la del Gran Buenos Aires. En consecuencia, corresponde a esta área una estructura de población más joven que la del área metropolitana; efectivamente el porcentaje de población de 65 y más años —6 %— refleja una población poco envejecida.

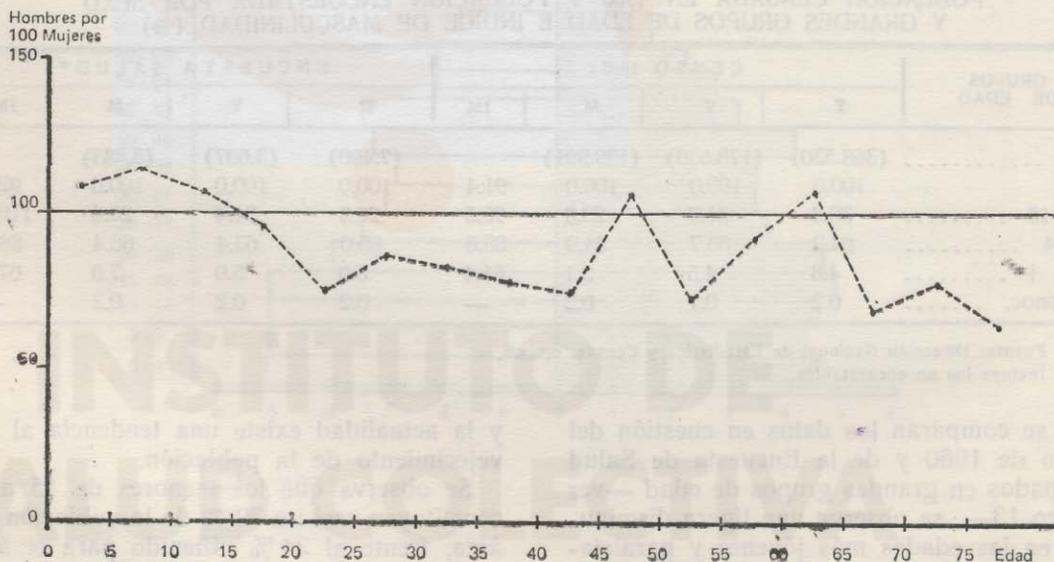
Con respecto al índice de masculinidad que mide la proporción de varones por cada 100 mujeres, se advierte en primer lugar que para el total hubo un ligero aumento a favor de los varones, de 91.4 a 92.9, aumento que sólo se verifica en el grupo de menores de 15 años donde pasa de 99.5 en 1960 a 110.4 en la Encuesta; se mantienen los índices del segundo grupo de edad y desciende bruscamente en el grupo de edades avanzadas. Este descenso podría reflejar las consecuencias de salidas de magnitud de hombres del área en fechas pasadas y que, unido al efecto de la sobremortalidad masculina, confluyen en una relación de masculinidad muy baja.

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

DE EDAD GRUPOS	SEXO			I M
	Total	Varones	Mujeres	
Total .....	(7.099)	(3.388)	(3.711)	91.3
0 - 4 .....	100.0	100.0	100.0	108.9
5 - 9 .....	10.0	10.9	9.1	114.7
10 - 14 .....	9.7	10.8	8.6	107.2
15 - 19 .....	9.7	10.5	8.9	96.3
20 - 24 .....	9.7	10.0	9.5	75.2
25 - 29 .....	8.1	7.2	8.8	87.2
30 - 34 .....	7.0	6.8	7.1	82.9
35 - 39 .....	6.5	6.1	6.8	78.5
49 - 44 .....	6.3	5.8	6.8	107.3
45 - 49 .....	7.5	6.7	8.2	73.1
50 - 54 .....	6.8	7.4	6.3	92.7
55 - 59 .....	4.9	4.3	5.4	100.8
60 - 64 .....	4.5	4.5	4.4	69.8
65 - 69 .....	3.4	3.6	3.2	78.4
70 - 74 .....	2.5	2.2	2.9	64.8
75 y + ....	1.8	1.7	2.0	—
Desconoc. ..	1.6	1.4	1.9	—
	—	—	0.1	—

GRAFICO 4.

INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA.



Fuente: Cuadro 14

En este cuadro se presenta la estructura relativa por edad y sexo (para la estructura en números absolutos ver tabla 3 del Anexo) y los índices de masculinidad para la población encuestada. Si tomamos en cuenta los datos del cuadro 11, que incluye a los no encuestables, vemos que aún así la distribución es bastante similar, salvo en el grupo de 20-24 años de hombres, que incluía a los no encuestables en el servicio militar.

En relación al índice de masculinidad por edad —gráfico 4— vemos que el índice comienza con un valor de 108 debido al exceso de nacimientos masculinos y va descendiendo paulatinamente, con excepción del grupo de 5 a 9 años, hasta los 45 años. La caída brusca del índice entre 20 y 24 años se debe a la incidencia de la falta de hom-

bres no encuestables por las razones antedichas. Las oscilaciones siguientes de los índices estarían indicando la presencia de migraciones antiguas, aunque siempre persiste la tendencia al descenso, acentuada por la sobremortalidad masculina de las edades más avanzadas.

#### Estado conyugal

Analizando el estado conyugal de la población encuestada —ver cuadro 15— podemos observar que la mayor proporción se concentra en “casados”; siguiéndole en importancia la categoría de “solteros”. En estas dos categorías se ubica el 90 % de la población, distribuyéndose el 10 % restante en el siguiente orden: “viudos”, “unión consensual” y “separados”.

CUADRO 15  
POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA  
SEGUN SEXO Y ESTADO CONYUGAL (%)

ESTADO CONYUGAL	S E X O					
	CENSO 1960 1			ENCUESTA		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total .....	(276.065)	(132.276)	(143.789)	(5.428)	(2.502)	(2.926)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Casados .....	53.2	54.5	52.0	53.4	57.2	50.2
Solteros .....	37.9	39.9	36.1	37.0	37.7	36.5
Separ. o divorc. ...	0.9	0.6	1.2	1.1	0.7	1.4
Viudos .....	5.4	2.4	8.1	6.2	2.0	9.7
Unión consensual .	2.4	2.4	2.4	2.2	2.4	2.1
Desconocidos ....	0.2	0.2	0.2	0.1	—	0.1

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

Con respecto a las diferencias por sexo, vemos que no son significativas, notándose un ligero aumento en la proporción de casados varones con respecto a las mujeres, no así en la categoría de viudos donde la sobremortalidad masculina incide en la diferencia de proporciones: 2 % para varones y casi 10 % para las mujeres.

Comparando con los datos brindados por el Censo de 1960, no se notan diferencias de peso, salvo para la categoría de viudos, donde hay aumento de viudas y también un

ligero aumento entre los separados y divorciados.

#### Alfabetismo

Los datos de alfabetismo no han podido ser comparados con los brindados por el Censo de 1960, ya que, como se vio antes, se necesitaba sumar los datos de los departamentos Capital, Godoy Cruz, Las Heras y Guaymallén para que resultaran comparables y en este caso no se dispone de los

datos de alfabetismo por departamento para el Censo de 1960.

CUADRO 16

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

ALFABETISMO	SEXO		
	Total	Varones	Mujeres
Total .....	(5.016)	(2.296)	(2.720)
	100.0	100.0	100.0
Alfabetos .....	94.8	96.1	93.8
Analfabetos ....	5.1	3.8	6.1
Desconocido ...	0.1	0.1	0.1

Lo que nos muestra el cuadro 16 es una baja proporción de analfabetos para el área, 5.1, aunque ligeramente mayor que la del área metropolitana, 3.9 %.

Al igual que en aquélla hay diferencias por sexo, superando las mujeres a los varones en los porcentajes de analfabetos.

En la tabla 4 del Anexo se observa el comportamiento de esta variable según edad, mostrando una relación directa entre ésta y el alfabetismo. Así puede verse para el total cómo van aumentando los valores a medida que se avanza en los grupos de edad, partiendo de 2 % de analfabetos entre 15 y 34 años y llegando al 20 % en el grupo de 75 y más.

Con respecto al sexo, surgen claras diferencias que favorecen a los varones en casi todos los grupos de edad; sólo en el grupo de 15-24 años se observa una ligera diferencia en cuanto a la proporción de analfabetos en cada sexo, 1,2 % para los varones y 0,6 para las mujeres.

Salvo en este grupo es dado observar que las mujeres presentan mayor proporción que los hombres, relación que se ve acentuada a medida que se avanza en los grupos de edad.

Educación

En el análisis de las características educacionales de la población se han tomado en cuenta las variables: nivel educacional alcanzado y continuidad en los estudios. Las

categorías de nivel educacional son las siguientes:

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

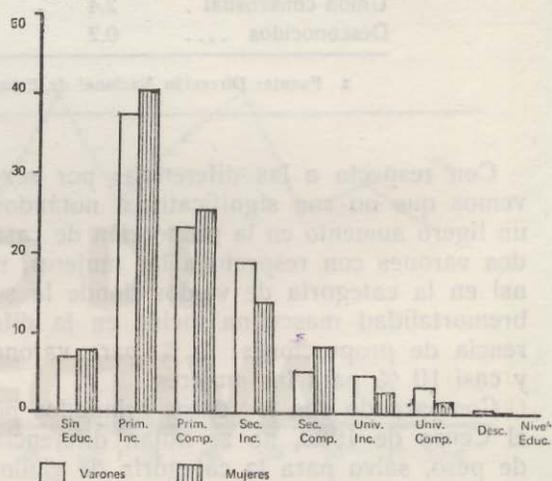
CUADRO 17

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

NIVEL EDUCACIONAL	SEXO		
	Total	Varones	Mujeres
Total .....	(6.246)	(2.944)	(3.302)
	100.0	100.0	100.0
Sin educ. ....	7.3	6.9	7.8
Prim. incompleta	39.0	37.3	40.3
Prim. completa.	24.3	23.2	25.4
Secund. incomp.	16.2	18.8	13.9
Secund. compl..	6.9	5.2	8.4
Univ. incomp. ..	3.6	4.7	2.6
Univ. completa.	2.4	3.4	1.5
Desconocido ...	0.3	0.5	0.1

GRAFICO 5.

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



Fuente: Cuadro 17

Podemos observar en el cuadro 17 y en el gráfico 5 que para esta área el grupo sin educación presenta valores reducidos, 7.3 %, siendo levemente mayor la proporción de mujeres en este grupo en relación a los varones.

El grupo de mayor peso, tanto para el total como para cada sexo, es el de primaria incompleta; siguiendo en orden de importancia el de primaria completa. Asimismo, puede observarse que mientras las mujeres tienen una mayor proporción que los hombres en las tres primeras categorías y en secundaria completa, en el resto es mayor el porcentaje de hombres. O sea que los mismos presentan mayores pesos en los niveles de educación superiores.

La tabla 5 del Anexo nos permite ver el comportamiento de la variable educación según los distintos grupos de edad.

Se observaron en primer lugar claras diferencias en la distribución por edades de las personas sin educación. Si bien hay un alto porcentaje —17 %— en el primer grupo, esto se debe a que se incluyen aquí a los niños que están cursando en ese momento el primer grado o el jardín de infantes.

A partir de la segunda cohorte en adelante, los porcentajes aumentan progresivamente hasta que en la última vemos que agrupa a un 25 % de la población de 75 y más años, lo que quiere decir que la cuarta parte de la población en esas edades no ha

tenido acceso a la educación formal y por ejemplo en los grupos de 55 a 74, alrededor del 13 %.

Si examinamos el comportamiento por edades en los ciclos secundario y universitaria, vemos que esta tendencia se agudiza aún más. Efectivamente, a medida que se avanza en los grupos de edades, se reducen notablemente los porcentajes de personas que han comenzado estudios superiores y mucho menos aún que hayan concluido con los mismos. Vemos, así, que en las últimas cohortes de edad, en promedio, un escaso 4 % de las personas de 45 y más años ha logrado concluir el ciclo secundario y tan sólo el 2.7 % el universitario. Esto está señalando cómo a medida que se avanza en la edad de la población las condiciones educacionales desmejoran sensiblemente.

En síntesis, puede afirmarse que para esta área el panorama educacional señala un porcentaje relativamente bajo de personas que completan el primer ciclo educativo (menos de la cuarta parte de la población), disminuyendo sensiblemente los valores a medida que se asciende a niveles educacionales superiores.

En el cuadro 18 podemos observar a la población en edad escolar básica y media dividida en dos grandes grupos, que corresponderían aproximadamente a cada ciclo, clasificado según si asiste o no a establecimientos de enseñanza regular y diferenciados 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 .....	(852)	(446)	(406)	(1.057)	(512)	(545)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Continua .....	98.6	98.0	99.3	61.3	65.7	57.2
No continua .....	1.4	2.0	0.7	38.7	34.3	42.8

\* Excluye a las personas sin educación.

Respecto a la continuidad en los estudios, se observa que para el grupo de 6 a 12 años es casi absoluta (98.6 %) con un ligero predominio en el grupo de mujeres. Sin embargo, esta relación se invierte al analizar las proporciones en el grupo de 13 a 20 años.

Coherentemente con lo analizado en el cuadro anterior, el porcentaje de población que continúa asistiendo a establecimientos de enseñanza regular desciende bruscamente a partir del primer nivel de enseñanza, con una ligera diferencia a favor de los varones. Ya que el 34 % de varones y el 43 % de mujeres entre 13 y 20 años no continúa asistiendo a establecimientos de enseñanza.

### Actividad económica

#### a) Condición de actividad

En el análisis de la actividad económica de la población encuestada se fijó como límite la edad de 10 años por considerar que de esta manera se atiende a niveles más reales de actividad; por otra parte, es también el límite usado en el último Censo Nacional de población y en otros trabajos que conciernen al tema.

Teniendo en cuenta la población económicamente activa total, se calcularán dos tasas: la global de actividad, que se obtiene en relación a la población de 10 años y más, y la tasa bruta de actividad calculada en relación a toda la población. La primera es una medida más adecuada, ya que corrige la distorsión que introduce el distinto peso que tienen los menores de 10 años en la estructura de edades de cada población, obteniéndose así un patrón de comparación más refinado.

De todas maneras, se utiliza aquí también la tasa bruta, con el objeto de hacer comparaciones con otros trabajos que sólo usan este tipo de tasa.

Como se desprende del cuadro 19, el nivel de actividad de una población está íntimamente relacionado a su grado de industrialización y a lo que ello implica en cuanto a desarrollo de la agricultura, a la asistencia escolar, a los sistemas de seguridad, a la estructura por edad y sexo, etcé-

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 semi-industrializados.	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.

tera. En el cuadro 20 observamos las tasas brutas y globales del área.

Vemos un alto valor en la tasa bruta de actividad femenina, sobre todo si tenemos en cuenta que la misma tasa para América latina era en 1960 de 12.9. El alto valor registrado en esta área señala una gran incorporación de la mujer en el trabajo urbano, suponiendo que, dadas las características del área, un gran porcentaje de las mujeres están ocupadas básicamente en el sector servicios. Comparativamente, observamos un valor relativamente bajo de la misma tasa para los hombres, ya que la misma en el área metropolitana resultó de 62.7. Seguramente existe menor participación en algunas edades, lo cual hace descender el valor total de la tasa.

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 .....	40.3	57.8	25.0
Global .....	50.0	72.8	30.4

CUADRO 21

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

EDAD EN AÑOS	SEXO	
	Varones	Mujeres
10-14 .....	11.2	5.4
15-19 .....	61.5	36.5
20-24 .....	87.4	52.8
25-29 .....	95.2	52.1
30-34 .....	99.0	42.6
35-39 .....	99.5	34.7
40-44 .....	99.1	35.1
45-49 .....	97.6	26.2
50-54 .....	93.2	25.9
55-59 .....	79.6	17.1
60-64 .....	59.5	12.5
65-69 .....	41.9	9.4
70-74 .....	24.1	4.1
75 y + .....	4.4	1.4

En cuanto a las diferencias por edad y sexo, vemos que la participación masculina es casi plena en las edades más activas o sea entre 25-44 (ver cuadro 21 y gráfico 6). Por lo general, esto se confirma siempre en casi todas las áreas, pero es en las edades marginales de entrada y salida de la actividad económica donde se verifican los cambios más importantes y que señalan el nivel de actividad económica del área.

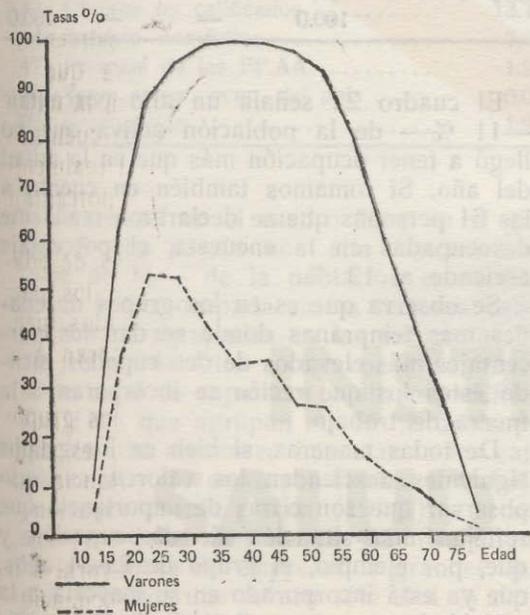
Así es dado observar altos valores en los primeros grupos de 10-19 años y esto se asocia con lo visto en las características educacionales sobre el alto porcentaje de este grupo que abandona sus estudios. Igualmente se verifica que en estas edades de entrada la actividad del área de ambos sexos es bastante menor que con respecto al área metropolitana, donde los menores deben incorporarse tempranamente al trabajo. Esto explica los valores más bajos de participación total. A partir de los 45 años comienza a descender la participación, descenso que se acentúa a partir de los 60 años. En este caso los niveles son superiores a los del área metropolitana; o sea que, si bien la población se incorpora más tarde a la actividad, prolonga su permanencia en la misma.

Con respecto a la curva de participación femenina (ver gráfico 6) vemos que los mayores valores se encuentran entre los 20-34 años, descendiendo paulatinamente, y a diferencia de las áreas más desarrolladas no se verifica el retorno a la actividad en edades activas más altas.

Con respecto a la población económicamente inactiva, la situación es muy clara (ver gráfico 7) en el sentido de que los inactivos varones hasta los 30 años son estudiantes y a partir de los 35 años son jubilados, pensionados y retirados. En el caso de las mujeres inactivas, el principal aporte lo constituyen las amas de casa en todas las edades jóvenes por la presencia de estudiantes y en las edades más altas por las jubiladas y pensionadas.

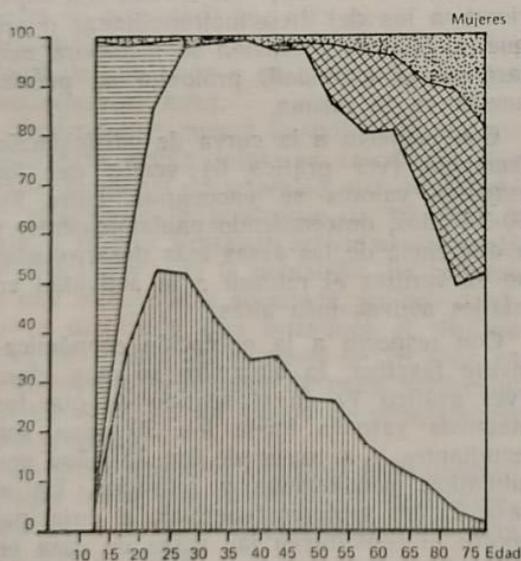
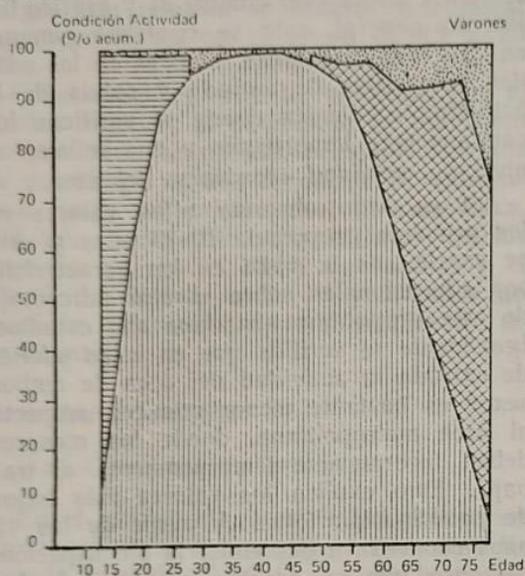
Para analizar el grado de ocupación se realizaron dos agrupamientos en base al año de referencia: uno toma a aquellas personas que trabajan de 0 a 5 meses del período de referencia y el segundo a las que

GRAFICO 6.  
TASAS DE ACTIVIDAD (POR CIENTO) POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS



Fuente: Cuadro 21

GRAFICO 7.  
POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS POR SEXO, EDAD Y CONDICION DE ACTIVIDAD (VALORES RELATIVOS ACUMULADOS)



- Activos/as
- Estudiantes
- Pens. jub. y ret.
- Amas de casa
- Otros y descon.

Fuente: Anexo Tabla 6.

lo hicieron entre 6 y 12 meses. El supuesto es que las primeras se aproximan a la categoría de desocupados.

CUADRO 22

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 . . . . .	(2.797)			
	100.0	10.7	89.2	0.1
10 - 14 . . . . .	(49)			
	100.0	42.9	55.1	2.0
15 - 24 . . . . .	(682)			
	100.0	24.0	76.0	—
25 - 34 . . . . .	(665)			
	100.0	7.8	92.2	—
35 - 44 . . . . .	(614)			
	100.0	4.4	95.6	—
45 - 54 . . . . .	(492)			
	100.0	4.1	95.7	0.2
55 - 64 . . . . .	(234)			
	100.0	4.7	94.9	0.4
65 - 74 . . . . .	(58)			
	100.0	8.6	91.4	—
75 y + . . . . .	(3)			
	100.0	—	—	100.0

El cuadro 22 señala un alto porcentaje —11 %— de la población activa que no llegó a tener ocupación más que en la mitad del año. Si tomamos también en cuenta a las 61 personas que se declararon realmente desocupadas en la encuesta, el porcentaje asciende al 13 %.

Se observa que es en los grupos de edades más tempranas donde se dan los porcentajes más elevados de desocupados, siendo éstos los que recién se incorporan a la fuerza de trabajo.

De todas maneras, si bien en los grupos siguientes descienden los valores, es dado observar que son cifras de importancia que reflejan una situación de desocupación y que, por ejemplo, el grupo de 25-34 años, que ya está incorporado en su mayoría a la actividad, presenta un 8 % de desocupación.

b) *Posición ocupacional y rama de actividad*

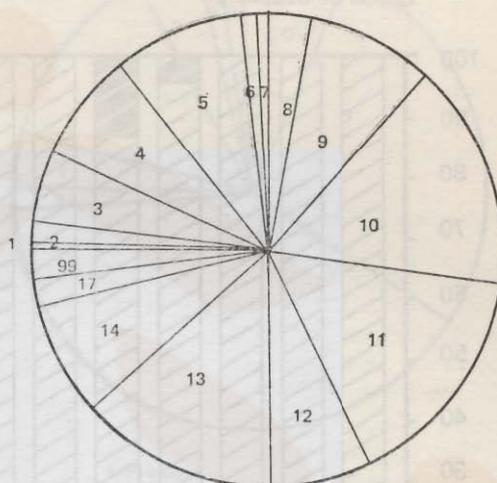
La posición ocupacional se refiere a la ubicación del individuo en la ocupación según su relación de dependencia, el tipo de ocupación y el personal a su cargo.

CUADRO 23

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

POSICION OCUPACIONAL	POBLACION OCUPADA
	(2.797)
Total .....	100.0
1. Grandes empresarios .....	0.5
2. Empresarios medios .....	1.4
3. Empresarios menores .....	2.2
4. Trab. por cta. propia con local ..	10.2
5. Trab. por cta. propia sin local ...	8.8
6. Profesionales libs. por cta. propia.	1.0
7. Altos jefes .....	0.8
8. Jefes intermedios .....	2.9
9. Jefes menores .....	8.7
10. Empleados sin calif. técnica .....	15.5
11. Capataces, obreros calificados ....	15.6
12. Obreros no calificados .....	7.1
13. Obreros no calificados .....	13.7
14. Servicio doméstico .....	7.8
17. Personal de las FF.AA. ....	1.9
20. Fuera estruc. ocup. del país .....	0.0
99. Desconocido .....	1.9

GRAFICO 8.  
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL.



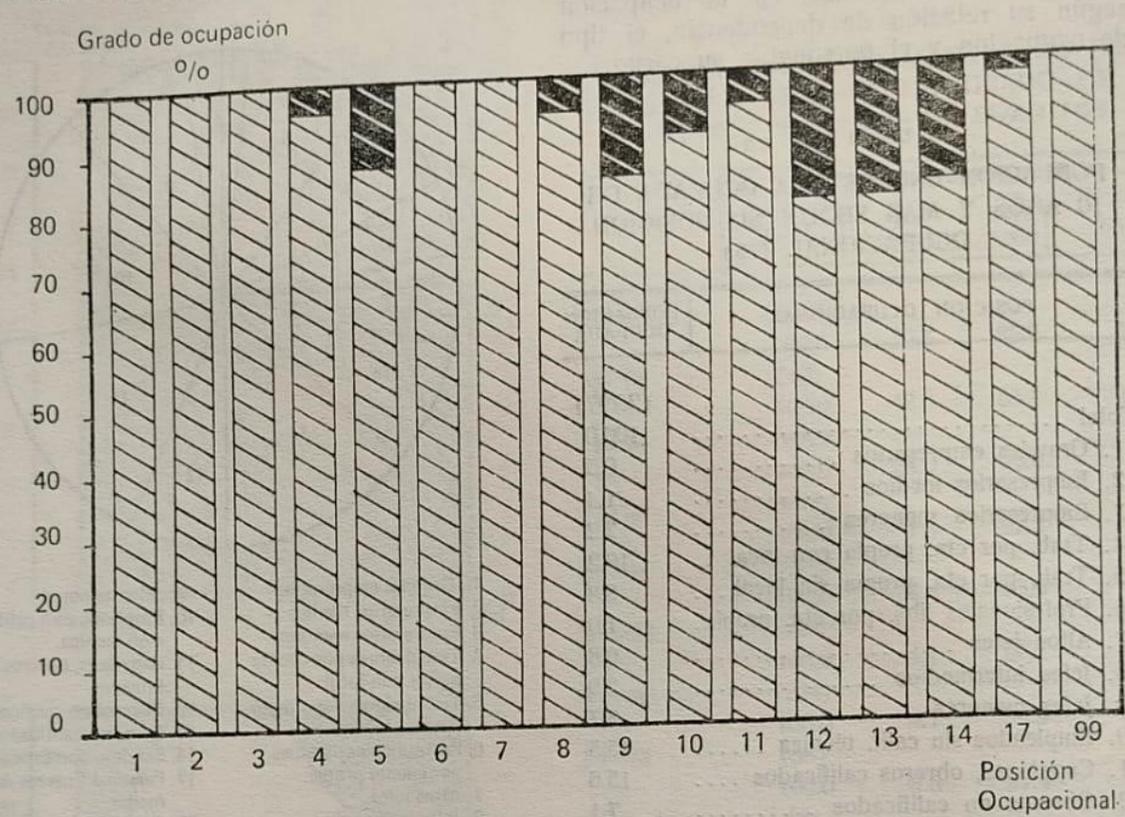
- |   |   |
|---|---|
| 1. Grandes empresarios                        | 9. Jefes menores                        |
| 2. Empresarios medios                         | 10. Empleados sin calificación técnica. |
| 3. Empresarios menores                        | 11. Capataces, obreros calificados.     |
| 4. Trabajadores por cuenta propia con local.  | 12. Obreros no calificados.             |
| 5. Trabajadores por cuenta propia sin local.  | 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.                        |

Fuente: Cuadro 23.

Vemos así en el cuadro 23 y en el gráfico 8 que se da una alta concentración —un 45 %— de la población económicamente activa ocupada en los sectores menos calificados agrupados en las categorías 10, 12, 13 y 14. Otro sector con peso importante es el de capataces y obreros calificados (11) que agrupan un 16 % de la población. Le siguen en importancia las categorías 4 y 5, correspondientes a trabajadores por cuenta propia (19 %) y la que agrupa a jefes menores (9 %). Por último, las posiciones de empresarios grandes, medios y menos que reúnen sólo el 4 % de la población ocupada.

Si examinamos los datos de la tabla 7 del Anexo y el gráfico 9, se observa el grado de ocupación según la posición ocupacional; surge claramente que es en los sectores de menor calificación y que además representan casi la mitad de la población económicamente activa ocupada, donde se observan los mayores niveles de desocupación. Los obreros no calificados y otros no calificados (12 y 13) llegan a alcanzar el elevado valor de 21 % de desocupación potencial y el servicio doméstico un 18 %. También presentan valores de desocupación relativamente altos los cuenta propia sin local, los jefes menores y los empleados sin calificación técnica. En las posiciones ocupacionales más altas no se observan, por el contrario, cifras de desocupación.

GRAFICO 9  
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL  
Y GRADO DE OCUPACION.



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

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Grandes empresarios</li> <li>2. Empresarios medios</li> <li>3. Empresarios menores</li> <li>4. Trabajadores por cuenta propia con local</li> <li>5. Trabajadores por cuenta propia sin local</li> <li>6. Profesionales liberales por cuenta propia</li> <li>7. Altos Jefes.</li> <li>8. Jefes intermedios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>9. Jefes menores.</li> <li>10. Empleados sin calificación técnica.</li> <li>11. Capataces, obreros calificados.</li> <li>12. Obreros no calificados.</li> <li>13. Otros no calificados.</li> <li>14. Servicio doméstico.</li> <li>17. Personal Fuerzas Armadas.</li> <li>99. Desconocido.</li> </ul> |
|--|---|

✓Fuente: Anexo Tabla 7

Con respecto a la rama de actividad se formaron las siguientes categorías:

- 1) Agropecuaria, caza, madera, pesca, yacimientos, combustibles y minerales.
- 2) Alimentos y bebidas, textiles, maderas, papel.
- 3) Industrias químicas, minerales no metálicos, industrias metálicas.
- 4) Construcción de maquinarias, fabri-

cación de materiales de transporte, otras industrias manufactureras.

- 5) Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios.
- 6) Construcción.
- 7) Comercio, transportes y comunicaciones.
- 8) Servicios.
- 9) No sabe y fuera de la estructura ocupacional.

CUADRO 24

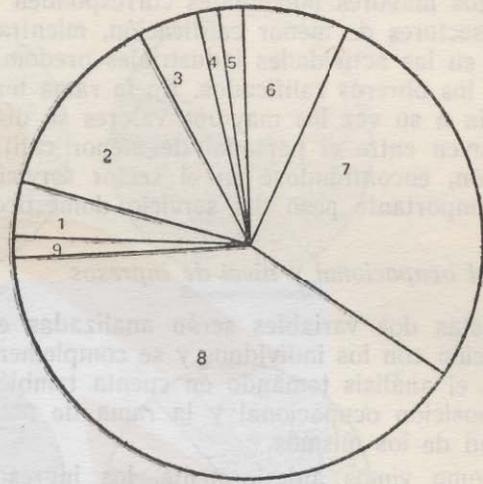
POBLACION OCUPADA DE 14 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA (%)

RAMA DE ACTIVIDAD	POBLACION OCUPADA
Total .....	100.0
<b>Primaria</b> .....	3.8
1. Agropecuaria, etc. ....	3.8
<b>Secundaria</b> .....	27.5
2. Aliment., bebidas, etc. ....	13.0
3. Ind. químicas, minerales, etc. ....	4.1
4. Construcción de maquinarias ....	1.4
5. Electricidad, gas y agua .....	1.7
6. Construcción .....	7.3
<b>Terciaria</b> .....	67.4
7. Comercio, transporte, etc. ....	27.4
8. Servicios .....	40.0
9. Desconocido .....	1.3

En el cuadro 24 y en el gráfico 10 vemos un absoluto predominio de las actividades correspondientes al sector terciario, 67 %, del cual el mayor valor corresponde a Servicios. En cuanto a la rama secundaria totaliza un 27 %; del cual el sector de alimentos y bebidas concentra el mayor valor con un 13 %, siguiendo con mucho menos peso la construcción y las industrias químicas. Era de esperar, dadas las condiciones de urbanización del área en estudio, bajos valores en el sector primario.

A fin de complementar el análisis vemos en la tabla 8 del Anexo la relación de la

GRAFICO 10.  
POBLACION OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA.



1. Primaria.
2. Alimentos, bebidas, textiles y papel
3. Industrias químicas, minerales y metálicas.
4. Construcción de maquinarias y otros.
5. Electricidad, gas y agua.
6. Construcción
7. Comercio, transportes
8. Servicios
9. Desconocido.

variable vista según la posición ocupacional de la población. Se observa allí que en la rama primaria encontramos los mayores valores en las categorías de menor calificación de empleados y obreros.

En la rama secundaria hay mayor concentración en la categoría correspondiente a capataces y obreros calificados (11), que constituyen cerca del 47 % del total de personal ocupado en el sector de electricidad, gas, agua y servicios sanitarios y también alrededor del 40 % del ocupado en construcción de maquinarias y afines.

En el sector terciario los mayores valores se distribuyen uniformemente entre los empleados sin calificación técnica, trabajadores por cuenta propia y otros no calificados. Estos tres grupos suman casi el 60 % de la población ocupada en comercio, transportes y comunicaciones, mientras que para el sector servicios el punto más alto corresponde a los trabajadores del servicio doméstico con

un 20 %, siguiéndoles los empleados sin calificación técnica con 18 %.

En síntesis, vemos que en la rama primaria los mayores porcentajes corresponden a los sectores de menor calificación, mientras que en las actividades industriales predominan los obreros calificados. En la rama terciaria a su vez los mayores valores se distribuyen entre el personal de menor calificación, encontrándose en el sector servicio un importante peso del servicio doméstico.

### Nivel ocupacional y nivel de ingresos

Estas dos variables serán analizadas en relación con los individuos y se complementará el análisis tomando en cuenta también la posición ocupacional y la rama de actividad de los mismos.

Como vimos anteriormente, los ingresos han sido ordenados en tramos que incluyen cada uno aproximadamente el 20 % de los individuos. Con respecto a los ingresos de la actividad principal los tramos resultantes son los siguientes:

- 1 - Hasta \$ 15.000  $\frac{m}{n}$
- 2 - \$ 15.000 a 24.000  $\frac{m}{n}$
- 3 - \$ 24.001 a 33.000  $\frac{m}{n}$
- 4 - \$ 33.001 a 50.000  $\frac{m}{n}$
- 5 - \$ 50.000  $\frac{m}{n}$  y más.

CUADRO 25  
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE  
10 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL  
OCUPACIONAL (%)

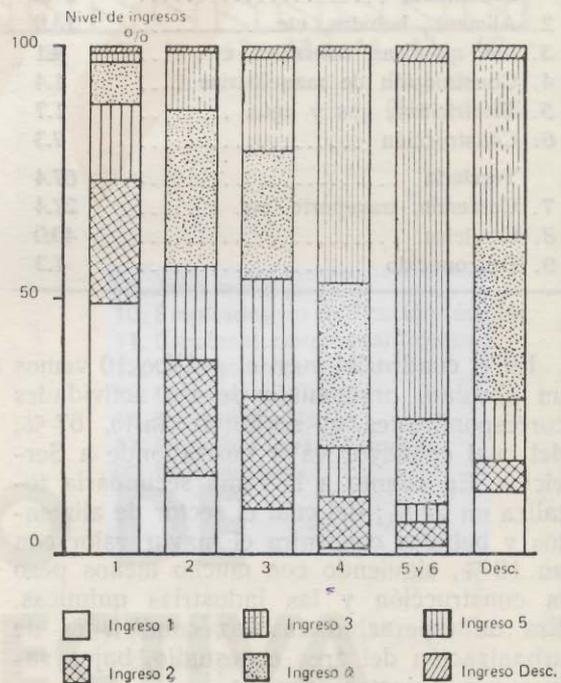
NIVEL OCUPACIONAL	POBLACION OCUPADA
	(2.797)
Total .....	100.0
1 .....	31.8
2 .....	26.3
3 .....	25.4
4 .....	8.1
5 y 6 .....	6.7
Desconocido .....	1.7

En el cuadro 25 tenemos la distribución de la población ocupada según su nivel ocupacional, independientemente de su nivel de ingresos. En primer lugar vemos que un alto porcentaje se concentra en los dos primeros niveles de ocupación, que corresponden a los sectores más bajos. Encontramos aquí un 58 % de la totalidad de la población ocupada. El nivel intermedio presenta un valor alto con un 25 %, mientras los niveles más elevados ocupacionalmente, o sea el 4, y 6, constituyen sólo el 15 % del total.

En la tabla 9 del Anexo y en el gráfico 11 se encuentra la distribución de la población ocupada según nivel ocupacional y el nivel de ingresos de la actividad principal.

Vemos que, obviamente, a medida que aumenta el nivel ocupacional, crece el nivel de ingresos y viceversa. Casi el 50 % de las personas del nivel ocupacional perciben hasta \$ 15.000  $\frac{m}{n}$ ; un 25 % llega a \$ 24.000  $\frac{m}{n}$  y sólo el 2 % en este nivel percibe ingresos

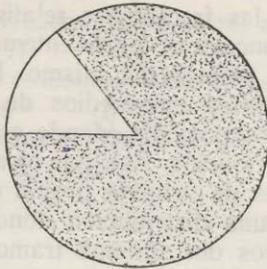
GRAFICO 11  
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL



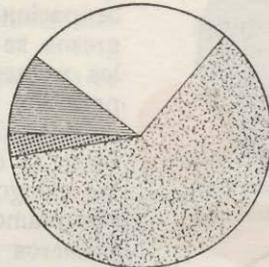
Fuente: Anexo Tabla 9.

GRAFICO 12

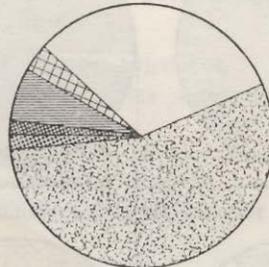
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL.



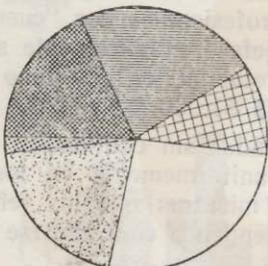
Grandes empresarios



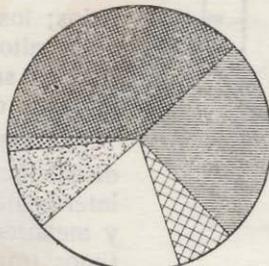
Empresarios medios



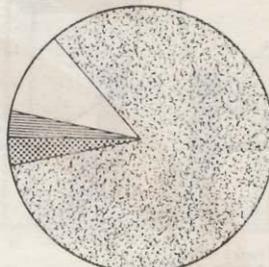
Empresarios menores



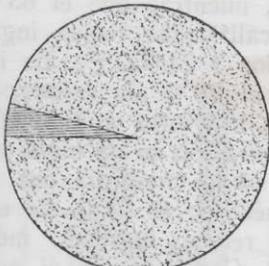
Trabajadores por cuenta propia con local



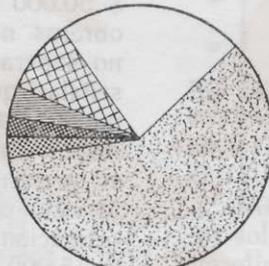
Trabajadores por cuenta propia sin local



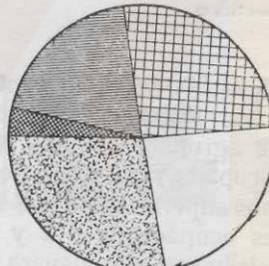
Profesionales liberales por cuenta propia



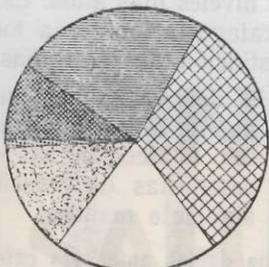
Altos jefes



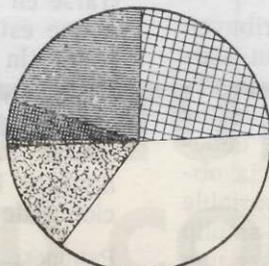
Jefes intermedios



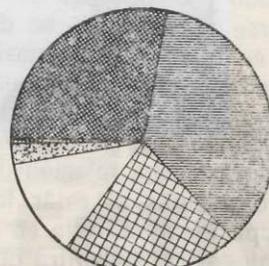
Jefes menores



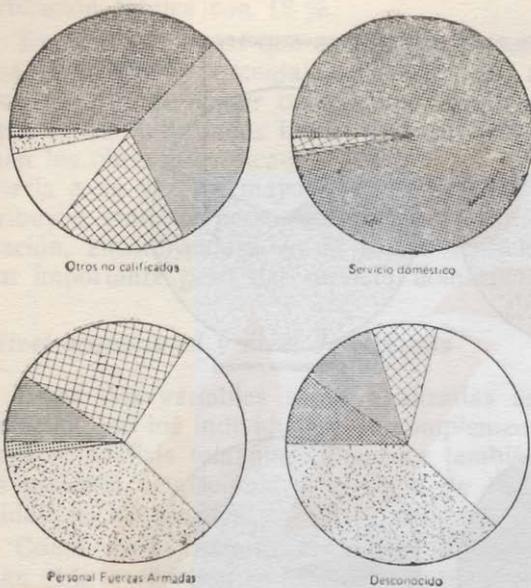
Empleados sin calificación técnica



Capataces, obreros calificados



Obreros no calificados



Ingreso 1 : Hasta \$ 15.000  
 Ingreso 2 : \$ 15.001 - 24.000  
 Ingreso 3 : \$ 24.001 - 33.000  
 Ingreso 4 : \$ 33.001 - 50.000  
 Ingreso 5 : \$ 50.001 y más  
 Ingreso 00 : Desconocido

Fuente: Anexo Tabla 10

superiores a \$ 51.000  $\frac{m}{n}$ . Esto contrasta con el porcentaje de los niveles ocupacionales superiores que agrupan sólo al 7 % de toda la población ocupada y de los cuales el 71 % percibe ingresos superiores a los \$ 51.000  $\frac{m}{n}$ . En los niveles ocupacionales 2 y 3 los ingresos se distribuyen de manera uniforme en los tramos 2, 3 y 4 con una ligera predominancia del tramo 4 que comprende entre los \$ 33.000 y 50.000  $\frac{m}{n}$ .

Al analizarse ahora 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, por lo tanto, deberá encontrarse la misma relación directa observada. 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 12 y Anexo, tabla 10).

En el gráfico 12 vemos que mientras los sectores altos tienden a concentrarse en los dos últimos niveles de ingresos, a medida que se desciende en los niveles de posición ocupacional, las frecuencias relativas de ingresos se concentran preferentemente entre los primeros tramos del mismo. No es así para los sectores intermedios de la escala de posición ocupacional, donde es más uniforme la distribución. Así, por ejemplo, para las categorías de "cuenta propia con local" observamos una distribución donde los dos primeros y los dos últimos tramos concentran la casi totalidad de ese grupo. Mientras que los "cuenta propia sin local" se concentran mucho más en los niveles más bajos; los profesionales por "cuenta propia y los altos jefes" prácticamente se concentran en su totalidad en el último tramo de ingresos de \$ 51.000  $\frac{m}{n}$  y más.

Los empleados sin calificación técnica se distribuyen uniformemente en los ingresos intermedios, mientras que los jefes medios y menores tienden a concentrarse en los últimos tramos.

Los obreros calificados se concentran —60 %— en ingresos entre \$ 24.000 y \$ 50.000  $\frac{m}{n}$ , mientras que el 63 % de los obreros no calificados tienen ingresos que no superan los \$ 24.000  $\frac{m}{n}$ . Es importante señalar que el 28 % de éstos percibe remuneraciones inferiores a \$ 15.000  $\frac{m}{n}$ . La mayor concentración en un nivel de ingresos se presenta en la categoría que agrupa al servicio doméstico; el 94 % de este sector ocupacional recibe ingresos menores de \$ 15.000  $\frac{m}{n}$ . Con respecto al personal de las Fuerzas Armadas se distribuye a partir del segundo tramo, tendiendo a concentrarse en los niveles más altos. Esto se debe a que esta categoría incluye a todo el personal sin distinción de jerarquías.

La tabla 11 del Anexo nos muestra una síntesis de las variables analizadas hasta ahora. Para su confección se procedió a agrupar las categorías de posición ocupacional de la siguiente manera:

Patrones: Suma de las anteriores categorías 1, 2 y 3

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

Empleados altos y medios: Suma de las anteriores categorías 7 y 8

Resto empleados: Suma de las anteriores categorías 9 y 10

Obreros calificados: Suma de las anteriores categorías 11

Obreros no calificados: Suma de las anteriores categorías

Servicio doméstico: Suma de las anteriores categorías 12, 13 y 14

Desconocido: Suma de las anteriores categorías 20, 99 y no sabe

Para la rama de actividad, los siguientes agrupamientos:

Primaria: Categoría anterior 1

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

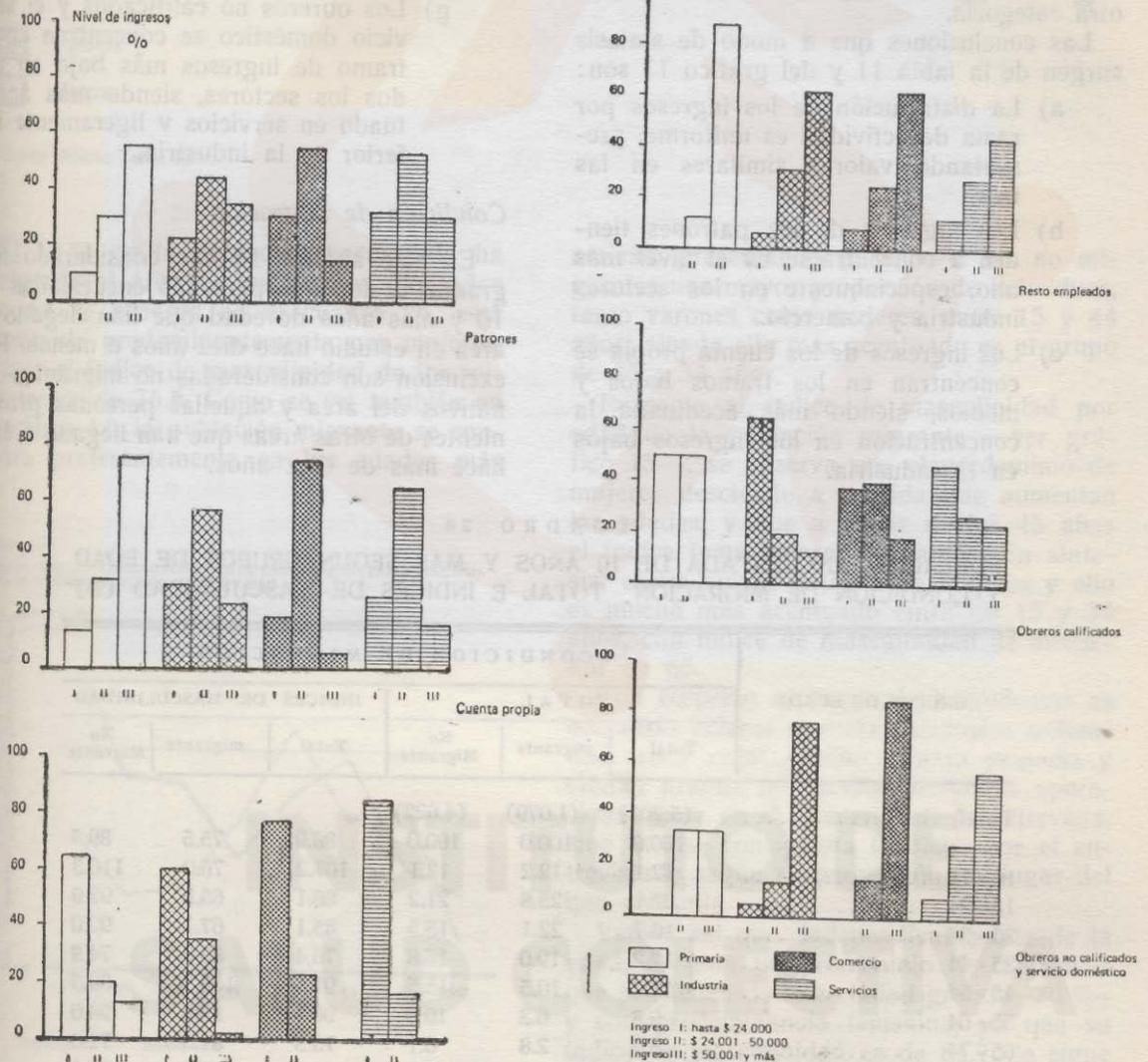
Comercio: Categoría anterior 7

Servicios: Categoría anterior 8

Sin determinar: Categoría anterior 9 y no sabe

GRAFICO 13.

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



Fuente: Anexo Tabla 11.

Los tramos agrupados correspondientes a los ingresos son:

1. Hasta \$ 24.000 %: Suma de las anteriores categorías 1 y 2
2. \$ 24.000 a \$ 50.000 %: Suma de las anteriores categorías 3 y 4
3. \$ 50.001 % y más: Categoría anterior 5

En esta tabla se han excluido los datos correspondientes a la rama primaria debido a su escasa significación. Tampoco se toma en cuenta la posición ocupacional referida a las Fuerzas Armadas, ya que dada su heterogeneidad no puede ser ubicada con otra categoría.

Las conclusiones que a modo de síntesis surgen de la tabla 11 y del gráfico 13 son:

- a) La distribución de los ingresos por rama de actividad es uniforme, presentando valores similares en las tres.
- b) Los ingresos de los patrones tienden a concentrarse en el nivel más alto, especialmente en los sectores industria y comercio.
- c) Los ingresos de los cuenta propia se concentran en los tramos bajos y medios, siendo más acentuada la concentración en los ingresos bajos en la industria.

- d) Los empleados altos y medios se concentran en el último tramo, siendo ello mucho menos acentuado en el sector servicio.
- e) Los empleados tienden a concentrarse en los tramos medios y bajos en el comercio y los servicios, y en los tramos medios y altos en la industria.
- f) Los obreros calificados se distribuyen en su gran mayoría entre los tramos bajos y medios; con una mayor concentración en estos últimos, sobre todo en comercio y servicios.
- g) Los obreros no calificados y el servicio doméstico se concentran en el tramo de ingresos más bajo en todos los sectores, siendo más acentuado en servicios y ligeramente inferior en la industria.

#### Condición de migración

En este análisis se han considerado migrantes a aquellas personas encuestadas de 10 y más años de edad que han llegado al área en estudio hace diez años o menos. Por exclusión son consideradas no migrantes los nativos del área y aquellas personas provenientes de otras áreas que han llegado a ésta hace más de diez años.

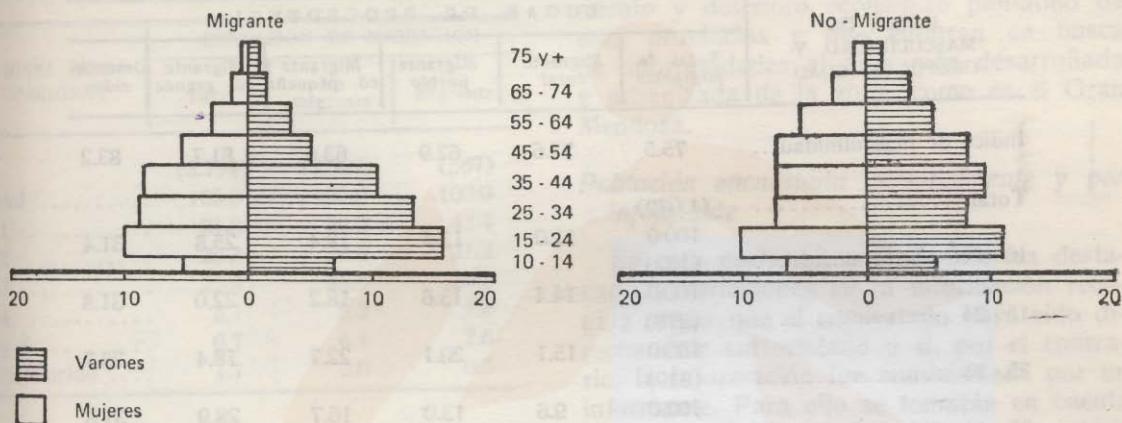
CUADRO 26

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	migrante	No Migrante	Total	migrante	No Migrante
Total .....	(5.701)	(1.079)	(4.622)			
	100.0	100.0	100.0	86.9	75.5	89.8
10 - 14 .....	12.1	12.2	12.1	107.2	76.0	116.3
15 - 24 .....	22.1	25.8	21.2	86.1	65.5	92.9
25 - 34 .....	16.7	22.1	15.5	85.1	67.1	92.0
35 - 44 .....	17.2	19.0	16.8	76.4	83.0	74.8
45 - 54 .....	14.6	10.5	15.5	91.5	105.5	89.5
55 - 64 .....	9.8	6.3	10.6	96.1	83.8	98.0
65 - 74 .....	5.5	2.8	6.1	73.3	87.5	72.0
75 y + .....	2.0	1.3	2.2	64.8	55.6	66.1

GRAFICO 14.

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

El 19% de la población encuestada ha inmigrado al área en los últimos diez años y como se observa en el cuadro 26, está constituida predominantemente por mujeres, ya que el índice de masculinidad de los migrantes es de 75.5. Como se ve, también en el gráfico 14, la población migrante se concentra preferentemente en las edades más

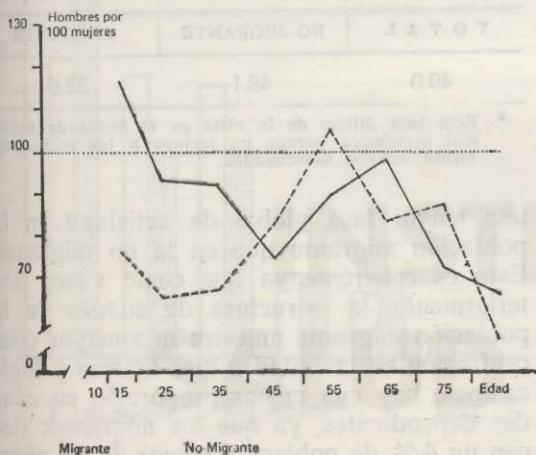
activas, presentando respecto a los no migrantes una mayor proporción de individuos, tanto varones como mujeres, entre 15 y 44 años; siendo ello más acentuado en el grupo de 25 a 34 años.

Respecto al índice de masculinidad por edad de la población migrante —ver gráfico 15—, se observa que el predominio de mujeres desciende a medida que aumentan las edades, y que a partir de los 45 años el índice toma valores oscilantes. En síntesis, existe mayor entrada de mujeres y ello es mucho más acentuado entre los 15 y 34 años, con índice de masculinidad de alrededor de 66.

Con respecto al lugar de procedencia es necesario aclarar que las categorías utilizadas: zona rural, pueblo, ciudad pequeña y ciudad grande no estaban definidas operacionalmente en el momento de la entrevista, sino que se consignaba lo dicho por el entrevistado según su percepción del lugar del que provenía.

Vemos así que, independientemente de la edad, se nota un predominio de migrantes que provienen de una ciudad grande —26%— y con predominancia femenina, ya que su índice de masculinidad es de 81.7; le sigue en orden de importancia los migrantes pro-

GRAFICO 15. INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA MIGRANTE Y NO-MIGRANTE DE 10 AÑOS Y MAS.



Fuente: Cuadro 26.

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 ..	75.5	77.6	62.9	63.6	81.7	83.2
Total .....	(1.079)					
10 - 14 .....	100.0 (132)	11.0	13.4	18.4	25.8	31.4
15 - 24 .....	100.0 (278)	14.4	13.6	18.2	22.0	31.8
25 - 34 .....	100.0 (239)	15.1	20.1	22.7	18.4	23.7
35 - 44 .....	100.0 (205)	9.6	13.0	16.7	28.9	31.8
45 - 54 .....	100.0 (113)	9.3	8.8	16.1	29.3	36.5
55 - 64 .....	100.0 (68)	6.2	11.5	16.8	27.4	38.1
65 - 74 .....	100.0 (30)	4.4	7.4	13.2	42.6	32.4
75 y + .....	100.0 (14)	16.7	3.3	26.7	16.7	36.6
	100.0	7.1	21.4	14.3	28.6	28.6

venientes de ciudades pequeñas —18.4 %— y con una predominancia femenina mucho más notoria con un índice de masculinidad de 63.6. Al tener en cuenta los distintos grupos de edad se mantiene el mismo predominio de los migrantes de origen más urbano, aunque se observa una ligera tendencia a mayor peso de migrantes de origen rural entre los más jóvenes o sea entre 10 y 24 años.

Hay que señalar el alto porcentaje de desconocidos o sea de aquellas personas que no pudieron calificar su lugar de procedencia y que seguramente se distribuyen entre las categorías más difíciles de definir como pueblo y ciudad pequeña. Ese alto porcentaje —alrededor de un 30 %— es común a todas las edades y por supuesto limita la validez del dato.

Al igual que en el área metropolitana en esta área encontramos —ver cuadro 28—

CUADRO 28

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

TOTAL	NO MIGRANTE	MIGRANTE
49.0	48.1	52.6

\* Esta tasa difiere de la vista en el punto de actividad económica porque no incluye a los económicamente activos desocupados.

una mayor tasa global de actividad en la población migrante que en la no migrante. Esto es coherente ya que como vimos anteriormente, la estructura de edades de la población migrante muestra una mayor concentración en las edades más activas y lógicamente hay una menor proporción en edades dependientes, ya que los migrantes tienen un 4 % de población mayor de 65 años, frente a un 8 % de los no migrantes.

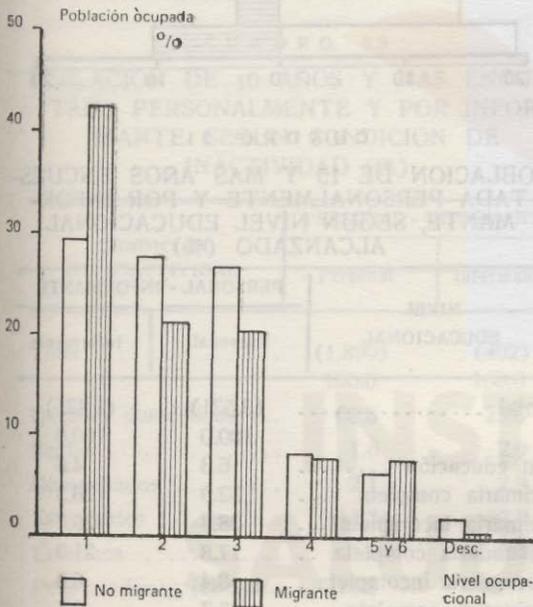
CUADRO 29

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	(2.794)	(2.227)	(567)
1	100.0	100.0	100.0
2	31.8	29.2	42.4
3	26.3	27.6	21.2
4	25.4	26.6	20.5
5 y 6	8.1	8.2	7.8
Desconocido	6.7	6.4	7.6
Desconocido	1.7	2.0	0.5

Con respecto al nivel ocupacional vemos en el cuadro 29 y en el gráfico 16 una notoria concentración de la población migrante en los sectores ocupacionales menor calificados; un 42 % de los migrantes ocupados se encuentra en el nivel 1.

GRAFICO 16.  
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN CONDICION DE MIGRACION Y NIVEL OCUPACIONAL



Fuente: Cuadro 29

El supuesto es que se trata de sectores marginados de la estructura ocupacional de sus lugares de origen —presumiblemente de San Juan y San Luis— por el estancamiento y deterioro económico paulatino de esas provincias y que emigran en busca de oportunidades al área más desarrollada y urbanizada de la zona, como es el Gran Mendoza.

#### Población encuestada personalmente y por informante

En esta parte del análisis interesa destacar las variaciones en la información recogida según que el encuestado haya sido directamente entrevistado o si, por el contrario, la información fue suministrada por un informante. Para ello se tomarán en cuenta algunas variables demográficas y económicas con el objeto de descubrir comportamientos diferenciales.

Se tomó en este análisis a la población que tenía posibilidad de ser encuestada por alguna de las dos formas, es decir los mayores de 15 años, ya que de acuerdo a las normas de entrevista los menores de 15 años no podían contestar personalmente el cuestionario y lógicamente tampoco podían ser miembros informantes.

Analizando las diferencias de las dos poblaciones según sexo y grupos de edad, lo primero que se observa es que mientras el 65 % de las entrevistas personales corresponden a mujeres, el 73 % del universo de informantes lo constituyen los hombres. Esta relación de prioridad de uno u otro sexo se mantiene en los distintos grupos de edad. (Ver cuadro 30 y gráfico 17).

Vemos también que con respecto a la estructura de edad no se observan grandes diferencias en el caso de los varones según su condición de personal o informante, ya que en todos los grupos de edades predominan en forma similar los casos de informante. En el caso de las mujeres se observa que, a medida que se avanza en la edad, aumenta la incidencia de la categoría de personal.

Los tipos de distribución por sexo obedecen a los distintos pesos que tienen en la actividad económica los hombres y mujeres de acuerdo con sus grupos de edad, que

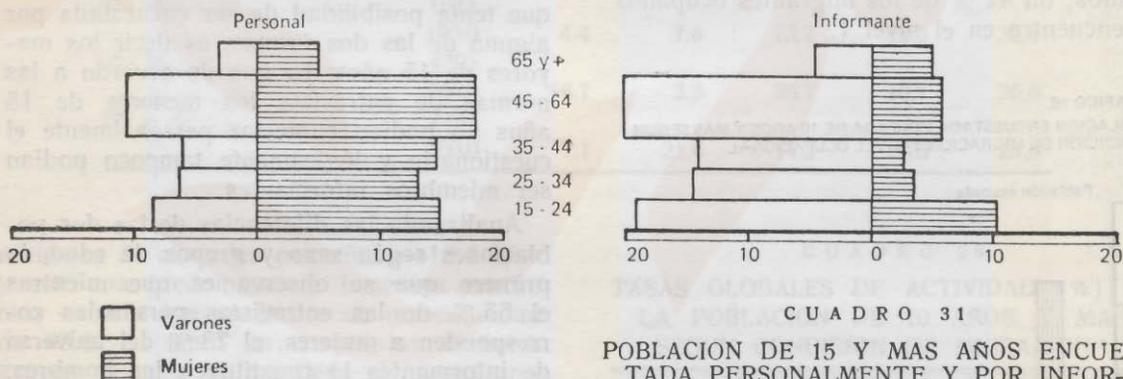
CUADRO 30

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

GRUPOS DE EDAD	POBLACION ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE SEGUN SEXO					
	PERSONAL			INFORMANTE		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total .....	(3.591)	(1.252)	(2.339)	(1.425)	(1.044)	(381)
	100.0	34.9	65.1	100.0	73.3	26.7
15-24 .....	23.3	8.5	14.8	29.6	19.4	10.2
25-34 .....	19.4	6.4	13.0	18.0	14.7	3.3
35-44 .....	20.7	6.2	14.5	16.8	14.2	2.5
45-54 .....	28.3	10.6	17.7	25.9	20.2	5.7
65 y + .....	8.1	3.1	5.0	9.6	4.6	5.0
Desconocido .....	0.1	—	0.1	0.1	0.1	—

GRAFICO 17.

PIRAMIDES DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS, PERSONAL Y POR INFORMANTE POR SEXO Y GRUPOS Y EDAD, EXPRESADAS EN PORCENTAJES



Fuente: Cuadro 30

CUADRO 31

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

NIVEL EDUCACIONAL	PERSONAL - INFORMANTE	
	Personal	Informante
Total .....	(3.521)	(1.425)
	100.0	100.0
Sin educación .....	6.3	4.6
Primaria completa ....	32.9	26.3
Primaria incompleta ...	28.3	26.7
Secundaria completa ..	17.8	21.9
Secundaria incompleta .	8.4	8.9
Universit. completa ...	3.7	6.5
Universit. incompleta ..	2.5	4.1
Desconocido .....	0.1	1.0

hace que se facilite la entrevista personal al encontrarse en su domicilio al sujeto de encuesta y esto explica la gran diferencia a favor de las mujeres en las entrevistas personales.

Con respecto a la distribución según nivel educacional no se observan diferencias importantes, pero sí una tendencia que señalaría un mejor nivel educacional para la población de informantes. (Ver cuadro 31).

En lo que hace al nivel ocupacional, los datos no muestran mayores diferencias, por lo que suponemos que no es una variable que

por sí sola incida en el tipo de respuesta personal<sup>1</sup> o por informante al cuestionario.

Parecería existir —ver cuadro 32— un comportamiento diferencial sólo en los extremos ocupacionales, es decir, más encuestados personalmente en el nivel más bajo y más encuestados por informante en los niveles 5 y 6.

CUADRO 32

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

NIVEL OCUPACIONAL	PERSONAL - INFORMANTE	
	Personal	Informante
Total .....	(1.974) 100.0	(1.133) 100.0
1 .....	30.5	26.7
2 .....	26.0	26.0
3 .....	24.9	24.9
4 .....	8.0	8.7
5 y 6 .....	5.3	8.3
Desconocido .....	5.3	5.4

CUADRO 33

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

CONDICION DE INACTIVIDAD	PERSONAL - INFORMANTE	
	Personal	Informante
Total .....	(1.899) 100.0	(402) 100.0
Quehac. domésticos ...	68.6	25.8
Rentas .....	1.6	2.9
Desocupados .....	2.1	2.9
Estudiantes .....	12.3	32.8
Enfermos .....	1.0	8.4
Pensionados y jubilados	13.5	25.7
Otra situación .....	0.8	1.5
Desconocido .....	0.1	—

CUADRO 34

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 .....	(2.079) 100.0	(1.413) 100.0
Madre .....	90.4	28.1
Padre .....	5.0	2.6
Cónyuge .....	—	47.4
Hijo .....	—	9.2
Otro .....	4.5	12.7
Desconocido .....	0.1	—

Es importante señalar que del total de personas mayores de 10 años en condición de inactividad que fueron encuestados, un porcentaje abrumador lo fue personalmente: el 82 %, o sea que la distribución que se observa en el cuadro de la población que contestó por informante señala el comportamiento del 18 % de esta población.

Vemos en el cuadro 33 que los entrevistados en forma personal se concentran predominantemente, como era de esperar, en la categoría de amas de casa, siguiéndoles los jubilados y pensionados y los estudiantes con mucho menor peso. Los informantes están más distribuidos, concentrándose los mayores porcentajes en las categorías de estudiantes, luego de amas de casa y por último de jubilados.

Con el objeto de conocer quiénes fueron los informantes, es decir qué relación tenían con el encuestado, en el cuadro 34 se ofrece ese dato para los encuestados por informante, menores y mayores de 15 años. En el caso de los menores, el 90 % es respondido por la madre, mientras que para los mayores de 15 años se distribuyen entre la cónyuge y la madre, pero con gran predominio de la primera.

## CONCLUSIONES

— Con respecto a las características de las familias del área metropolitana de Mendoza, se observa un gran predominio del tipo de constelación de núcleo matrimonial con hijos en todos los niveles ocupacionales.

— Si bien no existe un comportamiento muy diferencial entre el tipo de constelación y el tamaño medio de la familia con las variables ocupacionales y de ingreso, sí surgen diferencias al relacionar las variables socio-económicas con el nivel de hacinamiento y de vivienda.

— La estructura por edad y sexo refleja una población poco envejecida, aunque con niveles de fecundidad en descenso.

— Las características educacionales indican que menos de la cuarta parte de la población completa el ciclo primario y que proporciones muy bajas acceden a los niveles superiores. Las malas condiciones educacionales son más acentuadas entre las mujeres y a medida que aumenta la edad para ambos sexos.

— Las características económicas marcan una alta incorporación de la mujer a la acti-

vidad económica, asimismo como una elevada participación en las edades marginales de entrada y salida de la actividad. La estimación de desocupación asciende al 13 % para el total de la población económicamente activa, lo cual refleja una situación de elevada desocupación y que se agrava en las edades más jóvenes.

— En la distribución por rama de actividad se observa un gran predominio de la actividad terciaria y poco desarrollo de la industria. Ello se complementa con la alta concentración —45 %— en las posiciones ocupacionales con menor calificación, como con los bajos ingresos que presentan dichos sectores.

— El 19 % de la población encuestada inmigró al área en los últimos diez años y está constituido fundamentalmente por individuos en edades jóvenes, con predominio de mujeres. Los inmigrantes presentan niveles de participación económica más elevados que los no migrantes, así como una mayor concentración en los niveles ocupacionales más bajos.

FIGURA 18  
 FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTITUCION FAMILIAR  
 POR EDAD Y SEXO DEL JEFE DE FAMILIA (61). TOTAL

TIPO DE CONSTITUCION	E D A D									
	Total	Hasta 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +	% de jefe de familia	
Total	(1853)	1000	81	195	237	243	129	90	24	63
Familia nuclear	(1003)	1000	47	107	97	104	53	33	86	—
Familia nuclear con hijos	(613)	1000	29	174	127	102	57	31	69	61
Familia nuclear (hijos y/o otros parientes)	(390)	1000	18	107	242	275	100	25	10	34
Familia separada, divorciados, con hijos y/o otros parientes	(710)	1000	40	107	242	275	100	25	10	34
Familia separada, divorciado solo	(350)	1000	53	—	33	313	156	364	53	—
Familia y/o hijos y/o otros parientes	(264)	1000	—	—	153	342	282	167	12	63

A N E X O

T A B L A S

FIGURA 19  
 FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTITUCION FAMILIAR  
 POR EDAD Y SEXO DEL JEFE DE FAMILIA (62). VARIAS

TIPO DE CONSTITUCION	E D A D									
	Total	Hasta 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +	% de jefe de familia	
Total	(1455)	1000	53	118	198	269	274	119	23	63
Familia nuclear	(861)	1000	44	107	—	100	110	324	81	—
Familia nuclear con hijos	(511)	1000	10	118	203	212	117	31	69	61
Familia nuclear (hijos y/o otros parientes)	(350)	1000	10	108	240	270	100	25	10	34
Familia separada, divorciados, con hijos y/o otros parientes	(359)	1000	10	100	210	240	100	25	10	34
Familia separada, divorciado solo	(502)	1000	43	—	35	300	168	—	—	—
Familia y/o hijos y/o otros parientes	(653)	1000	105	315	120	300	303	82	—	30

**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 .....	(1.853)								
	100.0	6.1	15.9	23.7	24.3	17.9	9.0	2.8	0.3
(1) Núcleo matrimonial .....	(163)								
	100.0	4.3	22.7	9.2	10.4	22.7	22.1	8.6	—
(2) Núcleo matrimonial con hijos .....	(813)								
	100.0	0.9	17.8	32.2	30.1	14.6	3.1	0.9	0.1
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes .....	(375)								
	100.0	1.9	15.7	24.2	27.5	20.0	8.5	1.9	0.3
(4) Viudos, separados, divorciados, con hijos y/u otros parientes .....	(219)								
	100.0	3.2	6.8	15.5	24.2	24.2	18.7	6.8	0.5
(5) Viudo, separado, divorciado solo ...	(19)								
	100.0	5.3	—	5.3	31.5	15.8	36.8	5.3	—
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	(264)								
	100.0	31.4	15.2	14.0	9.8	16.7	9.8	2.3	0.8

**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 .....	(1.467)								
	100.0	2.7	17.5	26.0	26.1	17.8	7.4	2.2	0.3
(1) Núcleo matrimonial .....	(161)								
	100.0	4.3	21.7	9.3	10.6	23.0	22.4	8.7	—
(2) Núcleo matrimonial con hijos .....	(811)								
	100.0	1.0	17.8	32.2	30.2	14.7	3.1	0.9	0.1
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes .....	(374)								
	100.0	1.6	15.8	24.3	27.6	20.0	8.5	1.9	0.3
(4) Viudos, separados, divorciados, con hijos y/u otros parientes .....	(50)								
	100.0	12.0	10.0	10.0	16.0	24.0	20.0	8.0	—
(5) Viudo, separado, divorciado solo ...	(6)								
	100.0	16.6	—	16.6	50.0	16.6	—	—	—
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.	(65)								
	100.0	18.5	20.5	12.3	10.8	26.2	9.2	—	3.0

T A B L A 1 c

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 +	Desco- noc.
Total .....	(386)								
	100.0	19.0	10.3	15.2	17.4	18.1	15.0	4.7	0.3
(1) Núcleo matrimonial .....	(2)								
	100.0	—	100.0	—	—	—	—	—	—
(2) Núcleo matrimonial con hijos .....	(2)								
	100.0	—	50.0	50.0	—	—	—	—	—
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes .....	(1)								
	100.0	100.0	—	—	—	—	—	—	—
(4) Viudos, separados, divorciados, con hijos y/u otros parientes .....	(169)								
	100.0	0.6	5.9	17.2	26.6	24.3	18.3	6.5	0.6
(5) Viudo, separado, divorciado solo ...	(13)								
	100.0	—	—	—	23.1	15.4	53.8	7.7	—
(6) So'tero c/s hijos y/u otros parientes.	(199)								
	100.0	35.7	13.6	14.6	9.5	13.6	10.0	3.0	—

T A B L A 2

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TAMAÑO  
Y NIVEL OCUPACIONAL DE LA FAMILIA

MIEMBROS Nº	NIVEL OCUPACIONAL						
	Total	1	2	4	3	5 y 6	Desco- noc.
Total ...	1.853	416	459	336	170	151	321
1 .....	239	105	22	26	9	5	72
2 .....	259	53	58	47	26	19	56
3 .....	286	57	73	63	31	26	36
4 .....	393	59	118	89	39	37	51
5 .....	294	46	77	55	45	33	38
6 .....	166	35	47	25	12	15	32
7 y + ...	216	61	64	31	8	16	36

T A B L A 3

POBLACION ENCUESTADA SEGUN SEXO  
Y GRUPOS DE EDAD

GRUPO DE EDAD	S E X O		
	Total	Varones	Mujeres
Total .....	7.099	3.388	3.711
0- 4 .....	708	369	339
5- 9 .....	687	367	320
10- 14 .....	688	356	332
15- 19 .....	689	338	351
20- 24 .....	571	245	326
25- 29 .....	496	231	265
30- 34 .....	459	208	251
35- 39 .....	448	197	251
40- 44 .....	533	228	305
45- 49 .....	483	250	233
50- 54 .....	348	147	201
55- 59 .....	316	152	164
60- 64 .....	241	121	120
65- 69 .....	180	74	106
70- 74 .....	132	58	74
75 y más .....	117	46	71
Desconocido ...	3	1	2

T A B L A 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 .....	(5013)			(2.295)			(2.718)		
	100.0	94.9	5.1	100.0	96.2	3.8	100.0	93.8	6.2
15-24 .....	(1.260)			(583)			(677)		
	100.0	98.3	1.7	100.0	97.6	2.4	100.0	99.0	1.0
25-34 .....	(955)			(439)			(516)		
	100.0	97.9	2.1	100.0	98.2	1.8	100.0	97.7	2.3
35-44 .....	(981)			(425)			(556)		
	100.0	95.8	4.2	100.0	96.5	3.5	100.0	95.3	4.7
45-44 .....	(831)			(397)			(434)		
	100.0	93.1	6.9	100.0	94.2	5.8	100.0	92.2	7.8
55-64 .....	(557)			(273)			(284)		
	100.0	89.8	10.2	100.0	94.1	5.9	100.0	85.6	14.4
65-74 .....	(312)			(132)			(180)		
	100.0	88.1	11.9	100.0	96.2	3.8	100.0	82.2	17.8
75 y más .....	(117)			(46)			(71)		
	100.0	80.3	19.7	100.0	84.8	15.2	100.0	77.5	22.5

T A B L A 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 .....	(6.250)								
	100.0	7.4	38.8	24.3	16.2	6.9	3.6	2.4	0.4
6 a 12 .....	(963)								
	100.0	17.0	80.4	2.0	0.2	—	—	—	0.4
13 a 19 .....	(963)								
	100.0	1.4	23.9	30.2	37.0	4.7	2.7	0.1	—
20 a 24 .....	(571)								
	100.0	2.4	17.0	27.3	24.7	12.1	15.2	1.1	0.2
25 a 34 .....	(955)								
	100.0	2.3	22.4	28.6	21.6	13.1	7.4	4.4	0.2
35 a 44 .....	(981)								
	100.0	4.5	34.4	32.8	12.2	8.7	2.6	4.2	0.6
45 a 54 .....	(831)								
	100.0	7.3	40.9	28.3	12.0	6.6	1.7	3.1	0.1
55 a 74 .....	(869)								
	100.0	12.9	44.7	23.2	9.4	5.5	0.2	3.3	0.8
75 y más .....	(117)								
	100.0	25.6	43.6	20.5	4.3	2.6	—	1.7	1.7

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

EDAD	SEXO Y CONDICION												
	VARONES						MUJERES						
	ACTI- VOS	INACTIVOS					ACTI- VAS	INACTIVAS					
		Total	Estud.	Pens., Jub., Ret.	Otros	Desc.		Total	Amas casa	Estud.	Jub., Pens., Ret.	Otras	Desc.
Total ...	1,931	721	478	185	58	—	928	2,125	1,412	495	151	66	1
10-14 ..	40	316	313	—	3	—	18	314	13	298	—	3	—
15-19 ..	208	130	127	—	3	—	128	223	69	149	—	5	—
20-24 ..	214	31	29	—	2	—	172	154	107	44	—	3	—
25-29 ..	220	11	9	—	2	—	138	127	122	3	—	2	—
30-34 ..	206	2	—	—	2	—	107	144	142	—	1	1	—
35-39 ..	196	1	—	—	1	—	87	164	163	—	—	1	—
40-44 ..	226	2	—	—	2	—	107	198	191	1	2	4	—
45-49 ..	244	6	—	3	3	—	62	171	165	—	3	3	1
50-54 ..	137	10	—	6	4	—	52	149	122	—	24	3	—
55-59 ..	121	31	—	27	4	—	28	136	104	—	27	5	—
60-64 ..	72	49	—	39	10	—	15	105	82	—	18	5	—
65-69 ..	31	43	—	37	6	—	10	96	61	—	25	10	—
70-74 ..	14	44	—	40	4	—	3	71	34	—	29	8	—
75 y + .	2	44	—	32	12	—	1	70	36	—	21	13	—
Descon. .	—	1	—	1	—	—	—	2	1	—	1	—	—

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 .....	(2.797)		
	100.0	10.8	89.2
Grandes empresarios .....	(14)		
	100.0	—	100.0
Empresarios medios .....	(39)		
	100.0	—	100.0
Empresarios menores .....	(60)		
	100.0	—	100.0
Trabajo por cuenta propia con local .....	(285)		
	100.0	4.2	95.8
Trabajo por cuenta propia sin local .....	(245)		
	100.0	13.1	86.9
Profesiones liberales por cuenta propia .....	(29)		
	100.0	—	100.0
Altos jefes .....	(23)		
	100.0	—	100.0
Jefes intermedios .....	(80)		
	100.0	5.0	95.0
Jefes menores .....	(243)		
	100.0	10.7	89.3
Empleados sin calificación técnica .....	(437)		
	100.0	9.6	90.4
Capataces y obreros calificados .....	(435)		
	100.0	4.8	95.2
Obreros no calificados .....	(199)		
	100.0	20.6	79.4
Otros no calificados .....	(384)		
	100.0	20.6	79.4
Servicio doméstico .....	(218)		
	100.0	17.9	82.1
Personal de las Fuerzas Armadas .....	(53)		
	100.0	1.9	98.1
Fuera de la estructura ocupacional del país .....	(1)		
	100.0	—	100.0
Desconocido .....	(52)		
	(100.0)	5.7	94.2

**TABLA 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	Desc.
Total .....	(2.797)	(105)	(365)	(116)	(38)	(47)	(203)	(766)	(1.120)	(37)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Grandes empresarios .....	0.5	3.8	0.3	0.9	2.6	—	0.5	0.4	0.3	—
Empresarios medios .....	1.4	1.0	2.5	6.0	—	—	1.5	1.8	0.4	—
Empresarios menores .....	2.2	2.9	3.0	4.3	2.6	—	2.5	2.6	1.2	2.7
Trabajos por cuenta propia con local	10.2	1.9	11.5	6.9	13.2	—	1.5	19.0	7.1	2.7
Trabajos por cuenta propia sin local	8.8	—	15.9	2.6	13.2	—	17.2	11.1	5.3	—
Profesionales libs. por cuenta propia	1.0	—	0.3	—	—	—	2.0	—	2.1	—
Altos jefes .....	0.8	2.9	1.9	0.9	—	2.1	—	0.9	0.5	2.7
Jefes intermedios .....	2.9	9.5	1.4	2.6	—	—	2.0	1.7	4.6	—
Jefes menores .....	8.7	9.5	3.6	6.9	2.6	21.3	3.0	5.1	13.8	5.4
Empleados sin calificación técnica ..	15.5	22.9	7.1	11.2	2.6	19.2	1.5	21.6	18.3	13.5
Capataces y obreros calificados .....	15.6	7.6	22.6	31.0	39.5	46.8	30.0	13.0	7.7	21.6
Obreros no calificados .....	7.1	35.1	19.2	17.2	10.5	2.1	17.2	4.0	2.1	16.2
Otros no calificados .....	13.7	—	8.0	9.5	5.3	8.5	19.6	16.6	11.2	24.4
Servicio doméstico .....	7.8	—	—	—	—	—	—	—	19.5	—
Personal de las Fuerzas Armadas ...	1.9	—	—	—	—	—	—	—	4.7	—
Fuera de la estructura ocup. del país	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	2.7
Desconocido .....	1.9	2.9	2.7	—	7.9	—	1.5	2.2	1.2	8.1

**TABLA 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						Desconocido
	Total	1	2	3	4	5 y 6	
Total .....	(2.797)	(890)	(735)	(709)	(227)	(186)	(50)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1. Hasta \$ 15.000 % ...	22.3	49.0	15.6	9.0	0.9	1.6	12.0
2. \$ 15.000 a 24.000 % .	20.7	24.7	22.7	22.0	10.1	4.8	6.0
3. \$ 24.000 a 33.000 % .	16.8	15.1	18.8	23.0	9.7	3.2	12.0
4. \$ 33.000 a 50.000 % .	21.7	8.6	30.9	25.5	32.6	16.7	32.0
5. \$ 55.000 y más .....	17.4	1.9	11.3	18.9	45.8	71.0	36.0
Desconocido .....	1.1	0.7	0.7	1.6	0.9	2.7	2.0

TABLA 10

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						Desc.
	Total	1	2	3	4	5	
Total .....	(2.797)						
	100.0	22.3	20.7	16.8	21.7	17.4	1.1
1. Grandes empresarios .....	(14)						
	100.0	—	—	—	14.3	85.7	—
2. Empresarios medios .....	(39)						
	100.0	—	10.3	—	25.6	61.5	2.6
3. Empresarios menores .....	(60)						
	100.0	1.7	6.7	3.3	31.6	55.0	1.7
4. Trab. por cuenta propia con local ..	(285)						
	100.0	18.2	22.5	8.1	29.4	20.0	1.8
5. Trab. por cuenta propia sin local ..	(245)						
	100.0	37.6	25.3	6.9	18.4	10.2	1.6
6. Prof. liberales por cuenta propia ...	(29)						
	100.0	—	3.4	—	10.3	82.9	3.4
7. Altos jefes .....	(23)						
	100.0	—	4.4	—	—	95.6	—
8. Jefes intermedios .....	(80)						
	100.0	2.5	3.8	8.8	22.5	59.9	2.5
9. Jefes menores .....	(243)						
	100.0	3.7	18.9	17.7	31.7	28.0	—
10. Emp. sin calificación técnica .....	(437)						
	100.0	9.4	23.6	31.6	20.6	13.7	1.1
11. Capataces - obreros calificados ....	(435)						
	100.0	5.1	20.0	23.7	36.3	14.0	0.9
12. Obreros no calificados .....	(199)						
	100.0	27.6	35.2	22.1	12.1	2.5	0.5
13. Otros no calificados .....	(384)						
	100.0	37.0	30.2	18.0	11.5	2.3	1.0
14. Servicio doméstico .....	(218)						
	100.0	94.0	3.7	1.8	—	—	0.5
17. Personal de las FF.AA. ....	(53)						
	100.0	—	9.4	24.5	28.3	35.9	1.9
20. Fuera estruc. ocup. país .....	(1)						
	100.0	—	—	—	—	100.0	—
Desconocido .....	(52)						
	100.0	9.6	7.7	11.5	32.7	38.5	—

**TABLA 11**  
**POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN RAMA DE**  
**ACTIVIDAD, POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS**  
**DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL (%)**

POSICION OCUPACIONAL	R A M A E I N G R E S O S																								
	TOTAL *					PRIMARIA					INDUSTRIA					COMERCIO					SERVICIOS				
	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.
Total .....	(2.729)					(105)					(769)					(766)					(1.066)				
	100.0	43.9	37.9	17.2	1.0	100.0	32.3	23.8	41.0	2.9	100.0	43.3	38.2	17.6	0.9	100.0	38.6	43.7	16.7	1.0	100.0	49.2	35.3	14.6	0.9
Patrones .....	(116)					(8)					(45)					(37)					(25)				
	100.0	7.8	28.5	59.4	4.3	100.0	—	12.5	87.5	—	100.0	6.7	31.1	62.2	—	100.0	8.1	27.0	62.2	2.7	100.0	12.0	28.0	44.0	16.0
Cuenta propia ....	(555)					(2)					(164)					(230)					(158)				
	100.0	48.8	31.0	19.1	1.1	100.0	50.0	50.0	—	—	100.0	65.3	20.7	13.4	0.6	100.0	38.3	40.4	19.1	2.2	100.0	47.5	27.8	24.7	—
Empleados altos y medios .....	(106)					(3)					(21)					(20)					(61)				
	100.0	4.7	23.6	66.0	5.7	100.0	—	33.3	33.3	33.4	100.0	4.8	14.3	76.1	4.8	100.0	—	15.0	85.0	—	100.0	8.2	29.5	57.4	4.9
Empleados .....	(675)					(20)					(90)					(204)					(358)				
	100.0	29.5	50.9	19.0	0.6	100.0	10.0	30.0	55.0	5.0	100.0	22.2	43.4	34.4	—	100.0	30.4	54.4	14.7	0.5	100.0	32.1	52.2	15.1	0.6
Obreros calificados	(429)					(24)					(217)					(100)					(85)				
	100.0	25.4	59.7	14.2	0.7	100.0	8.3	16.7	75.0	—	100.0	30.0	56.1	13.4	0.5	100.0	19.0	74.0	6.0	1.0	100.0	25.9	64.7	8.2	1.2
Obreros no califi- cados y servicio doméstico .....	(797)					(45)					(216)					(158)					(366)				
	100.0	74.8	22.9	1.7	0.6	100.0	64.5	20.0	13.3	2.2	100.0	60.7	35.7	1.8	1.8	100.0	77.2	22.8	—	—	100.0	82.8	16.4	0.8	—
Desconocido .....	(51)					(3)					(16)					(17)					(13)				
	100.0	17.6	41.2	41.2	—	100.0	—	100.0	—	—	100.0	37.6	31.2	31.2	—	100.0	11.8	41.2	47.0	—	100.0	7.7	38.5	53.8	—

\* Incluye rama de actividad sin determinar.

TABLA 12

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

EDAD	CONDICION DE MIGRACION Y SEXO								
	TOTAL			VARONES			MUJERES		
	Total	Migrante	No migrante	Total	Migrante	No migrante	Total	Migrante	No migrante
Total .....	5.701	1.079	4.622	2.651	464	2.187	3.050	615	2.435
10-14 .....	688	132	556	356	57	299	332	75	257
15-24 .....	1.260	278	982	583	110	473	677	168	509
25-34 .....	955	239	716	439	96	343	516	143	373
35-44 .....	981	205	776	425	93	332	556	112	444
45-54 .....	831	113	718	397	58	339	434	55	379
55-64 .....	557	68	489	273	31	242	284	37	247
65-74 .....	312	30	282	132	14	118	180	16	164
75 y más ..	117	14	103	46	5	41	71	9	62

TABLA 13

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 .....	3.591	1.252	2.339	1.425	1.044	381
15-24 .....	838	306	532	422	277	145
25-34 .....	698	230	468	257	209	48
35-44 .....	742	222	520	239	203	36
45-64 .....	1.019	382	637	369	288	81
55-64 .....	292	112	180	137	66	71
65 y más .....	2	—	2	1	1	—
Desconocido .....	—	—	—	—	—	—

## A. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

### VARIABLES Y DEFINICIONES

Entre los cuatro objetivos generales de 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 características de la zona de conocimiento y b) de los sujetos permitían profundizar en sus características con otras condiciones.

El capítulo de morbilidad del estudio permitió adoptar consideraciones tales como:

1. Qué tipo de accidente ocurrió.
2. Qué tipo de proceso morbido padecieron, y además.
3. Qué tipo de actitud asumieron al sentirse enfermos.

Las variables pasadas 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 los dos últimos períodos, entendiendo por tal a las enfermedades que el sujeto que es objeto de la encuesta o, en su defecto, el informante, manifiesta haber padecido en el período de referencia, sea en el carácter de paciente o como un sintoma. Se definió a los "síntomas percibidos" como cualquier manifestación perturbadora del estado de bienestar, sin juzgar en absoluto la gravedad de enfermedad del encuestado, ya que estos pueden referirse a una o a varias órganos o sistemas.

La manifestación de la enfermedad que recoge puede ser un diagnóstico médico o una descripción del estado de bienestar y síntomas y síntomas que cubren la situación de vivir el encuestado o consultado. La idea

de enfermedad que surge al ser visto por el doctor se alude al mismo conocimiento a ser derivarse de los contactos que haya tenido con profesionales de la salud o con otras personas.

Esta definición de enfermedad incluye en la sección A, preguntas 1 a 4 del cuestionario individual, técnica particular la propia metodología de obtener a través de la encuesta conocimientos un conocimiento de la percepción que el individuo tiene de su problema de salud, su otra radiación que la encuesta propiamente del entrevistado y los conocimientos previos que el entrevistado posee.

## II. MORBILIDAD

1.2. Accidentes ocurridos en los últimos dos períodos. Se hizo como definición a priori de accidente a "todo hecho transitorio, espontáneo, imprevisible y repentino que provoca en el organismo una lesión orgánica o trastorno funcional o psíquico" (1), cualquiera que sea el tipo de accidente (2) y, en consecuencia a violencia causal, fisiológica o patológica por lesiones y los hechos que provocan por lesiones. También incluye a las manifestaciones de circunstancias accidentales como el envenenamiento por insectos por mordeduras de animales o de plantas, los envenenamientos accidentales por drogas, y las lesiones físicas o químicas de accidentes, torcidas o traumáticas que el individuo percibido padeció y manifestó espontáneamente al encuestado, cuando éste le fue preguntado acerca de los padecimientos.

1.3. Tipo de accidente que causó el daño. Se refirió a las respuestas dadas

que se refirió a las respuestas dadas

1. Encuesta de Morbilidad de Salud, Estudios Metodológicos, Serie 2, N.º 2, págs. 7 y 88.

## A. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

### I. VARIABLES Y DEFINICIONES

Entre los cuatro objetivos generales<sup>1</sup> 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 del 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

<sup>1</sup> 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 este 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 inquiere si en las últimas dos semanas "estuvo enfermo, sintió algún malestar 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 gradualmente 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 recurren al médico a la menor anormalidad 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 morbilidad 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 ingresar 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 genitourinario.
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 denegando 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 extraviar 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 enfer-

medad 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.

I. PERCEPCION DE ENFERMEDAD (EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS)

Nos encontramos con una tasa de morbilidad alta, incluso si se la compara con los hallazgos de otras zonas donde se efectuó la encuesta; 4 de cada 10 encuestados manifiestan la percepción de algún problema de salud en las últimas dos semanas. La composición interna de ese porcentaje revela que la abrumadora mayoría es perceptora de enfermedad —96.1 %—, siendo el resto perceptora de accidente —9.2 %—. El hecho de que los porcentajes excedan el 100 % se debe a los casos en los que se superponen “enfermedad” y “accidente”. Las percepciones de accidente van acompañadas de per-

cepción de enfermedad en el 57.7 % de los casos.

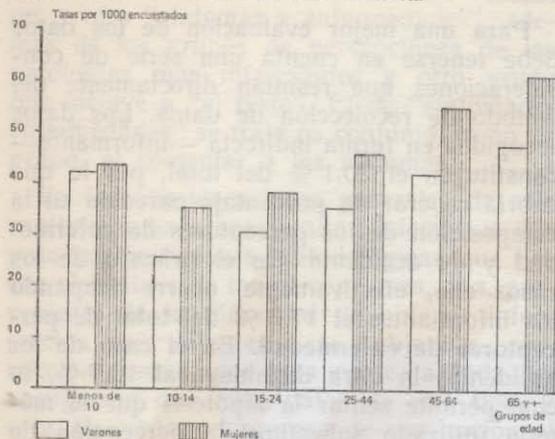
Para una mejor evaluación de los datos debe tenerse en cuenta una serie de consideraciones que resultan directamente del método de recolección de datos. Los datos recogidos en forma indirecta —informante— constituyen el 20.1 % del total, por lo que cabría esperar un porcentaje parecido en la composición de los perceptores de enfermedad y de accidente. En el primero de los casos ello, efectivamente, ocurre ocupando los informantes el 17.3 % del total de perceptores de enfermedad. En el caso de los accidentes la cifra disminuye al 10.7 %, lo cual permite sentar la hipótesis que el método utilizado subestima la percepción de accidentes entre los informantes.

C U A D R O 1

PERCEPCION DE ENFERMEDADES, DE ACCIDENTES Y MORBILIDAD TOTAL SEGUN RESPUESTA PERSONAL O POR INFORMANTE. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO POR CIENTOS ENCUESTADOS. GRAN MENDOZA.

GRUPOS DE EDAD	SEXO	ENFERMEDAD			ACCIDENTE			MORBILIDAD TOTAL		
		Personal	Infor.	Total	Personal	Infor.	Total	Personal	Infor.	Total
— 10	Varones	39.7	—	39.7	5.0	—	5.0	42.1	—	42.1
	Mujeres	40.5	—	40.5	6.5	—	6.5	43.6	—	43.6
	Total	40.1	—	40.1	5.7	—	5.7	42.8	—	42.8
10 - 14	Varones	24.4	—	24.4	2.5	—	2.5	25.6	—	25.6
	Mujeres	34.3	—	34.3	3.9	—	3.9	35.5	—	35.5
	Total	29.3	—	29.3	3.2	—	3.2	30.4	—	30.5
15 - 24	Varones	34.0	22.4	27.4	7.8	3.2	5.7	36.9	23.8	30.7
	Mujeres	37.9	30.3	36.2	4.1	—	3.2	40.9	30.3	38.6
	Total	36.4	25.2	32.6	5.5	2.1	4.4	39.4	26.1	35.0
25 - 44	Varones	34.7	34.5	34.6	5.1	1.4	3.3	36.1	35.0	35.5
	Mujeres	45.8	31.0	44.7	2.9	1.2	2.8	47.1	32.1	45.9
	Total	42.4	33.9	40.2	3.6	1.4	3.0	43.6	34.5	41.3
45 - 64	Varones	44.2	37.2	41.2	3.9	2.1	3.1	45.5	37.8	42.2
	Mujeres	53.5	54.3	53.6	3.1	1.2	2.9	55.3	54.3	55.2
	Total	50.0	40.9	47.6	3.4	1.9	3.0	51.6	41.5	48.9
65 y +	Varones	51.8	40.9	47.7	0.9	1.5	1.1	51.8	40.9	47.8
	Mujeres	63.3	54.9	60.1	3.9	7.0	4.8	63.9	54.9	61.3
	Total	58.9	48.2	55.5	2.7	4.4	3.3	59.2	48.2	55.7
Total	Varones	37.0	32.4	35.6	4.6	2.1	3.9	38.8	33.2	37.1
	Mujeres	44.8	40.2	44.3	4.0	1.8	3.8	46.7	40.4	46.1
	Total	41.6	34.5	40.1	4.3	2.0	3.8	43.4	35.2	41.8

GRAFICO 1.  
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD (enfermedad más accidentes). TASAS ESPECÍFICAS POR EDAD Y SEXO. POR 100 ENCUESTADOS. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA. 1969.

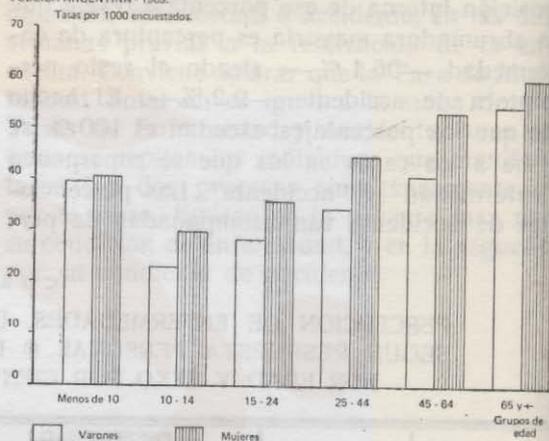


### Percepción de enfermedad por sexo y edad

Al analizar la percepción de enfermedad surge con bastante nitidez que las mujeres registran tasas más altas que las correspondientes a los varones. Ello se hace notorio para el total donde la diferencia a favor de las mujeres es del 8.7 % (44.3 versus 35.6), pero está presente en todos los subgrupos analizados independientemente de la edad o de la fuente de información. Vale la pena señalar, sin embargo, que el de menores de 10 años es el único grupo donde esa diferencia prácticamente desaparece. A partir de allí comienza a crecer para alcanzar su punto máximo en el grupo de 45 a 64 años que registra una diferencia del 12.4 %. En este grupo etario se da también la máxima diferencia a favor de las mujeres grupo de "Informante" (17.1 %), en tanto que la mayor diferencia para el grupo "Personal" la encontramos entre los mayores de 65 años (11.5 %). Las tasas específicas por edad registran su valor más bajo en el grupo de 10 a 14 años, siendo superados por los menores de 10 años y, además, a partir de los 15 años se observa un constante aumento en las tasas que culminan con la más alta en el grupo de más de 65 años (55.5 %). Vale la pena señalar, como caso curioso, que en el grupo de 25 a 44 años, y siendo la fuente de información indirecta, encontramos el único caso donde la tasa de varones supera a la

de mujeres. Sin duda, existen varias explicaciones posibles para este fenómeno, las que deberán tener en cuenta que el grupo está constituido por sólo 84 mujeres contra 412 varones y, por lo tanto, que unos pocos casos generan variaciones porcentuales sensibles.

GRAFICO 2.  
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD. TASAS ESPECÍFICAS POR EDAD Y POR SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA. 1969.



### Percepción de accidente por sexo y edad

El panorama que se observa en la percepción de accidentes difiere sensiblemente de lo que ocurre en el rubro de enfermedad. Si en el total encontramos tasas prácticamente similares (3.9 % entre varones y 3.8 % entre mujeres), ello oculta constantes fluctuaciones que aparecen en los distintos grupos de edad. Encontramos que hasta los 14 años las tasas de mujeres superan a las de los varones. Esta tendencia se invierte bruscamente en el grupo de 15 a 24 años, donde aparece la mayor diferencia (5.7 % versus 3.2 %), y se mantiene aunque en constante disminución hasta el grupo de 45 a 64 años, volviendo a invertirse entre los mayores de 65 años donde se registra la mayor diferencia a favor de las mujeres (1.1 % vs. 4.8 %).

Si tomamos en cuenta la edad independientemente del sexo, el grupo que registra la tasa más alta es el de menos de 10 años. Las oscilaciones que se observan en los demás grupos etarios impiden toda otra consideración.

CUADRO 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 MEMDOZA. REPUBLICA ARGENTINA, 1969

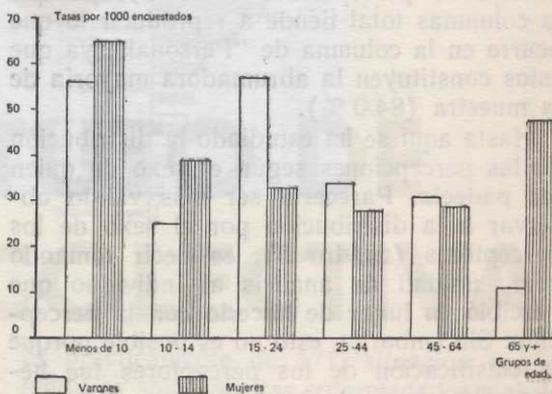
GRUPO AL QUE PERTENECE LA PERCEPCION	PERSONAL			INFORMANTE			AMBOS		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1. Aparato respiratorio .....	459	535	994	113	43	156	572	578	1.150
2. Mal definidas .....	284	616	900	99	51	150	383	667	1.050
3. Aparato digestivo .....	194	457	651	120	46	166	314	503	817
4. Sistema osteomuscular ....	145	333	478	54	29	83	199	362	561
5. Aparato circulatorio .....	62	210	272	35	49	84	97	259	356
6. Enfermedades mentales ...	74	192	266	37	24	61	111	216	327
7. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos ..	63	142	205	22	18	50	85	160	245
8. Aparato génitourinario ....	16	113	129	9	13	22	25	126	151
9. Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo ..	40	63	103	13	6	19	53	69	122
10. Enfermedades infecciosas y parasitarias .....	42	55	97	6	3	9	48	58	106
11. Enfermedades endocrinas y del metabolismo .....	14	33	47	10	9	19	24	42	66
12. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio .....	—	37	37	—	2	2	—	39	39
13. Otras enfermedades .....	6	17	23	—	2	2	6	19	25
<b>Total .....</b>	<b>1.399</b>	<b>2.803</b>	<b>4.202</b>	<b>518</b>	<b>295</b>	<b>823</b>	<b>1.917</b>	<b>3.098</b>	<b>5.015</b>
	27.9	55.9	83.8	10.3	5.9	16.2	38.2	61.8	100.0

\* Las percepciones consignadas son las que, habiéndose clasificado por grupos y en éstos por categorías, corresponden a una sola en cada categoría por cada persona.

En el cuadro 2 se consignan las percepciones distribuidas por aparato según el sexo y la fuente de información. Este cuadro sirvió de base para los cuadros 3 y 4, los que complementan la información brindada anteriormente. Resulta de allí que el 84.0 % de las percepciones proviene de la información "Personal". Este dato alentador se refuerza en el caso de las mujeres donde trepa hasta alcanzar el 90.7 %, mientras que en los varones desciende al 73.4 %.

El cuadro 4 tiene por objeto completar esta información y en él aparece con notoria claridad que, mientras las mujeres aportan la mayor cantidad de percepciones entre las

GRAFICO 3. PERCEPCION DE ACCIDENTES. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO. GRAN MEMDOZA. REPUBLICA ARGENTINA 1969.



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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

SEXO	PERSONAL		INFORMANTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Varón .....	1.523	73.4	551	26.6	2.074	100.0
Mujer .....	3.004	90.7	309	9.3	3.313	100.0
Ambos sexos .....	4.527	84.0	860	16.0	5.387	100.0

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. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

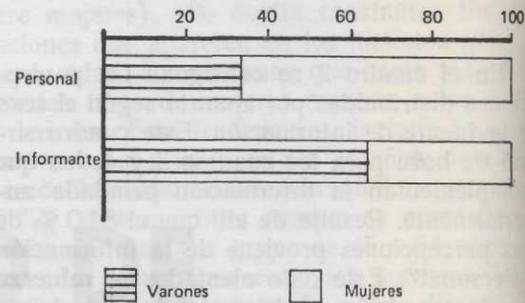
SEXO	PERSONAL	INFORMANTE	TOTAL
Varón .....	33.6	64.1	38.5
Mujer .....	66.4	35.9	61.5
Ambos sexos .....	100.0 %	100.0 %	100.0 %

respuestas personales (66.4 %), esta situación se invierte para los datos obtenidos por informante donde los hombres son mayoritarios (64.1 %).

Si unimos la información obtenida de ambos cuadros, no resultará extraño que las mujeres sean las que presentan mayor porcentaje de percepciones (61.5 %), ya que la columna total tiende a reproducir lo que ocurre en la columna de "Personal", ya que éstos constituyen la abrumadora mayoría de la muestra (84.0 %).

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 en lugar de hacerlo con la percepción. Sin embargo, esto no es posible porque la clasificación de los perceptores fue hecha primariamente según el grupo de enfer-

GRAFICO. 4  
NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS, SEGUN LA OBTENCION DEL DATO EN FORMA PERSONAL O POR INFORMANTE. - GRAN MENDOZA- REP. ARG. - 1969.-



Fuente: Cuadro No. 4

medades al que pertenecía su percepción o percepciones. La razón para adoptar este criterio fue proporcionada en la introducción

CUADRO 5

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON 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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

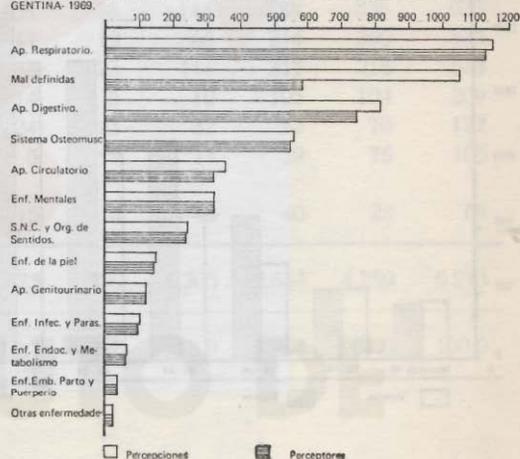
INDIVIDUOS SEGUN EL GRUPO AL QUE PERTENECE SU PERCEPCION	PERSONAL			INFORMANTE			TOTAL		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1. Aparato respiratorio .....	452	524	976	112	42	154	564	566	1.130
2. Aparato digestivo .....	177	419	596	111	41	152	288	460	748
3. Mal definidas .....	162	336	498	61	28	89	223	364	587
4. Sistema osteomuscular ....	143	324	467	54	29	83	197	353	550
5. Enfermedades mentales ...	74	191	265	37	24	61	111	215	326
6. Aparato circulatorio .....	58	195	253	31	37	68	89	232	321
7. Sist. nerv. central y órg. de los sentidos .....	63	139	202	21	18	39	84	157	241
8. Aparato génito-urinario ..	16	110	126	9	13	22	25	123	148
9. Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo .....	40	63	103	13	6	19	53	69	122
10. Enf. infec. y parasitarias ..	39	52	91	6	3	9	45	55	100
11. Enfermedades endocrinas y del metabolismo .....	14	32	46	10	9	19	24	41	65
12. Enf. del emb., parto y p.	—	37	37	—	2	2	—	39	39
13. Otras enfermedades .....	6	17	23	—	2	2	6	19	25

a este capítulo, pero valga mencionar aquí que, de esta manera, se considera más realista el estudio de los perceptores tomados como unidad de análisis en cada grupo de enfermedades.

Tanto en el cuadro 2 como en el gráfico 5 resulta claro que las percepciones del aparato respiratorio superan con creces a las de los grupos que lo siguen. En este aparato, el respiratorio, prácticamente se equiparan las percepciones de hombres y mujeres, cosa que no sucede en el resto de los grupos donde estas últimas superan a los varones en forma abrumadora, llegando al caso del aparato genitourinario donde lo sextuplica. En posteriores capítulos este dato resulta analizado, como corresponde, luego de efectuada su ponderación por el número de casos, aunque la tendencia aquí señalada permanece sin modificarse.

Según puede observarse en el gráfico 5 la relación entre percepciones y perceptores

GRAFICO 5. NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS Y DE PERCEPTORES SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES. GRAN MENDOZA - REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



es prácticamente de 1/1, situación que se modifica sólo para las enfermedades mal definidas donde esa relación es de 1.89/1.

## II. ENFERMEDADES CRONICAS

Aproximadamente la mitad de la población —50.5 %— manifestó padecer alguna enfermedad crónica. En este caso no se observan diferencias según la fuente de información.

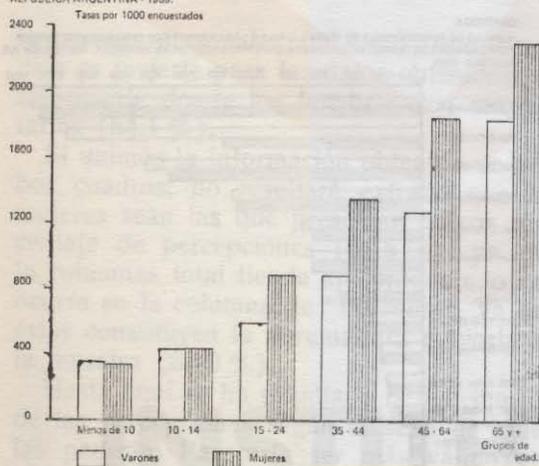
Nuevamente las mujeres registran los porcentajes más altos de percepción, tanto para las encuestas personales como por informante y, por lo tanto, también para el total (55.7 % entre las mujeres vs. 45.0 % entre los hombres).

CUADRO 6

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

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS	PERSONAL			INFORMANTE			TOTAL		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Percibió .....	1.012	1.857	2.869	511	208	719	1.523	2.065	3.588
No percibió .....	1.332	1.472	2.804	533	173	706	1.865	1.645	3.510
S. E. ....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total .....	2.344	3.329	5.673	1.044	381	1.425	3.388	3.710	7.098
Porcentaje de los que percibieron .....	43.2	55.8	50.6	48.9	54.6	50.5	45.0	55.7	50.5

GRAFICO 6.  
PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



CUADRO 7

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

GRUPOS DE EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
— 10 .....	354.6	338.4	347.0
10-14 .....	432.6	427.7	430.2
15-24 .....	509.4	803.2	667.2
25-44 .....	884.3	1.353.5	1.144.1
45-64 .....	1.270.1	1.841.2	1.565.6
65 y + .....	1.831.5	2.298.8	2.104.9
Total .....	783.3	1.148.3	973.9

Debido a la composición relativa de los grupos según la fuente de información en cuanto a su composición por sexo, no resulta extraño que en el grupo "Personal" las mujeres detecten el 66.6 % del total de

perceptores, invirtiéndose la relación en el grupo "Informante", donde los hombres constituyen el 68.5 % del total de perceptores.

El cuadro 7 nos brinda las tasas específicas por edad y sexo de las percepciones de enfermedades crónicas. La tasa total de percepciones es de 973.9 por mil, siendo la menor la del grupo de menos de 10 años —347.0 por mil— y avanzando gradualmente desde allí hasta alcanzar su pico en el grupo de más de 65 años con 2.104.9 por mil. Esta pauta se repite para ambos sexos sin ninguna modificación o alteración.

Es interesante destacar que hasta los 15 años las tasas de varones superan a las

mujeres, situación que se invierte a partir del grupo de 25 a 44 años.

Los saltos más pronunciados en cuanto al aumento de las tasas son, para las mujeres, el grupo de 15 a 24 años que casi duplica al anterior, y entre los hombres el de 25 a 44 años, que resulta, aproximadamente, un 70 % mayor que el grupo anterior. Según se observa en el cuadro 8, del total de percepciones las aportadas por las mujeres constituyen el 61.6 %, mientras que a los hombres corresponde el 38.4 %.

CUADRO 8

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON 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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	PERSONAL			INFORMANTE			AMBOS		
	V	M	Ambos sexos	V	M	Ambos sexos	V	M	Ambos sexos
1. Aparato digestivo .....	347	851	1.198	204	87	291	551	938	1.489
2. Nerviosismo, insomnio, angustia y mentales .....	287	757	1.044	141	87	228	428	844	1.272
3. Artrosis, artritis y reumatismo .....	231	578	809	114	57	171	345	635	980
4. Aparato circulatorio .....	180	541	721	115	90	205	295	631	926
5. El resto (otras) .....	180	302	482	108	36	144	288	338	626
6. Alérgicas .....	167	350	517	47	19	66	214	369	583
7. Aparato respiratorio .....	229	193	422	88	23	111	317	216	533
8. Parasitarias .....	91	99	190	14	5	19	105	104	209
9. Diabetes .....	28	57	85	24	13	37	52	70	122
10. Genitourinarias .....	24	67	91	5	9	14	29	76	105
11. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos ..	25	24	49	15	4	19	40	28	68
<b>Total</b> .....	<b>1.779</b>	<b>3.829</b>	<b>5.608</b>	<b>875</b>	<b>430</b>	<b>1.305</b>	<b>2.654</b>	<b>4.259</b>	<b>6.913</b>
<b>Porcentajes</b> .....	<b>25.7</b>	<b>55.4</b>	<b>81.1</b>	<b>12.7</b>	<b>6.2</b>	<b>18.9</b>	<b>38.4</b>	<b>61.6</b>	<b>100.0</b>

### III. IMPEDIMENTO O INVALIDEZ

La percepción de fenómenos de impedimento o invalidez caracteriza al 3.5 % de la población encuestada. Resulta sorprendente el hecho de que el porcentaje de per-

ceptores "Informantes" casi duplica al de "Personal" (5.7 % vs. 3.0 %).

Este comportamiento para el total es el reflejo de una situación similar en cada sexo, aunque atenuada levemente en las mujeres y acentuada entre los hombres.

CUADRO 9

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

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ	PERSONAL			INFORMANTE			TOTAL		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Percibió .....	77	93	170	56	26	82	133	119	252
No percibió .....	2.264	3.228	5.492	985	355	1.340	3.249	3.583	6.832
S. E. ....	2	7	9	2	—	2	4	7	11
Total .....	2.343	3.328	5.671	1.043	381	1.424	3.386	3.709	7.095*
Porcentaje de los que percibieron .....	3.3	2.8	3.0	5.4	6.8	5.7	3.9	3.2	3.5

\* Hay 3 casos que no dan información.

Del total de percepciones, el 52.8 % pertenece al sexo masculino. Este dato complementa lo que se observa en el cuadro 9, donde el porcentaje de perceptores masculinos es de 3.9 %, en tanto que el femenino es de 3.2 %.

En el cuadro 10 se observa que, mientras el grupo de menores de 10 años registra la tasa más baja e, inversamente, los mayores de 65 años poseen la más alta, el resto de los grupos etarios manifiestan oscilaciones

leves y no progresivas en sus respectivas tasas.

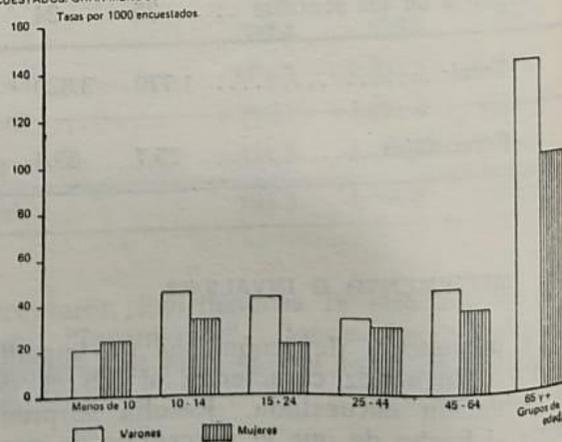
Como se puede ver en el cuadro 11, se han registrado un total de 263 percepciones. La categoría que concentra la mayor cantidad de menciones es la de "Malformaciones", que duplica a la que le sigue en el orden. Esas otras que tienen una relativa importancia por la frecuencia de sus apariciones son: sordera, falta de un miembro o parte de él, parálisis y retardo mental.

CUADRO 10

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

GRUPOS DE EDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
— 10 .....	20.4	24.3	22.2
10 - 14 .....	44.9	33.1	39.2
15 - 24 .....	42.9	22.2	31.8
25 - 44 .....	32.4	28.9	30.5
45 - 64 .....	44.8	36.2	40.3
65 y + .....	140.4	99.6	165.5
Total .....	41.0	33.4	37.1

GRAFICO 7  
PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO POR 1000 EN CUESTADOS. GRAN MENDOZA. REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



CUADRO 11

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON 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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

IMPEDIMENTO O INVALIDEZ	PERSONAL			INFORMANTE			AMBOS		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1. Malformaciones .....	26	35	61	16	5	21	42	40	82
2. Sordera .....	7	10	17	15	7	22	22	17	39
3. Falta de miembro o parte de él .....	12	16	28	6	1	7	18	17	35
4. Parálisis .....	11	9	20	5	5	10	16	14	30
5. Retardo mental .....	11	8	19	7	4	11	18	12	30
6. Estrabismo .....	5	9	14	2	—	2	7	9	16
7. Ceguera .....	5	1	6	4	5	9	9	6	15
8. Heine-Medin .....	2	4	6	1	—	1	3	4	7
9. Epilepsia .....	1	3	4	1	—	1	2	3	5
10. Sordomudez .....	—	—	—	2	2	4	2	2	4
Total .....	80	95	175	59	29	88	139	124	263

CUADRO 12

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

A. VALORES ABSOLUTOS

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSULTA MEDICA				TOTAL	
	SI		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Percibió .....	939	31.7	2.025	68.3	2.964	100.0
No percibió .....	178	4.3	3.953	95.7	4.131	100.0
Total .....	1.117	15.7	5.978	84.3	7.095*	100.0

\* Hay 3 casos que no brindaron información

B. PORCENTAJES DEL TOTAL

MORBILIDAD	CONS. MED.		TOTAL
	SI	No	
Percibió .....	13.2	28.5	41.7
No percibió .....	2.5	55.8	58.3
Total .....	15.7	84.3	100.0

C. PORCENTAJES POR COLUMNA

MORBILIDAD	CONS. MED.		TOTAL
	SI	No	
Percibió .....	84.1	33.9	41.7
No percibió .....	15.9	66.1	58.3
Total .....	100.0	100.0	100.0

#### IV. CONDUCTA MANIFESTADA FRENTE A LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

Teniendo en cuenta la baja cantidad de percepciones de accidentes, se optó, en este apartado, por unificar las percepciones de ese tipo con las de enfermedad. De esta manera, la variable percepción sólo tiene dos categorías: "percibió" y "no percibió".

Las conductas examinadas fueron: consulta médica, consumo de medicamentos y guardar cama. Los resultados obtenidos se describen a continuación.

##### 1. Consulta médica

Atendiendo a los marginales del cuadro 12 B, encontramos la distribución de la muestra para cada una de las variables. De allí resulta que mientras el 41,7 % percibió morbilidad, el 58,3 % no lo hizo. Asimismo se observa que el porcentaje total de los que efectuaron consulta médica es muy inferior al de los que no lo hicieron (15,7 % vs. 84,3 %).

En el cuadro 12 A se observa que la percepción de morbilidad genera un porcentaje de consultas. En el grupo de los percepto-

res nos encontramos con un 31,7 % que consultó al médico, mientras que entre los no perceptores ese porcentaje desciende al 4,3 %, aunque la diferencia porcentual encontrada —27,4 %— es suficiente para confirmar la conclusión, la utilización de otra medida de asociación la refuerza ( $Q = 82$ ).

Invirtiendo los términos del análisis, es decir, tomando como subgrupos a los que efectuaron o no consulta médica, y viendo su composición interna en cuanto a percepción, encontramos que entre los que consultaron hay un alto porcentaje de perceptores —84,1 %—. Esta situación se invierte entre los que no consultaron, donde predominan los no perceptores —66,1 %—.

Resumiendo, podemos decir que:

- Sólo un tercio, aproximadamente, de los que percibieron morbilidad consultaron al médico.
- Entre los no perceptores la consulta médica es prácticamente inexistente.
- Hay una mayor proporción de perceptores entre los que efectuaron consulta médica que entre los que no lo hicieron.

CUADRO 13

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

##### A. CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN LA PERCEPCION \*

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSUMO DE MEDICAMENTOS				TOTAL	
	Consumió		No consumió		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Percibió .....	2.234	75.4	728	24.6	2.962	100.0
No percibió .....	1.013	24.5	3.117	75.5	4.130	100.0
Total .....	3.247	45.8	3.845	54.2	7.092	100.0

\* Hay 6 casos que no brindaron información.

##### B. PORCENTAJES DEL TOTAL

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSUMO DE MEDICAMENTOS		TOTAL
	Consumió	No consumió	
Percibió .....	31.5	10.3	41.8
No percibió .....	14.3	43.9	58.2
Total .....	45.8	54.2	100.0

##### C. PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSUMO DE MEDICAMENTOS		TOTAL
	Consumió	No consumió	
Percibió .....	68.8	18.9	41.8
No percibió .....	31.2	81.1	58.2
Total .....	100.0	100.0	100.0

## 2. Consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos divide a la población encuestada en partes casi iguales, aunque con una leve preeminencia de los no consumidores (54.2 % vs. 45.8 %). Como era de esperar, el consumo depende en gran medida de la percepción, ya que los consumidores que percibieron superan a los que no percibieron por tres veces (75.5 % vs. 24.5 %).

En cuanto a la composición de los grupos de consumidores y de no consumidores, en

el primero aparece una proporción mucho mayor de perceptores (68.8 %), en tanto que en el otro se invierte esa preponderancia, siendo mayoría los no perceptores (81.1 %).

Las conclusiones en este punto son:

- Hay una alta asociación positiva entre percepción y consumo. y consumo.
- Los consumidores son en su mayoría perceptores.
- Es poco frecuente el caso de los que percibieron en el grupo de no consumidores.

CUADRO 14

### PERCEPCION DE MORBILIDAD Y GUARDAR CAMA, ENTRE QUIENES SINTIERON LIMITADA SU ACTIVIDAD, GRAN MENDOZA, 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 .....	457	62.2	278	37.8	735	100.0
No percibió .....	12	23.5	39	76.5	51	100.0
Total .....	469	59.7	317	40.3	786	100.0

#### B. PORCENTAJES DEL TOTAL

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDARON CAMA		TOTAL
	SI	No	
Percibió .....	58.1	35.3	93.4
No percibió .....	1.6	5.0	6.6
Total .....	59.7	40.3	100.0

#### C. PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN GUARDARON CAMA O NO

PERCEPCION DE MORBILIDAD	GUARDARON CAMA		TOTAL
	SI	No	
Percibió .....	97.4	87.7	93.6
No percibió .....	2.6	12.3	6.6
Total .....	100.0	100.0	100.0

## 3. Guardaron cama

Tal como se señalara en la Introducción a este capítulo, este dato sólo fue revelado entre aquellos que manifestaron haber limitado su actividad, por lo que, probablemente, las cifras obtenidas subestimen las que aparecerían de no haberse hecho esta discriminación.

La primera conclusión que se puede extraer del cuadro 14 B, observando los marginales de percepción, es que el 93.4 % de los que limitaron su actividad fueron perceptores de morbilidad.

Era previsible que por porcentajes más altos de "guardar cama" aparecieran entre los que percibieron morbilidad y ello efectivamente ocurre (62.2 % y 23.5 %).

## V. LA MORBILIDAD EN RELACION CON LAS VARIABLES SOCIOECONOMICAS

La percepción de la morbilidad fue analizada en función de una serie de variables socioeconómicas consideradas a priori como relevantes. Ellas fueron: a) nivel educacional; b) nivel ocupacional; y c) ingreso per cápita. Estas variables son definidas específicamente en otra parte de esta publicación.

Como conclusión más general, estamos en condiciones de señalar que ninguna de las tres variables analizadas influye decisivamente en las diferentes tasas de percepción de morbilidad.

Esta situación se acentúa para el caso del ingreso (cuadro 17) donde, si bien es cierto que en los niveles más altos hay una disminución de la percepción de morbilidad, la tasa más alta se registra en los sectores de ingreso medio. Esta situación se repite ya sea que analicemos el total de perceptores o sólo a los que brindaron la información en forma personal.

En cuanto a la relación entre nivel educa-

cional y percepción, ésta es mayor en el grupo de más baja instrucción. En este caso encontramos que, conservando la misma característica, la situación se acentúa al analizar sólo la información personal.

En lo que hace a la relación entre nivel ocupacional y percepción, si comparamos los valores obtenidos en las categorías extremas de ocupación, se puede observar que la tasa de perceptores es mayor en los sectores de nivel bajo. De todas maneras, en las categorías intermedias se observan variaciones y altibajos que nos impiden hablar de una relación consistente.

Las diferencias obtenidas, muy bajas, nos hacen ser muy cautelosos en la formulación de hipótesis. Parecería ser que la percepción es mayor en los niveles socioeconómicos bajos, lo que puede deberse a la influencia de una morbilidad real mayor. La baja diferencia entre los diferentes sectores puede deberse a una falta de diferencia real o bien a la falta de especificidad de los indicadores utilizados para medir el nivel socioeconómico.

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

NIVEL EDUCACIONAL	PERCEPTORES TOTAL	TASAS DE PERCEPCION %	PERCEPTORES S/DECLARACION PERSONAL	TASAS DE PERCEPCION S/DECLARACION PERSONAL %
Total .....	442	42.9	1.658	46.2
Sin instrucción y primaria incomp.	1.253	46.3	735	52.3
Primaria comp. y secund. incomp.	1.230	38.7	702	42.5
Secundaria comp. y universitaria ..	424	38.8	218	41.4
N.F.I. ....	58	49.2	3	60.0

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

NIVEL OCUPACIONAL	PERCEPTORES TOTAL	TASAS DE PERCEPCION %	PERCEPTORES S/DECLARACION PERSONAL	TASAS DE PERCEPCION S/DECLARACION PERSONAL %
Total .....	2.965	41.8	1.658	46.2
1 .....	675	44.6	379	49.5
2 .....	830	42.0	457	46.2
3 .....	512	39.3	289	44.4
4 .....	276	42.5	156	45.4
5 y 6 .....	230	37.1	120	41.4
N.F.I. ....	442	42.8	257	46.4

CUADRO 17

NÚMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (%) DE MORBILIDAD SEGUN INGRESO PER CAPITA. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

NIVEL DE INGRESO PER CAPITA	PERCEPTORES TOTAL	TASAS DE PERCEPCION %	PERCEPTORES S/DECLARACION PERSONAL	TASAS DE PERCEPCION S/DECLARACION PERSONAL %
Total .....	2.965	41.8	1.658	46.2
1- 4 .....	1.293	41.5	651	46.9
5- 7 .....	896	43.1	534	48.0
8-11 .....	568	39.5	366	42.6
N.F.I. ....	208	44.8	107	46.7

## C. LO PERCIBIDO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS

CUADRO 18

TASAS DE PERCEPTORES DE MORBILIDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS POR CADA MIL ENCUESTADOS SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES SEGUN SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	VARONES 1	MUJERES 2	AMBOS SEXOS 3
1. Aparato respiratorio .....	166.5	152.6	159.2
2. Aparato digestivo .....	85.0	124.0	105.4
3. Enfermedades osteomusculares .....	58.2	95.2	77.5
4. Síntomas mal definidos .....	65.8	98.2	82.7
5. Aparato circulatorio .....	26.3	62.6	45.2
6. Enfermedades mentales .....	32.8	58.0	45.9
7. Sistema nervioso central y órganos de los sentidos .....	24.8	42.3	34.0
8. Piel y tejido celular subcutáneo .....	15.6	18.6	17.2
9. Aparato genitourinario .....	7.4	33.2	20.9
10. Infecciosas y parasitarias .....	13.3	14.8	14.1
11. Enferm. embarazo, parto y puerperio ..	—	10.5	—
12. Endocrinas y del metabolismo .....	7.1	11.1	9.2
13. Otras enfermedades no incluidas en categorías anteriores .....	1.8	5.1	3.5

1 Varones que perciben por 1.000. El denominador fue de 3.388 encuestados. Total de encuestados varones.

2 Mujeres que perciben por 1.000. El denominador fue de 3.710 encuestadas. Total de encuestadas mujeres.

3 Individuos que perciben por 1.000. El denominador fue de 7.098 encuestados. Total de encuestados.

En el cuadro 18 aparecen las tasas de perceptores de morbilidad en las últimas dos semanas, consignándose por separado las correspondientes a cada sexo y al total. La fórmula de cálculo de las tasas es explicitada en el cuadro mismo. La lectura del cuadro como asimismo la observación del gráfico correspondiente son altamente aclaratorios respecto de qué enfermedades son las principales a nivel de percepción de los encuestados. Así, el aparato "Respiratorio" agrega al hecho de ser el que registra la tasa más alta la particularidad de ser el único grupo donde la tasa de los varones supera a la de mujeres. Esta relación se invierte en todos los otros grupos, habiendo algunos donde la tasa de mujeres duplica a la de varones u otros donde la diferencia es aún mayor.

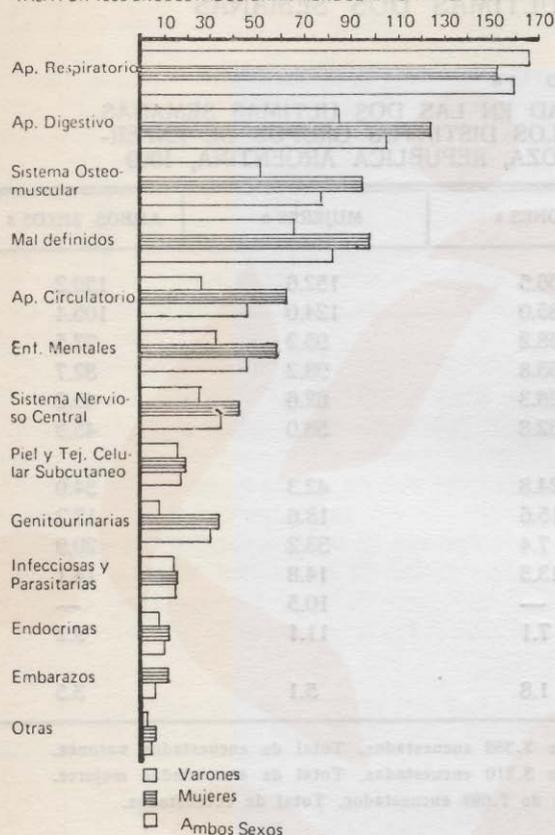
Siguiendo al aparato respiratorio, aunque a considerable distancia, están los perceptores de enfermedades del aparato digestivo. Estos dos grupos superan la tasa de 100.0 por cada mil encuestados. A partir de allí, los restantes grupos se escalonan con diferencias más leves entre sí.

### *Aparato respiratorio*

- el número de perceptores, y por ende la tasa es la más alta que se observa si se la compara con los demás grupos de enfermedades;
- es el único caso en el cual la tasa de perceptores masculina supera a la femenina;
- la categoría de agudas supera a la de crónicas en una proporción de 30/1 y a la de síntomas por 10/1;

GRAFICO 8

PERSONAS QUE PERCIERON MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES, POR SEXO. TASA POR 1000 ENCUESTADOS GRAN MEMDOZA, REP. ARG. 1969.



- d) los síntomas bien definidos sin mencionar el síndrome constityen el 9.0 % del total de percepciones del aparato;
- e) al haber 1.150 percepciones en 1.130 perceptores, la relación entre ambos es de 1.02/1.

*Aparato digestivo*

- a) la tasa de perceptores es alta, constituyéndose en la segunda patología, en orden de importancia, en la zona analizada;
- b) con excepción de la categoría “Esófago, estómago y duodeno”, en el resto la tasa de perceptores mujeres supera a la de varones;
- c) lo descrito en b) se acentúa en el caso de “Hígado”, donde hay 2,6 mujeres que perciben por cada varón en igual situación;
- d) observando las tasas totales se destaca la importancia de dos categorías del aparato —esófago, estómago y duodeno” e “hígado”— por sobre las demás y prácticamente sin diferencia entre ellas (34,4 y 35,4 por mil), respectivamente);
- e) la tasa más baja se registra en “hernias”, donde no hay, prácticamente, diferencias según sexo;

CUADRO 19

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

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Agudas .....	499	513	1.012
Crónicas .....	19	15	34
Síntomas .....	54	50	104
Perceptores .....	564	566	1.130

B. TAZAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Agudas .....	147.3	138.3	142.6
Crónicas .....	5.6	4.0	4.8
Síntomas .....	15.9	13.5	14.6

CUADRO 20

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

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Dentales .....	35	46	81
Esófago, estóm. y duod.	126	118	244
Hernia .....	6	7	13
Gastroenter. ....	20	28	48
Trast. funcion. intest. ..	19	35	54
Hígado .....	65	186	251
Resto .....	6	21	27
Síntomas .....	37	62	99
Perceptores .....	288	460	748

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Dentales .....	10.3	12.4	11.4
Esófago, estóm. y duod.	37.2	31.8	34.4
Hernia .....	1.8	1.9	1.8
Gastroenter. ....	5.9	7.5	6.8
Trast. funcion. intest. ..	5.6	9.4	7.6
Hígado .....	19.2	50.2	35.4
Resto .....	1.8	5.7	3.8
Síntomas .....	10.9	16.7	14.0

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 MEMDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Artritis .....	75	137	212
Resto .....	37	79	116
Síntomas .....	87	146	233
Perceptores .....	197	353	550

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Artritis .....	22.1	36.9	29.9
Resto .....	10.9	21.3	16.3
Síntomas .....	25.7	39.4	32.3

f) la cantidad de percepciones es de 317 para todo el aparato, siendo el total de perceptores de 748, por lo que la proporción es de 1.09/1.

d) se registraron 561 percepciones entre los 550 perceptores, por lo que la proporción es de 1.02/1.

*Enfermedades osteomusculares*

- a) es la cuarta patología en orden de importancia con una tasa de 77.5 por mil.
- b) la tasa del sexo femenino es siempre mayor que la del masculino, tanto para el total como para cada una de las categorías;
- c) las tasas más altas se observan en la categoría "síntomas" en ambos sexos y, obviamente, en el total;

*Aparato circulatorio*

- a) la diferencia observada en otras patologías entre mujeres y varones de acentúa en este caso donde hay 2.4 mujeres que perciben por cada varón que lo hace;
- b) esta situación se acentúa para el grupo de "Enfermedades de las venas" y se invierte en el de "arterioesclerosis";

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Hipertensión .....	18	73	91
Arterioesclerosis .....	22	16	38
Enf. de las venas y otras .....	16	62	78
Resto .....	33	78	111
Síntomas .....	8	30	38
Perceptores .....	89	232	321

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Hipertensión .....	5.3	19.7	12.8
Arterioesclerosis .....	6.5	4.3	5.4
Enf. de las venas y otras .....	4.7	16.7	11.0
Resto .....	9.7	21.0	15.6
Síntomas .....	2.4	8.1	5.4

- c) la excepción de la categoría "Resto" la que registra la tasa más alta es la "Hipertensión" (12.8 por mil);
- d) entre los varones la más alta tasa de perceptores —haciendo la misma salvedad que en c)— aparece en "arterioesclerosis" (6.5 por mil), mientras que entre las mujeres el punto más alto lo encontramos en "hipertensión" (19.7 por mil);
- e) la cantidad de percepciones es de 356 entre 321 perceptores, lo que arroja una proporción 1.11/1.

NOTA: Las categorías incluyen las siguientes patologías:

Enfermedades de las venas y otras: embolia e infartos pulmonares, flebitis y tromboflebitis, trombosis de la vena porta, otras embolias, várices de las extremidades, hemorroides, várices de otros sitios, enfermedades no infecciosas de los vasos linfáticos y otras enfermedades del aparato circulatorio (hipertensión, hemorragia interna).

Arterioesclerosis: aneurismas, arteriopatías periféricas, embolias y trombosis arteriales, gangrena, poliarteritis y enfermedades de los capilares.

Hipertensión: hipertensión maligna, esencial benigna, enfermedad cardíaca hipertensiva, renal hipertensiva y cardiovascular hipertensiva.

CUADRO 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. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Psicosis .....	4	2	6
Neurosis .....	13	25	38
Síntomas .....	94	189	283
Perceptores .....	111	215	326

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Psicosis .....	1.2	0.5	0.8
Neurosis .....	3.8	6.7	5.4
Síntomas .....	27.8	51.0	39.9

### Enfermedades mentales

- a) ocupa el quinto lugar entre las patologías registradas con una tasa de 41.9 por mil;
- b) las mujeres superan a los hombres en el total (58.0 por mil versus 32.8 por mil) y en las categorías de neurosis y síntomas, pero la relación se invierte en el caso de las psicosis;

- c) el grupo de enfermedades mentales está prácticamente dominado por los "síntomas"; siendo casi nula la tasa de psicosis tanto en hombres como en mujeres;
- d) la cantidad de percepciones —327— iguala, prácticamente, a la de perceptores —326—, siendo la proporción de 1/1.

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Epilepsia .....	2	3	5
Infecciones oculares ....	7	6	13
Oído .....	19	26	45
Resto de los sentidos ..	16	35	51
Otras ojos .....	13	16	29
Síntomas .....	28	74	102
Perceptores .....	84	154	241

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Epilepsia .....	0.6	0.8	0.7
Infecciones oculares ....	2.1	1.6	1.8
Oído .....	5.6	7.0	6.3
Resto de los sentidos ..	4.7	9.4	7.2
Otras ojos .....	3.8	4.3	4.1
Síntomas .....	8.3	19.9	14.4

### Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos.

- a) la tasa total asciende a 34.0 por mil, siendo superior la de las mujeres a la de los hombres (42.3 por mil versus 24.8 por mil);

- b) con excepción de "infecciones oculares", la pauta señalada en a) se repite para el resto de las categorías;
- c) se han registrado 255 percepciones entre 241 perceptores, siendo la relación de 1.06/1.

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Infecciones .....	14	15	29
Otras .....	39	54	93
Perceptores .....	53	69	122

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Infecciones .....	4.1	4.0	4.1
Otras .....	11.5	14.6	13.1

*Enfermedades de la piel*

- a) la diferencia entre las tasas de mujeres y hombres a favor de las primeras se explica en función del grupo de "Otras enfermedades", ya que las "Infeccio-

nes" registran tasas prácticamente iguales;

- b) hay tantos perceptores como percepciones, por lo que la relación es de 1/1 %.

CUADRO 26

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA A ENFERMEDADES GENITO-URINARIAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS ENFERMEDADES. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Génito-urinaria .....	11	30	41
Genital femenino .....	—	70	—
Síntomas .....	14	26	40
Perceptores .....	25	123	148

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Génito-urinaria .....	3.2	8.1	5.8
Genital femenino .....	—	18.9	—
Síntomas .....	4.1	7.0	5.6

*Enfermedades génitourinarias*

- a) como era previsible, la tasa de mujeres casi quintuplica a la de los hombres (33.2 por mil versus 7.4 por mil);
- b) la diferencia observada en a) se explica, fundamentalmente, por las per-

cepciones referidas a enfermedad del "genital femenino", aunque en las otras categorías del grupo también predominan las mujeres;

- c) hay 151 percepciones entre 148 perceptores, por lo que la relación es de 1.02/1.

CUADRO 27

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

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Enteritis .....	15	33	48
Coqueluche .....	2	1	3
Sarampión .....	3	2	5
Tripanosomiasis .....	—	4	4
Enfer. parasitarias .....	12	7	19
Resto .....	16	11	27
Perceptores .....	45	55	100

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Enteritis .....	4.4	8.9	6.8
Coqueluche .....	0.6	0.3	0.4
Sarampión .....	0.9	0.5	0.7
Tripanosomiasis .....	—	1.1	0.6
Enfer. parasitarias .....	3.5	1.9	2.7
Resto .....	4.7	3.0	3.8

*Enfermedades infecciosas y parasitarias*

- a) la tasa total es relativamente baja —14.1 por mil—, no habiendo prácticamente diferencias entre mujeres y hombres;
- b) algunas enfermedades previstas en el código de clasificación no registran ninguna mención y ellas son: hepa-

titis, poliomielitis, tuberculosis y sífilis;

- c) el grupo que registra las tasas más altas es el de las "enteritis" donde la tasa de mujeres duplica a la de los hombres;
- d) entre los 100 perceptores han denunciado 106 percepciones, siendo la relación de 1.06/1.

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA. 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tiroides .....	—	4	4
Diabetes .....	15	26	41
Nutrición .....	—	1	1
Resto .....	9	11	20
Perceptores .....	24	41	65

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tiroides .....	—	1.1	0.6
Diabetes .....	4.4	7.0	5.8
Nutrición .....	—	0.3	0.1
Resto .....	2.7	3.0	2.8

*Enfermedades endocrinas y del metabolismo*

- a) este grupo mantiene la pauta según la cual la tasa de mujeres es superior a la de hombres —11.1 por mil y 7.1 por mil, respectivamente—, siendo la total de 9.2 por mil;
- b) la categoría que registra la mayor tasa de perceptores es la "Diabetes";

- c) sólo se registra un caso de "Nutrición", lo que probablemente se explique en la falta de percepción de la obesidad y de la desnutrición como problema de salud;
- d) entre los 65 perceptores aparecieron 66 percepciones, siendo la relación de 1.02/1.

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tumores .....	2	5	7
Anemias .....	4	9	13
Anomalías congénitas ..	—	4	4
Morbilidad perinatal ....	—	1	1
Perceptores .....	6	19	25

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADO:

ENFERMEDAD PERCIBIDA	V	M	AMBOS SEXOS
Tumores .....	0.6	1.3	1.0
Anemias .....	1.2	2.4	1.8
Anomalías congénitas ..	—	1.1	0.6
Morbilidad perinatal ....	—	0.3	0.1

*Enfermedades no incluidas en los cuadros anteriores*

SINTOMAS

En el presente apartado se analizan las percepciones expresadas como síntomas. Estas fueron agrupadas de la siguiente manera: a) síntomas mal definidos (cuadro 30); b) síntomas definidos (cuadro 31); y c) síntomas definidos expresados juntamente con otra enfermedad o síntoma definido (cuadro 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 el síndrome que integra, se le considera bien definido (por ejemplo: 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 al episodio con claridad según la Clasificación Internacional de Enfermedades, se codifican como mal definidos (debilidad, vejez, dolor de cabeza, etcétera).

Obviamente, esta discriminación no implica que lo que aquí se señala como mal definido pueda ser claramente definido para quien lo padece en cuanto a la intensidad, duración y otras características del malestar.

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

CATEGORIAS	V	M	AMBOS SEXOS	PORCENTAJE
Síntomas generales .	65	63	128	12.2
Dolor de cabeza ...	96	253	349	33.2
Resto .....	64	61	125	11.9
Senilidad sin psicosis	7	6	13	1,2
Sínt. mal defin. junto con otras enferm. o síntomas .....	151	284	435	41.4
Total .....			(1,050)	100.0
Perceptores .....	223	364	587	

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

CATEGORIAS	V	M	AMBOS SEXOS
Síntomas generales ....	19.2	17.0	18.0
Dolor de cabeza .....	28.3	68.2	49.2
Senilidad sin psicosis ..	2.1	1.6	1.8
Resto .....	18.9	16.4	17.6
Síntomas mal defin. junto con otras enferm. o síntomas .....	44.6	76.6	61.3

*Síntomas mal definidos*

El total de perceptores es de 587, de los cuales el 62 % son mujeres. Las dos categorías que concentran la mayor cantidad de frecuencias son los "síntomas mal definidos manifestados junto con otra enfermedad o síntoma bien definido" (41.4 % del total de síntomas mal definidos) y "dolor de cabeza" (33.2 %).

En ambas categorías las mujeres tienen preeminencia, lo que se observa en la tab'a B donde se consignan las tasas específicas. Esta diferencia se hace especialmente notable en el grupo de las cefaleas donde la tasa de mujeres supera a la de hombres por más del doble.

En las demás categorías se observa una superioridad en la tasa masculina, aunque las diferencias son considerablemente menores que en los dos casos antes citados,

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS	PORCENTAJE
Mentales .....	94	189	283	31.5
Sist. nerv. central ..	28	74	102	11.3
Ap. circulatorio ....	8	30	38	4.2
Ap. respiratorio ....	54	50	104	11.6
Ap. digestivo .....	37	62	99	11.0
Ap. génito-urinario .	14	26	40	4.5
Osteomuscular .....	87	146	233	25.9
Total .....			(899)	100.0

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS
Mentales .....	27.8	50.9	39.9
Sist. nerv. central .....	8.3	19.9	14.4
Ap. circulatorio .....	2.4	8.1	5.4
Ap. respiratorio .....	15.9	13.5	14.6
Ap. digestivo .....	10.9	16.7	13.9
Ap. génito-urinario ....	4.1	7.0	5.6
Osteomuscular .....	25.7	39.3	32.8

Sintomas definidos

Del total de 899 percepciones, el 31.5 % corresponde a enfermedades mentales, siguiéndole en orden de frecuencia los síntomas ósteomusculares con el 25.9 %. Hay tres grupos que apenas superan el 11 % y ellos son: el aparato respiratorio, el digestivo y el sistema nervioso central, quedando finalmente por debajo del 5 % los aparatos circulatorio y génitourinario.

Coincidentemente, si se observa en las tablas respectivas, se verá que mentales y ósteomuscular son los grupos donde los síntomas concentran los porcentajes más altos comparados con los demás grupos.

La proliferación de percepciones expresadas como síntomas en el área de mentales puede reconocer varias explicaciones. Podría deberse al estigma asociado a este tipo de enfermedades que provoca un no reconocimiento de la enfermedad como tal sino sólo como una manifestación anecdótica, o bien que el tipo de problemas que generan las enfermedades mentales son más difíciles de conceptualizar por los perceptores como enfermedad con una nomenclatura más rigurosa que la de un mero síntoma.

En todas las categorías se repite la pauta anotada oportunamente en el sentido de que salvo para el caso del aparato respiratorio, las tasas de mujeres superan a las de varones.

Síntomas definidos junto con otra enfermedad

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 MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. VALORES ABSOLUTOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS	PORCENTAJE
Mentales .....	6	8	14	3.8
Sist. nerv. central ..	2	3	5	1.3
Ap. circulatorio .....	7	10	17	4.6
Ap. génito-urinario ..	—	5	5	1.3
Ap. respiratorio .....	110	120	230	61.8
Ap. digestivo .....	16	30	46	12.4
Osteomuscular .....	16	39	55	14.8
Total .....			(372)	100.0

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1.000 ENCUESTADOS

GRUPO DE PATOLOGIAS	V	M	AMBOS SEXOS
Mentales .....	1.8	2.2	2.0
Sist. nerv. central .....	0.6	0.8	0.7
Ap. circulatorio .....	2.1	2.7	2.4
Ap. resp'atorio .....	32.5	32.3	32.4
Ap. digestivo .....	4.7	8.1	6.5
Ap. génito-urinario .....	—	1.3	0.7
Osteomuscular .....	4.7	10.5	7.7

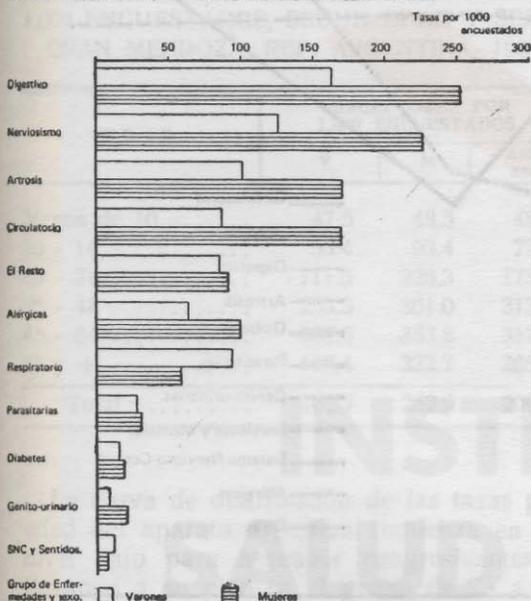
## D. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CUADRO 33

TASAS DE PERCEPTORES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES Y POR SEXO.  
GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

Nº DE ORDEN	GRUPO DE ENFERMEDADES	VARONES	MUJERES	TOTAL
1	Aparato digestivo .....	162.7	252.9	209.8
2	Artrosis, artritis y reumatismo .....	101.9	171.2	138.1
3	Aparato circulatorio .....	87.1	170.2	130.4
4	Nerviosismo, insomnio, angustia y mentales .....	126.4	227.6	179.2
5	Alérgicas .....	63.2	99.5	82.1
6	Aparato respiratorio .....	93.6	58.2	75.1
7	El resto (otras) .....	85.0	91.1	88.2
8	Parasitarias .....	31.0	28.0	29.4
9	Diabetes .....	15.3	18.9	17.2
10	Génito-urinarias .....	8.6	20.5	14.8
11	Sistema nervioso central y órganos de los sentidos .....	11.8	7.5	9.6

GRAFICO 9.  
PERSONAS QUE PERCIPIERON ENFERMEDADES CRÓNICAS SEGUN SEXO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



Los resultados obtenidos en las tasas de perceptores de enfermedades crónicas nos permiten agrupar a las distintas categorías en tres subgrupos:

En el primero se encontrarían aquellos cuya tasa puede ser considerada alta y que es encabezada por el aparato digestivo, la más frecuente, con una tasa de 209.8 por mil encuestados, siguiéndole nerviosismo, insomnio, angustia y mentales (179.2 por mil), artrosis, artritis y reumatismo (138.1 por mil) y aparato circulatorio (130.4 por mil).

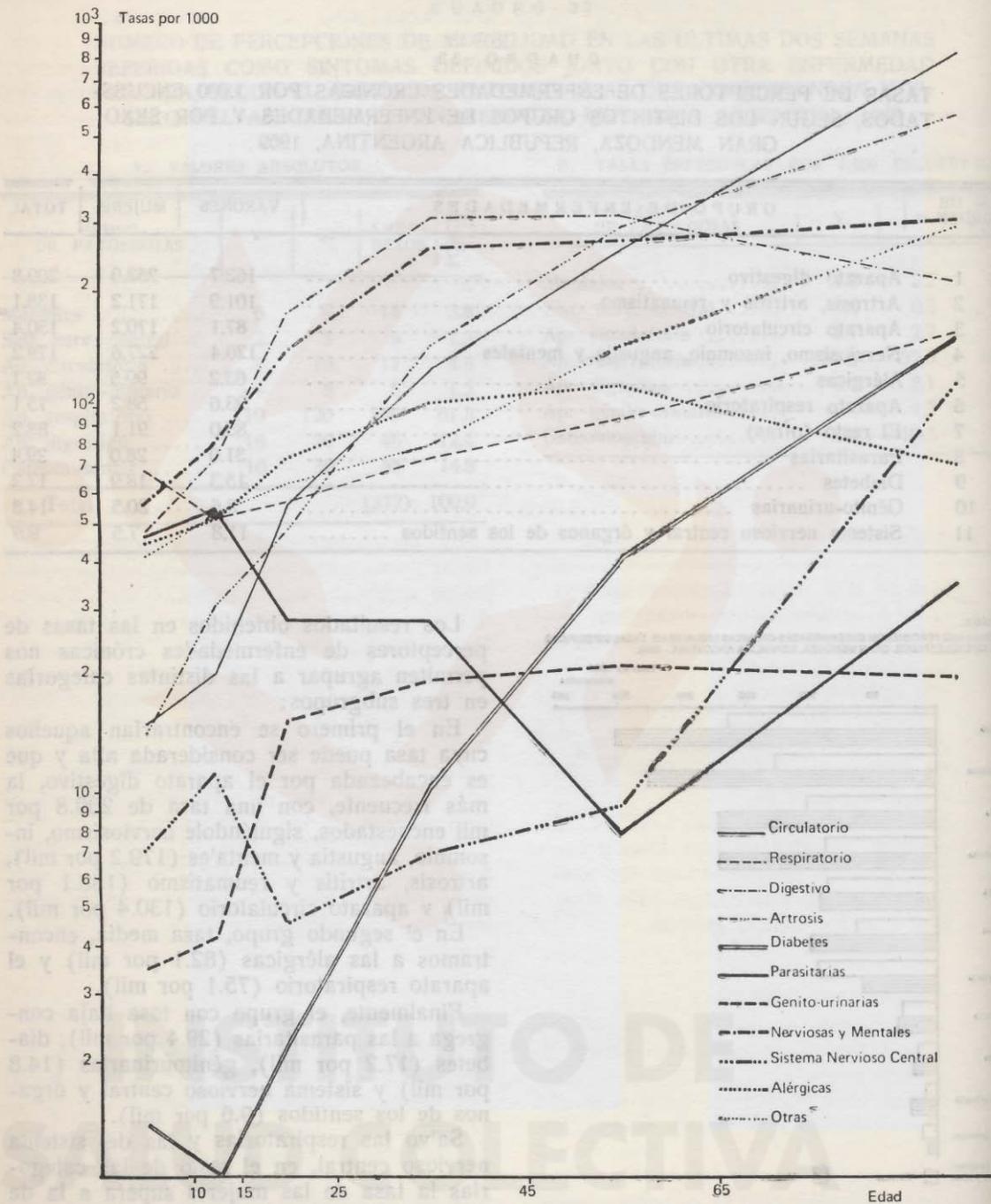
En el segundo grupo, tasa media, encontramos a las alérgicas (82.1 por mil) y el aparato respiratorio (75.1 por mil).

Finalmente, el grupo con tasa baja congrega a las parasitarias (29.4 por mil), diabetes (17.2 por mil), génitourinarias (14.8 por mil) y sistema nervioso central y órganos de los sentidos (9.6 por mil).

Salvo las respiratorias y las del sistema nervioso central, en el resto de las categorías la tasa de las mujeres supera a la de los varones, en la mayoría de los casos con holgura.

GRAFICO 10.

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES CRONICAS, SEGUN EDAD. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS. GRAN MENDOZA REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



CUADRO 34

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD POR 1.000 ENCUESTADOS SEGUN GRUPO DE ENFERMEDADES, GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	GRUPO DE EDAD						Total
	- 10	10-14	15-24	25-44	45-64	65 y +	
1. Aparato circulatorio .....	15.1	20.3	56.4	127.1	255.8	508.1	130.4
2. Aparato respiratorio .....	68.8	52.3	57.2	74.4	93.7	128.2	75.1
3. Aparato digestivo .....	48.0	72.7	173.2	313.0	312.7	265.7	209.8
4. Artrosis, artritis y reumatismo ....	14.3	30.5	49.2	147.2	293.5	431.2	138.1
5. Diabetes .....	1.4	—	2.4	10.3	42.5	88.6	17.2
6. Enfermedades parasitarias .....	46.6	55.2	27.0	27.4	7.9	18.6	29.4
7. Enfermedades genito-urinarias .....	3.6	4.7	15.9	19.6	21.6	21.0	14.8
8. Nerviosismo y angustia, insomnio y mentales .....	55.9	81.4	143.0	236.6	270.2	291.4	179.2
9. S.N.C. y órganos de los sentidos ..	7.2	11.6	4.8	7.2	9.4	39.6	9.6
10. Enfermedades alérgicas .....	44.4	49.4	74.6	101.2	114.5	88.6	82.1
11. Otras enfermedades crónicas .....	41.6	52.3	63.5	80.1	144.8	223.8	88.2

Aparato digestivo

CUADRO 35

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO DIGESTIVO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REP. ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	47.5	48.5	48.0
10 - 14 .....	53.4	93.4	72.7
15 - 24 .....	111.5	226.3	173.2
25 - 44 .....	253.5	361.0	313.0
45 - 64 .....	268.6	353.8	312.7
65 y + .....	185.4	322.7	265.7
Total .....	162.7	252.9	209.8

La curva de distribución de las tasas por edad del aparato digestivo comienza en un nivel bajo para ascender progresivamente, llegando a su pico en el grupo de 25 a 44 años para posteriormente comenzar a descender. Esta forma de distribución se repite en las tasas por sexo y edad con la salvedad

de que entre los varones el modo se encuentra en el grupo de 45 a 64 años.

En todos los grupos de edad la tasa de mujeres supera a la de varones, lo que, obviamente, se ve reflejado en la tasa total por sexo donde las mujeres ascienden al 252.9 por mil en tanto que la de los varones es de 162.7 por mil.

Artrosis, artritis y reumatismo

CUADRO 36

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ARTROSIS, ARTRITIS Y REUMATISMO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	14.9	13.7	14.3
10 - 14 .....	22.5	39.1	30.5
15 - 24 .....	44.6	53.2	49.2
25 - 44 .....	109.9	177.2	147.2
45 - 64 .....	204.5	374.7	292.5
65 y + .....	376.4	470.1	431.2
Total .....	101.6	171.3	138.1

Este grupo de enfermedades, a diferencia del analizado anteriormente, registra un aumento constante con la edad, por lo cual las tasas más bajas se registran entre los menores de 10 años e, inversamente, las más altas entre los mayores de 65 años. Con excepción del grupo de menores de 10 años, en todos los demás la tasa de mujeres supera a la de varones.

El rango fue de 13.7 por mil entre las mujeres menores de 10 años, 470.1 por mil en las mujeres mayores de 65 años.

### 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 MENDOZA, REP. ARG., 1969

E D A D	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	20.4	9.1	15.1
10 - 14 .....	14.0	27.1	20.3
15 - 24 .....	32.6	76.9	56.4
25 - 44 .....	71.8	171.6	127.1
45 - 64 .....	183.6	323.1	255.8
65 y + .....	398.9	585.7	508.1
Total .....	87.1	169.9	130.4

Al igual que el grupo anterior las tasas por edad describen una curva en constante aumento. A partir de los 15 años cada grupo etario duplica, aproximadamente, al inmediato anterior. Esta pauta tiene una sola excepción y es el descenso que se observa en la tasa de varones del grupo de menores de 10 años al de 10 a 14 años.

La tasa de mujeres duplica, prácticamente, a la de los hombres en el total, y en cada grupo etario es siempre superior con excepción de los menores de 10 años donde la tasa de varones duplica a la de mujeres.

### 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 MENDOZA, REP. ARGENTINA, 1969

E D A D	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	55.7	56.1	55.9
10 - 14 .....	92.7	69.3	81.4
15 - 24 .....	101.2	179.0	143.0
25 - 44 .....	153.9	303.1	236.6
45 - 64 .....	179.1	355.1	270.2
65 y + .....	236.0	330.7	291.4
Total .....	126.4	227.6	179.2

Antes de comenzar con el análisis de los datos debe tenerse en cuenta que el grupo incluye aun las gradaciones más leves de procesos de desorden mental. Por ello no debe suponerse que la tasa es exclusiva de trastornos mentales graves sino también de alteraciones de la personalidad en su sentido más amplio.

Se puede notar que a medida que aumenta la edad, aumenta la tasa de perceptores. Esta situación se repite en ambos sexos y nuevamente encontramos que las mujeres muestran las tasas más altas, a excepción del grupo de 10 a 14 años donde son los varones los que superan a las mujeres.

La tasa total es de 179.2 por mil encuestados, lo que ubica a este grupo en el segundo lugar en el área de enfermedades crónicas.

## Enfermedades alérgicas

CUADRO 39

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ALERGI. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REP. ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	47.5	41.0	44.4
10 - 14 .....	56.2	42.2	49.4
15 - 24 .....	49.7	96.2	74.6
25 - 44 .....	74.1	123.1	101.2
45 - 64 .....	88.1	139.3	114.5
65 y + .....	39.3	123.5	88.6
Total .....	63.2	99.5	82.1

La tasa total es de 82.1 por mil y el rango va de 41.0 por mil hasta 139.3 por mil. Analizando las tasas por edad se observa un aumento leve aunque constante a medida que se avanza en la edad. Esto se mantiene hasta el grupo de 45 a 64 años y disminuye para los mayores de 65 años. Esta pauta se repite, con sólo una salvedad, en ambos sexos por separado.

Llama la atención el descenso que se produce en los varones mayores de 65 años, cuya tasa es menor que la mitad de la correspondiente al grupo inmediatamente anterior.

## Aparato respiratorio

CUADRO 40

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO RESPIRATORIO. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	74.7	62.2	68.8
10 - 14 .....	64.6	39.1	52.3
15 - 24 .....	63.5	51.8	57.2
25 - 44 .....	103.0	51.3	74.4
45 - 64 .....	125.4	64.1	93.7
65 y + .....	162.9	103.6	128.2
Total .....	93.6	58.2	75.1

La tasa global de perceptores es de 75.1 por mil, siendo el rango de 39.1 por mil a 162.9 por mil.

Tanto para ambos sexos como para cada sexo por separado, la distribución de las tasas describe una curva en "U", siendo el pico inferior para los hombres en el grupo de 15 a 24 años, en tanto que para las mujeres y para ambos sexos lo es el grupo de 10 a 14 años. En los tres subgrupos, a partir del nivel más bajo se produce un aumento constante y concomitante a la edad.

Resulta original, respecto de los otros grupos de enfermedades crónicas, que la tasa de varones sea superior a la de las mujeres para todas las categorías etarias.

## Enfermedades parasitarias

CUADRO 41

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE PARASITARIAS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	43.5	50.1	46.6
10 - 14 .....	67.4	42.2	55.2
15 - 24 .....	22.3	31.1	27.0
25 - 44 .....	22.0	31.7	27.4
45 - 64 .....	7.5	8.3	7.9
65 y + .....	11.2	23.9	18.6
Total .....	28.0	30.7	29.4

La tasa global es de 29.4 por mil, no habiendo, prácticamente, diferencias entre la correspondiente a mujeres, levemente superior, y a la de varones.

Se observa una mayor prevalencia en los grupos etarios menores y, a partir de los 15 años, un paulatino descenso que sólo se altera en el grupo de mayores de 65 años, que supera al inmediato anterior.

Diabetes

CUADRO 42

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE DIABETES. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	1.4	1.5	1.4
10-14 .....	—	—	—
15-20 .....	3.4	1.5	2.4
25-44 .....	11.6	9.3	10.3
45-64 .....	37.3	47.4	42.5
65 y + .....	78.7	95.6	88.6
Total .....	15.3	18.9	17.2

La tasa es casi nula hasta los 25 años. Recién allí comienza a adquirir cierta magnitud y es en el grupo de 25 a 44 años donde la tasa masculina supera, aunque levemente, a la femenina. En los grupos mayores esta relación se invierte y otro tanto sucede con la tasa por sexo, independientemente de la edad, donde la de mujeres es mayor que la de varones.

Vale la pena señalar que es el grupo mayor de 65 años el que registra las tasas más altas en ambos sexos.

Enfermedades genito-urinarias

CUADRO 43

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE GENITO-URINARIAS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REP. ARG., 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10.....	5.4	1.5	3.6
10-14 .....	2.8	6.0	4.7
15-24 .....	8.6	22.2	15.9
25-44 .....	3.5	32.6	19.6
45-64 .....	17.9	25.1	21.6
65 y + .....	22.5	19.9	21.0
Total .....	8.6	20.5	14.8

La tasa total es una de las más bajas —14.8 por mil— entre las crónicas. La de mujeres supera a la de varones en más del doble. Esta situación persiste en casi todos los grupos etarios con excepción de los extremos —menores de 10 años y mayores de 65 años— donde la tasa de varones es superior.

El grupo donde se registra la mayor diferencia es el de 25 a 44 años. Ella se debe, seguramente, a las disfunciones ováricas, el embarazo y el parto. La inversión de las proporciones en el grupo de mayor edad responde a las disfunciones urinarias como consecuencia de las modificaciones en la fisiología y el tamaño de la próstata.

Sistema nervioso central y de los sentidos

CUADRO 44

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES CRONICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DE LOS SENTIDOS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	9.5	4.5	7.2
10-14 .....	11.2	12.0	11.6
15-24 .....	5.1	4.4	4.8
25-44 .....	5.8	8.4	7.2
45-64 .....	16.4	2.8	9.4
65 y + .....	56.2	27.9	39.6
Total .....	11.8	7.6	9.6

Este grupo registra la tasa más baja entre todos los pertenecientes a las enfermedades crónicas, siendo el único que está por debajo del 10 por mil.

Asimismo, presenta otra particularidad, ya que es uno de los dos únicos grupos, junto con el aparato respiratorio, donde la tasa de los varones supera a la de mujeres. Esta situación tiene lugar en todos los grupos etarios con excepción de los de 10 a 14 años y de 25 a 44 años. La baja cantidad de los casos impide aventurar hipótesis para cada sexo en cada grupo etario, aunque no deja de sorprender la tasa de los varones mayores de 65 años, 56.2 por mil, con mucho superior a las demás observadas.

## Otras enfermedades crónicas

CUADRO 45

PERSONAS QUE PERCIPIERON OTRAS ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS. TASA ESPECIFICA POR 1.000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

EDAD	PERCEPTORES POR 1.000 ENCUESTADOS		
	V	M	Ambos sexos
Menos de 10 .....	34.0	50.1	41.6
10 - 14 .....	47.8	57.2	52.3
15 - 24 .....	66.9	60.6	63.5
25 - 44 .....	75.2	84.0	80.1
45 - 64 .....	141.8	147.6	144.8
65 y + .....	264.0	195.2	223.7
Total .....	85.0	91.1	88.2

Esta categoría incluye a los perceptores de algunos síntomas y síndromes crónicos: hernias y eventraciones, enfermedades de la sangre y del sistema linfático, infecciones

no parasitarias, de la piel y celular subcutáneo, de las glándulas endocrinas (inclusive bocio), nutrición y metabolismo, ojos, hemorroides, cefaleas, etcétera. Si se repasa la lista de patologías que aquí se agrupan, se advertirá que el análisis de este grupo resulta inútil por su heterogeneidad, a no ser que se discriminara en cada categoría donde la baja cantidad de casos tornaría imposible cualquier análisis por sexo y edad. Su inclusión se justifica, sin embargo, para completar el cuadro de los perceptores de enfermedades crónicas y satisfacer a los que pudieran preguntarse acerca del "resto" de las enfermedades crónicas.

A pesar de todo lo antedicho, se observan dos pautas similares a la de la mayoría de los otros grupos: a) hay un crecimiento progresivo de las tasas concomitantes al aumento de la edad; b) las tasas de mujeres son más altas que la de los varones.

La tasa global es de 88,2 por mil —85.0 por mil entre los varones y 91.1 por mil entre las mujeres— y el rango es de 34.0 por mil a 264.0 por mil.

## B. IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ

La tasa para el total de la población encuestada fue de 37.1 por mil, siendo el rango de 20.4 por mil a 140.4 por mil.

En el cuadro 46 se pueden observar las tasas registradas por cada una de las categorías para el total y por sexo.

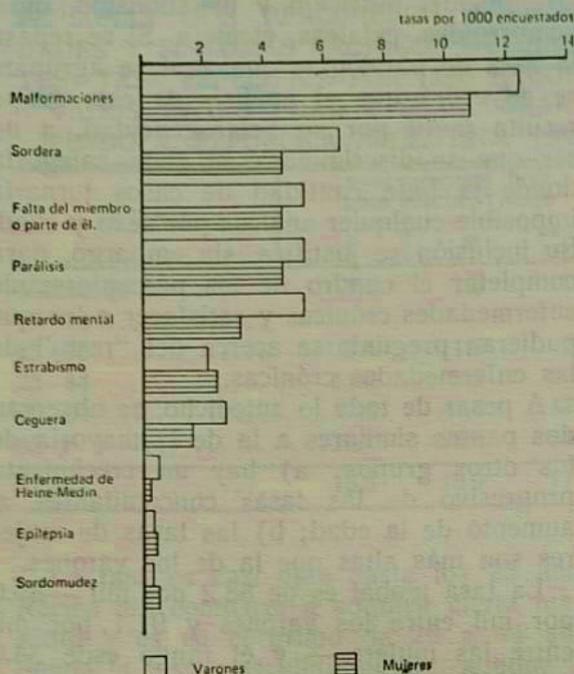
Las malformaciones se ubican en el primer lugar, superando por más del doble a la categoría que le sigue. A partir de allí las disminuciones son más graduales, siendo la tasa más baja la correspondiente a sordomudez.

CUADRO 46

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ. TASAS ESPECIFICAS SEGUN EL SEXO POR MIL ENCUESTADOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDAD. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

IMPEDIMENTO	VARONES	MUJERES	AMBOS SEXOS
1. Malformaciones .....	12.4	10.8	11.5
2. Parálisis. Cualquier tipo (incluida secuela Heine-Medin) .....	6.2	4.3	5.2
3. Sordera .....	6.5	4.6	5.5
4. Falta de un miembro o parte de él ....	5.3	4.6	4.9
5. Retardo mental .....	5.3	3.2	4.2
6. Estrabismo .....	2.1	2.4	2.2
7. Ceguera .....	2.7	1.6	2.1
8. Epilepsia .....	0.6	0.8	0.7
9. Sordomudez .....	0.6	0.5	0.6
10. Todos los impedimentos .....	41.0	33.4	37.1

GRÁFICO 11.  
IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGÚN SEXO. TASAS ESPECÍFICAS POR 1000  
ENCUESTADOS. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



### Distribución por sexo y edad

Con excepción del estrabismo y la epilepsia, los demás impedimentos son más frecuentes entre los varones, aunque en ningún caso las diferencias son especialmente notables.

La baja cantidad de frecuencia impide un análisis pormenorizado por edad en cada grupo de impedimento o invalidez. Sin embargo, en el anexo se incluye el cuadro correspondiente con la distribución de las frecuencias absolutas y su análisis puede dar origen a hipótesis que deberán ser verificadas en futuros trabajos.

## F. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION QUE CONSUMIO MEDICAMENTOS

Analizando el total de la población, se observa que casi la mitad —45.8 %— consumió medicamentos. Tomando como subgrupo a los consumidores, el 29.8 % de éstos efectuaron consulta médica, lo que sólo ocurrió entre el 3.9 % de los consumidores.

Si analizamos el consumo de medicamentos según la percepción de morbilidad y la consulta médica, obtenemos una serie de hallazgos bastante significativos (ver tabla 7 del Anexo). Entre los que percibieron y consultaron el porcentaje de consumidores asciende al 90.8 %. Este porcentaje

CUADRO 47

DISTRIBUCION DE PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMIERON  
MEDICAMENTOS SEGUN CONSULTA MEDICA. GRAN MENDOZA,  
REPUBLICA ARGENTINA, 1969

CONSUMO DE MEDICAMENTOS	CONSULTA MEDICA				TOTAL	
	Consultó		No consultó		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Consumió .....	967	29.8	2.280	70.2	3.247	100.0
No consumió .....	150	3.9	3.695	96.1	3.845	100.0
Total .....	1.117	15.7	5.975	84.3	7.092 *	100.0

\* Seis casos no brindaron información.

comienza a disminuir progresivamente, llegando al mínimo entre los que no perciben ni consultan —22.7 %—. Aunque estos dos hallazgos se nos ocurren coherentes, el hecho de que casi una de cada cuatro personas consuma medicamentos sin percibir enfermedad ni consultar al médico es bastante llamativo.

También llama la atención que el 64 % de los que no percibieron pero consultaron haya consumido medicamentos. Esta situa-

ción está apuntando, probablemente, a algunas características de la práctica médica.

Entre los que perciben y no consultan nos encontramos con un 68.3 % que consumen. La búsqueda de explicación a este porcentaje debe orientarse al análisis de la utilización de recursos de atención médica y sus deficiencias como asimismo a la cronicidad de ciertos síntomas que originan una automedicación.

CUADRO 48

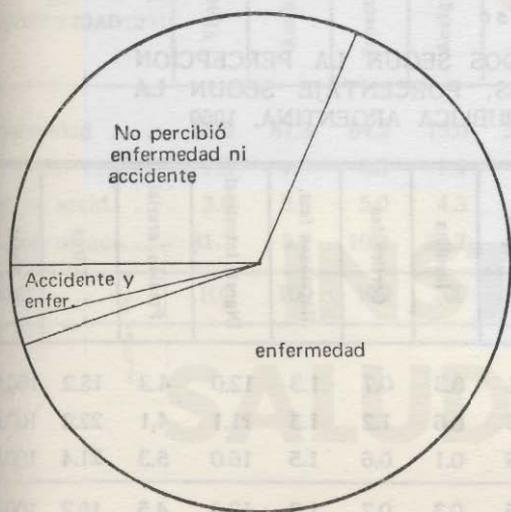
DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y LA CONSULTA AL MEDICO, EXPRESADA EN PORCENTAJES DEL TOTAL. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

A. CONSUMIERON MEDICAMENTOS      B. NO CONSUMIERON MEDICAMENTOS

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSULTA MEDICA		TOTAL %	CONSULTA MEDICA		TOTAL %
	Consultaron	No consult.		Consultaron	No consult.	
Enfermedad	24.3	39.5	63.8	1.9	14.3	16.2
Accidente	0.4	1.0	1.4	0.2	1.7	1.9
Enf. y accid.	1.6	2.1	3.7	0.2	0.8	1.0
Ni enf. ni acc.	3.5	27.7	31.2	1.7	79.2	80.9
Total	29.8	70.2	100.0	4.0	96.0	100.0

GRAFICO. 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD Y ACCIDENTE. GRAN MENDOZA. REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



Invirtiendo los términos del análisis y tomando como base a los grupos de consumidores y no consumidores, vemos que entre los primeros el 68.8 % percibieron enfermedad o accidente, aunque sólo el 26.1 % efectuó consulta médica. De ese 68.8 % el 1.6 % percibió accidente y el 3.7 % percibió enfermedad y accidente.

Como se podía prever, entre los no consumidores la mayoría no percibió morbilidad —80.9 %—. Del resto —19.1 %— sólo el 2.3 % efectuó consulta médica, lo que ocurrió sólo para el 1.7 % de los no perceptores.

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

Dentro de este marco de referencia se pueden consultar los cuadros 49, 50 y 51. Allí puede verse que el total de medicamentos agrupados en tipos fue de 5.928, de los cuales el 75.9 % fue consumido por quienes nada percibieron.

CUADRO 49

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTE. GRAN MENDOZA, 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 ....	495	415	367	985	81	294	13	27	54	498	179	751	4.159	
Accidentes .....	9	7	2	19	—	5	—	—	1	6	1	23	73	
Enf. y accid. ...	28	26	22	58	5	20	2	4	4	32	13	56	270	
Ni enf. ni. acc. .	248	27	45	277	63	126	1	9	21	228	75	306	1.426	
<b>Total .....</b>	<b>780</b>	<b>475</b>	<b>436</b>	<b>1.339</b>	<b>149</b>	<b>445</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>764</b>	<b>268</b>	<b>1.136</b>	<b>5.928</b>	

Exceptuando la categoría “otros”, la más numerosa, los medicamentos más consumidos son las “vitaminas” (13.2 % del total de medicamentos), los “digestivos-intestinales” (12.9 %) y los analgésicos (12.4 %).

Atendiendo al tipo de percepción, vemos que entre los que percibieron accidentes los más consumidos fueron: “otros” (31.3 %)

y “analgésicos” (26.3 %). Los “analgésicos” son el tipo de medicamento más consumido por los que percibieron enfermedad (23.7 %).

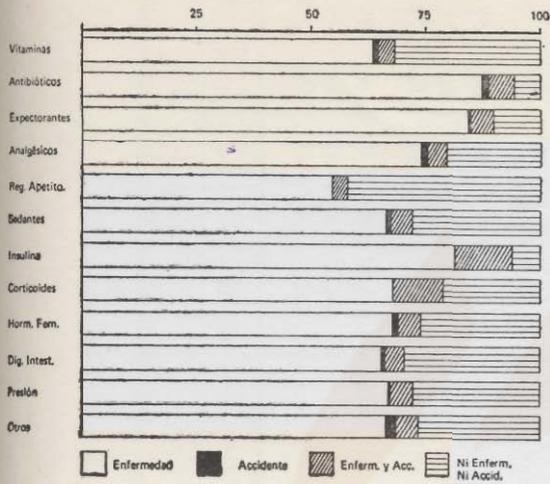
En el grupo de no perceptores encontramos como prioritarios a los mismos medicamentos señalados para el total, aunque con variaciones en sus porcentajes.

CUADRO 50

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTES. PORCENTAJE SEGUN LA PERCEPCION. GRAN MENDOZA, 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 ....	11.8	10.0	8.8	23.6	1.9	7.1	0.3	0.7	1.3	12.0	4.3	18.2	100.0
Accidente .....	10.8	9.6	7.0	22.4	1.5	7.3	0.6	1.2	1.5	11.1	4.1	22.9	100.0
Ni enf ni acc. .	17.4	1.9	3.2	19.4	4.4	8.8	0.1	0.6	1.5	16.0	5.3	21.4	100.0
<b>Total .....</b>	<b>13.2</b>	<b>8.0</b>	<b>7.4</b>	<b>22.5</b>	<b>2.5</b>	<b>7.5</b>	<b>0.3</b>	<b>0.7</b>	<b>1.3</b>	<b>12.9</b>	<b>4.5</b>	<b>19.2</b>	<b>100.0</b>

GRAFICO 13.  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL CONSUMO DE CADA TIPO DE MEDICAMENTOS SEGUN QUE EL CONSUMIDOR HUBIERA PERCIBIDO ENFERMEDAD, ACCIDENTE O NINGUNO DE ELLOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. GRAN MENDOZA - REPUBLICA ARGENTINA - 1969.



Analizando cada grupo de medicamentos y viendo su composición interna en cuanto al tipo de percepción, vemos el poco peso que tienen en cada grupo los perceptores de accidentes. Algo similar, aunque en menor medida, ocurre con los que percibieron simultáneamente enfermedad y accidente. De esta manera, el análisis queda prácticamente reservado a los otros dos grupos. Los perceptores de enfermedad superan el 50 % en todos los tipos de medicamentos analizados, aunque su peso es mayor en algunos. Ello ocurre en los antibióticos (87.3 %), los expectorantes (84.2 %) y la insulina (81.2 %).

Por su parte, los no perceptores hacen sentir su peso en el consumo de reguladores del apetito (42.3 %) y vitaminas (31.7 %), descendiendo considerablemente en antibióticos (5.7 %) e insulina (6.3 %).

CUADRO 51

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTES. PORCENTAJES SEGUN EL TIPO DE MEDICAMENTO. GRAN MENDOZA, 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 ....	63.5	87.3	84.2	73.6	54.3	66.1	81.2	67.5	67.5	65.2	66.8	66.1	70.2
Accidente .....	1.2	1.5	0.5	1.4	—	1.1	—	—	1.3	0.8	0.4	2.0	1.2
Enf. y accid. ..	3.6	5.5	5.0	4.3	3.4	4.5	12.5	10.0	5.0	4.2	4.8	5.0	4.6
Ni enf. ni acc. .	31.7	5.7	10.3	20.7	42.3	28.3	6.3	22.5	26.2	29.8	28.0	26.9	24.0
Total .....	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

GRUPOS DE EDAD	PERSONAS				EXPEDIMENTOS				TOTAL				
	Entradas	Salidas	Salud. al acc.	Total	Entradas	Salidas	Salud. al acc.	Total	Entradas	Salidas	Salud. al acc.	Total	
0-4 años	18	15	438	731	1	1	1	3	773	16	10	438	718
	20	23	372	639	1	1	1	3	644	24	23	373	639
	30	43	706	1,205	1	1	1	3	1,217	38	43	706	1,205
5-9 años	1	5	254	259	1	1	1	3	262	7	7	254	259
10-14 años	1	9	214	224	1	1	1	3	226	4	9	214	224
15-19 años	1	18	478	507	1	1	1	3	510	8	18	478	507
20-24 años	9	15	1,090	1,114	1	1	1	3	1,116	15	15	1,090	1,114
25-29 años	16	4	314	334	1	1	1	3	336	17	16	314	334
30-34 años	20	15	507	537	1	1	1	3	540	20	20	507	537
35-39 años	9	17	330	356	1	1	1	3	360	18	17	330	356
40-44 años	13	17	623	653	1	1	1	3	657	18	17	623	653
45-49 años	18	14	472	500	1	1	1	3	504	23	14	472	500
50-54 años	8	10	308	326	1	1	1	3	330	14	10	308	326
55-59 años	11	19	385	415	1	1	1	3	418	19	19	385	415
60 y más años	16	15	382	413	1	1	1	3	417	16	15	382	413
B. Dis.	1	1	5	7	1	1	1	3	9	2	1	5	7
Total	150	150	10,000	10,300	15	15	15	45	10,330	165	165	10,000	10,330

ANEXO  
 TABLAS

INSTITUTO DE  
 SALUD COLECTIVA

PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN RESPUESTA PERSONAL O POR INFORMANTE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, 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.	273	18	19	426	—	736	—	—	—	—	—	273	18	19	426	—	736	
	Mujer.	244	20	23	372	—	659	—	—	—	—	—	244	20	23	372	—	659	
	Total .	517	38	42	798	—	1.395	—	—	—	—	—	517	38	42	798	—	1.395	
10 - 14	Varon.	82	4	5	264	1	356	—	—	—	—	—	82	4	5	264	1	356	
	Mujer.	105	4	9	214	—	332	—	—	—	—	—	105	4	9	214	—	332	
	Total .	187	8	14	478	1	688	—	—	—	—	—	187	8	14	478	1	688	
15 - 24	Varon.	89	9	15	193	—	306	57	4	5	210	1	277	146	13	20	403	1	583
	Mujer.	195	16	6	314	—	531	44	—	—	101	—	145	239	16	6	415	—	676
	Total .	284	25	21	507	—	837	101	4	5	311	1	422	385	29	26	818	1	1.259
25 - 44	Varon.	140	6	17	289	—	452	138	2	4	258	—	412	278	8	21	557	—	864
	Mujer.	436	12	17	523	—	988	26	1	—	57	—	84	462	13	17	580	—	1.072
	Total .	576	18	34	812	—	1.440	164	3	4	325	—	496	740	21	38	1.137	—	1.936
45 - 64	Varon.	159	5	10	208	—	382	103	2	4	179	—	288	262	7	14	387	—	670
	Mujer.	332	11	9	285	—	637	43	—	1	37	—	81	375	11	10	322	—	718
	Total .	491	16	19	493	—	1.019	146	2	5	216	—	369	637	18	24	709	—	1.388
65 y más	Varon.	57	—	1	54	—	112	26	—	1	39	—	66	83	—	2	93	—	178
	Mujer.	108	1	6	65	—	180	34	—	5	32	—	71	142	1	11	97	—	251
	Total .	165	1	7	119	—	292	60	—	6	71	—	137	225	1	13	190	—	429
S. Esp.	1	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	1	2	—	—	1	—	3	
Totales	Varon.	800	42	67	1.434	1	2.344	324	8	14	696	1	1.043	1.124	50	81	2.130	2	3.387
	Mujer.	1.420	64	70	1.773	—	3.327	147	1	6	227	—	381	1.567	65	76	2.000	—	3.708
	Total .	2.221	106	137	3.208	1	5.673	472	9	20	923	1	1.425	2.693	115	157	4.131	2	7.098

T A B L A 2

PERCEPCIONES DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPOS DE EDAD Y SEXO		Aparato circulatorio	Aparato respiratorio	Aparato digestivo	Artritis	Diabetes	Parasitarias	Génito-uritarias	Nerviosas	SNC y sent.	Alérgicas	Otras	Total
— 10	Varones	15	55	35	11	1	32	4	41	7	35	25	261
	Mujeres	6	41	32	9	1	33	1	37	3	27	33	223
	Total	21	96	67	20	2	65	5	78	10	62	58	484
10 - 14	Varones	5	23	19	8	—	24	1	33	4	20	17	154
	Mujeres	9	13	31	13	—	14	2	23	4	14	19	142
	Total	14	36	50	21	—	38	3	56	8	34	36	296
15 - 24	Varones	19	37	65	26	2	13	5	59	3	29	39	297
	Mujeres	52	35	153	36	1	21	15	121	3	65	41	543
	Total	71	72	218	62	3	34	20	180	6	94	80	840
25 - 44	Varones	62	89	219	95	10	19	3	133	5	64	65	764
	Mujeres	184	55	387	190	10	34	35	325	9	132	90	1.451
	Total	246	144	606	285	20	53	38	458	14	196	155	2.215
45 - 64	Varones	123	84	180	137	25	5	12	120	11	59	95	851
	Mujeres	232	46	254	269	34	6	18	255	2	100	106	1.322
	Total	355	130	434	406	59	11	30	375	13	159	201	2.173
65 y +	Varones	71	29	33	67	14	2	4	120	11	59	95	851
	Mujeres	147	26	81	118	24	6	5	83	7	31	49	577
	Total	218	55	114	185	38	8	9	125	17	38	96	903
Total	Varones	295	317	551	344	52	95	29	428	40	214	288	2.653 <sup>1</sup>
	Mujeres	630	216	938	635	70	114	76	844	28	369	338	4.258 <sup>2</sup>
	Total	926	533	1.489	980	122	209	105	1.272	68	583	626	6.913

1 Se incluye 1 varón NS edad.

2 Se incluye 1 mujer NS edad.

T A B L A 3

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO POR 1.000 ENCUESTADOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES. GRAN MENDOZA. REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE ENFERMEDADES	GRUPO DE EDAD Y SEXO														AMBOS SEXOS
	Menos de 10		10-14		15-24		25-44		45-64		65 y más		Totales		
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	
1. Aparato circulatorio .....	20.4	9.1	14.0	27.1	32.6	76.9	71.8	171.6	183.6	323.1	398.9	585.7	87.1	169.9	130.4
2. Aparato respiratorio .....	74.7	62.2	64.6	39.1	63.5	51.8	103.0	51.3	125.4	64.1	162.9	103.6	93.6	58.2	75.1
3. Aparato digestivo .....	47.5	48.5	53.4	93.4	111.5	226.3	253.5	361.0	268.6	353.8	185.4	322.7	162.7	252.9	209.8
4. Artrosis, artritis y reumatismo ..	14.9	13.7	22.5	39.1	44.6	53.2	109.9	177.2	204.5	374.7	376.4	470.1	101.6	171.3	138.1
5. Diabetes .....	1.4	1.5	—	—	3.4	1.5	11.6	9.3	37.3	47.4	78.7	95.6	15.3	18.9	17.2
6. Enfermedades parasitarias .....	43.5	50.1	67.4	42.2	22.3	31.1	22.0	31.7	7.5	8.3	11.2	23.9	28.0	30.7	29.4
7. Enfermedades génito-urinarias ..	5.4	1.5	2.8	6.0	8.6	22.2	3.5	32.6	17.9	25.1	22.5	19.9	8.6	20.5	14.8
8. Nerviosismo y angustia, insomnio y mentales .....	55.7	56.1	92.7	69.3	101.2	179.0	153.9	303.1	179.1	355.1	236.0	330.7	126.4	227.6	179.2
9. S.N.C. y órganos de los sentidos	9.5	4.5	11.2	12.0	5.1	4.4	5.8	8.4	16.4	2.8	56.2	27.9	11.8	7.6	9.6
10. Enfermedades alérgicas .....	47.5	41.0	56.2	42.2	49.7	96.2	74.1	123.1	88.1	139.3	39.3	123.5	63.2	99.5	82.1
11. Otras enfermedades crónicas....	34.0	50.1	47.8	57.2	66.9	60.6	75.2	84.0	141.8	147.6	264.0	195.2	85.0	91.1	88.2

) 125 (

TABLA 4

NUMERO DE PERCEPCIONES DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO. GRAN MEMDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

GRUPO DE EDAD Y SEXO		Ceguera	Sordera	Sordomudez	Retardo mental	Falta de un miembro o parte	Parálisis	Malformaciones	Heine-Medin	Epilepsia	Estrabismo	Total
— 10	Varón	—	—	—	6	—	1	6	1	—	1	15
	Mujer	—	2	—	2	1	1	6	—	1	3	16
	Total	—	2	—	8	1	2	12	1	1	4	31
10 - 14	Varón	1	1	—	5	—	1	6	—	—	2	16
	Mujer	—	—	—	4	—	—	6	—	—	1	11
	Total	1	1	—	9	—	1	12	—	—	3	27
15 - 24	Varón	—	1	—	4	3	3	12	—	—	2	25
	Mujer	1	1	—	1	1	2	5	2	1	1	15
	Total	1	2	—	5	4	5	17	2	1	3	40
25 - 44	Varón	—	1	1	2	5	5	11	—	2	1	28
	Mujer	1	5	—	3	7	3	8	1	1	2	31
	Total	1	6	1	5	12	8	19	1	3	3	59
45 - 64	Varón	3	9	1	1	8	2	5	1	—	—	30
	Mujer	—	2	1	—	6	4	10	1	—	2	26
	Total	3	11	2	1	14	6	15	2	—	2	56
65 y +	Varón	5	10	—	—	2	4	2	1	—	1	25
	Mujer	4	7	1	2	2	4	5	—	—	—	25
	Total	9	17	1	2	4	8	7	1	—	1	50
Total	Varón	9	22	2	18	18	16	42	5	2	7	139
	Mujer	6	17	2	12	17	14	40	2	3	9	124
	Total	15	39	4	30	35	30	82	7	5	16	263

TABLA 5

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN LA EDAD Y EL SEXO.  
TASAS POR 1.000 ENCUESTADOS. GRAN MENDOZA, REP. 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 .....	—	—	0.3	—	—	0.1	—	0.1	0.4	—	2.8	1.6	2.7	1.6	2.1
2. Sordera .....	—	0.3	0.3	—	0.2	0.1	0.1	0.5	1.3	0.3	5.6	2.8	6.5	4.6	5.5
3. Sordomudez .....	—	—	—	—	—	—	0.1	—	0.1	0.1	—	0.4	0.6	0.5	0.6
4. Retardo mental .....	0.8	0.3	1.4	1.2	0.7	0.1	0.2	0.3	0.1	—	—	0.8	5.3	3.2	4.2
5. Falta de 1 miembro .....	—	0.2	—	—	0.5	0.1	0.6	0.6	1.2	0.8	1.1	0.8	5.3	4.6	4.9
6. Parálisis .....	0.1	0.2	0.3	—	0.5	0.3	0.6	0.3	0.3	0.6	2.2	1.6	4.7	3.8	4.2
7. Malformaciones .....	0.8	0.9	1.7	1.8	2.0	0.7	1.3	0.7	0.7	1.4	1.1	2.0	12.4	10.8	11.5
8. Heine-Medin .....	0.2	—	—	—	—	0.3	—	0.1	0.1	0.1	0.6	—	1.5	0.5	1.0
9. Epilepsia .....	—	0.2	—	—	—	0.1	0.2	0.1	—	—	—	—	0.6	0.8	0.7
10. Estrabismo .....	0.1	0.4	0.5	0.3	0.3	0.1	0.1	0.2	—	0.3	0.6	—	2.1	2.4	2.2

T A B L A 6

CONSULTA MEDICA Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN PERCEPCION DE MORBILIDAD. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

PERCEPCION DE MORBILIDAD	CONSULTO MEDICO				NO CONSULTO MEDICO				T O T A L			
	Consumió medic.	No Consumió	S. E.	Total	Consumió medic.	No consumió	S. E.	Total	Consumió medic.	No Consumió	S. E.	Total
Enfermedad .....	788	73	—	861	1.281	549	1	1.831	2.069	622	1	2.692
Accidente .....	12	6	—	18	33	64	—	97	45	70	—	115
Enferm. y accidente.	53	7	—	60	67	29	1	97	120	36	1	157
Ni enferm. ni accid.	114	64	—	178	899	3.053	1	3.953	1.013	3.117	1	4.131
Sin especificar .....	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	2
<b>Total .....</b>	<b>967</b>	<b>150</b>	<b>—</b>	<b>1.117</b>	<b>2.280</b>	<b>3.697</b>	<b>3</b>	<b>5.980</b>	<b>3.247</b>	<b>3.847</b>	<b>3</b>	<b>7.097*</b>

\* Un caso no brindó información.

T A B L A 7

CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN LA CONSULTA MEDICA Y LA PERCEPCION DE MORBILIDAD. GRAN MENDOZA, REPUBLICA ARGENTINA, 1969

CONSUMO DE MEDICAMENTOS	PERCIBIO MORBILIDAD						NO PERCIBIO MORBILIDAD						T O T A L					
	Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumió .....	853	90.8	1.381	68.3	2.234	75.4	114	64.0	899	22.7	1.013	24.5	967	86.6	2.280	38.2	3.247	45.8
No consumió .....	86	9.2	642	31.7	728	24.6	64	36.0	3.053	77.3	3.117	75.5	150	13.4	3.695	61.8	3.845	54.2
<b>Total .....</b>	<b>939</b>	<b>100</b>	<b>2.023</b>	<b>100</b>	<b>2.962</b>	<b>100</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	<b>3.952</b>	<b>100</b>	<b>4.130</b>	<b>100</b>	<b>1.117</b>	<b>100</b>	<b>5.975</b>	<b>100</b>	<b>7.092*</b>	<b>100</b>

\* Seis casos no brindaron información.

TABLA 8

CONSUMO DE MEDICAMENTOS, CONSULTA MEDICA Y PERCEPCION DE MORBILIDAD. PORCENTAJES DEL TOTAL. GRAN MENDOZA, 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 .....	853	12.0	1.381	19.5	2.234	31.5	114	1.6	899	12.7	1.013	14.3	967	13.6	2.280	32.1	3.247	45.8
No consumió ..	86	1.2	642	9.0	728	10.3	64	0.9	3.053	43.0	3.117	43.9	150	2.1	3.695	52.1	3.845	54.2
Total .....	939	13.2	2.023	28.5	2.962	41.8	178	2.5	3.952	55.7	4.130	58.2	1.117	15.7	5.975	84.2	7.092	100.0

TABLA 9

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 MENDOZA, 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 .....	548	1.331	1	1.880	132	340	—	472	680	1.671	1	2.352
Accidente .....	9	75	—	84	—	9	—	9	9	84	—	93
Enferm. y accidente.	39	69	—	108	8	12	—	20	47	81	—	128
Ni enferm. ni accid.	44	2.709	1	2.754	7	916	—	923	51	3.625	1	3.677
Sin especificar .....	—	1	—	1	—	1	—	1	—	2	—	2
Total .....	640	4.185	2	4.827	147	1.278	—	1.425	787	5.463	2	6.252

T A B L A 10

LIMITACION DE ACTIVIDAD, CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y REPOSO EN CAMA SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD EN LOS ENCUESTADOS MAYORES DE 6 AÑOS. GRAN MENDOZA, 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 .....	391	39	—	430	181	68	—	249	572	107	—	679
Accidente .....	3	—	—	3	3	3	—	6	6	3	—	9
Enferm. y accidente.	19	5	—	24	17	6	—	23	36	11	—	47
Ni enferm. ni accid.	4	8	—	12	18	21	—	39	22	29	—	51
Sin especificar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total .....	417	52	—	469	219	98	—	317	636	150	—	786

T A B L A 11

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 MENDOZA, 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 .....	227	203	—	430	81	168	—	249	308	371	—	679
Accidente .....	2	1	—	3	1	5	—	6	3	6	—	9
Enferm. y accidente.	15	9	—	24	9	14	—	23	24	23	—	47
Ni enferm. ni accid.	4	8	—	12	4	35	—	39	8	43	—	51
Sin especificar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total .....	248	221	—	469	95	222	—	317	343	443	—	786

### III. UTILIZACION DE RECURSOS

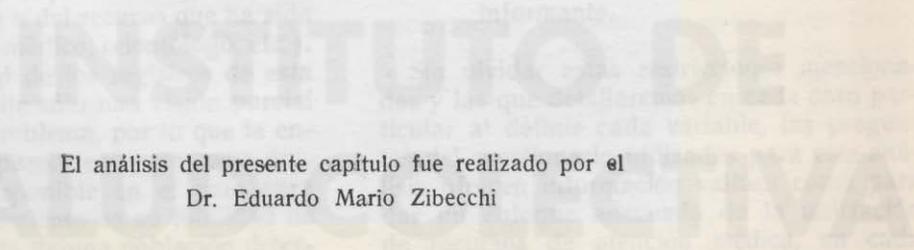
El análisis sobre la utilización de recursos de atención médica tendrá relación a la demanda de atención médica atendida, es decir que no se investiga en este estudio la demanda no atendida que resulta de la negativa de un individuo de recibir atención médica y su consecución. Se analiza, en cambio, en el capítulo referente a morbilidad, la participación de enfermedad en relación a haber recibido atención médica.

Con referencia a los criterios estadísticos sobre necesidad de atención médica, ninguno será analizado en este capítulo. El concepto es decir necesidad desde el punto de vista del individuo, porque el cuestionario no ha diseñado para medir y el segundo, analizado desde el punto de vista profesional, se analiza en el capítulo de "Evaluación Clínica".

El hecho de que las variables se miden por la "manifestación por parte del encuestado de haber hecho o no de un período de trabajo" en un período determinado, tiene algunas limitaciones, particularmente al respecto de la recolección de información:

- Situación especial creada por la existencia
- Exclusión del estudio de aquellas personas que en el momento de la entrevista se encuentran hospitalizadas.
- Olvido o problema de ubicación del individuo en el período de referencia por el cual se pregunta.
- Posible afirmación de la realidad cuando la encuesta se efectuó por informantes.

El análisis del presente capítulo fue realizado por el Dr. Eduardo Mario Zibecchi



## 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, como condición económica y pauta de conducta, que influye sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial misma que condiciona a la población en la utilización de los mismos y en cierta forma regula 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 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 concretarla. Se analiza, en cambio, en el capítulo referente a morbilidad, la percepción de enfermedad en relación a haber 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 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 aquellos grupos que presentan características diferenciales en la utilización de limitar 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 dos 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 "número 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 al menos un medicamento.

Cada uno de los grupos mencionados serán analizados 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, la variable afiliación será tratada especialmente por la importancia que reviste en la utilización de los recursos de atención médica.

A continuación se hará un breve detalle de las características 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

1 - 4

5 - 14

15 - 24

25 - 34

35 - 44

45 - 64

65 y más

4 y menos

5 - 44

14 y menos

5 - 44

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. 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.

Nivel II: 5, 6 y 7.

Nivel III: 8, 9, 10 y 11,

que corresponde en pesos moneda nacional a:

Nivel I: hasta 12.000.

Nivel II: 12.001 a 22.000.

Nivel III: desde 22.001,

## 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 de salud. Es importante también conocer cómo se relaciona el hecho de estar o no afiliado con otras características sociales de la población.

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 la protección de riesgos específicos dada por algunos seguros de trabajo.

Las instituciones que brindan cobertura de atención médica se caracterizan 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 laboral. 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., administrados en forma privada sin intervención del Estado. Esta categoría incluye los seguros de fábrica o laborales.

El análisis buscará determinar la situación 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.

## ANALISIS INDICADORES DE AFILIACION

La mitad de la población del área Mendoza, Gran Mendoza, manifestó estar cubierta por algún sistema de seguro de atención médica. Situación que se mantiene para ambos sexos, aunque la proporción de varones cubiertos es ligeramente mayor.

CUADRO 1

POBLACION ENCUESTADA SEGUN  
CONDICION DE AFILIACION  
Y SEXO (%)

AFILIACION	SEXO		
	Mujer	Varón	Total
No afiliados .....	50.1	49.1	49.7
Afiliados .....	49.9	50.9	50.3
	100.0	100.0	100.0
Total .....	n:3.697	n:3.374	n:7.071

Por esto se puede manifestar que el sexo no es determinante del hecho de estar protegido o no por un seguro de atención médica.

Si se analizan aquellas que están cubiertas por el tipo de institución que los protege, tampoco se advierten diferencias entre el sexo masculino y femenino,

**CUADRO 2**  
**POBLACION DE AFILIADOS (%) SEGUN TIPO**  
**DE COBERTURA Y SEXO**

TIPO DE COBERTURA	S E X O		
	Mujer	Varón	Total
Obras sociales .....	22.0	24.8	23.3
Seguros privados ...	25.8	24.1	25.0
Ambos tipos de cobertura .....	1.8	1.8	1.8
Desconoce cobertura.	0.3	0.2	0.2
Sin cobertura .....	50.1	49.1	49.7
	100.0	100.0	100.0
Total .....	n:3.697	n:3.374	n:7.071

Como se puede observar, hay diferencias no muy significativas: mayor proporción de protección en las mujeres por seguros privados, ya que se puede estimar que aproximadamente la mitad de los cubiertos están dados por un lado por obras sociales, y por el otro por los seguros privados.

Si a la situación de estar o no cubierto por un seguro se lo analiza por edad, se observa obviamente lo que significa pertenecer a la población económicamente activa para estar afiliada o no.

**CUADRO 3**  
**PROPORCION DE AFILIADOS (%) SEGUN**  
**EDAD Y SEXO**

E D A D	S E X O		
	Mujer	Varón	Total
Menos de 1 año ....	35.0	31.1	33.1
1 - 4 años .....	40.2	39.6	39.9
5 - 14 " .....	46.9	50.1	48.6
15 - 24 " .....	44.9	42.5	43.8
25 - 34 " .....	54.9	52.3	53.6
35 - 44 " .....	55.4	58.3	56.6
45 - 64 " .....	55.2	60.8	57.9
65 y más años .....	47.4	50.5	48.6
Total .....	49.9	50.9	50.3

Hecho que se mantiene para ambos sexos, ya que en las dos se presentan los individuos entre 25 y 64 años como los más protegidos.

Si a la condición de estar afiliados o no se la analiza por el nivel ocupacional de la población, se encuentra que, a mayor nivel ocupacional, mayor es la proporción de individuos protegidos por un sistema de atención médica, con independencia de que la respuesta a la entrevista haya sido personal o por informante.

Dentro de las personas no activas las que presentaron mayor cobertura son: los jubilados y pensionados con un 63.4 % de cubiertas, los estudiantes con un 55.5 % y las amas de casa con un 52.8 %.

Si en la población cubierta se estudia el grado de utilización de los servicios ofrecidos, se encuentra una utilización diferencial según el tipo de recurso.

Se observa cuáles son los recursos que nunca utilizaron: prótesis, internación, odontología y consulta médica domiciliaria, que son aquellos recursos que menos han sido afectados por los seguros, a excepción de internación, cuya utilización es más accidental y ocasional.

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.

Para cada uno de estos servicios, las respuestas posibles serán:

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 con la manifestación de los encues-

CUADRO 4

PROPORCION (%) DE PERSONAS AFILIADAS SEGUN GRADO DE UTILIZACION DE LOS DISTINTOS RECURSOS CUBIERTOS

TIPO DE RECURSOS	GRADO DE UTILIZACION			
	Nunca utiliz.	Alguna vez	No lo cubre	Total
Consultorio médico .....	24.9	74.6	0.5	100.0 n : 3.412
Consulta domiciliaria .....	59.0	37.4	3.6	100.0 n : 3.409
Consulta odontológica .....	60.5	37.1	2.4	100.0 n : 3.407
Internación .....	64.8	33.2	2.0	100.0 n : 3.412
Laboratorio y radiología ....	46.0	53.1	0.9	100.0 n : 3.408
Medicamentos .....	35.8	59.1	5.1	100.0 n : 3.406
Prótesis .....	83.6	12.9	3.5	100.0 n : 3.393

tados, las obras sociales a las que están afiliados 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 en general mayor que en las obras sociales.

curso que no la ofrecen, se encuentra a las obras sociales cubriendo menos odontología y consulta domiciliaria. Y a los seguros privados con menor protección en internación, consulta médica externa; servicios auxiliares de diagnóstico y prótesis. El recurso más desprotegido en ambos tipos de cobertura son los medicamentos.

CUADRO 5

PROPORCION (%) DE AFILIADOS QUE NO CUENTA CON SERVICIOS SEGUN TIPO DE COBERTURA Y TIPO DE INGRESO

TIPO DE RECURSOS	TIPO DE COBERTURA	
	Obras Sociales	Seguros Privados
Consultorio médico ...	0.2	1.6
Consulta domiciliaria ..	4.5	3.7
Consulta odontológica .	3.5	1.6
Internación .....	1.2	4.2
Laboratorio y radiología	0.3	2.0
Medicamentos .....	5.9	5.0
Prótesis .....	3.2	4.5

Si la diferencia entre obras sociales y seguros privados se analiza por aquellos re-

RESUMEN

En el área Mendoza y Gran Mendoza:

- La mitad de la población está protegida por algún sistema de seguro de atención médica.
- La población es cubierta por partes iguales por las obras sociales y por los seguros privados.
- La población de 25 a 64 años tiene mayor protección.
- Los niveles ocupacionales altos tienen mayor protección.
- Los recursos cubiertos menos utilizados son: prótesis, internación,

consulta odontológica y consulta médica domiciliaria.

- Los recursos menos cubiertos son: medicamentos, consulta médica domiciliaria y prótesis.
- Las obras sociales cubren menos la consulta médica domiciliaria y la consulta odontológica; en cambio, los seguros privados cubren menos internación y medios auxiliares de diagnóstico.

## CONSULTA MEDICA

En este tema, se desarrolla el estudio de 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 tomado contacto 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 los siguientes indicadores:

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 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 área Mendoza y Gran Mendoza, la estimación de la tasa de consultantes en dos semanas es de 15.7 % y la estimación del número de consultantes, según la población del Censo de 1970, es de 71.281 en el mismo período.

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 le suman 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 quizás con mayor justificación.

El valor hallado es de 69.39. Referido a la población total del área Mendoza y Gran Mendoza (1970) significa que aproximadamente más de  $\frac{2}{3}$  de la misma, o sea 315.042 individuos, tomaron contacto con el médico al menos una vez en el período de 1 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 en el período de dos semanas (pregunta 23) y se

lo refiere al año multiplicándolo por 26 (períodos de dos semanas en 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 6.29 consultas por persona por año. Si se proyecta esta cifra a la población del área Mendoza y Gran Mendoza para 1970, se estima que el recurso de atención médica ambulatoria realiza 2.855.767 consultas en el año.

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 1.54.

5. *Concentración o promedio de consultas por consultante en un año:* Es el cociente entre el número de consultas anuales (obtenido de acuerdo al numerador del estimador presentado en el punto 3) y el número de consultantes en el año. La cifra obtenida es de 9.1.

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 1.3.

#### ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

El estudio poblacional caracteriza a los individuos del área Mendoza y Gran Mendoza según edad, sexo, nivel de ingreso y afiliación a algún sistema de cobertura de atención médica, que al introducirla en el análisis de la consulta médica permite delimitar a aquellos grupos de personas que presentan una conducta diferenciada en la utilización de este recurso.

#### PROPORCIÓN DE CONSULTANTES

Cuando se toma edad como característica de población, se presentan los grupos de edades extremas con la más alta proporción de consultantes.

Se presenta una curva con convexidad inferior cuyos valores más altos se dan en los grupos de edades menores, que desciende hasta los 24 años donde se utiliza y continúa ligeramente ascendente.

CUADRO 6

TASA DE CONSULTANTES (%) EN PERIODO DE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS Y EN EL ÚLTIMO AÑO

PERIODO DE REFERENCIA	E D A D							
	Menos de 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +
2 semanas ....	40.6	22.4	13.9	11.8	13.4	14.5	16.4	21.5
1 año .....	96.8	84.6	66.9	64.9	65.5	68.1	67.0	77.9

El fenómeno de estas dos tendencias se puede resumir a fines de simplificación. Tomando tres grandes grupos de edad, que aún ocultando la magnitud de la demanda específica de los menores del año permite para

grandes grupos de población del área Mendoza y Gran Mendoza observar la demanda diferencial de la población según la edad de los individuos.

CUADRO 7  
TASA DE CONSULTANTES (%) EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO PARA GRANDES GRUPOS DE EDAD

E D A D	PERIODO DE REFERENCIAS	
	2 semanas	1 año
4 años y menos .....	26.4	87.3
5 - 44 años .....	13.3	66.3
45 y más años .....	17.5	69.6
Total .....	15.7	69.3

La simplicidad de esos cortes de población sigue mostrando la probabilidad diferencial que presentan las edades extremas en tomar contacto con un médico, cualquiera sea el período de referencia observado.

Al introducir el sexo como característica diferencial de la población, se observa que las tasas globales por sexo son diferenciales, las mujeres en ambos períodos de referencia presentan una probabilidad mayor de consultar al médico.

CUADRO 8  
PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN SEXO EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS Y EN UN AÑO

PERIODO DE REFERENCIA	S E X O		
	Mujer	Varón	Total
2 semanas .....	17.2	14.2	15.7
1 año .....	72.7	65.5	69.3

Si se controla por grandes grupos de edad, se observa que para el período de dos semanas, para todos los grupos de edad, la probabilidad es más alta en las mujeres, mucho más marcada cuanto mayor es la edad.

CUADRO 9  
PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN EDAD Y SEXO PARA LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

E D A D	S E X O	
	Mujeres	Varones
14 años y menos .....	19.0	17.4
15 - 44 años .....	14.8	11.1
45 y más años .....	19.4	15.2
Total .....	17.2	14.2

Igual relación entre las tasas de los sexos se presenta para el período de un año, manteniéndose además la regularidad de que a mayor edad mayor es la diferencia de proporciones.

CUADRO 10  
PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN EDAD Y SEXO PARA EL ULTIMO AÑO

E D A D	S E X O	
	Mujeres	Varones
14 años y menos .....	74.8	73.0
15 - 44 años .....	70.3	61.0
45 y más años .....	75.2	63.2
Total .....	72.7	65.5

Es decir que con independencia de los grupos de edad tomados y los períodos de referencia observados, siempre es mayor la probabilidad de consultar al médico en las mujeres.

Cuando se toma como característica socioeconómica de la población el estar o no afiliado o protegido por un sistema de atención médica, se observa que tanto en las dos últimas semanas como en el último año la proporción de consultantes es más alta en los afiliados.

CUADRO 11  
TASA DE CONSULTANTES (%) SEGUN AFILIACION Y PERIODO DE REFERENCIA

AFILIACION	PERIODO DE REFERENCIA	
	2 semanas	1 año
Afiliados .....	17.9	73.4
No afiliados .....	13.6	65.2
Total .....	15.7	69.2

Esto condicionaría que el estar protegido por algún sistema de atención médica da una mayor propensión a la consulta ambulatoria. Este hecho presentado como hipótesis aún se mantiene para los distintos niveles de ingreso.

CUADRO 12

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN AFILIACION A ALGUN SISTEMA DE ATENCION MEDICA Y NIVEL DE INGRESO. EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS Y EN EL ULTIMO AÑO

NIVEL DE INGRESO	PERIODO DE REFERENCIA			
	2 semanas		1 año	
	Afiliados	No afiliados	Afiliados	No afiliados
I .....	15.5	13.9	72.2	64.9
II .....	18.1	11.5	72.8	63.1
III .....	20.7	14.7	76.5	70.3
Total ....	17.9	13.6	73.4	65.2

Al tomar como período de referencia las dos últimas semanas se observa que en los niveles de ingresos más altos es mayor la diferencia para los afiliados; en cambio en el último año la diferencia muestra regularidad entre los distintos niveles de ingreso. Si se toma el estar cubierto o afiliado como una característica social y al controlar por nivel de ingreso (que es también atributo social), se comprueba que la propensión al uso de consulta médica que da el estar afiliado es en cierta magnitud independiente del nivel social que da el ingreso.

Si se toma aisladamente el nivel de ingreso como clasificación de población, se observa que para ambos períodos de referencia, a mayor nivel de ingreso más alta es la proporción de consultantes, como si hubiera una asociación directa entre ambas condiciones.

CUADRO 13

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN NIVEL DE INGRESO Y PERIODO DE REFERENCIA

NIVEL DE INGRESO	PERIODO DE REFERENCIA	
	2 semanas	1 año
I .....	14.5	67.7
II .....	15.5	69.0
III .....	18.3	73.9
Total .....	15.7	69.3

Todo esto permite arriesgar como hipótesis de trabajo, que es más condicionante para la probabilidad de ser consultante la accesibilidad económica al recurso que la necesidad del uso del mismo por morbilidad influenciada por bajos niveles de vida.

Esta situación se mantiene con cierta regularidad para los distintos grupos de edad, a excepción de los mayores de 44 años de edad al tomar como período de referencia las dos últimas semanas.

CUADRO 14

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN NIVEL DE INGRESO 4 GRUPOS DE EDAD, EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

NIVEL DE INGRESO	GRUPOS DE EDAD			
	Menos de 1 año	Menos de 5 años	5 - 44 años	45 y más años
I .....	34.7	21.8	11.9	19.2
II .....	42.9	27.2	14.1	15.4
III .....	52.6	42.5	15.6	18.8
Total ....	40.6	26.4	13.3	17.5

Al tomar como variable condicionante de la consulta el motivo de la misma, se observa que en el área de Mendoza y Gran Mendoza el 87.9 % de los consultantes en las dos últimas semanas concurren por un problema de patología que podía haberse iniciado o no en el período de referencia.

La proporción global de 12.1 % que consultan por control de salud es diferencial para las poblaciones según condición de afiliación y nivel de ingreso.

CUADRO 15

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN AFILIACION A ALGUN SISTEMA DE ATENCION MEDICA Y MOTIVO DE LA CONSULTA, EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS

AFILIACION	MOTIVO DE LA CONSULTA	
	Consultantes por patología	Consultantes por control de salud
Afiliados .....	85.0	15.0
No afiliados .....	91.7	8.3
Total .....	87.9	12.1

La situación de estar protegido o afiliado condiciona a que la proporción de consultantes por control de salud es aproximadamente el doble de los no afiliados.

De igual manera los niveles de ingreso más altos presentan una mayor proporción de consultantes por control de salud.

CUADRO 16

PROPORCIÓN DE CONSULTANTES (%) SEGUN NIVEL DE INGRESO Y MOTIVO DE LA CONSULTA. EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS

AFILIACION	NIVEL DE INGRESO	
	Consultantes por patología	Consultantes por control de salud
I .....	89.7	10.3
II .....	89.9	10.1
III .....	82.7	17.3
Total .....	87.9	12.1

Este hecho indica cierta referencia a las categorizaciones sociales como condicionantes de recibir una consulta médica por patología percibida o no.

CONCENTRACION DE CONSULTAS

Una vez analizada la probabilidad diferencial de la población de consultar, interesa juntamente observar la densidad o intensidad que los distintos grupos demandan consulta médica atendida. Esta relación entre el número de consultas y de consultantes es lo que se denomina "concentración" de consultas en los consultantes en las dos semanas.

La tendencia de la curva para los distintos grupos de edad es irregular, pero también los valores son altos en las edades extremas. La irregularidad es marcadamente para el grupo de 25-34 años, que presenta una alta concentración de consultas.

CUADRO 17

CONCENTRACION DE CONSULTAS MEDICAS EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	CONCENTRACION DE CONSULTAS
Menos de 1 año .....	2.05
1 - 4 años .....	1.44
5 - 14 " .....	1.40
15 - 24 " .....	1.50
25 - 34 " .....	1.73
35 - 44 " .....	1.48
45 - 64 " .....	1.50
65 y más años .....	1.61
Total .....	1.54

A efectos de mayor simplicidad si se agrupan las categorías de edad, si se aumenta cierta regularidad.

CUADRO 18

CONCENTRACION DE CONSULTAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	CONCENTRACION DE CONSULTAS EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS
Menos de 5 años ....	1.64
5 - 44 años .....	1.55
45 y más años .....	1.53
Total .....	1.54

En el área Mendoza y Gran Mendoza se puede arriesgar como hipótesis de que a mayor edad menor es la concentración de consultas.

Al introducir la variable sexo para el estudio diferencial de la concentración de consultas se observa una más alta razón para los varones. Hecho que se da irregularmente en los distintos grupos de edad.

CUADRO 19

## CONCENTRACION DE CONSULTAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	S E X O	
	Mujeres	Varones
Menos de 1 año .....	2.03	2.10
1 - 4 años .....	1.47	1.40
5 - 14 „ .....	1.44	1.36
15 - 24 „ .....	1.51	1.48
25 - 34 „ .....	1.34	2.54
35 - 44 „ .....	1.36	1.64
45 - 64 „ .....	1.41	1.64
65 y más años .....	1.94	1.23
Total .....	1.48	1.60

Al introducir las variables sociales como afiliación, nivel de ingreso, se observa que:

CUADRO 20

## CONCENTRACION DE CONSULTAS SEGUN NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

NIVEL DE INGRESO	AFILIACION		
	Afiliados	No afiliados	Total
I .....	1.70	1.60	1.65
II .....	1.48	1.32	1.44
III .....	1.55	1.38	1.49
Total .....	1.56	1.50	1.54

Los afiliados tienen una mayor concentración de consultas, característica que se mantiene para los distintos niveles de ingreso; esto se da con regularidad; en cambio, tomando nivel de ingreso como un atributo aislado no se presentan regularidades, pero sí que el nivel de ingreso más bajo es el que presenta la concentración más alta.

Cuando la concentración se la analiza según lugar-efector de la consulta, se presentan los consultorios de instituciones oficiales y los de obras sociales volcando la mayor concentración de consultas sobre sus consultantes.

CUADRO 21

## CONCENTRACION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR EFECTOR

LUGAR EFECTOR	CONCENTRACION DE CONSULTAS EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS
Consultorio particular .....	1.29
Domicilio del paciente .....	1.37
Consultorios instituc. privadas .	1.40
Consultorios instituc. oficiales .	1.59
Consult. obras soc. y mutuales .	1.58
Otros .....	1.23

El consultorio particular es el lugar con menor concentración de consultas. La categoría "otros" es irrelevante ya que engloba situaciones no homogéneas como consulta telefónica, en lugar laboral, escolar, etcétera.

De la relación entre las consultas anuales, estimadas a partir del número de consultas de las dos últimas semanas y la población, se llega al conocimiento de la magnitud de consultas que demandará la población en el período de un año. Esta razón está influenciada por la tasa de consultantes o probabilidad de consultar, que tienen los distintos grupos de la población, por la concentración de consultas. De tal forma se corresponde con ambas en conjunto.

Cuando se analiza por edad se encuentran tendencias semejantes a las tasas de consultantes y a la concentración, es decir razones altas en los grupos de edad extrema.

CUADRO 22

## RAZON CONSULTAS PERSONA / AÑO SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	RAZON CONS. PERS. AÑO	GRUPOS DE EDAD	RAZON CONS. PERS. AÑO
Menos de 1 año	21.6	Menores de 5 años .....	11.3
1 - 4 años .	8.4	5 - 44 años ..	5.2
5 - 14 „ .	5.1		
15 - 24 „ .	4.6		
25 - 34 „ .	6.0		
35 - 44 „ .	5.6		
45 - 64 „ .	6.4	45 y más años	7.0
65 y más años	9.0		
Total .....	6.3	Total .....	6.3

Con la irregularidad que presenta el grupo de 25 a 34 años de edad por su alta concentración. Para calcular el número de consultas que son entregadas a cada grupo se debe multiplicar la razón por el tamaño de la población de cada grupo de edad que reside en el área.

Cuando se introduce la variable sexo, se observan razones más altas para las mujeres, que se mantienen para los distintos grupos de edad.

CUADRO 23

RAZON CONSULTAS PERSONA/AÑO SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
14 y menos años ..	7.6	6.8	7.2
15 - 44 años .....	5.4	5.2	5.3
45 y más años ....	7.8	5.9	7.0
Total .....	6.6	5.9	6.3

La mayor concentración de consultas que presentan los varones en algunos grupos de edad no alcanza a equilibrar la mayor probabilidad de consultas que presentan las mujeres a cualquier edad.

Al tomar como variable condicionante la afiliación y el nivel de ingreso se observa lo siguiente:

CUADRO 24

RAZON CONSULTAS PERSONA/AÑO SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	AFILIACION		
	Afiliados	No afil.	Total
I .....	6.8	6.1	6.4
II .....	7.0	4.0	5.8
III .....	8.3	5.2	7.1
Total .....	7.3	5.3	6.3

Los afiliados, por su mayor probabilidad de consultar y mayor concentración de consultas, presentan una razón significativamente

te más alta, condición que se mantiene en los distintos niveles de ingreso, más marcada en los niveles de ingresos altos.

Al analizar separadamente el nivel de ingreso se encuentra cierta irregularidad dado que el nivel de ingreso más bajo aun teniendo la menor probabilidad de consultar por su alta concentración de consultas, tiene una razón : consultas persona/año intermedia entre los niveles III y II.

Esto indica que en proporción se realizan muchas más consultas a la población afiliada a algún sistema de atención médica y a los niveles de ingresos extremos de la sociedad del área Mendoza y Gran Mendoza.

Si en el estudio de las consultas persona/año se introduce la variable lugar-efector, no sólo ha de presentarse la razón por lugar sino también la proporción de consultas que corresponde a cada lugar.

CUADRO 25

RAZON CONSULTAS PERSONA/AÑO Y PROPORCION CONSULTAS SEGUN LUGAR-EFECTOR

LUGAR EFECTOR	RAZON CONSULTAS PERSONA/AÑO	PROPORCION DE CONSULTAS (%)
Consultorio particular .	1.63	25.9
Domicilio del paciente .	0.88	14.0
Cons. instituc. privadas.	0.37	5.9
Cons. instituc. oficiales .	1.58	25.0
Consult obras sociales y mutuales .....	1.33	21.1
Otro lugar .....	0.50	8.1
Total .....	6.29	100.0

Las proporciones indican cómo se distribuyen las consultas por lugar, mientras que la razón permite un cálculo directo del total de consultas por lugar, conociendo el tamaño de la población.

Se observa que aproximadamente la cuarta parte de las consultas se atienden en consultorio particular y otra cuarta parte en los consultorios de instituciones oficiales; en obras sociales y mutuales se brindan 1 de cada 5 consultas del área. Estos tres lugares

cubren el 70 % de las consultas. Es llamativa la baja demanda atendida por las instituciones privadas en la consulta médica: sólo 1 de cada 20 consultas. Entre el consultorio particular y el domicilio de los pacientes se cubren el 40 % de las consultas.

Es importante analizar si este flujo o ca-

nalización de consultas por lugar se da uniformemente a la población, o si selectivamente hay una asociación entre grupos de la población y lugar-efector. Si se toma para esto a la población por sus categorizaciones sociales: afiliación y nivel de ingreso, se observa en el caso de afiliación lo siguiente:

CUADRO 26

RAZON CONSULTAS PERSONA/AÑO Y PROPORCION DE CONSULTAS POR LUGAR SEGUN AFILIACION

LUGAR EFECTOR	AFILIACION			
	AFILIADOS		NO AFILIADOS	
	Razón consultas persona/año	Proporción de consultas (%)	Razón consultas persona/año	Proporción de consultas (%)
Consultorio particular .....	1.74	23.9	1.52	28.6
Domicilio del paciente .....	1.18	16.2	0.58	10.9
Consultorios instituciones privadas ..	0.49	6.7	0.26	4.9
Consultorios instituciones oficiales ..	0.88	12.2	2.24	42.3
Consult. obras sociales y mutuales .	2.47	34.0	0.18	3.5
Otro lugar .....	0.51	7.0	0.52	9.8

Los afiliados aproximadamente reciben 1/3 de sus consultas en los consultorios de obras sociales y mutuales y mayor proporción de consultas domiciliarias que los no afiliados. Los no afiliados tienen 4 de cada 10 consultas en instituciones públicas y una mayor proporción de consultas en consultorio particular que los afiliados.

Lo que significa que la afiliación da una cierta diferencia en la accesibilidad social o

condicionamiento para que los individuos sean atendidos en determinado lugar. Los afiliados reciben la mitad de sus consultas entre consultorio de obra social o mutual y consulta domiciliaria, y los no afiliados toman la mitad de sus consultas en instituciones públicas y consulta domiciliaria.

Cuando se clasifica a la población por los niveles de ingreso se observa una relación entre la posición social y el lugar de atención.

CUADRO 27

RAZON CONSULTAS PERSONA/AÑO SEGUN NIVEL DE INGRESO Y LUGAR-EFECTOR DE LA CONSULTA

LUGAR EFECTOR	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	Total
Consultorio particular .....	1.0	1.8	2.8	1.6
Domicilio del paciente .....	0.7	0.7	1.5	0.9
Consultorios instituciones privadas ..	0.3	0.5	0.5	0.4
Consultorios instituciones oficiales ..	2.5	0.7	0.6	1.6
Consult. obras sociales y mutuales .	1.1	1.8	1.1	1.3
Otro lugar .....	0.6	0.3	0.6	0.5

Se observa que a mayor nivel de ingreso, mayor es el número de consultas en consultorio particular, y a menor nivel de ingreso, mayor es el número de consultas en instituciones públicas. Los niveles de ingresos más altos (III) presentan mayor demanda

atendida de consulta domiciliaria, y los niveles medios (II) en los consultorios de obras sociales y mutuales.

Al analizar cómo se distribuyen los lugares-efectores dentro de cada nivel de ingreso se encuentra lo siguiente:

CUADRO 28

PROPORCION DE CONSULTAS (%) POR LUGAR-EFECTOR DENTRO DE CADA NIVEL DE INGRESO

LUGAR EFECTOR	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	Total
Consultorio particular .....	16.9	31.0	38.8	25.9
Domicilio del paciente .....	10.8	11.9	20.9	14.0
Consultorios instituciones privadas ..	4.3	8.4	6.6	5.9
Consultorios instituciones oficiales ..	40.6	12.1	8.7	25.0
Consult. obras sociales y mutuales .	17.6	31.8	15.8	21.1
Otro lugar .....	9.8	4.8	9.2	8.1
	100.0	100.0	100.0	100.0
Total .....	(746)	(462)	(392)	(1.718)

Donde se observa igual hecho al anterior en que 6 de cada 10 consultas se dan a nivel I en consultorio de instituciones oficiales y de obra social; al nivel II en consultorio de obra social y consultorio particular; al nivel III en consultorio particular y consulta domiciliaria. Es de notar que con independencia del nivel de ingreso la irrelevante im-

portancia de las instituciones privadas en la demanda atendida dé este recurso.

Si dentro del mismo análisis se separa la proporción de consultas a personas de los distintos niveles de ingreso dentro de cada lugar-efector, se observa lo siguiente, con la aclaración de que siempre deben ser comparadas estas cifras con las proporciones de cantidad de población por nivel.

CUADRO 29

PROPORCION DE CONSULTAS (%) PARA CADA NIVEL DE INGRESO DENTRO DE LUGAR-EFECTOR

LUGAR EFECTOR	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	Total
Consultorio particular .....	29.9	33.9	36.2	100.0 (421)
Domicilio del paciente .....	37.1	25.2	37.7	100.0 (218)
Consultorios instituciones privadas ..	32.9	40.2	26.9	100.0 (97)
Consultorios instituciones oficiales ..	77.1	14.3	8.6	100.0 (393)
Consult. obras sociales y mutuales .	38.5	43.3	18.2	100.0 (340)
Otro lugar .....	55.7	16.8	27.5	100.0 (131)
Población encuestada según ingreso	46.9	31.4	21.7	100.0 (6.634)

Se vuelve a observar el mismo hecho: el predominio del nivel I en consultorios públicos; del nivel II en obras sociales y mutuales e instituciones privadas; nivel III en consultorio particular y domicilio de pacientes.

Si en cambio de lugar-efector se analiza la forma de pago o financiación de la consulta, se encuentra otra línea de conocimiento de la forma de demanda atendida de consulta médica. Para esto se han definido las siguientes categorías con las limitaciones que se estudian en el capítulo de gasto.

### 1. Público

Comprende las prestaciones que son financiadas por el Estado, o sea aquellas que se brindan en instituciones dependientes de la administración nacional, provincial o municipal.

### 2. Obras sociales

Comprende las prestaciones financiadas, total o parcialmente, por obras sociales, independientemente del lugar en donde aquéllas se presten. Por obras sociales se entiende a los organismos de acción social sin fines de lucro, financiadas por el aporte obligatorio de sus afiliados, administrados por el Estado, los sindicatos o ambas 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 administrados en forma privada, sin intervención del Estado.

### 4. Privado sin cobertura

Comprende las prestaciones pagadas en su totalidad por los usuarios, realizadas en instituciones privadas o en los consultorios particulares de los médicos.

Para este estudio se excluyen las consultas de la categoría "otro lugar" y las de domicilio pacientes por imposibilidad metodológica de categorizarlas.

Si se analiza la distribución de las consultas según el lugar-efector, se observa que más de la mitad de las mismas se realizan en el sector privado.

CUADRO 30  
PROPORCION (%) DE CONSULTAS MEDICAS  
SEGUN EL LUGAR-EFECTOR DE  
LAS MISMAS

LUGAR - EFECTOR	PROPORCION %
Público .....	32.1
Obra social .....	13.8
Consultorio privado .....	33.2
Institución privada .....	20.9
	100.
Total .....	(n: 1.339)

El sector público origina  $\frac{1}{3}$  del total de las consultas externas, siendo menos relevantes los consultorios propios de obras sociales. En esta distribución están excluidas las consultas domiciliarias, por desconocer sus efectores, si en cambio para la consulta domiciliaria se conoce su cobertura.

CUADRO 31  
PROPORCION (%) DE CONSULTAS DOMICILIARIAS  
SEGUN COBERTURA Y TIPO  
DE COBERTURA

COBERTURA	PROPORCION %
Por obra social .....	24.2
Por prepago privado .....	11.4
Sin cobertura .....	64.4
	100.0
Total .....	(n: 236)

Las dos terceras partes de las consultas domiciliarias aparecen sin cobertura y dentro de las cubiertas es mayor la protección dada por las obras sociales. Una de cada cuatro consultas domiciliarias es cubierta por obras sociales.

Si se estudia la distribución de las consultas según su sistema de financiación, aparece el sector público financiando aproximadamente  $\frac{1}{3}$  de las consultas, es decir, de igual manera a su rol como efector.

CUADRO 32

PROPORCION (%) DE CONSULTAS MEDICAS  
SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION

SISTEMA DE FINANCIACION	PROPORCION %
Público .....	32.2
Obra social .....	21.0
Privado con cobertura .....	17.4
Privado sin cobertura .....	29.4
100.0	
Total .....	(n: 1.335)

Las obras sociales, al igual que en otros recursos, cumplen un papel de mayor importancia como financiadoras que como efectores, canalizando financieramente al sector privado. Privadamente se financia casi la mitad de las consultas médicas del área en sus dos terceras partes aproximadamente por pago directo de la población.

RESUMEN CONSULTA MEDICA

- Para cualquier período de referencia las edades extremas presentan una proporción mayor de consultantes.
- Para cualquier período de referencia el sexo femenino presenta una tasa más alta de consultantes.
- Para cualquier período de referencia la población cubierta por algún seguro de atención médica presenta una proporción mayor de consultantes que los no afiliados.
- Para cualquier período de referencia a mayor nivel de ingreso de la población más alta es la tasa de consultantes.
- Aproximadamente 9 de cada 10 consultantes tienen como motivo un proceso mórbido, en los afiliados y en los no afiliados, y en los que tienen niveles de ingreso más altos aumenta la proporción de consultantes por un control de salud.
- Las edades menores presentan una mayor "concentración" de consultas en las últimas dos semanas.

- Los cubiertos por algún seguro de atención médica presentan una mayor concentración de consultas.
- Las edades extremas presentan una razón consultas/personas año mayor.
- El sexo femenino, la población afiliada y la de niveles de ingreso más altos presentan una más alta razón consulta/persona año.
- Los consultorios particulares brindan aproximadamente una cuarta parte de las consultas del área a igual que los consultorios de instituciones oficiales.
- Las obras sociales y mutuales entregan en sus propios servicios el 20 % de las consultas del área.
- A mayor nivel de ingreso mayor es la cantidad de consultas en el sector privado y menor en el público.
- Los niveles de ingreso bajos se atienden en consultorios de instituciones oficiales y de obras sociales; los niveles medios en consultorios de obras sociales y particulares; y los niveles altos en consultorios particulares y domicilio.
- Las obras sociales canalizan financiación de la consulta médica hacia el 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 haber estado internados en el último año. Los datos utilizados 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 Gran Mendoza.

La composición de la estimación surgida de este análisis con las estadísticas hospitalarias para el área 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. Razón de egresos por 100 personas de la población.
3. Promedio de días-cama por egreso.

Dado que parto es una causa de internación que presenta particularidades diferen-

ciales 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 preguntó 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 con las causas que originan la internación, se consignará:

- 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 trabajó 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 Mendoza y Gran Mendoza es de 8.5 % y la estimación total de internados, teniendo en cuenta la población del Censo 1970, es de 38.591.

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 es de 6.4 % (29.057 internados).

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 Mendoza y Gran Mendoza: 8.5 %.

## 2. Razón egresos-población.

Es el cociente entre el número de egresos y la población encuestada.

El valor observado es de 9.4 %, cuya proyección al total de la población del área Mendoza y Gran Mendoza, según Censo 1970, da 42.678 egresos.

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 distinto de parto es de 12.4; por parto es de 3.6. Para describir el comportamiento de la variable "días de internación", además del promedio, se utilizará la mediana, ya que las internaciones muy prolongadas modifican el valor de la media.

## ANÁLISIS INDICADORES DE INTERNACION

### Tasa de internación. Razón egresos población

La tasa límite de internación (8.5 %) por todas las causas indica aproximadamente que 1 de cada 12 personas se ha internado en el último año a la entrevista y la razón total de egresos población (9.4 %) señala que se da un egreso cada 11 personas, lo que significa una concentración de egresos por internado de 1.16.

Si a la probabilidad de internarse y a la razón de egresos se las analiza por sexo y por causa de internación, se obtienen los siguientes valores:

CUADRO 33

### TASA DE INTERNACION Y RAZON EGRESOS POBLACION SEGUN SEXO Y CAUSA

SEXO	Proporción de internados en un año (%)	Razón egresos población (%)
Varones .....	5.5	6.1
Mujeres .....	11.3	12.3
Mujeres (excepto partos)	7.4	8.3
Total .....	8.5	9.4

La marcada diferencia entre sexos en cuanto a estos valores está en gran parte dada por el parto, ya que es aproximadamente el motivo de  $\frac{1}{3}$  de las internaciones de las mujeres; de cualquier forma, aun exceptuando partos, la probabilidad de internarse de las mujeres es 1.4 veces mayor que la de los hombres.

Si a la probabilidad de internarse y a la razón egresos población se las analiza por grupos de edad, se observa que son las edades extremas las que presentan mayores tasas y es el grupo de 5-14 años el que menos requiere o es atendido por este recurso.

CUADRO 34

### PROPORCION DE INTERNADOS Y RAZON EGRESOS POBLACION POR CAUSA GENERAL EN EL ULTIMO AÑO SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	Proporción de internados (%)	Razón egresos población (%)	Número de encuestados
0 - 4 ....	7.5	9.2	708
5 - 14 ....	5.9	6.2	1.375
15 - 24 ....	6.7	7.0	1.260
25 - 34 ....	6.4	7.1	955
35 - 44 ....	6.5	7.4	981
45 - 64 ....	6.1	7.0	1.388
65 y más ..	7.2	9.3	429
Total .....	6.5	7.3	7.099

Además, es en los grupos de edad extrema (4 y menos años; 65 y más años) donde es mayor la concentración de egresos por internado.

Al estudiar juntamente por edad y sexo se observan que para todos los grupos de edad, a excepción de 65 y más años, las mujeres presentan una mayor probabilidad de ser internadas.

CUADRO 35  
PORPORCION DE INTERNADOS POR CAUSA GENERAL SEGUN EDAD Y SEXO (%)

E D A D	S E X O			
	PROPORCION DE INTERNADOS		TAMAÑO MUESTRA (n:)	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer
0 - 4 ..	6.8	8.3	369	339
5 - 14 ..	5.7	6.1	723	652
15 - 24 ..	6.0	7.2	583	677
25 - 34 ..	4.6	8.0	439	516
35 - 44 ..	4.2	8.3	425	556
45 - 64 ..	4.8	7.2	670	718
65 y más.	7.9	6.8	178	251
Total ....	5.5	7.4	3.388	3.711

Es notable que la diferencia entre los sexos es mayor en las edades medias (25 a 44 años), porque aunque en este cuadro se trabajan los egresos por causa general, es decir excluyendo los egresos por parto, esta diferencia apuntada puede estar condicionada con los problemas ginecológicos de las mujeres en edad fértil.

Si de igual manera se analiza la razón egresos población, se encuentran mayores valores para el sexo femenino incluso para el grupo de 65 y más años que tenía una menor probabilidad de internarse, lo que encuentra una alta concentración o repetición de egresos para las mujeres mayores de 64 años.

CUADRO 36  
RAZON EGRESOS-POBLACION (%) SEGUN EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O	
	Varón	Mujer
0 - 4 .....	8.4	10.0
5 - 14 .....	6.0	6.4
15 - 24 .....	6.4	7.5
25 - 34 .....	5.0	8.9
35 - 44 .....	5.2	9.2
45 - 64 .....	5.5	8.4
65 y más .....	9.0	9.6
Total .....	6.1	8.3

Las tendencias de la razón egresos población conserva iguales características diferenciales que la probabilidad de internarse a excepción de lo ya señalado en el grupo de 65 y más años.

La concentración de egresos para el total de ambos sexos no presenta mayor diferencia:

$$\frac{8.3}{7.4} = 1.12 \text{ para el sexo femenino y } \frac{6.1}{5.5} = 1.10 \text{ para el sexo masculino.}$$

Si se analiza la tasa específica de internación por parto para las mujeres en edad fértil, se encuentra el valor más alto entre los 25 y 34 años.

CUADRO 37

PROPORCION DE INTERNADAS (%) POR PARTO SEGUN EDAD PARA MUJERES EN EDAD FERTIL

E D A D	Proporción de internadas (%)	n:
15 - 24 .....	6.8	677
25 - 34 .....	15.1	516
35 - 44 .....	4.3	556
Total .....	8.5	1.749

Seguramente estas probabilidades distintas están determinadas conforme a las características de fecundidad del área. (Ver capítulo de Fecundidad Población).

La razón de egresos por parto cada 100 habitantes del área Mendoza y Gran Mendoza es de 2.1 anual.

#### Días de estada

Si se compara entre sexos la diferencia de días de estada por egreso, se observa tanto para todas las causas como para causas generales (excluido partos) un mayor promedio de estada para el sexo masculino.

CUADRO 38

PROMEDIO Y MEDIANA DE DIAS DE ESTADA SEGUN CAUSA DE INTERNACION Y SEXO

	POR TODAS LAS CAUSAS			CAUSAS GENERALES (Excluye partos)			POR PARTO
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	
Promedio .....	10.4	13.5	9.0	12.4	13.5	11.6	3.6
Mediana .....	4	5	4	5	5	5	3

Aproximadamente el 70 % de los partos tienen 3 o menos días de estada, característica que se mantiene en las distintas áreas del país.

Del total de egresos el 60 % tiene 5 ó menos días de estada, proporción que es

mayor en el sexo femenino, ya que el 65 % de los egresos totales de mujeres tienen 5 o menos días de estada; sólo el 50 % de los egresos masculinos presenta esa característica.

CUADRO 39

FRECUENCIA (%) ACUMULADA DE DIAS DE ESTADA SEGUN SEXO Y CAUSA DE INTERNACION

DIAS DE ESTADA	CAUSA Y SEXO						PARTOS
	TODAS LAS CAUSAS			CAUSAS GENERALES			
	T	V	M	T	V	M	
1 .....	12.5	18.8	9.6	15.3	18.8	13.0	2.7
2 .....	23.6	30.8	20.4	25.2	30.8	21.4	18.2
3 .....	44.6	41.4	46.1	37.6	41.4	25.1	68.9
4 .....	53.5	46.2	56.8	44.4	46.2	43.2	85.1
5 .....	59.5	50.0	63.8	50.0	50.0	50.0	92.6
6 y + .....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total .....	100.0 (n: 664)	100.0 (n: 208)	100.0 (n: 456)	100.0 (n: 516)	100.0 (n: 208)	100.0 (n: 308)	100.0 (n: 148)

Si se toman exclusivamente causas generales (excluyendo partos), en ambos sexos el 50 % de los egresos tienen 5 o menos días de duración. En los egresos por partos observamos que 1 de cada 5 egresos tiene dos días o menos de duración y que más de la mitad de los egresos tienen tres días de internación.

Indicadores según afiliación

En esta parte se utiliza el hecho de estar cubierto o no por un sistema de seguro de atención médica, como condicionante de una probabilidad diferente de ser internado o no y de la duración del episodio del egreso.

Los afiliados presentan una tasa de internación y una razón egresos-población mayores que los no afiliados con independencia de la causa del egreso,

CUADRO 40

TASA DE INTERNACION (%) Y RAZON EGRESOS-POBLACION (%)  
SEGUN CAUSA DEL EGRESO

AFILIACION	CAUSA						TOTAL DE POBLACION ENCUEST.	TOTAL EDAD FERTIL ENCUEST. MUJERES
	TODAS LAS CAUSAS		CAUSAS GENERALES		PARTOS			
	Tasa (%)	Razón (%)	Tasa (%)	Razón (%)	Tasa espec. (%)			
Afiliados .....	9.6	10.5	7.3	8.2	9.1	3.544	887	
No afiliados .....	7.6	8.3	5.7	6.4	7.9	3.515	850	

Esta mayor probabilidad de internarse de los afiliados se mantiene para ambos sexos, aunque si se observan las tasas y razones

por causa general las mujeres presentan una mayor diferencia cuando están afiliadas.

CUADRO 41

TASA DE INTERNACION (%) Y RAZON EGRESOS-POBLACION (%)  
POR CAUSA GENERAL SEGUN SEXO

SEXO Y AFILIACION	CAUSAS		TOTAL DE POBLACION ENCUEST.
	CAUSAS GENERALES DE EGRESOS		
	Tasa de internación (%)	Razón Egresos - Población (%)	
<i>Mujeres</i>			
Afiliadas .....	8.5	9.6	1.834
No afiliadas .....	6.3	7.1	1.852
<i>Varones</i>			
Afiliados .....	6.0	6.7	1.710
No afiliados .....	5.0	5.6	1.657

Seguramente esta mayor tasa de internación de los afiliados debe estar condicionada por el sistema de pago o facilidad o aceptabilidad económica de la población de internarse, ya que muchas de las internaciones no deben ser compulsivas. Como asimismo se verá en los días de estada por egreso que

también están condicionados por el hecho de que el internado esté cubierto o no.

Si a los días de estada se los analiza por cobertura de atención médica de la población, se observa que siempre los afiliados a algún sistema de cobertura presentan un promedio de días de estada inferior cualquiera sea la causa del egreso.

PROMEDIO Y MEDIANA DE DIAS DE ESTADA SEGUN AFILIACION

MEDIDAS DE RESUMEN	CAUSA Y AFILIACION					
	TOTAL DE CAUSAS DE EGRESO		CAUSAS GENERALES (EXCEPTO PARTO)		PARTO	
	Afiliados	No afiliados	No afiliados	Afiliados	Afiliados	No afiliados
Promedio ..	9.0	12.2	10.6	14.7	3.3	3.9
Mediana ...	4	4	5	7	3	3

En cambio cuando se toma la mediana como comparación, las diferencias no se observan a excepción de los egresos por causa genera' en que si el 50 % de los egresos de no afiliados tienen 7 o menos días de internación y el 50 % de los afiliados tienen egresos de 5 o menos días de estada, seguramente las diferencias observadas por la situación de estar afiliado o no deben estar condicionadas por el lugar-efector de la internación, ya que la mayoría de los no afiliados tienen egresos en el sector público.

*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 admite 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 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.

**Sistemas 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.

*Ejemplos:* 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.

#### INDICADORES SEGUN LUGAR-EFECTOR Y SISTEMA DE FINANCIACION

Si a los egresos se los distribuye según el lugar-efector de la internación, se encuentra que aproximadamente 5 de cada 10 egresos del Gran Mendoza son originados en el sector privado.

CUADRO 43

#### POBLACION DE EGRESOS (%) SEGUN CAUSA DE INTERNACION Y LUGAR-EFECTOR

CAUSA DE INTERNACION	LUGAR - EFECTOR			
	Público	Obra Social	Privado	Total
Todas las causas .....	34.6	14.4	51.0	100.0 n : 612
Causas generales .....	35.7	14.0	50.3	100.0 n : 473
Partos .....	30.9	15.8	53.3	100.0 n : 139

La importancia del sector privado como efector de egresos aún es más importante para los partos. Las obras sociales presentan una proporción irrelevante como atención de internaciones en servicios propios. El sector público recibe aproximadamente 1/3 del total de las internaciones.

Si en cambio de lugar-efector se analiza por sistema de financiación, la distribución se modifica, ya que el sector público sigue recibiendo 1/3 de los egresos, pero aparecen las obras sociales como importantes organismos financiadores de este tipo de recurso.

CUADRO 44

#### PROPORCION DE EGRESOS (%) SEGUN CAUSA DE LA INTERNACION Y SISTEMA DE FINANCIACION DEL EGRESO

CAUSA DE INTERNACION	SISTEMA DE FINANCIACION				
	Público	Obra Social	Privado sin cobertura	Privado con cobertura	Total
Todas las causas .....	34.9	34.2	13.9	17.0	100.0 n : 607
Causas generales .....	35.6	34.3	13.2	17.0	100.0 n : 470
Partos .....	32.8	34.2	15.3	17.7	100.0 n : 137

La tercera parte de las internaciones está financiada por obras sociales, financiación que se vuelca al sector privado, que juntamente con los sistemas privados de prepago cubren la mitad del total de egresos. Aproximadamente 1 de cada 6 egresos se da en el sector privado no por pago directo.

#### RESUMEN. INTERNACION

- Aproximadamente 1 de cada 12 personas tiene al menos una internación anual y ocurre un egreso anual cada 11 personas.
- El sexo femenino presenta una proba-

bilidad mayor de internarse, aun exceptuando los egresos por parto.

- Las edades extremas presentan una mayor probabilidad de internarse y una mayor concentración de egresos.
- Los afiliados a algún seguro de atención médica tienen una mayor proporción de internados en el año.
- Los afiliados presentan días de estadía por egresos menores que los egresos de los no afiliados, seguramente condicionados por el lugar-efector de la internación.
- El subsector privado efectúa la mitad de los egresos del área y el público 1/3 de los egresos, casi con independencia de la causa de internación.
- Las obras sociales que se presentan como no importantes en cuanto a ser efectores (1/6 de los egresos), sí en cambio son relevantes como financiadores de internación (1/3 de los egresos totales) que canalizan hacia el subsector privado.

#### 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 por otra parte 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 "tratamiento" 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 odontólogo 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 8.6 %, lo que indica que una de cada once personas aproximadamente toma contacto con un servicio de odontología en el área Mendoza y Gran Mendoza 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 mensuales 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 2.1, que puede llegar a tener alguna importancia institucional para estimar el número de consultas 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 2.0. Este estimador adquiere importancia cuando se lo analiza por categoría; por ejemplo, lugar de la consulta, efector.

Si a estos estimadores globales se los analiza por las características de población e institucionales ocurre lo siguiente:

*Proporción de consultantes a odontólogo en un mes*

Buscando dentro de los grupos de edad una demanda diferencial, se encuentra que la probabilidad de consultar es mayor entre los 25-34 y los 5-14 años. En los menores de 5 años y en los mayores de 35 años la probabilidad de consulta decrece.

CUADRO 45

PROPORCIÓN DE CONSULTANTES (%) A ODONTOLOGO, SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	Total
Total .....	0.6	2.2	11.2	8.8	12.7	8.8	8.2	3.0	8.6
Varones ..	0.0	0.7	12.3	6.7	9.3	8.9	7.0	2.8	7.7
Mujeres ..	1.2	3.9	10.0	10.6	15.5	8.6	9.3	3.2	9.5

Es evidente que la edad es un condicionante decisivo de la probabilidad de consulta al odontólogo por las distintas patologías que presentan, pero además debe incidir fuertemente el costo de los tratamientos adecuados; por ejemplo, las prótesis en las personas de mayor edad. Además, al introducir sexo se observa una probabilidad mayor de consultar en las mujeres; seguramente incide en esto la alta proporción de mujeres que consultan entre los 25 y 34 años de edad. En cambio en el otro grupo de edad en que la probabilidad es alta entre 5 y 14 años, la proporción es mayor para los varones. El condicionamiento de estas diferencias debe estar dado en el grupo de 25-34 años por los problemas postgestacionales y estéticos, y entre los 5-14 años por la aparición de la segunda dentición y la estructura oral-masticatoria.

Si se estudia comparativamente la proporción de perceptores de problema dental y consultantes en el último mes, se encuentra que, a excepción de los menores de un año que tienen patología oral y no consultan al odontólogo, ambas tendencias aproximadamente coinciden para los distintos grupos de edad.

CUADRO 46

TASA (%) DE CONSULTANTES A ODONTOLOGO Y TASAS (%) DE PERCEPTORES DE PATOLOGIA DENTAL SEGUN GRUPOS DE EDAD EN EL ULTIMO MES

GRUPOS DE EDAD	TASA DE CONSULTANTES	TASA DE PERCEPTORES DE PATOLOGIA
< 1 .....	0.6	23.9
1 - 4 .....	2.2	12.8
5 - 14 .....	11.2	19.7
15 - 24 .....	8.8	21.1
25 - 34 .....	12.7	30.7
35 - 44 .....	8.8	24.0
45 - 64 .....	8.2	20.4
65 y más ..	3.0	13.5
Total .....	8.6	21.3

Si a estas tasas se les introduce el sexo como característica de población, se encuentra que para la probabilidad de percibir siempre es más alta para el femenino, condición que, como ya se vio, no se da para la probabilidad de consultas.

Fuera de esta diferenciación entre sexos, es un hecho notable que sólo el 34.5 % de la población que percibió problema dental consultó al odontólogo. Característica que no se modifica por sexo.

CUADRO 47

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) A ODONTOLOGO DENTRO DE LOS QUE PERCIBIERON PROBLEMA DENTAL SEGUN SEXO

CONSULTARON	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
Sí .....	34.7	34.3	34.5
No .....	65.3	65.7	65.5
Total .....	100.0 (880)	100.0 (633)	100.0 (1.513)

Es de destacar esto: que  $\frac{2}{3}$  partes de los que percibieron patología no tuvieron demanda odontológica, aun cuando el 85 % de los que consultaron habían percibido morbilidad oral en el último mes.

Si esta situación de ser consultante odontológico se analiza por las variables sociales, se presentan los afiliados con una mayor proporción de consultantes, que se mantiene para los distintos niveles de ingreso. Diferencia más marcada para los niveles de ingresos medios.

CUADRO 48

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) ODONTOLOGICOS SEGUN NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

NIVEL DE INGRESO	AFILIACION		
	Afiliados	No afil.	Total
I .....	7.2	6.8	7.0
II .....	11.1	7.5	9.7
III .....	11.7	10.2	11.1
Total .....	9.8	7.5	8.6

Si se toma aisladamente nivel de ingreso, se observa que a mayor nivel más alta es la probabilidad de consultar. Regularidad que se da tanto para los cubiertos o no por un sistema de atención médica.

Dentro de los que se encontraban protegidos por algún sistema, sólo la mitad usó su cobertura para la atención odontológica, proporción que es menor en los sistemas privados de coberturas.

CUADRO 49

PROPORCION DE LOS CONSULTANTES ODONTOLOGICOS (%) AFILIADOS SEGUN SI UTILIZARON SU COBERTURA Y TIPO DE AFILIACION

TIPO DE AFILIACION	UTILIZARON COBERTURA		
	Sí	No	Total
Obras sociales	55.9	44.1	100.0 (n : 161)
Sistemas privados .....	48.5	51.5	100.0 (n : 167)
Doble afiliación .....	64.7	35.3	100.0 (n : 17)
Total .....	52.8	47.2	100.0 (n : 345)

*Razón consultas persona/año y concentración de consultas mensual*

Si se analiza por grupos de edad, son los pacientes entre 45 y 64 los que presentan mayor concentración de consultas. A partir de los 15 años los consultantes en promedio recibieron 2 o más consultas en el mes.

CUADRO 50

CONCENTRACION DE CONSULTAS ODONTOLOGICAS SEGUN EDAD Y SEXO

E D A D	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
Menos de 1 año	1.0	—	1.0
1 - 4 .....	1.7	2.0	1.8
5 - 14 .....	1.8	1.3	1.5
15 - 24 .....	2.2	2.1	2.2
25 - 34 .....	2.2	1.7	2.0
35 - 44 .....	2.2	1.7	2.0
45 - 64 .....	2.5	2.5	2.5
65 y más .....	1.6	3.1	2.2
Total .....	2.1	1.8	2.0

El grupo de 25-34 años, que presentaba mayor probabilidad de consultar, tiene una concentración de consultas igual al total de la población.

El sexo femenino ofrece mayor concentración de consultas, que se presenta en todos los grupos de edad, a excepción de los 65 y más años.

Si se estudia la razón consulta/persona-año, que es una combinación de la probabilidad de consultar, y la concentración de consultas, se observa una diferenciación de número de consultas por persona de la población que conserva las tendencias anteriores.

CUADRO 51

RAZON CONSULTAS/PERSONA-AÑO SEGUN EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O		
	Mujeres	Varones	Total
Menos de 1 año	0.1	—	0.1
1 - 4 .....	0.8	0.2	0.5
5 - 14 .....	2.1	2.0	2.0
15 - 24 .....	2.8	1.7	2.3
25 - 34 .....	4.0	1.9	3.1
35 - 44 .....	2.2	1.8	2.1
45 - 64 .....	2.8	2.1	1.5
65 y más .....	0.6	1.1	0.8
Total .....	2.4	1.7	2.1

El grupo de 25-34 años es el que presenta el mayor número de consultas, característica condicionada por su alta probabilidad de consultar. En cambio, los mayores de 44 años tienen un número decreciente de consultas, ya que, aun teniendo alta concentración de consultas, su probabilidad de consultar es baja.

El sexo es diferencial en cuanto a número de consultas, ya que suman a una más alta probabilidad de consultar una mayor concentración de consultas. Esto se cumple para todos los grupos de edad, excepción de los mayores de 64 años, en el que los varones tienen la más alta concentración de consultas.

Para un cálculo del número de consultas a brindar a los distintos grupos de edad y sexo, se debe multiplicar la razón por el tamaño de población de cada categoría. Al categorizar por nivel de ingreso como posi-

ción social, se encuentra que a mayor nivel de ingreso más alta es la concentración de consultas que se brindan.

CUADRO 52

CONCENTRACION DE CONSULTAS SEGUN NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	CONCENTRACION DE CONSULTAS EN EL ULTIMO MES
I .....	1.7
II .....	1.9
III .....	2.4
Total .....	2.0

Característica de asociación que debe estar condicionada por el lugar efector diferencial de atención que tienen los niveles de ingreso.

*Lugar-efector de las consultas odontológicas*

En este subtema se analiza la forma en que los consultantes y las consultas odontológicas se distribuyen en los lugares de atención.

CUADRO 53

PROPORCION DE CONSULTANTES Y CONSULTAS (%) SEGUN LUGAR - EFECTOR

LUGAR - EFECTOR	PROPORCION DE CONSULTANTES	PROPORCION DE CONSULTAS
Servicios oficiales ....	32.7	25.5
Serv. Obra Social y Mutual .....	9.2	9.2
Serv. privados por cuenta de Obra Social y Mutual .....	16.7	15.4
Serv. privado por cuenta propia .....	39.1	49.0
Otro y no identificados	2.3	0.9
Total .....	100.0	100.0
	(n: 617)*	(n: 1.218)

\* Cinco consultantes usaron dos lugares de atención en el período de referencia.

Los servicios privados por pago directo de la población atienden 2 de cada 5 consultantes, a quienes se les brinda un número de consultas que aproximadamente es la mitad del total de las consultas. Si a esto se le suma el efector privado por pago de obra social y mutual, se encuentra que el sector privado realiza  $\frac{2}{3}$  de las consultas totales y atiende más de la mitad de la población.

Los servicios públicos brindan atención aproximadamente a  $\frac{1}{3}$  de la población y se canalizan a través de sus consultorios 1 de cada 4 consultas.

Los servicios propios de obras sociales y mutuales son irrelevantes en cuanto a magnitud de consultantes atendidos y consultas entregadas, siendo más importante su financiación al sector privado para la atención odontológica.

El hecho importante es comparar las dos distribuciones, la de consultantes y la de consultas, en obras sociales tanto en servicios propios o financiados: las proporciones se mantienen. En cambio, en el sector privado pagado por cuenta del consultante es más alta la proporción de consultas; todo lo contrario del sector público, en que es más alta la proporción de consultantes. Esto se explica por la cantidad diferencial de

consultas que se brindan en cada lugar a los consultantes.

CUADRO 54  
CONCENTRACION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	CONCENTRACION
Servicios oficiales .....	1.5
Servicio obra social y mutual .....	2.0
Servicios privados por cuenta de obra social y mutual ...	1.8
Servicios privados por pago directo .....	2.5
Total .....	2.0

Este indicador es significativo no sólo por medir una cantidad de consultas diferentes brindadas a los consultantes, sino que puede señalar una calidad de atención diferencial ante morbilidades similares en la población que concurre a uno y otro lugar.

Si se categoriza socialmente a la población por nivel de ingreso, se encuentran ciertas regularidades.

CUADRO 55  
PROPORCION DE CONSULTAS (%) DENTRO DE CADA NIVEL DE INGRESO SEGUN LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	Total
Servicios oficiales .....	38.5	31.0	7.7	25.4
Servicio obra social y mutual .....	11.4	8.8	8.3	9.4
Servicios privados por cuenta de obra social y mutual .....	16.0	19.4	11.0	15.4
Servicios privados por cuenta propia .	31.9	40.5	72.8	48.9
Otro y no identificado .....	2.2	0.3	0.2	0.9
Total .....	100.0 (n : 370)	100.0 (n : 387)	100.0 (n : 400)	100.0 (n : 1.218)

A mayor nivel de ingreso, menor es la proporción de consultantes en los servicios públicos y mayor flujo hacia el sector privado por pago directo. El nivel de ingreso más alto (III) canaliza el 83.8 % de las

consultas hacia el sector privado; en cambio, el nivel de ingreso más bajo (I) tiene aproximadamente el 50 % de sus consultas en consultorios públicos y de obras sociales.

Con respecto a obras sociales, las  $\frac{2}{3}$  par-

tes de las consultas que brindan las canalizan financiando el sector privado. Los niveles de ingreso más bajos utilizan más los consultorios propios de obras sociales.

Al categorizar por afiliación a algún sistema de atención médica, se encuentran las siguientes distribuciones diferenciales:

CUADRO 56

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) SEGUN AFILIACION Y LUGAR-EFECTOR DE LA CONSULTA

LUGAR-EFECTOR	AFILIACION		
	Afiliados	No afiliados	Total
Servicios públicos	20.2	49.2	32.7
Servicios obra social y mutual ..	15.9	0.4	9.2
Servicios privados por obra social y mutual .....	29.0	0.0	16.7
Servicios privados por cuenta propia .....	34.1	46.2	39.1
Otro y no identificado .....	0.8	4.2	2.3
Total .....	100.0 (n : 352)	100.0 (n : 262)	100.0

Donde se observa que los no afiliados se distribuyen aproximadamente el 50 % en consultorios públicos y otro tanto en consultas privadas por pago directo. En cambio, dentro de los afiliados menos de la mitad son financiados por obras sociales; el resto consume en gran volumen al sector privado por pago directo (1 de cada 3 afiliados) y al sector público (1 de cada 5 afiliados). Este hecho afirma la baja cobertura aun dentro de los afiliados que presenta la utilización de este recurso, ya sea por falta de accesibilidad, desconocimiento o insatisfacción de los servicios ofrecidos.

RESUMEN

- Los grupos de edad de 25 a 34 años y de 5 a 14 años son los que demandan mayor asistencia odontológica

atendida. En el primero de esos grupos son las mujeres las que presentan una muy alta tasa de consultantes.

- Las dos terceras partes de los perceptores de patología oral no tuvieron demanda atendida odontológica.
- La población cubierta por un signo de atención médica presenta mayor proporción de consultantes.
- Los grupos de niveles de ingreso alto tienen una tasa de consultantes más alta y una mayor concentración de consultas.
- Aproximadamente la mitad de los consultantes cubiertos utilizaron su cobertura en la atención odontológica.
- El subsector privado atiende más de la mitad de los consultantes y brinda aproximadamente  $\frac{2}{3}$  de las consultas totales, una concentración diferencial.
- El subsector oficial atiende  $\frac{1}{3}$  de los consultantes y brinda la cuarta parte de las consultas totales.
- Las obras sociales son fundamentalmente financiadoras del subsector privado en consulta odontológica.
- A mayor nivel de ingreso, más alta es la proporción de consultantes en el subsector privado.
- La mitad de los no afiliados y  $\frac{1}{3}$  de los afiliados se atienden en el subsector privado por pago directo.
- La mitad de los no afiliados y  $\frac{1}{5}$  de los afiliados se atienden en el subsector público.
- Menos de la mitad de los afiliados fueron protegidos en su atención odontológica.

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.

Por 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, odontología, 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 la misma; 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 referido. Surge del cociente:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado servicios}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor observado en el estudio es de 3.3 % que indica que, aproximadamente, 1 de cada 33 personas toma contacto con laboratorio en dos semanas.

### 2. Razón entre usuarios de laboratorio y de la consulta médica

En la siguiente relación:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado laboratorio en las últimas semanas}}{\text{Nº de personas que manifestaron haber consultado médico en las últimas dos semanas}} \times 100$$

El valor hallado en el estudio es de 21.1 que indica que por cada 100 individuos que consultaron al médico hubo 21 que utilizaron los servicios de laboratorio. Esta razón resulta de utilidad, ya que conociendo para el área el número de consultantes al médico, puede estimarse el número de personas que tiene 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:

$$\frac{\text{Nº de personas que manifestaron haber utilizado Rx en las dos semanas}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor hallado en el estudio es de 1.7 % 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 11.1 % 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.

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES. LABORATORIO

La probabilidad para el total de población de tomar contacto con un servicio de laboratorio es de 3.3 %. Si se analiza por grupos de edad como diferencial de probabilidades, no se observan regularidades, pero sí es notable el incremento de la proporción de utilizadores a partir de los 45 años.

CUADRO 57

PROPORCIÓN (%) DE UTILIZADORES DE LABORATORIO SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
9 y menos años	2.1	3.5	2.9
10 - 24 .....	3.8	2.8	3.3
25 - 44 .....	2.7	2.5	2.6
45 - 64 .....	5.4	2.8	4.2
65 y más ....	5.6	5.0	5.4
Total .....	3.6	3.0	3.3

El sexo femenino presenta una mayor probabilidad de usar laboratorio, característica que se mantiene para los distintos grupos de edad con excepción de los menores de 10 años. En los mayores de 44 años la diferencia de probabilidad entre los sexos aumenta.

Si se categoriza socialmente a la población por su nivel de ingreso y su condición de estar afiliado o protegido por un sistema de atención médica, se observa que ambas características condicionan un uso diferencial.

Los afiliados presentan una proporción de usuarios mayor a los no afiliados. Es de notar que no se conoce realmente si la afiliación manifestada cubría los servicios de laboratorio, ya que en muchos casos la protección no cubre este tipo de prestaciones. Más lógico hubiera sido diferenciar a la población según manifestación de cobertura específica para servicios de laboratorio. Sin embargo, este primer resultado puede inducir a nuevas investigaciones como las ya señaladas.

CUADRO 58

PROPORCIÓN (%) DE UTILIZADORES DE LABORATORIO SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	AFILIACION		
	Afiliados	No afiliados	Total
I .....	3.0	2.8	2.9
II .....	3.6	2.7	3.2
III .....	4.8	3.0	4.1
Total .....	3.8	2.8	3.3

Esta mayor probabilidad de ser usuarios que tienen los afiliados, se mantiene para los distintos niveles de ingreso, con la característica de que a menor nivel de ingreso, menor es la diferencia entre afiliados y no afiliados.

Al analizar exclusivamente el nivel de ingreso se presenta cierta asociación de que a mayor nivel de ingreso, más alta es la probabilidad de ser usuario de un servicio de laboratorio. Llamando la atención que tal asociación se manifiesta acentuada para los afiliados, no así para los no afiliados. Como si la condición de afiliación fuera más fuerte que el nivel de ingreso para el uso de este recurso.

Si se relaciona utilizadores de laboratorio con consultantes a médico, se observa que del total de los usuarios a laboratorio el 71.6 % había consultado al médico en el mismo período de dos semanas y que de los consultantes a médico en las dos últimas semanas el 15.1 % utilizó el servicio de laboratorio.

Si la razón entre utilizadores de laboratorio y consultantes a médico se la analiza por grupos de edad, se encuentra que a partir de los 44 años la razón crece.

CUADRO 59

RAZÓN ENTRE UTILIZADORES DE LABORATORIO Y CONSULTANTES A MEDICO SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
24 y menos años	18.6	21.0	19.7
25 - 44 .....	17.3	21.6	18.9
45 - 64 .....	27.7	22.1	25.6
65 y más ....	28.6	20.9	25.0
Total .....	21.0	21.3	21.1

La diferencia entre los sexos es mínima; sin embargo, se observa que en las edades menores la razón es mayor para los varones y en las edades mayores lo contrario.

Al analizar por lugar-efector de los servicios, se observa que más de la mitad de los usuarios fueron atendidos en servicios privados y una cuarta parte en servicios públicos.

Los servicios privados por cuenta de una obra social o mutual y los servicios públicos fueron los más utilizados. Los usuarios de servicios privados por pago directo son una proporción menor que los utilizadores de privados por cuenta de una obra social. La décima parte de los utilizadores lo hicieron en servicios propios de obra social o mutual.

Del total de utilizadores aproximadamente el 40 % estuvo cubierto; la mayor proporción en servicios privados financiada la prestación por obra social o mutual.

Si se analiza juntamente al lugar-efector de la prestación el nivel de ingreso de los usuarios, se encuentran ciertas regularidades

CUADRO 60  
PROPORCION DE USUARIOS (%) SEGUN LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	PROPORCION DE USUARIOS (%)
Servicios privados por obra social .....	22.7
Servicios privados por pago directo .....	22.7
Servicios públicos .....	29.0
Servicios obra social y mutual .....	10.5
Fuerzas Armadas y otros ...	10.1
Total .....	100.0 (n : 238)

como que a mayor nivel de ingreso, mayor proporción de usuarios de servicios privados por cuenta propia y menor proporción de usuarios de servicios públicos.

CUADRO 61

PROPORCION DE USUARIOS (%) DE LABORATORIO DENTRO DE NIVEL DE INGRESO SEGUN LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	Total
Servicios privados por cuenta obra social .....	23.4	35.4	28.8	27.7
Servicios privados por cuenta propia	16.7	19.1	35.6	22.7
Servicios oficiales .....	44.4	23.5	10.2	29.0
Servicios de obra social o mutual ...	4.4	13.2	16.9	10.5
Fuerzas Armadas y otros .....	11.1	8.8	8.5	10.1
Total .....	100.0 (n : 90)	100.0 (n : 68)	100.0 (n : 59)	100.0 (n : 238)

Llama la atención que los servicios de laboratorio propios de obras sociales vuelquen su actividad sobre los niveles de ingresos más altos, y que la financiación por obra social en los servicios privados se dé más en los niveles de ingresos medios de la población.

Si se toma la condición de afiliación como condicionante de utilizar determinado lugar, se encuentra que la mitad de los afiliados usan el sector privado financiados por obra social o mutual.

CUADRO 62

PROPORCION DE UTILIZADORES (%) DE LABORATORIO SEGUN AFILIACION Y LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	AFILIACION		
	Afiliados	No afiliados	Total
Servicios privados por cuenta obra social .....	46.3	2.9	27.7
Servicios privados por cuenta propia .....	14.0	34.4	22.7
Servicios públicos	9.6	54.9	29.0
Servicios de obra social o mutual	18.4	—	10.5
Fuerzas Armadas y otros .....	11.7	7.8	10.1
Total .....	100.0 (n : 136)	100.0 (n : 102)	100.0 (n : 238)

Que del total de prestaciones de laboratorio que reciben los afiliados las 2/3 partes están cubiertas y que menos de 1/6 utiliza servicios privados por pago directo.

En cambio más de la mitad de los no afiliados utilizan servicios públicos y la tercera parte servicios privados por cuenta propia. De cualquier forma los servicios privados ya sea en los afiliados a través de la financiación de obras sociales y en los no afiliados por pago directo canalizan la mayor parte de las prestaciones. Flujo más marcado en los afiliados ya que atienden el 60 % de los usuarios en esta condición.

### Radiología

La tasa global de utilizadores de radiología es de 1.7 %; si a esta tasa la diferenciamos por edad y sexo no se encuentran regularidades.

Las edades menores presentan tasas más altas y la proporción de los varones es ligeramente más alta.

La condición de estar afiliado o cubierto por algún sistema de atención médica hace que los afiliados presenten una proporción

CUADRO 63

PROPORCION DE UTILIZADORES (%) DE RADIOLOGIA, SEGUN EDAD Y SEXO, EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS

E D A D	S E X O		
	Mujeres	Varones	Total
9 y menos años	2.1	2.0	2.1
10 - 24 .....	1.6	2.6	2.1
25 - 44 .....	1.2	1.3	1.2
45 - 64 .....	2.1	1.2	1.7
65 y más ....	1.6	2.2	1.9
Total .....	1.7	1.8	1.7

más alta de usuarios. Diferencia que se mantiene para los distintos niveles de ingreso.

CUADRO 64

PROPORCION DE UTILIZADORES (%) SEGUN NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

NIVEL DE INGRESO	AFILIACION		
	Afiliados	No afiliados	Total
I .....	1.8	1.2	1.4
II .....	2.5	1.6	2.1
III .....	2.2	1.6	1.9
Total .....	2.2	1.3	1.7

Los niveles de ingreso medios y altos son los que presentan mayor proporción de usuarios, hecho que se mantiene tanto para los afiliados como para los no afiliados.

De los consultantes al médico en las dos últimas semanas el 7.7 % utilizó servicios radiológicos al menos una vez en igual período. Del total de individuos que utilizaron servicio radiológico el 69.4 % había consultado al médico en las últimas dos semanas.

La razón entre utilizadores de radiología y consultantes a médico en las últimas dos semanas es de 11.1 %. Si a esta razón se la analiza por edad y sexo, se encuentra que las edades menores y el sexo masculino presentan una razón más alta.

CUADRO 65

RAZON ENTRE UTILIZADORES DE RADIOLOGIA Y CONSULTANTES AL MEDICO EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
24 y menos años	10.8	15.7	13.1
25 - 44 .....	7.7	10.8	8.9
45 - 64 .....	10.6	9.3	10.1
65 y más .....	8.2	9.3	8.7
Total .....	9.9	12.9	11.1

Aun cuando no existen diferencias entre las tasas de utilizadores según sexo, el hecho de que los varones tienen una menor probabilidad de consultar al médico condiciona que la razón entre los utilizadores de radiología y consultantes al médico sea más alta en el sexo masculino.

Si las prestaciones radiológicas como demanda atendida en las últimas dos semanas se las analiza por lugar-efector, se encuentra que más de 1/3 de los usuarios fueron atendidos en servicios públicos.

Los servicios privados también canalizaron más de 1/3 de los utilizadores de servicios, pero en alta proporción financiados por obra social. El 37.1 % de los utilizadores de ser-

CUADRO 66

PROPORCION DE UTILIZADORES (%) DE RADIOLOGIA SEGUN LUGAR-EFECTOR EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS

LUGAR-EFECTOR	PROPORCION (%)
Servicios privados por cuenta obra social .....	23.4
Servicios privados por cuenta propia .....	13.7
Servicios públicos .....	35.5
Servicios de obra social o mutual .....	13.7
Fuerzas Armadas y otros ..	13.7
Total .....	100.0

(n : 124)

vicios radiológicos fueron cubiertos por una obra social o mutual, ya sea en servicios propios o financiados. Sólo menos de 1/6 de los utilizadores concurren a un servicio privado por pago directo.

Si este flujo de prestaciones por lugar-efector se lo diferencia por grupos de la población según nivel de ingreso, se encuentra que a mayor nivel de ingreso, más alta es la proporción de usuarios en servicios privados y más baja la proporción de servicios públicos.

CUADRO 67

PROPORCION DE UTILIZADORES (%) DE RADIOLOGIA DENTRO DE CADA NIVEL DE INGRESO SEGUN LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	NIVEL DE INGRESO			
	I	II	III	Total
Servicios privados por cuenta obra social .....	9.1	31.8	25.0	23.4
Servicios privados por cuenta propia .....	2.3	9.1	39.3	13.7
Servicios públicos .....	56.8	29.5	14.3	35.5
Servicios obra social o mutual .....	15.9	15.9	10.7	13.7
Fuerzas Armadas y otros .....	15.9	13.7	10.7	13.7
Total .....	100.0	100.0	100.0	100.0
	(n : 44)	(n : 44)	(n : 28)	(n : 124)

La cobertura de las obras sociales y mutuales es más alta en los niveles de ingreso medios.

Si se toma afiliación, se observa que más de la mitad de los afiliados tuvieron prestaciones cubiertas, sobre todo financiadas en el sector privado.

CUADRO 68

PROPORCION DE UTILIZADORES (%) DE RADIOLOGIA SEGUN AFILIACION Y LUGAR-EFECTOR

LUGAR-EFECTOR	AFILIACION		
	Afiliados	No afiliados	Total
Servicio privado por cuenta obra social	32.9	6.7	23.4
Servicio privado por cuenta propia ...	11.4	17.8	13.7
Servicios públicos .	15.2	71.1	35.5
Servicios obra social o mutual .....	21.5	—	13.7
FF.AA. y otros ...	19.0	4.4	13.7
Total .....	100.0 (n : 79)	100.0 (n : 45)	100.0 (n : 124)

Dentro de los no afiliados las prestaciones se volcaron hacia el sector público; 7 de cada 10 no afiliados concurren a un servicio público.

RESUMEN

*Laboratorio*

- A mayor edad, más alta es la proporción de utilizadores de laboratorios de análisis clínicos.
- Los afiliados y los grupos de niveles de ingreso más altos presentan una mayor proporción de utilizadores de laboratorio.
- La relación entre utilizadores de laboratorio y consultante a médicos es de 1 a 5.
- La mitad de los usuarios de laboratorio fueron atendidos en el subsector

privado. Más del 50 % de éstos fueron financiados por una obra social.

- Tres de cada diez usuarios de laboratorio fueron atendidos en el subsector público.
- Cuatro de cada diez usuarios de laboratorio fueron cubiertos por obra social o mutual.
- A mayor nivel de ingreso, más alta proporción de usuarios en el subsector privado.
- Más de la mitad de los no afiliados utilizaron un servicio público.

*Radiología*

- Los grupos de edades menores, los afiliados a algún sistema de seguro o de atención médica y los de niveles de ingreso alto presentan una mayor proporción de utilizadores.
- La relación entre utilizadores de radiología y consultantes a médico es de 1 a 9.
- Aproximadamente la tercera parte de los usuarios fueron atendidos en servicios públicos y otro tercio en el subsector privado. De éstas las dos terceras partes financiadas por obra social.
- A mayor nivel de ingreso, más alta utilización del subsector privado.
- Más de la mitad de los afiliados fueron protegidos en su utilización de servicios radiológicos.
- Siete de cada 10 no afiliados concurren a un servicio público.

PARAMEDICO 1

*Utilización del recurso farmacéutico y de enfermería*

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 el consumo 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 encuestada que consultó, en el período de dos semanas previas a la entrevista, da un valor de 1.41 % que es notablemente inferior a la proporción de la población que consultó al médico (15.7 %). Por cada 11 consultantes a médico hay un consultante a farmacéutico.

La manifestación de haber consultado a una enfermera por problemas de salud, medido como "consulta a enfermera" puede incluir el consejo sobre aspectos de salud que la población solicita a este personal, como también alguna práctica propia de la enfermería como aplicación de inyecciones, nebulizaciones, etc., situaciones no diferenciadas en el cuestionario.

Para el área Mendoza y Gran Mendoza, la estimación de la tasa de consultantes a enfermera es de 1.21 %, valor inferior que para farmacéutico.

## PARAMEDICO 2

### Análisis de los indicadores

La expectativa de una alta demanda atendida de consulta "paramédica" no se corresponde con los valores hallados, ya que el 14.1 % de la población consultó al farmacéutico en las dos últimas semanas, y sólo el 12.1 % a una enfermera.

Ante probabilidades tan bajas buscar características condicionantes parece ser improductivo como conocimiento, pero de igual manera como forma de sistematización metodológica se intentará trabajar analíticamente con las variables habituales de este estudio, pero exclusivamente tomadas de a una y se referirán las tasas por mil individuos.

Al trabajar con frecuencias tan bajas se presentan irregularidades que pueden no ser

reales. Si se analiza la edad como condicionante de esta probabilidad de consultas se presenta que:

CUADRO 69

PROPORCION DE CONSULTANTE (%) A ENFERMERA Y FARMACEUTICO SEGUN GRUPOS DE EDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

GRUPOS DE EDAD	CONSULTANTES	
	A farmacéutico tasa %	A enfermera tasa %
Menos de 15 años	10.7	11.5
15 - 44 años .....	10.3	16.6
45 y más años ...	17.1	12.7
Total .....	12.1	14.1

Las características anteriormente anunciadas no permiten sentar hipótesis alguna respecto a asociación, en comparación diferencial, entre enfermera y farmacéutico. De cualquier manera se puede describir a los grupos de mayor edad como los que más toman contacto con enfermeras y a los grupos medios con farmacéuticos.

Si se relaciona a los consultantes "paramédicos" con la condición de haber sido consultante a médico en el mismo período se observa que es más alta la proporción de las que no consultaron al médico dentro de las que tomaron contacto con un farmacéutico. Además, el 12.5 % de los consultantes a médico tomaron contacto con una enfermera.

CUADRO 70

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) A MEDICO DENTRO DE LOS CONSULTANTES A "PARAMEDICO"

CONSULTANTE	CONSULTO A MEDICO		
	Sí	No	Total
A enfermera ..	40.7	59.3	100.0 (n : 86)
A farmacéutico.	14.0	86.0	100.0 (n : 100)

Al categorizar socialmente por afiliación se encuentra que los afiliados hacen un mayor uso del recurso enfermería y contactan menos con el farmacéutico.

CUADRO 71

PROPORCION (%) DE CONSULTANTES A ENFERMERA Y FARMACEUTICO SEGUN AFILIACION

AFILIACION	T A S A S	
	% Enfermera	% Farmacéutico
Afiliados .....	13.8	11.0
No afiliados .....	10.3	17.4
Total .....	12.1	14.1

Si se toma nivel de ingreso, se encuentra que los niveles más altos tienen mayores proporciones en la consulta a farmacéutico y más bajas en la consulta a enfermería.

CUADRO 72

PROPORCION (%) DE CONSULTANTES A ENFERMERA Y FARMACEUTICO SEGUN NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	T A S A S	
	% a enfermera	% a farmacéutico
I .....	13.2	11.9
II .....	9.6	15.4
III .....	11.1	15.3
Total .....	12.1	14.1

Como conclusión del análisis de la demanda atendida por estos recursos, se observa una probabilidad de uso mucho más baja de lo esperado, en función de lo que la experiencia cotidiana señalaba frente a lo que manifiesta la población al verbalizar la situación de haber recibido una consulta paramédica.

## UTILIZACION O CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El consumo de medicamentos presenta ciertas 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, como 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; se tiene entonces que el consumo de medicamentos puede estar condicionado no sólo por los otros recursos de atención médica sino por los mecanismos directos de promoción y publicidad para el consumo masivo.

Esta situación se hace aún más compleja si recordamos que la promoción 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 inducida al 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 de que esto suceda.

El período de referencia de dos semanas que se ha tomado para la pregunta referida a consumo de medicamentos puede resultar

válido para el encuestado que responde por sí, ya que se considera que en general la población recuerda el consumo de medicamentos en este período.

En donde aparece una importante limitación es en la información 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 o intrascendente 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 establecido 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 45.8, lo que significa que para el área Mendoza y Gran Mendoza algo menos de la mitad de los individuos de la población estaba tomando algún tipo de medicamento en las dos semanas previas a la entrevista.

2) En el segundo estimador la unidad de análisis es el consumidor según tipo de medicamentos, 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:

$$\frac{\text{Nº de consumidores de medicamentos de tipo } i \text{ (} i = 1, \dots, 12 \text{) según indic.}}{\text{Nº de consumidores de tipo } i \text{ (} i = 1, \dots, 12 \text{)}}$$

#### ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

El hecho que aproximadamente la mitad de la población del área Mendoza y Gran Mendoza consume medicamentos en las dos últimas semanas, sugiere como hipótesis a confirmar su condicionamiento por la automedicación.

Si se estratifica a la población por grupos de edad, se encuentra que a partir de los 10 años de edad a mayor número de años de vida mayor es la tasa de consumidores. Debese señalar que en los menores de 10 años la "automedicación" es un hecho accidental.

Si se introduce la variable sexo, se observa una más alta proporción de consumidores en las mujeres, incluso en las menores edades donde el varón tiene mayor probabilidad de enfermar y consultar a un profesional médico.

CUADRO 73  
PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS (%) SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO		
	Mujeres	Varones	Total
Menos de 10 años	44.6	42.8	43.7
10 - 24 años ....	39.4	28.4	34.1
25 - 44 años ....	50.5	36.9	44.4
45 - 64 años ....	64.6	52.5	58.8
65 y más años ..	75.3	61.8	69.7
Total .....	50.8	40.2	45.8

Al analizar este cuadro se observa que en ambos sexos la proporción de consumidores aumenta con la edad, y que la diferencia entre las proporciones de los sexos se mantiene casi regularmente a partir de los 25 años. Es notable que en el grupo de menor edad la diferencia sea la mínima, seguramente condicionada por la inexistencia de la medicación por cuenta propia.

Si se analizan juntamente las tasas de perceptores de morbilidad con las de consumidores de medicamentos, se observan tendencias similares para los distintos grupos de edad.

Se observa que es a partir de los 45 años cuando la proporción de consumidores de medicamentos en los últimos 15 días supera a la tasa de perceptores, como si en las edades mayores fuera mayor el requerimiento o necesidad de ingerir medicamentos. Al relacionar los utilizadores de medicamentos con los consultantes a médicos, se observa que menos de 1/3 de los que consumen medicamentos han consultado al médico en las últimas dos semanas.

CUADRO 74

TASAS (%) DE PERCEPTORES DE MORBILIDAD EN LOS ULTIMOS 15 DIAS Y DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	TASA % DE PERCEPTORES DE MORBILIDAD	TASA EN % DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS
10 y menos años .	42.8	43.7
10 - 14 años . . . . .	30.5	34.1
15 - 24 " . . . . .	39.4	34.1
25 - 44 " . . . . .	43.6	44.4
45 - 64 " . . . . .	51.6	58.8
65 y más años . . . . .	59.3	69.7
Total . . . . .	43.4	45.8

Esta proporción de consultantes a médico dentro de los consumidores de medicamentos se mantiene para los distintos niveles de ingreso, aunque hay cierta asociación de que a menor nivel de ingreso mayor es la proporción de consultantes dentro de los consumidores.

CUADRO 75

PROPORCION DE CONSULTANTES (%) AL MEDICO DENTRO DE LOS CONSUMIDORES Y TASA DE CONSUMIDORES SEGUN NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	CONSULTANTE A MEDICO			Tasa de consumidores de medicamentos
	Sí consultó a médico	No consultó a médico	Total	
I . . . . .	30.2	69.8	100.0 (n : 1.237)	39.7 (n : 3.115)
II . . . . .	28.9	71.1	100.0 (n : 970)	46.6 (n : 2.080)
III . . . . .	28.8	71.2	100.0 (n : 836)	58.1 (n : 1.439)
Total . . . . .	29.8	70.2	100.0 (n : 3.248)	45.8 (n : 7.096)

El análisis de la tasa de consumidores presenta como hipótesis a comprobar que a mayor nivel de ingreso más alta es la proporción de consumidores de medicamentos. Esta asociación positiva debe verse en conjunto con la "automedicación" y con la afirmación anterior de que es mayor la proporción de consultantes en los menores niveles de ingreso dentro de los consumidores, como si la

accesibilidad económica fuera un fuerte condicionante para ser consumidor de medicamentos.

*Consumo según tipo de medicamento*

Al analizar la proporción de consumidores según tipo de medicamento se observa que las proporciones van de los consumidores

de calmantes-analgésicos con el valor más alto a la insulina con la más baja proporción. Como si estuviera condicionado por la facilidad o la habitualidad del uso de ciertos medicamentos frente a la rigidez de la prescripción a medicamentos de otros.

Dentro de los consumidores, 2 de cada 5 consumen analgésicos-cal'mantes; 1 de cada 4 consumidores consume vitaminas y laxantes-antidiarreicos.

Como se refirió anteriormente, cada persona consumidora entra en el cuadro tantas veces como medicamentos de distinto "tipo" haya consumido; de allí que las proporciones no deben sumarse, pues las categorías no son excluyentes y por supuesto su suma es mayor al 100 por ciento, ya que el denominador es el número de consumidores sin duplicaciones.

Al analizar los consumidores dentro de cada tipo de medicamento según quien lo indicó, se presenta que en aquellos medicamentos con mayor proporción de consumidores más alta es la proporción de "auto-medicación", y para los que presentan menor

CUADRO 76  
PROPORCION DE CONSUMIDORES (%) SEGUN TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	PROPORCION %
Calmantes. analgésicos, antiespasmódicos .....	41.3
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos	24.0
Laxantes, antidiarreicos, digestivos.	23.5
Antibióticos .....	14.6
Sedantes de nervios .....	13.7
Antitusígenos-expectorantes .....	13.4
Remedios para la presión. Hipotensores .....	8.2
Remedios para regular el apetito ..	4.6
Remedios para regular el período. Píldoras anticonceptivas .....	2.5
Cortisona, deltisona y otros corticoides .....	1.2
Insulina .....	0.5
Otros medicamentos .....	35.0

proporción de consumidor más alta es la prescripción profesional.

CUADRO 77  
PROPORCION DE CONSUMIDORES (%) SEGUN QUIEN LO INDICO POR TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	INDICACION					Total
	Auto-medicación	Farmacéutico	Médico personalmente	Médico por teléfono	Otro	
Calmantes, analgésicos ..	42.6	1.9	43.8	0.4	11.3	100.0 (n : 1.366)
Vitaminas, reconstituyentes	6.6	1.4	83.5	1.8	6.7	100.0 (n : 789)
Laxantes, antidiarreicos ..	23.9	2.2	66.2	0.5	7.2	100.0 (n : 773)
Antibióticos .....	3.1	4.6	82.9	1.0	8.4	100.0 (n : 478)
Sedantes de nervios .....	7.2	1.1	87.9	0.2	3.6	100.0 (n : 446)
Antitusígenos, expectorantes .....	12.5	5.9	70.0	2.3	9.3	100.0 (n : 439)
Remedios para la presión. Hipotensores .....	1.9	0.0	97.4	0.0	0.7	100.0 (n : 267)
Remedios para regular el apetito .....	5.3	0.7	91.4	0.0	2.6	100.0 (n : 151)
Remedios para regular el período. Anticonceptivos	13.6	0.0	81.5	0.0	4.9	100.0 (n : 81)
Cortisona, corticoides .....	2.5	0.0	92.5	2.5	2.5	100.0 (n : 40)
Insulina .....	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0 (n : 16)

de calmantes-analgésicos con el valor más alto a la insulina con la más baja proporción. Como si estuviera condicionado por la facilidad o la habitualidad del uso de ciertos medicamentos frente a la rigidez de la prescripción a medicamentos de otros.

Dentro de los consumidores, 2 de cada 5 consumen analgésicos-ca'mantes; 1 de cada 4 consumidores consume vitaminas y laxantes-antidiarreicos.

Como se refirió anteriormente, cada persona consumidora entra en el cuadro tantas veces como medicamentos de distinto "tipo" haya consumido; de allí que las proporciones no deben sumarse, pues las categorías no son excluyentes y por supuesto su suma es mayor al 100 por ciento, ya que el denominador es el número de consumidores sin duplicaciones.

Al analizar los consumidores dentro de cada tipo de medicamento según quien lo indicó, se presenta que en aquellos medicamentos con mayor proporción de consumidores más alta es la proporción de "auto-medicación", y para los que presentan menor

CUADRO 76  
PROPORCION DE CONSUMIDORES (%) SEGUN TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	PROPORCION %
Calmantes, analgésicos, antiespasmódicos .....	41.3
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos .....	24.0
Laxantes, antidiarreicos, digestivos .....	23.5
Antibióticos .....	14.6
Sedantes de nervios .....	13.7
Antitusígenos-expectorantes .....	13.4
Remedios para la presión. Hipotensores .....	8.2
Remedios para regular el apetito ..	4.6
Remedios para regular el período. Píldoras anticonceptivas .....	2.5
Cortisona, delt'sona y otros corticoides .....	1.2
Insulina .....	0.5
Otros medicamentos .....	35.0

proporción de consumidor más alta es la prescripción profesional.

CUADRO 77  
PROPORCION DE CONSUMIDORES (%) SEGUN QUIEN LO INDICO POR TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	INDICACION					Total
	Auto-medicación	Farmacéutico	Médico personalmente	Médico por teléfono	Otro	
Calmantes, analgésicos ..	42.6	1.9	43.8	0.4	11.3	100.0 (n : 1.366)
Vitaminas, reconstituyentes	6.6	1.4	83.5	1.8	6.7	100.0 (n : 789)
Laxantes, antidiarreicos ..	23.9	2.2	66.2	0.5	7.2	100.0 (n : 773)
Antibióticos .....	3.1	4.6	82.9	1.0	8.4	100.0 (n : 478)
Sedantes de nervios .....	7.2	1.1	87.9	0.2	3.6	100.0 (n : 446)
Antitusígenos, expectorantes .....	12.5	5.9	70.0	2.3	9.3	100.0 (n : 439)
Remedios para la presión. Hipotensores .....	1.9	0.0	97.4	0.0	0.7	100.0 (n : 267)
Remedios para regular el apetito .....	5.3	0.7	91.4	0.0	2.6	100.0 (n : 151)
Remedios para regular el período. Anticonceptivos	13.6	0.0	81.5	0.0	4.9	100.0 (n : 81)
Cort'sona, corticoides .....	2.5	0.0	92.5	2.5	2.5	100.0 (n : 40)
Insulina .....	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0 (n : 16)

La excepción para la regla anterior la dan los sedantes por un problema legal de comercialización, y las vitaminas, estas últimas con su alta proporción de prescripción profesional constituyen un índice de la orientación dada por los profesionales y/o el productor y/o el comercializador hacia el alto consumo de medicamentos que posiblemente no se justifique para un área como la que se está estudiando.

Para la mayor parte de los medicamentos la contrapartida de la prescripción profesional es la automedicación, bien marcada para los analgésicos, algo menos para los digestivos e inexistentes para la insulina.

Si se analizan las prescripciones practicadas por farmacéutico, no responden a la expectativa de una alta prescripción por farmacéutico, a excepción de los antitusígenos y antibióticos.

Dentro de los consumidores que manifestaron prescripción médica es importante diferenciar aquéllos que repitieron la medicación sin indicación profesional y sin prescripción de repetición medicamentosa.

Donde no se observa ninguna regularidad, salvo la inocuidad medicamentosa, siendo además notable la proporción de personas que repiten el uso de insulina sin aparente control médico.

El supuesto de que en la entrevista la condición de respuesta por informante o no mo-

C U A D R O 78

PROPORCION DE CONSUMIDORES (%) QUE REPITIERON EL MEDICAMENTO SIN INDICACION PROFESIONAL

TIPO DE MEDICAMENTO	PROPORCION DE REPETIDORES %
Insulina .....	12.5
Antitusígenos, expectorantes .....	7.8
Remedios para regular el periodo.	
Anticonceptivos .....	7.6
Remedios para regular el apetito.	7.2
Laxantes, antidiarreicos .....	6.1
Calmantes, analgésicos .....	5.9
Sedantes de nervios .....	5.9
Antibióticos .....	5.3
Vitaminas, reconstituyentes .....	5.2
Remedios para la presión. Hipotensires .....	2.3
Cortisona, corticoides .....	0.0
Otros .....	4.4

difica la exactitud de la misma dentro de cada tipo de medicamento, hace necesario controlar la proporción de respuestas personales por tipo de medicamento para que no se den como causal por indicación a esta situación.

Sin embargo, al observar la proporción de respuestas personales o por informante no se encuentran diferencias significativas para los distintos tipos de medicamentos.

C U A D R O 79

PROPORCION (%) DE RESPUESTAS PERSONALES O POR INFORMANTE DE LOS CONSUMIDORES SEGUN TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	R E S P U E S T A		
	PERSONAL	INFORMANTE	T o t a l
Calmantes, analgésicos .....	83.1	16.9	100.0 (n : 1.366)
Vitaminas, reconstituyentes .....	84.8	15.2	100.0 (n : 789)
Laxantes, antidiarreicos .....	80.0	20.0	100.0 (n : 773)
Antibióticos .....	85.9	14.1	100.0 (n : 478)
Sedantes de nervios .....	81.8	18.2	100.0 (n : 446)
Antitusígenos, expectorantes .....	89.7	10.3	100.0 (n : 439)
Remedios para la presión, hipotensores .....	77.6	22.4	100.0 (n : 267)
Remedios para regular el apetito .....	90.6	9.4	100.0 (n : 151)
Remedios para regular el periodo. Anticonceptivos .....	90.0	10.0	100.0 (n : 81)
Cortisona, corticoides .....	80.0	20.0	100.0 (n : 40)
Insulina .....	75.0	25.0	100.0 (n : 16)
Otros medicamentos .....	79.9	20.1	100.0 (n : 1.177)

Además si se quiere profundizar en el control por informante o no, sobre todo dentro del grupo de los "automedicados". Siguen sin aparecer diferencias significativas como

para explicar la autodeterminación de tomar medicamentos para determinados tipos de medicamentos.

C U A D R O 80

PROPORCION (%) DE INFORMANTE DENTRO DE LOS AUTOMEDICADOS SEGUN TIPO

TIPO DE MEDICAMENTO	R E S P U E S T A		
	PERSONAL	INFORMANTE	T o t a l
Calmanes, analgésicos .....	82.0	18.0	100.0 (n : 583)
Vitaminas, reconstituyentes .....	80.8	19.2	100.0 (n : 52)
Laxantes, antidiarreicos .....	81.5	18.5	100.0 (n : 184)
Antibióticos .....	80.0	20.0	100.0 (n : 15)
Sedantes de nervios .....	90.6	9.4	100.0 (n : 32)
Antitusígenos, expectorantes .....	87.3	12.7	100.0 (n : 55)
Remedios para la presión, hipotensores ....	80.0	20.0	100.0 (n : 5)
Remedios para regular el apetito .....	87.5	12.5	100.0 (n : 8)
Remedios para regular el período. Anticonceptivos .....	100.0	0.0	100.0 (n : 11)

De igual manera si clasificamos a los consumidores de cada tipo de medicamento según si su respuesta fue personal o por informante, y a cada uno de estos grupos se cal-

cula la proporción de automedicados, no se encuentran diferencias significativas entre los distintos tipos como para explicar sus diferencias.

C U A D R O 81

PROPORCION DE AUTOMEDICADOS (%) SEGUN CONDICION DE ENTREVISTA Y TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	PROPORCION (%) DE DE AUTOMEDICADOS	
	R E S P U E S T A	
	Personal	Informante
Calmanes, analgésicos .....	42.9	46.3
Vitaminas, reconstituyentes .....	6.3	8.4
Laxantes, antidiarreicos .....	24.5	22.3
Antibióticos .....	2.9	4.5
Sedantes de nervios .....	7.9	3.7
Antitusígenos, expectorantes .....	12.3	15.6
Remedios para la presión, hipotensores ....	1.9	1.7
Remedios para regular el apetito .....	5.2	7.1
Remedios para regular el período. Anticonceptivos .....	15.3	0.0

Esta presencia de regularidad sólo se modifica para aquellos medicamentos que pueden no ser muy manifiestos en su consumo

como la terapéutica ginecológica o los sedantes.

## RESUMEN

### *Medicamentos*

- Aproximadamente la mitad de la población consume al menos un medicamento en las dos últimas semanas.
- A partir de los 10 años a mayor edad más alta es la proporción de consumidores de medicamentos.
- El sexo femenino tiene una tasa más alta de consumidores.
- Siete de cada diez consumidores de medicamentos no consultó al médico en las últimas dos semanas.
- A mayor nivel de ingreso más alta es la proporción de consumidores.
- La "automedicación" es mayor en los medicamentos más consumidos y la "prescripción profesional" en los menos consumidos.

ANEXO

TABLAS DE UTILIZACIÓN DE RECURRENTE

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA

**TABLA 1**  
**POBLACION SEGUN AFILIACION, TIPO DE AFILIACION Y EDAD**

EDAD	TIPO DE COBERTURA						TOTAL
	1 Sin	2 Al. obra social	3 3-1-1 Privados	4 5-4 Amos Dios	5 6-3 No más de 200	6 7-2 No más de 200	
Menos 1 ...	105	32	19	—	—	1	157
1 - 4 ...	312	105	107	5	2	1	532
5 - 14 ...	765	343	326	23	6	—	1,373
15 - 24 ...	710	289	285	21	2	10	1,299
25 - 34 ...	439	225	157	21	4	8	854
35 - 44 ...	592	347	497	24	1	5	1,362
45 y + ...	220	104	101	7	—	—	432
Total ...	3,514	1,520	1,277	127	15	25	7,068
Sin incluir	—	—	—	—	—	—	3

A N E X O

**TABLAS DE UTILIZACION DE RECURSOS**

**TABLA 2**  
**POBLACION DE NIÑOS SEGUN AFILIACION, TIPO DE AFILIACION Y EDAD**

EDAD	TIPO DE COBERTURA						TOTAL
	1 Sin	2 AL. obra social	3 3-1-1 Privados	4 5-4 Amos Dios	5 6-3 No más de 200	6 7-2 No más de 200	
Menos 1 ...	31	15	8	—	—	—	54
1 - 4 ...	175	55	57	4	1	—	292
5 - 14 ...	261	107	109	14	2	—	493
15 - 24 ...	332	125	117	5	—	6	585
25 - 34 ...	205	127	122	10	2	—	466
35 - 44 ...	177	131	107	9	—	—	424
45 - 64 ...	261	176	215	15	—	—	667
65 y + ...	8	44	42	4	—	—	98
Total ...	1,997	627	514	61	24	6	3,229
Sin incluir	1	—	—	—	—	—	1

T A B L A 1

POBLACION SEGUN AFILIACION, TIPO DE AFILIACION Y EDAD

E D A D	T I P O D E C O B E R T U R A						T o t a l
	1	2	3	4	5	6	
	1 Sin	2 Af. obra social	3-4-7 Privados	4 5-6 Ambos tipos	5 8-9 No sabe si está afil.	6 S/I N/S si está afil.	
Menos 1 ...	103	32	19	—	—	1	155
1 - 4 ....	332	103	107	8	2	1	553
5 - 14 ....	707	313	326	23	6	—	1.375
15 - 24 ....	703	269	255	21	2	10	1.260
25 - 34 ....	439	226	257	21	4	8	955
45 - 64 ....	582	337	439	24	1	5	1.388
65 y + ....	220	101	101	7	—	—	429
Total .....	3.514	1.650	1.767	127	15	26	7.099
Sin indic. ..	3	—	—	—	—	—	3

T A B L A 2

POBLACION DE VARONES SEGUN AFILIACION, TIPO DE AFILIACION Y EDAD

E D A D	T I P O D E C O B E R T U R A						T o t a l
	1	2	3	4	5	6	
	1 Sin	2 Af. obra social	3-4-7 Privados	4 5-6 Ambos tipos	5 8-9 No sabe tipo	6 S/I N/S afiliación	
Menos 1 ...	51	15	8	—	—	—	74
1 - 4 ....	178	55	57	4	1	—	295
5 - 14 ....	361	187	159	14	2	—	723
15 - 24 ....	332	123	117	5	—	6	583
25 - 34 ....	208	106	109	10	2	4	439
35 - 44 ....	177	131	107	9	—	1	425
45 - 64 ....	261	176	215	15	—	3	670
65 y + ....	88	44	42	4	—	—	178
Total .....	1.657	837	814	61	5	14	3.388
Sin indic. ..	1	—	—	—	—	—	1

TABLA 3

POBLACION DE MUJERES SEGUN AFILIACION, TIPO DE AFILIACION Y EDAD

E D A D	T I P O D E C O B E R T U R A						7 Total
	1	2	3	4	5	6	
	1 Sin	2 Af. obra social	3-4-7 Privados	5-6 Ambos tipos	8-9 No sabe tipo	S/I N/I N/S afiliación	
Menos 1 ...	52	17	11	—	—	1	81
1 - 4 ....	154	48	50	4	1	1	258
5 - 14 ....	346	126	167	9	4	—	652
15 - 24 ....	371	146	138	16	2	4	677
25 - 34 ....	231	120	148	11	2	4	516
45 - 64 ....	321	161	224	9	1	2	718
65 y + ....	132	57	59	3	—	—	251
Total .....	1.855	813	953	66	10	12	3.709
Sin indic. ...	2	—	—	—	—	—	2

TABLA 4

PERSONAS MAYORES DE 9 AÑOS ACTIVAS O JUBILADAS Y PENSIONADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL Y COBERTURA

NIVEL OCUPACIONAL	C O B E R T U R A							
	PERSONAL				INFORMANTE			
	1	2	3	4	5	6	7	8
	A	A	T	S/I	A	A	T	S/I
1 .....	204	393	597	5	110	190	300	2
2 .....	266	247	513	1	134	157	291	4
3 .....	340	151	491	—	200	80	280	2
4 .....	118	39	157	1	64	33	97	2
5 y 6 .....	66	39	105	—	55	39	94	—
Total .....	994	869	1.863	7	563	499	1.062	10
Sin indicación .....	56	48	104	—	29	32	61	—
Total .....	1.050	917	1.967	7	592	531	1.123	10

TABLA 5

PERSONAS MAYORES DE 9 AÑOS QUE NO TRABAJAN SEGUN SITUACION Y COBERTURA

SITUACION	COBERTURA							
	PERSONAL				INFORMANTE			
	1	2	3	4	5	6	7	
	A	A	T	S/I	A	A	T	S/I
Ama de casa .....	628	610	1.298	4	52	51	103	1
Rentista .....	5	26	31	—	3	9	12	—
Desocupado .....	13	25	38	1	6	6	12	—
Estudiante .....	125	107	232	1	77	55	132	—
Enferm. permanente ..	—	6	6	—	4	14	18	—
Enferm. p/temporario .	7	7	14	—	9	7	16	—
Pens. jubilado .....	161	80	241	—	61	36	97	—
Retir. sin pensión ....	5	10	15	—	—	5	5	—
Total .....	995	872	1.867	6	210	183	393	1

TABLA 6

PERSONAS AFILIADAS SEGUN TIPO DE AFILIACION, SI UTILIZARON SERVICIOS CUBIERTOS Y TIPO DE SERVICIOS

TIPO DE SERVICIO	TIPO DE COBERTURA - UTILIZACION							
	OFICIAL 1, 2				PRIVADA 3, 4, 5, 6			
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Nunca utilizó	Alguna vez	No sabe	No le cubre	Nunca utilizó	Alguna vez	No sabe	No le cubre

Afiliación — Tipo de afiliación:

1. Consulta médica ..	313	1.334	3	—	538	1.210	2	17
2. Domicilio .....	162	172	5	71	1.150	563	3	50
3. Dentista .....	918	672	7	53	1.143	592	3	29
4. Internación .....	1.024	604	3	19	1.189	528	2	48
5. Laborat. radiología	677	965	5	3	892	844	4	27
6. Medicamentos ....	523	1.030	8	89	697	984	3	83
7. Prótesis .....	1.338	251	8	53	1.499	186	16	66

Afiliados A — De un tipo:

1. Consulta médica ..	49	76	1	1	53	59	2	13
2. Domicilio .....	84	34	1	8	74	33	1	19
3. Dentista .....	82	33	3	9	92	32	2	1
3. Internación .....	97	26	1	3	76	29	1	21
5. Laborat. radiología	67	57	1	2	70	46	1	10
6. Medicamentos ....	67	43	1	16	56	56	1	14
5. Prótesis .....	112	10	1	4	102	6	1	18

T A B L A 7

CONSULTANTES AL MEDICO EN DOS SEMANAS POR EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O							
	CONSULTANTES			NO CONSULTANTES			CONS. + NO CONS.	NO SABE S/I
	1 Varón	2 Mujer	3 Total	4 Varón	5 Mujer	6 Total	7 Total población	8-9 Varón
C 1 .....	33	30	63	41	51	92	155	—
1 - 4 .....	65	59	124	230	199	429	553	—
5 - 14 .....	92	99	191	631	553	1.184	1.375	—
15 - 24 .....	58	91	149	525	586	1.111	1.260	—
25 - 34 .....	41	87	128	398	429	827	955	—
35 - 44 .....	61	81	142	363	475	838	980	1
45 - 64 .....	86	141	227	584	577	1.161	1.388	—
65 y más .....	43	49	92	135	202	337	429	—
Sin indicación .....	1	—	1	—	2	2	3	—

T A B L A 8

CONSULTANTES Y NO CONSULTANTES A MEDICO EN 15 DIAS SEGUN NIVEL DE INGRESO Y EDAD

E D A D	N I V E L D E I N G R E S O							
	CONSULTANTES				NO CONSULTANTES			
	1	2	3	4-5	6	7	8	9-10
	I	II	III	Total S/I	I	II	III	Total S/I
1. Menos 1 .....	3.3	1.2	10	55/8	62	16	9	87/5
2. 1 - 4 .....	55	31	24	110/14	253	99	37	389/40
3. 5 - 14 .....	98	55	24	177/14	700	287	131	1.118/66
4. 15 - 24 .....	44	61	36	141/8	458	354	216	1.028/83
5. 25 - 34 .....	49	28	38	115/13	348	235	201	784/43
6. 35 - 44 .....	63	42	32	137/5	377	257	158	792/46
7. 45 - 64 .....	81	65	70	216/11	323	417	357	1.097/64
8. 65 y más .....	29	28	28	85/7	139	93	67	299/38
9. Total .....	452	322	262	1.036/80	2.660	1.758	1.176	5.594/385
10. Sin indicación .	—	—	1	1	2	—	—	2
11. Total .....	452	322	263	1.037/80	2.662	1.758	1.176	5.596/385

Nota: 1 persona de 35-44 años de N.I.I. no sabe si consultó al médico.

TABLA 9

CONSULTANTES Y NO CONSULTANTES A MEDICO EN DOS SEMANAS SEGUN NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

	A F I L I A C I O N							
	CONSULTANTES				NO CONSULTANTES			
	1	2	3	4	5	6	7	8
	A Afiliados	A No afili.	Total	No sabe S/I	A Afiliados			S/I
1. I .....	187	263	450	2	1.022	1.632	2.654	8
2. II .....	229	93	322	—	1.035	717	1.752	6
3. III .....	179	83	262	1	686	483	1.169	7
4. Total .....	595	439	1.034	3	2.743	2.832	5.575	21
5. Sin indicación ...	42	38	80	—	178	205	383	2
6. Total .....	637	477	1.114	3	2.921	3.037	5.958	23

Nota: 1 persona de N.I.I. afiliada no sabe si consultó.

TABLA 10

CONSULTANTES A MEDICO EN 15 DIAS SEGUN AFILIACION Y MOTIVO DE LA CONSULTA

M O T I V O	1	2	3	4	5
	A afiliados	A no afiliad.	Total	Sin ind.	Total
1. Control de salud .....	95	39	134	—	134
2. Morbilidad .....	431	431	968	3	971
3. Total .....	632	470	1.102	—	1.105
4. Sin indicación .....	5	7	12	—	12
5. Total .....	637	477	1.114	3	1.117

TABLA 11

CONSULTANTES A MEDICO EN 15 DIAS SEGUN NIVEL DE INGRESO Y MOTIVO DE LA CONSULTA

MOTIVO	NIVEL DE INGRESO					
	1		2		3	
	4	5	6	7	8	9
	I	II	III	Total	Sin ind.	Total
1. Control de salud .....	46	32	45	123	11	134
2. Morbilidad .....	401	286	215	902	69	971
3. Total .....	447	318	260	1.025	80	1.105
4. Sin indicación .....	5	4	3	12	—	12
5. Total .....	452	322	263	1.037	80	1.117

TABLA 12

CONSULTANTES A MEDICO MAS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN AÑO Y PERSONAS QUE NUNCA CONSULTARON AL MEDICO SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO								
	CONSULTANTES DE MAS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN AÑO			NUNCA CONSULTARON MEDICO			S/I SI CONSULTARON		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	U	M	T	U	M	T	U	M	T
1. Menos 1.	38	48	86	3	2	5	—	1	1
2. 1 - 4 .	178	165	343	2	1	3	—	1	1
3. 5 - 14 .	391	337	728	15	15	30	—	2	2
4. 15 - 24 .	292	377	669	9	7	16	—	—	—
5. 25 - 34 .	215	282	497	5	3	8	1	—	1
6. 35 - 44 .	215	310	525	9	2	11	—	1	1
7. 45 - 64 .	317	385	702	8	5	13	—	1	1
8. 65 y más	90	152	242	3	2	5	—	—	—
9. Total ...	1.736	2.056	3.702	54	37	91	1	6	7
10. Sin ind. .	2	—	2	—	—	—	1	—	1
11. Total ...	1.738	2.056	3.704	54	37	91	2	6	8

T A B L A 13

CONSULTANTES A MEDICO MAS DE DOS SEMANAS Y MENORES DE UN AÑO  
Y PERSONAS QUE NUNCA CONSULTARON AL MEDICO SEGUN NIVEL  
DE INGRESO Y AFILIACION

NIVEL DE INGRESO	A F I L I A C I O N								
	CONSULTANTES DE MAS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN AÑO			NUNCA CONSULTARON AL MEDICO			S/I SI CONSULTARON		
	1	2	3-4	5	6	7-8	9	10	11
	A afiliado	A no afil.	Total S/I	A afiliado	A no afil.	Total S/I	A afiliado	A no afil.	Total S/I
1. I .....	685	966	1.651/2	12	36	48/1	1	2	2
2. II .....	689	418	1.107/4	9	8	17	3	—	—
3. III .....	483	315	798/3	3	4	7	—	—	1
4. Total ...	1.857	1.699	3.556/7	24	48	72/1	4	2	3
5. Sin ind. .	114	113	227/2	4	14	18	—	1	—
6. Total ...	1.971	1.812	3.783/9	28	62	90/1	4	3	3

T A B L A 14

PERSONAS QUE NUNCA CONSULTARON AL MEDICO SEGUN NIVEL DE INGRESO Y EDAD

EDAD	N I V E L D E I N G R E S O				
	1	2	3	4	5
	I	II	III	S/I	Total
Menos 1 .....	3	—	—	2	5
1 - 4 .....	1	—	—	2	3
5 - 14 .....	18	6	—	6	30
15 - 24 .....	13	1	—	2	16
25 - 34 .....	4	2	—	2	8
35 - 44 .....	4	2	3	3	11
45 - 64 .....	4	5	3	1	13
65 y más .....	49	17	7	18	91

TABLA 15

NUMERO DE CONSULTAS SEGUN EDAD, AFILIACION Y SEXO

EDAD	S E X O								
	AFILIADOS			NO AFILIADOS			S/I AFILIACION		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Menos 1 ....	19	25	44	49	32	81	—	4	4
1 - 4 .....	43	41	84	48	46	94	—	—	—
5 - 14 .....	71	79	150	54	64	118	—	—	—
15 - 24 .....	48	80	128	38	57	95	—	—	—
25 - 34 .....	53	75	128	50	40	90	1	2	3
35 - 44 .....	70	64	134	30	46	76	—	—	—
45 - 64 .....	110	111	221	31	88	119	—	—	—
65 y más ....	42	64	106	11	31	42	—	—	—
Sin indic. ...	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Total .....	456	539	995	312	404	716	1	6	7

TABLA 16

NUMERO DE CONSULTAS SEGUN NIVEL DE INGRESO Y EDAD

EDAD	N I V E L D E I N G R E S O					
	1	2	3	4	5	6
	I	II	III	Total	S/I	Total
Menos 1 .....	74	19	17	110	17	129
1 - 4 .....	89	39	33	161	17	178
5 - 14 .....	141	81	28	250	18	268
15 - 34 .....	61	92	57	210	13	223
25 - 34 .....	94	42	67	203	18	221
35 - 44 .....	94	64	47	205	5	210
45 - 64 .....	131	88	103	322	18	340
65 y menos .....	62	37	39	138	10	148
Total .....	746	462	391	1.599	118	1.717
Sin indicación ...	—	—	1	1	—	1
Total .....	746	462	392	1.600	118	1.718

T A B L A 17

CONSULTANTES SEGUN LUGAR, NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

NIVEL DE INGRESO	L U G A R					Otro 6	Total
	1	2	3	4	5		
<i>Afiliados:</i>							
1. I .....	37	29	19	30	71	18	204
2. II .....	64	33	18	22	95	14	246
3. III .....	74	40	13	15	41	17	200
4. Sin indic. ....	6	5	4	8	20	2	45
5. Total .....	181	107	54	75	227	51	695
<i>No afiliados:</i>							
6. I .....	59	24	5	150	1	42	281
7. II .....	44	13	7	24	1	5	94
8. III .....	47	19	7	8	1	10	92
9. Sin indic. ....	11	11	—	11	—	6	39
10. Total .....	161	67	19	193	3	63	506
<i>Sin información:</i>							
11. I .....	—	—	—	2	—	—	2
12. II .....	—	—	—	—	—	—	—
13. III .....	1	—	—	—	—	—	1
14. Sin indic. ....	—	—	—	—	—	—	—
15. Total .....	1	—	—	2	—	—	3
16. Total .....	343	174	73	270	230	114	1,204

TABLA 18

CONSULTAS SEGUN LUGAR, NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

INGRESO NIVEL DE	L U G A R						Total
	1	2	3	4	5	6 Otro	
<i>Afiliados:</i>							
1. I .....	47	47	26	47	130	21	318
2. II .....	81	40	27	29	145	17	339
3. III .....	98	61	14	20	61	23	277
4. S/I .....	12	13	—	25	2	9	61
5. Total .....	238	161	67	121	338	70	995
<i>No afiliados:</i>							
6. I .....	79	34	6	250	1	52	422
7. II .....	62	15	12	27	2	5	123
8. III .....	53	21	12	14	1	13	114
9. S/I .....	11	8	5	12	21	—	57
10. Total .....	205	78	35	303	25	70	716
<i>Si afiliados:</i>							
11. I .....	—	—	—	6	—	—	6
12. II .....	—	—	—	—	—	—	—
13. III .....	1	—	—	—	—	—	1
14. S/I .....	—	—	—	—	—	—	—
15. Total .....	1	—	—	6	—	—	7
16. Total .....	444	239	102	430	363	140	1.718

TABLA 19

PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

FINANCIACION		DOMICILIO	
Público .....	430	Obra social ...	57
Obra social ...	280	Seguro privado.	27
Priv. c/cobert. .	233	No cubre más .	152
Priv. s/cobert. .	392	S/I .....	3
<b>Total .....</b>	<b>1.335</b>	<b>Total .....</b>	<b>239</b>

3 S/I de cubierto.

1 S/I de tipo de cobertura.

De las 630 consultas a público, 42 fueron manifestadas como cubiertas.

TABLA 20

CONSULTAS MEDICAS. FINANCIAMIENTO. NUMERO DE CONSULTAS SEGUN LUGAR, TIPO DE COBERTURA

L U G A R	1, 2	3, 4, 5, 6	S/I
	OBRA SOCIAL	PRE. P. PRIV.	
Consult. particular ...	64	20	1
Instit. privadas .....	31	35	—
Instit. oficiales .....	3	36	3
Consult. obra social ..	185	178	—
<b>Total .....</b>	<b>283</b>	<b>269</b>	<b>4</b>

TABLA 21

CONSULTAS MEDICAS. FINANCIAMIENTO. NUMERO DE CONSULTAS SEGUN LUGAR, COBERTURA

L U G A R	FINANCIAMIENTO		S/I
	NO CUBIERTAS	CUBIERTAS	
Consult. particular ...	356	85	3
Instit. privadas .....	36	66	—
Instit. públicas .....	378	42	10
Instit. obra social ....	—	363	—
<b>Total .....</b>	<b>770</b>	<b>556</b>	<b>13</b>

T A B L A 2 2

INTERNADOS Y EGRESOS SEGUN EDAD Y SEXO Y CAUSA

E D A D	S E X O							
	V A R O N		M U J E R		T O T A L		P A R T O S	
	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS
0 - 4 ...	25	31	28	34	53	65	—	—
5 - 14 ...	41	43	40	42	81	85	—	—
15 - 24 ...	35	37	49	51	84	88	46	—
25 - 34 ...	20	22	41	46	61	68	78	—
35 - 44 ...	18	22	46	51	64	73	24	—
45 - 64 ...	32	37	52	60	84	97	—	—
65 y más ..	14	16	17	24	31	40	—	—
Total .....	185	208	273	308	458	516	148	148

T A B L A 2 3

MUJERES INTERNADAS POR CAUSA GENERAL SEGUN EDAD Y AFILIACION

E D A D	A F I L I A C I O N					
	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS
0 - 4 .....	13	15	15	19	28	34
5 - 14 .....	20	21	20	21	40	42
15 - 24 .....	27	29	22	22	49	51
25 - 34 .....	26	29	15	17	41	46
35 - 44 .....	29	33	17	18	46	51
45 - 64 .....	31	33	21	27	52	60
65 y más .....	10	16	7	8	17	24
Total .....	156	176	117	132	273	308

T A B L A 2 4

VARONES INTERNADOS Y EGRESOS SEGUN EDAD Y AFILIACION

E D A D	A F I L I A C I O N					
	AFILIADOS		NO AFILIADOS		T O T A L	
	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS	INTER- NADOS	EGRESOS
0 - 4 .....	13	17	12	14	25	31
5 - 14 .....	19	20	22	23	41	43
15 - 24 .....	15	15	20	22	35	37
25 - 34 .....	11	11	9	11	20	22
35 - 44 .....	13	14	5	8	18	22
45 - 64 .....	24	28	8	9	32	37
65 y más .....	8	10	6	6	14	16
Total .....	103	115	88	93	185	208

T A B L A 25

DIAS DE ESTADA POR EGRESO SEGUN EDAD PARA MUJERES. CAUSA GENERAL

D I A S	E D A D							Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	
1 .....	8	11	7	7	5	2	—	40
2 .....	2	6	4	7	2	4	1	26
3 .....	5	8	9	10	5	3	2	42
4 .....	1	4	7	7	—	3	3	25
5 .....	—	5	2	3	7	2	2	21
6 .....	—	—	1	1	4	1	—	7
7 .....	2	2	3	2	6	3	—	18
8 .....	3	—	3	2	2	8	2	20
9 .....	—	—	—	1	—	3	—	4
10 .....	1	2	4	—	5	4	1	17
11 .....	15 2	14 1	12 1	15 2	11 1	11 1	14 1	11 2
	20 2	15 1	15 2	16 1	12 1	12 1	15 1	
12 .....	20 1	20 1	17 1	30 1	13 1	14 1	18 2	12 3
	22 1	25 1	19 1	45 2	14 2	15 3	25 1	
(31) 13 y +	30 3		20 2		15 6	17 1	26 1	13 y + 83
	44 1		30 2		17 1	18 1	30 5	
	90 1		75 1		25 1	20 3	40 1	
	92 1		120 1		76 2	22 1	60 1	
	días egresos					25 1		
	estada					30 6		
	(36)	(18)	(36)	(28)	(25)	39 1		
	12	4	10	6	13	45 1		
						50 2		
						60 2		
						80 1		
						90 1	(34) (28)	
Total .....	34	42	51	46	51	60	(25) 13	308
						24		

T A B L A 26  
DÍAS DE ESTADA POR EGRESO SEGUN EDAD PARA VARONES

D I A S	E D A D							Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	
1 .....	10	14	6	1	7	1	—	39
2 .....	4	6	5	5	4	1	—	25
3 .....	—	10	4	3	2	2	1	22
4 .....	1	1	3	1	2	2	—	10
5 .....	1	2	1	1	2	1	—	8
6 .....	—	1	—	1	—	—	—	2
7 .....	4	1	4	2	3	5	1	20
8 .....	2	1	—	—	—	1	—	4
9 .....	—	—	3	—	—	—	—	3
10 .....	—	1	2	—	—	4	1	8
11 .....	—	—	—	—	—	—	—	—
12 .....	1	—	1	—	—	2	1	5
13 .....	—	—	—	—	—	—	—	—
14 .....	1	—	—	1	—	—	—	2
15 .....	1	2	1	2	2	3	—	11
(36) + 15 ....	17 1	19 1	30 2	30 3		16 1	18 3	49
	18 2	28 1	30 2	60 1		18 1	20 1	
	30 2	30 1	45 1	75 1		20 3	22 2	
						25 1	23 1	
	44 1	90 1	90 2			30 1	29 1	
	(23)	(33)	(42)	(34)	(15)	38 1	30 1	
						45 1	41 1	
						60 1	57 1	
						70 1	90 1	
						90 3		
						131 1	(32) 12	
Total .....	31	43	37	22	22	37 (45)	18 16	208

T A B L A 27

INTERNADAS POR PARTO SEGUN EDAD  
Y AFILIACION

E D A D	Afilladas	No afiliadas	T o t a l
15 - 24 .....	20	26	46
25 - 34 .....	48	30	78
35 - 44 .....	13	11	24
Total .....	81	67	148

T A B L A 28

DIAS DE INTERNACION POR EGRESO SEGUN EDAD Y AFILIACION. PARTOS

DIAS	E D A D									
	T O T A L			A F I L I A D O S			N O A F I L I A D O S			TOTAL GENERAL
	15 - 24	25 - 34	35 - 44	15 - 24	25 - 34	35 - 44	15 - 24	25 - 34	35 - 44	
1 .....	—	4	—	—	4	—	—	—	—	4
2 .....	3	16	4	1	10	2	2	6	2	23
3 .....	24	38	13	12	24	8	12	14	5	75
4 .....	8	12	4	3	5	1	5	7	3	24
5 .....	5	5	1	2	3	1	3	2	—	11
6 .....	1	1	—	1	1	—	—	—	—	2
7 .....	—	—	2	—	—	1	—	—	1	2
8 .....	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
9 .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 .....	1	2	—	—	1	—	1	1	—	3
11 .....	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
14 .....	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1
17 .....	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1

T A B L A 29  
 DIAS DE ÉSTADA POR EGRESO DE MUJERES AFILIADAS SEGUN EDAD  
 Y CAUSA GENERAL

D I A S	E D A D							Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	
1 .....	7	8	4	5	4	1	—	29
2 .....	1	2	4	3	1	1	1	13
3 .....	1	3	7	8	4	2	2	27
4 .....	—	2	4	4	—	2	2	14
5 .....	—	2	2	1	6	1	2	14
6 .....	—	—	—	1	1	1	—	3
7 .....	—	—	—	2	5	1	—	8
8 .....	2	—	1	2	—	6	1	12
9 .....	—	—	—	—	—	3	—	3
10 .....	—	1	2	—	3	4	—	10
15 1	14 1	12 1	15 1	12 1	12 1	14 1	11 = —	
20 1	15 1	15 1	16 1	14 1	14 1	19 1	12 = 3	
90 1	20 1	19 1	45 1	15 5	15 1	25 1	13 y + = 40	
					17 1			
92 1		20 1		17 1	18 1	30 5		
		75 1		25 1	20 1			
					22 1			
					30 2			
					45 1			
					90 1			
Total .....	15 (54) 4	21 (16) 3	29 (32) 4	29 (25) 3	33 (16) 8	33 (30) 10	16 (26) 8	176 (28) 40

T A B L A 30

DIAS DE ESTADA POR EGRESO DE MUJERES NO AFILIADAS  
SEGUN EDAD, CAUSA GENERAL

D I A S	E D A D							Total	
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +		
1 .....	1	3	3	2	1	1	—	11	
2 .....	1	4	0	4	1	3	—	13	24
3 .....	4	5	2	2	1	1	—	15	39
4 .....	1	2	3	3	—	1	1	11	50
5 .....	—	3	—	2	1	1	—	7	57
6 .....	—	—	1	—	3	—	—	4	61
7 .....	2	2	3	—	1	2	—	10	71
8 .....	1	—	2	—	1	2	1	7	
9 .....	—	—	—	1	—	—	—	1	
10 .....	1	1	2	—	2	—	1	7	
	15	25	15	15	11	11	15	11	= 2
	20		17	30	13	15	19		
	21		10	45	14	20	26		
			30					12	= —
	22		120		15		40		
	30	3			76	25	60		13 y + = 43
	44	1				30			
						39			
						50			
						60			
						80			
Total .....	19	21	22	17	17	27	8	131	
	(26)	(25)	(39)	(30)	(39)	(37)	(32)	(34)	
	8	1	6	3	5	15	5		

T A B L A 31

DIAS DE ESTADA POR EGRESO PARA VARONES AFILIADOS SEGUN EDAD

D I A S DE ESTADA	E D A D							Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	
1 .....	8	6	5	—	4	—	—	23
2 .....	3	2	1	2	2	1	—	11
3 .....	—	7	2	2	1	2	—	14
4 .....	—	1	1	—	2	1	—	5
5 .....	1	1	—	—	1	—	—	3
6 .....	—	—	—	1	—	—	—	1
7 .....	3	1	2	1	3	4	—	14
8 .....	—	1	—	—	—	1	—	2
9 .....	—	—	1	—	—	—	—	1
10 .....	—	—	—	—	—	4	1	5
	15 1	28 1	12 1	14 1	15 1	12 2	18 3	11 = —
	30 1		20 2	15 1		15 3		
						16 1	23 1	
				30 2		18 1	29 1	12 = 3
				60 1		20 3	30 1	
						25 1	41 1	13 y + = 33
						38 1	57 1	
						70 1	90 1	
						90 2		
Total .....	17 (22) 2	20 (28) 1	15 (20) 2	11 (30) 5	14 (15) 1	28 (35) 13	10 (36) 9	115 (32)

TABLA 32

DIAS DE ESTADA POR EGRESO PARA VARONES NO AFILIADOS SEGUN EDAD

D I A S DE ESTADA	E D A D							Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 64	65 y +	
1 .....	2	8	1	1	3	1	—	16
2 .....	1	4	4	3	2	—	—	14
3 .....	—	3	2	1	1	—	1	8
4 .....	1	—	2	1	—	1	—	5
5 .....	—	1	1	1	1	1	—	5
6 .....	—	1	—	—	—	—	—	1
7 .....	1	—	2	1	—	1	1	6
8 .....	2	—	—	—	—	—	—	2
9 .....	—	—	2	—	—	—	—	2
10 .....	—	1	2	—	—	—	—	3
	12 1	15 2	15 1	15 1	15 1	30 1	12 1	11 = —
	14 1	19 1	30 2	30 1		45 1	20 1	
	17 1	30 1	45 1	75 1		60 1	22 2	12 = 2
	18 2	90 1	90 2			90 1		
	30 1					131 1		13 y + = 29
	44 1							
Total .....	14	23	22	11	8	9	6	93
	(24)	(34)	(50)	(40)	(15)	(71)	(21)	(40)
	6	5	6	3	1	5	3	

TABLA 33

NUMERO DE EGRESOS SEGUN LUGAR-EFECTOR Y CAUSA DE INTERNACION

LUGAR-EFECTOR	C A U S A S		
	TODAS LAS CAUSAS	CAUSAS GENERALES	PARTOS
Público .....	212	169	43
Obra social .....	88	66	22
Privado .....	312	238	74
Total .....	612	473	139
Fuerzas Armadas.	10	—	—
Otros .....	1	—	—
Dentro Región de			
Cuyo .....	40	—	—
Dentro del país ..	22	—	—
Fuera del país ..	4	—	—
Sin información .	5	—	—
Total .....	664	—	—

TABLA 34

NUMERO DE EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y CAUSA DE INTERNACION

SISTEMA DE FINANCIACION	C A U S A S		
	TODAS LAS CAUSAS	CAUSAS GENERALES	PARTOS
Público .....	212	167	45
Obra social .....	208	161	47
Privado sin cob. .	83	62	21
Privado con cob. .	104	80	24
Total .....	607	470	137
Sin información .	5	3	2

TABLA 35  
DÍAS DE ESTADA POR ERESENOSES NO AFILIADOS SEGUN EDAD

**PROBABILIDAD DE CONSULTAS SEGUN PROBLEMA DENTAL  
EDAD Y SEXO**

EDAD - SEXO	1		2		3		4		5
	CON PROBLEMA DENTAL				SIN PROBLEMA DENTAL				TOTAL
	CONSULTO		NO CONSULTO		CONSULTO		NO CONSULTO		
Menos 1	Varón ..	—	16	—	58	74			
	Mujer ..	1	20	—	60	81			
	Total ..	1	36	—	118	155			
1 - 4	Varón ..	2	28	—	265	295			
	Mujer ..	10	31	—	217	258			
	Total ..	12	59	—	482	553			
5 - 14	Varón ..	60	69	29	565	723			
	Mujer ..	49	93	16	494	652			
	Total ..	109	162	45	1.059	1.375			
15 - 24	Varón ..	33	66	6	477	582			
	Mujer ..	68	98	4	506	676			
	Total ..	101	164	10	983	1.258			
25 - 34	Varón ..	40	70	1	328	439			
	Mujer ..	73	110	7	326	516			
	Total ..	113	180	8	654	955			
35 - 44	Varón ..	36	62	2	325	425			
	Mujer ..	42	95	6	413	556			
	Total ..	78	157	8	738	981			
45 - 64	Varón ..	43	86	4	537	670			
	Mujer ..	54	100	13	551	718			
	Total ..	97	186	17	1.088	1.388			
65 y más	Varón ..	3	19	2	154	178			
	Mujer ..	8	28	—	215	251			
	Total ..	11	47	2	369	429			
Total	Varón ..	217	416	44	2.709	3.386			
	Mujer ..	305	575	46	2.782	3.708			
	Total ..	522	991	90	5.401	7.094			

PROBABILIDAD CONSULTAS SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

TABLA 36

NIVEL DE INGRESO	A F I L I A C I O N						7
	1	2	3	4	5	6	
	NO CONSULTANTES			CONSULTANTES			
	-	A	S/I	-	A	S/I	
	A	A	A	A	A	A	TOTAL POBLAC.
1 .....	628	207	—	39	10	1	885
2 .....	396	247	8	29	21	1	702
3 .....	418	321	—	36	27	—	802
4 .....	324	348	—	25	29	—	726
Subtotal ...	1.766	1.123	8	129	87	2	3.115
5 .....	307	428	2	29	45	1	812
6 .....	252	323	2	17	36	—	630
7 .....	190	373	1	15	59	—	638
Subtotal ...	749	1.124	5	61	140	1	2.080
8 .....	183	254	3	16	24	—	480
9 .....	179	273	3	21	31	—	507
10 .....	86	125	2	14	23	—	250
10 .....	60	112	—	7	23	—	202
Subtotal ...	508	764	8	58	101	—	1.439
S/I. ....	228	201	2	14	19	—	464
Total .....	3.251	3.212	23	262	347	3	7.098

T A B L A 37

## NUMERO DE CONSULTAS POR LUGAR-EFECTOR; EDAD Y SEXO

EDAD — SEXO	L U G A R							
	1	2	3	4	5	6 Otro	7 S/I.	8 Total
Menos 1	Varón ..	—	—	—	—	—	—	—
	Mujer ..	—	—	—	1	—	—	1
	Total ...	—	—	—	1	—	—	1
1 - 4	Varón ..	3	—	—	1	—	—	4
	Mujer ...	—	11	—	5	1	—	17
	Total ...	3	11	—	6	1	—	21
5 - 14	Varón ..	13	31	17	47	5	5	118
	Mujer ...	12	56	6	35	3	2	114
	Total ...	25	87	23	82	8	7	232
15 - 24	Varón ..	10	38	—	19	15	—	82
	Mujer ...	22	67	6	45	17	1	158
	Total ...	32	105	6	64	32	1	240
25 - 34	Varón ..	13	30	12	8	7	—	70
	Mujer ...	33	84	11	25	17	3	173
	Total ...	46	114	23	33	24	3	243
35 - 44	Varón ..	14	32	2	9	7	—	64
	Mujer ...	21	52	4	14	13	—	104
	Total ...	35	84	6	23	20	—	168
45 - 64	Varón ..	23	63	—	17	15	—	118
	Mujer ...	19	115	4	18	10	—	166
	Total ...	42	178	4	35	25	—	284
65 y más	Varón ..	2	13	—	1	—	—	16
	Mujer ...	2	6	—	3	2	—	13
	Total ...	4	19	—	4	2	—	29
Total	Varón ..	78	207	31	102	49	5	472
	Mujer ...	109	391	31	146	63	6	746
Total ...	187	598	62	248	112	11	—	1.218

TABLA 38

NUMERO DE CONSULTAS SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	LUGAR						
	1	2	3	4	5	6 Otro	7 Total
1 .....	3	4	7	42	4	5	65
2 .....	10	14	3	37	12	2	78
3 .....	10	63	1	38	11	1	124
4 .....	36	37	2	13	15	—	103
Total .....	59	118	13	130	42	8	370
5 .....	18	35	36	40	21	—	150
6 .....	22	46	2	23	8	1	102
7 .....	35	76	5	14	5	—	135
Total .....	75	157	43	77	34	1	387
8 .....	7	49	1	7	7	—	71
9 .....	22	65	—	8	15	1	111
10 .....	9	92	2	1	6	—	110
11 .....	6	85	2	10	5	—	108
Total .....	44	291	5	26	33	1	400
Total N/l. ..	178	566	61	233	109	10	1.157
S/l. ....	9	32	1	15	3	1	61
Total lugar .	187	598	62	248	112	11	1.218

TABLA 39

CONSULTANTES SEGUN LUGAR - DEPENDENCIA Y AFILIACION

LUGAR	AFILIACION			
	1	2	3	4
	A	A	TOTAL	NO HAY AFILIACION
1 .....	—	102	102	1
2 .....	121	120	241	—
3 .....	2	24	26	—
4 .....	127	47	174	2
5 .....	1	56	57	—
Otro .....	11	3	14	—
Total .....	262	352	614	3

AFILIADOS: 1 duplica 1 y 2

1 " 1 y 2

1 " 2 y 4

2 " 2 y 5

T A B L A 4 0  
UTILIZADORES DE LABORATORIO SEGUN EDAD Y SEXO

E D A D	S E X O				T O T A L
	UTILIZADORES		NO UTILIZADORES		
	MUJER	VARON	MUJER	VARON	
Menos 10 .....	14	26	645	710	1.395
10 - 24 .....	38	26	971	913	1.948
25 - 44 .....	29	22	1.043	842	1.936
45 - 64 .....	39	19	679	651	1.388
65 y más .....	14	9	237	169	429
Total .....	134	102	3.575	3.285	7.096
S/l. ....	—	—	2	1	3
Total .....	134	102	3.577	3.286	7.099

T A B L A 4 1  
UTILIZADORES DE LABORATORIO SEGUN NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

AFILIACION	N I V E L D E I N G R E S O				
	I	II	III	TOTAL	S/I.
A afiliados .....	36	45	42	136	13
A No afiliados ....	53	22	17	100	8
Total .....	89	67	59	236	21
S/l. ....	—	—	—	—	—

T A B L A 4 2  
USUARIOS DE RADIOLOGIA SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

L U G A R	N I V E L D E I N G R E S O					
	1	2	3	4	5	6
	I	II	III	TOTAL	S/I.	TOTAL
1 .....	4	14	7	25	4	29
2 .....	1	4	11	16	1	17
3 .....	6	5	2	13	1	14
4 .....	25	13	4	42	2	44
5 .....	7	7	3	17	—	17
6 .....	1	1	1	3	—	3
Total .....	44	44	28	116	8	124

T A B L A 43

USUARIOS DE LABORATORIO SEGUN  
SI CONSULTARON AL MEDICO  
O NO Y LUGAR

LUGAR	CONSULTO AL MEDICO	NO CONSULTO AL MEDICO
1 .....	50	16
2 .....	37	17
3 .....	14	6
4 .....	48	21
5 .....	18	7
6 .....	3	1
Total ....	170	68

n : 236

Duplica      Duplica  
 1 y 3      2 y 4

T A B L A 44

USUARIOS DE RADIOLOGIA SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	USUARIOS			NO USUARIOS			TOTAL GENERAL
	1	2	3	4	5	6	
	VARON	MUJER	TOTAL	VARON	MUJER	TOTAL	
10 .....	15	14	29	721	645	1.366	—
10 - 24 .....	24	16	40	915	993	1.908	—
25 - 44 .....	11	13	24	851	1.059	1.910	—
45 - 64 .....	8	15	23	662	703	1.365	—
65 y más ...	4	4	8	174	247	421	—
Total .....	62	62	124	3.323	3.647	6.970	7.094
S/I. ....	—	—	—	1	2	3	3
2 Varones - 25-44 - no sabe si utilizaron							2
							7.099

TABLA 45  
USUARIOS DE RADIOLOGIA SEGUN NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

AFILIACION	NIVEL DE INGRESO					
	1	2	3	4	5	6
	I	II	III	S/I.	TOTAL	TOTAL
1 A No afiliados .....	22	13	9	44	1	45
2 A Afiliados .....	22	31	19	72	7	79
3 Total .....	44	44	28	116	8	124

TABLA 46  
UTILIZADORES SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION

LUGAR	NIVEL DE INGRESO							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	I		II		III		S/I.	
	A F I L I A C I O N							
	No afiliados	Afiliados	No afiliados	Afiliados	No afiliados	Afiliados	A	A
	$\bar{A}$	A	$\bar{A}$	A	$\bar{A}$	A	$\bar{A}$	A
1 .....	1	20	2	22	—	17	—	4
2 .....	15	—	6	7	11	10	3	2
3 .....	2	6	2	2	3	2	1	2
4 .....	36	4	13	3	3	3	4	3
5 .....	—	4	—	9	—	10	—	2
6 .....	—	2	—	2	—	—	—	—
Total .....	54	36	23	45	17	42	8	13
	(n : 53)	(n : 36)	(n : 22)	(n : 45)	(n : 17)	(n : 42)	(n : 8)	(n : 13)
	Duplica 2 y 4		Duplica 1 y 3					

TABLA 47

USUARIOS DE RADIOLOGIA SEGUN LUGAR Y AFILIACION

LUGAR	AFILIACION		
	1	2	3
	A NO AFILIADOS	A AFILIADOS	TOTAL
1 .....	3	26	29
2 .....	8	9	17
3 .....	2	12	14
4 .....	32	12	44
5 .....	—	17	17
6 .....	—	3	3
Total .....	45	79	124

TABLA 48

UTILIZADORES SEGUN LUGAR Y SI CONSULTO O NO AL MEDICO

LUGAR	CONSULTANTES		
	1	2	3
	CONSULTO MEDICO	NO CONSULTO MEDICO	
1 .....	22	7	29
2 .....	12	5	17
3 .....	8	6	14
4 .....	30	14	44
5 .....	11	6	17
6 .....	3	—	3
Total .....	86	38	124

TABLA 49

CONSULTANTES A FARMACEUTICO SEGUN AFILIACION, NIVEL DE INGRESO, EDAD Y SI CONSULTO AL MEDICO O NO

EDAD	NIVEL DE INGRESO								S/I.
	CONSULTO AL MEDICO				NO CONSULTO AL MEDICO				
	I	II	III	TOTAL S/I.	I	II	III	TOTAL	

No afiliados:

Menos de 1 ..	—	—	—	—	1	—	—	1	—
1 - 4 .....	1	—	—	1	5	1	—	6	—
5 - 14 .....	—	—	—	—	3	2	—	5	1
15 - 24 .....	—	—	1	1	5	7	2	14	1
25 - 34 .....	2	—	—	1	4	2	1	7	1
35 - 44 .....	—	—	—	—	3	2	1	6	1
45 - 64 .....	—	1	1	2	1	6	3	10	1
65 y más .....	—	—	—	—	1	—	—	1	—

Afiliados:

Menos de 1 ..	—	1	1	2	—	—	—	—	—
1 - 4 .....	—	—	—	—	1	2	—	3	1
5 - 14 .....	—	1	—	1	1	1	—	2	1
15 - 24 .....	—	—	—	1	3	—	2	5	1
25 - 34 .....	—	—	1	1	1	1	—	2	—
35 - 44 .....	2	—	—	2	—	2	6	8	—
45 - 64 .....	—	—	1	1	3	3	2	8	—
65 y más .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—

TABLA 50

CONSULTANTE A ENFERMERA SEGUN AFILIACION, NIVEL DE INGRESO, EDAD; SI CONSULTO AL MEDICO O NO\*

EDAD	NIVEL DE INGRESO								
	CONSULTO AL MEDICO				NO CONSULTO AL MEDICO				
	I	II	III	TOTAL S/I.	I	II	III	TOTAL	S/I.
<i>No afiliados:</i>									
Menos de 1 ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1 - 4 .....	1	—	—	1	1	—	—	1	—
5 - 14 .....	1	—	—	1	2	—	1	3	—
15 - 24 .....	2	1	—	3	3	1	—	4	—
25 - 34 .....	1	—	—	1	—	1	—	1	1
35 - 44 .....	4	—	—	4	1	—	—	1	—
45 - 64 .....	2	—	1	3	3	2	—	5	—
65 y más ....	—	1	—	1	3	—	—	3	2
<i>Afiliados:</i>									
Menos de 1 ..	—	—	—	—	1	1	—	2	—
1 - 4 .....	4	1	1	6	—	2	—	2	—
5 - 14 .....	1	—	—	1	1	—	2	3	—
15 - 24 .....	—	—	—	—	—	1	3	4	1
25 - 34 .....	1	—	—	1	1	1	1	3	—
35 - 44 .....	1	1	1	3	1	2	2	5	—
45 - 64 .....	2	2	1	5	—	1	3	4	1
65 y más ....	1	—	—	1	2	2	—	4	1

\* Se desconoce una afiliación para un menos de N.I.I, y consultó al médico.

TABLA 51

UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO							
	UTILIZADORES			NO UTILIZADORES			S/I.	
	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES
< 10 ....	315	294	609	421	365	786	—	—
10 - 24 ..	267	390	665	672	611	1.283	—	—
25 - 44 ..	319	540	859	545	530	1.075	—	2
45 - 64 ..	351	464	815	318	254	572	1	—
65 y más.	110	189	299	68	62	130	—	—
S/I. ....	1	1	2	—	1	1	—	—
Total ...	1,363	1,886	3,249	2,024	1,823	3,847	1	2

T A B L A 5 2

UTILIZADORES SEGUN SI CONSULTARON AL MEDICO EN DOS SEMANAS Y NIVEL DE INGRESO

NIVEL DE INGRESO	CONSULTO AL MEDICO			
	1	2	3	4
	SI	NO	TOTAL	SI
I .....	374	863	1.237	1
II .....	280	690	970	--
III .....	241	595	836	--
Si .....	72	133	205	--
Total .....	967	2.281	3.248	1

T A B L A 5 3

UTILIZADORES SEGUN INDICACION DENTRO DE CADA TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	MEDICO PERSONALMENTE								
	Automedicación	Farmacéutico	Otro	Ahora	En otra oportunidad que lo repitiera	En otra oportunidad sin que lo repitiera	Médico por teléfono	Total	S/I.
1 .....	52	11	53	349	276	34	14	789	1
2 .....	15	22	40	326	49	21	5	478	2
3 .....	55	26	41	197	86	24	10	439	--
4 .....	583	26	154	319	244	35	5	1.366	1
5 .....	8	1	4	66	62	10	--	151	1
6 .....	32	5	16	164	205	23	1	446	--
7 .....	--	--	--	4	10	2	--	16	--
8 .....	1	--	1	17	20	--	1	40	--
9 .....	11	--	4	18	43	5	--	81	--
10 .....	184	17	56	202	279	31	4	773	8
11 .....	5	--	2	91	163	6	--	267	2
12 .....	138	40	91	471	391	40	6	1.177	3

TABLA 54

NUMERO DE CONSUMIDORES SEGUN TIPO Y  
CONDICION DE INFORMANTE O NO

TIPO	INFORMANTE		
	1	2	3
	TOTAL	PERSONAL	INFORMANTE
1 .....	781	662	119
2 .....	475	408	67
3 .....	436	391	45
4 .....	1.340	1.113	227
5 .....	149	135	14
6 .....	446	365	81
7 .....	16	12	4
8 .....	40	32	8
9 .....	80	72	8
10 .....	764	611	153
11 .....	268	208	60
12 .....	1.137	108	229
Total .....	5.932	4.917	1.015

TABLA 55

AUTOMEDICADOS SEGUN INFORMANTE,  
SEXO Y TIPO DE MEDICAMENTOS

TIPO	INFORMANTE		
	1	2	3
	TOTAL	PERSONAL	INFORMANTE
1 .....	10	42	52
2 .....	3	12	15
3 .....	7	48	55
4 .....	105	478	583
5 .....	1	7	8
6 .....	3	29	32
7 .....	—	—	—
8 .....	1	—	1
9 .....	—	11	11
10 .....	34	150	184
11 .....	1	4	5
12 .....	27	111	138
Total .....	192	892	1.084

## 1. Introducción

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 es lo referente a la magnitud o monto de dicho gasto y, consecuentemente, a su peso relativo en el nivel familiar global del sector salud, como en la relación con la estructura de ese gasto y su variación en los distintos sectores que brindan atención médica en el país. No obstante, se trata de datos fundamentales para un adecuado estudio del financiamiento de ese importante campo de actividad en salud. En especial, cuando se desea encarar la toma de decisiones sobre el o los sistemas de financiamiento de la atención médica, la información concentrará los esfuerzos en todo el sector durante los próximos diez años.

En términos prácticos esto lleva a seleccionar, en base a la información proporcionada por la encuesta, los temas de:

- 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.
- Gastos por prestaciones de atención médica.** En este ítem se trata el 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 los servicios.

## 2. ANÁLISIS ECONOMIZADO DE LA ENCUESTA—CÓMO TRABAJAR LAS VARIABLES Y TIPO DE INFORMACIÓN OBTENIDA

### 2.1. Gasto privado en salud: Su forma como gasto familiar

El análisis del presente capítulo fue realizado por los licenciados Leopoldo Halperín y Luis Saigón

familias, 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 refiere de la encuesta a partir de los ítems 24, 37, 58 y 76 del cuestionario individual.

Se debe recordar que la encuesta tiene como referencia— indagada en el ítem 1— el monto acerca del monto que debe ser pagado por las familias en las últimas semanas. En consecuencia, los ítems 37 y 58 recababan información sobre el monto pagado y adelantado por cada uno de los encuestados que trabajó como remuneración durante el último mes.

Finalmente, en la encuesta se recabó todos los gastos que el encuestado trabajó para el cuidado de su salud a través de una muestra aleatoria de su hogar durante el período de referencia de esta encuesta. Así se incluyeron los siguientes ítems:

Otros pagos por prestaciones comprendidos en los ítems 37 y 58.

Pagos realizados en el último mes por semana por consultas, internación con anticipación y otros pagos por la familia en el período de referencia.

Pagos realizados por el encuestado en el período de referencia.

Gastos no remunerados.



## 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 efectores 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

familias<sup>1</sup>, 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 individual<sup>2</sup>.

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.

<sup>1</sup> Según la definición de familias dada en el capítulo correspondiente.

<sup>2</sup> 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 ellas<sup>3</sup>.

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 numérica<sup>4</sup> 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-

cás “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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> 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 analizó 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.

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 pago por consulta.

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.

1. GASTO A NIVEL DE FAMILIAS (GASTO PRIVADO EN SALUD)

A. Monto total de lo gastado

El monto total del gasto privado efectuado por las familias en el último año surge de la suma de lo gastado en medicamentos, consulta, internación, laboratorio, radiología, odontología y prótesis. Conviene recordar que nuestra fuente de datos —la Encuesta de Salud— incluía “otros gastos” en salud que fueron eliminados del análisis, ya que la heterogeneidad de su contenido y el bajo porcentaje que representan respecto al gasto total no aportaban mayormente a la comprensión del gasto en salud, complicando por la primera condición —heterogeneidad, que llegaba a incluir gastos de otro tipo—. Con esta advertencia de por medio podemos establecer que el monto total de lo gastado por las familias encuestadas del área Mendoza en un año es la suma de \$ (ley) 1.402.988.8.

Esto representa un gasto anual en salud de \$ 74.891.542.1 para el total de familias del Gran Mendoza.

B. Estructura del gasto

La distribución por rubros del gasto mencionado es fundamental para tener una visión en profundidad del mismo a través del conocimiento de su estructura.

CUADRO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO EN SALUD, POR RUBROS

GASTO EN EL ULTIMO AÑO	% DEL GASTO TOTAL
Medicamentos .....	55.6
Consulta médica .....	16.9
Internación .....	7.7
Laboratorio y radiología .	6.0
Dentista (odontología) ..	11.9
Prótesis .....	1.9
Total .....	100.0

Puede observarse en el cuadro 1 el peso que en el gasto total en salud tiene el rubro de medicamentos. En efecto, más de la mitad de lo gastado está destinado a ese fin, mientras que el segundo rubro en importancia —cuantitativa— lo constituye el de consulta médica con un 16.9 % del total, y en tercer lugar el de prestaciones odontológicas con apenas un 11.9 %; ninguno de los rubros restantes llega a cubrir el 10 % de lo gastado.

C. Análisis de la incidencia del nivel ocupacional para los distintos tipos de gasto

Teniendo una visión general de la distribución del gasto, es indispensable conocer la relación que el mismo tiene con los distintos factores socio-económicos que condicionan en otros aspectos las conductas de los individuos y las familias.

En este sentido, el primero de los factores a analizar es el ocupacional. Para ello clasificamos a las familias según las seis categorías ya definidas por el Estudio, tomando en cuenta para ello el nivel ocupacional de los jefes de familia. En el cuadro 2 podemos observar la participación de cada nivel ocupacional —familias por nivel— 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	GASTO EFECTUADO EN %
1 .....	13.4
2 .....	26.2
3 .....	21.7
4 .....	18.6
5 .....	12.3
6 .....	7.8
Total .....	100.0

En general puede observarse (salvo en los niveles 1 y 2) una tendencia en la que la participación en el gasto disminuye a medida

que aumenta el nivel ocupacional de las familias. Esto tiene otra significación si añadimos al presente dato el peso que cada nivel ocupacional tiene en relación a la población total.

CUADRO 3  
CANTIDAD DE FAMILIAS SEGUN NIVEL  
OCUPACIONAL DE LOS JEFES  
DE FAMILIA (EN %)

NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES	CANTIDAD DE FAMILIAS POR NIVEL EN %
1 .....	27.1
2 .....	30.1
3 .....	21.9
4 .....	11.1
5 .....	7.8
6 .....	2.0
Total .....	100.0

Puede verse en el cuadro 3 cómo se agrupan las familias por nivel ocupacional de sus jefes. Se notará que las familias de nivel más (bajo (1 y 2) representan el 57.2 % de la población encuestada y que participan en conjunto (cuadro 2) con el 39.6 % del gasto total en salud, mientras que las familias situadas en un nivel ocupacional más alto (5 y 6) representan el 9.8 % del total de las familias encuestadas y tienen una participación del 20.1 % en relación al total de lo gastado. En otros términos, es bastante claro el desequilibrio existente entre el peso de cada nivel ocupacional y su participación en el gasto en salud: más de la mitad de la población gasta menos del cuarenta por ciento, mientras que menos del diez por ciento de la población gasta el 20 % del total.

La estructura del gasto por nivel ocupacional nos permitirá analizar cómo se distribuyen —según los distintos rubros— los gastos que hasta ahora vimos realizan los mismos.

CUADRO 4  
DISTRIBUCION DEL GASTO EN SALUD POR RUBROS, SEGUN NIVEL  
OCUPACIONAL DE LOS JEFES DE FAMILIA (EN %)

GASTOS EXPRESADOS EN %	NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES					
	1	2	3	4	5	6
Medicamentos .....	67.5	56.5	57.5	53.9	46.7	33.0
Consulta médica .....	13.5	20.2	13.8	20.0	15.2	16.9
Internación .....	6.6	6.8	9.4	9.0	10.3	1.9
Laboratorio y radiología .....	5.9	6.4	4.8	7.7	8.8	2.2
Prestación odontológica .....	6.9	8.1	11.3	7.7	18.2	44.6
Prótesis .....	0.2	2.0	3.2	1.7	0.8	1.4
Total .....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En el cuadro 4 se observan ciertas variaciones respecto a la distribución ya vista para la población global. Es así que en el rubro medicamentos vemos que continúa, en todos los niveles ocupacionales, salvo el nivel 6, siendo el gasto de mayor peso, aunque tiende a disminuir a medida que aumenta la categoría ocupacional —constituye a esto una excepción el leve aumento registrado entre los niveles 2 y 3—. De este modo en

los niveles 1 a 4 representa más del 50 % de lo gastado en salud, mientras que en las dos categorías superiores 5 y 6 su peso disminuye sensiblemente. El de consulta médica es un rubro que indudablemente registra variaciones irregulares de un nivel a otro, sin marcar una línea definida. Sin embargo, puede mostrarse cómo se contraponen la distribución de las categorías ocupacionales extremas. Así, en el nivel 1 el 67.5 %

del gasto lo absorbe el rubro medicamentos, mientras que las consultas médicas y odontológicas sumadas no llegan a un 20 % del total de lo gastado por las familias de ese grupo. Por el contrario, en el nivel 6, mientras que medicamentos significa sólo el 33 % del total en salud, las consultas médicas y las prestaciones odontológicas sumadas representan el 61.5 % del total.

El rubro dentista o prestaciones odontológicas, en tanto, crece constantemente —excepción hecha de la variación entre los niveles 3 y 4— al aumentar el nivel ocupacional.

Respecto a los rubros de internación y laboratorio y radiología, se puede notar que, además de su bajo peso para la generalidad de los niveles ocupacionales, varían sin una tendencia definida.

Lo expuesto en los cuadros 3 y 4 puede verse con mayor claridad si analizamos los gastos totales —y por rubro— que realizan las familias —por nivel ocupacional— en relación al número de familias que componen cada nivel, o en otros términos los gastos promedio por nivel ocupacional.

Vemos así que, salvo entre los niveles 4 y 5, hay un constante crecimiento del gasto a medida que se eleva el nivel ocupacional, aunque de una a otra categoría la variación no es la misma: mientras el nivel 2 tiene un

gasto que no llega a duplicar el gasto en salud del nivel 1, el primero, a su vez, es apenas un 13 % inferior al del nivel 3, y el gasto en salud del nivel ocupacional 6 casi triplica el del 5. Por otro lado, si contraponemos los niveles extremos (1 y 6), encontramos entre ambos enormes diferencias al respecto. En efecto, el gasto promedio en salud de las familias clasificadas en la categoría 6 casi duplica el de las agrupadas en el nivel 1.

La información acerca del gasto promedio resulta de mayor interés si observamos su distribución por rubros:

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 .....	357.1
2 .....	683.2
3 .....	775.9
4 .....	1.310.4
5 .....	1.230.6
6 .....	3.013.3
Total .....	769.1

CUADRO 6

GASTO PROMEDIO EN SALUD DE LAS FAMILIAS SEGUN RUBRO Y NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (EN PESOS LEY)

GASTOS PROMEDIO POR RUBRO (\$ LEY)	NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE						Total
	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos .....	261.3	386.2	447.1	704.9	574.6	993.9	427.1
Consulta .....	52.3	137.8	106.7	262.3	186.8	509.9	130.0
Internación .....	25.4	46.6	72.6	118.4	126.3	56.1	59.5
Laboratorio y radiología .....	22.8	43.8	36.9	101.4	108.3	65.4	46.4
Dentista .....	24.4	55.1	87.8	101.1	224.2	1.346.1	91.8
Prótesis .....	0.9	13.7	24.8	22.3	10.4	41.9	14.3

Se nota aquí, en general, una tendencia similar a la señalada en el cuadro 5: aumento de los gastos promedio a medida que aumenta el nivel ocupacional, excepción he-

cha de algunos rubros y niveles donde esta tendencia se invierte. Sin embargo, el incremento en el gasto promedio es diferencial según los distintos rubros y niveles que com-

paremos: el nivel 2 respecto al 1 incrementa su gasto promedio en medicamentos en un 48 %, en tanto que en prestaciones odontológicas lo hace en un 126 % y en consulta médica en un 164 %; el nivel 6 respecto a su inmediato anterior (el 5) aumenta en el rubro medicamentos un 73 %, en consulta un 173 % y en odontología un 500 %.

Si contraponemos las categorías ocupacionales extremas (1 y 6), notamos los siguientes aumentos en el gasto promedio: medicamentos 281 %, consulta 875 % y dentista 5.417 %.

Para completar la información de las relaciones entre los niveles ocupacionales —de los jefes— de las familias encuestadas y el gasto en salud efectuado por las mismas, es necesario observar lo que llamamos “propensión media al gasto”, que expresa el gasto realizado en relación al ingreso, según los distintos niveles ocupacionales, o, dicho en otros términos, cuánto gastan las familias encuestadas en salud por cada cien pesos de ingreso, según nivel ocupacional de las mismas.

CUADRO 7

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (EN %)

NIVEL OCUPACIONAL	PROPENSION MEDIA AL GASTO (EN %)
1 .....	8.2
2 .....	9.4
3 .....	9.5
4 .....	12.0
5 .....	7.1
6 .....	9.6
Total .....	9.7

En el cuadro 7 puede verse la escasa e irregular variación de la propensión media entre los niveles; aun contraponiéndose las categorías extremas (1 y 6), notamos que la diferencia es muy pequeña (el nivel 6 incrementa su propensión en relación al 1 en apenas un 17 %).

Por otro lado, si analizamos la propensión media por rubros, tendremos el siguiente panorama:

CUADRO 8

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD, POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (CON %)

PROPENSION MEDIA AL GASTO	NIVEL OCUPACIONAL DE LOS JEFES						Total
	1	2	3	4	5	6	
Medicamentos .....	5.6	5.3	5.5	6.5	3.3	3.2	5.3
Consulta .....	1.1	1.9	1.3	2.4	1.1	1.6	1.6
Internación .....	0.5	0.6	0.9	1.1	0.7	0.2	0.8
Laboratorio y radiología .....	0.5	0.6	0.4	0.9	0.6	0.2	0.6
Prestación odontológica .....	0.5	0.8	1.1	0.9	1.3	4.3	1.2
Prótesis .....	0.0	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2

En el cuadro 8 vemos que las diferencias entre la propensión media de los niveles tiende a mostrar diferencias más significativas que las globales, al analizarlas por rubros. En efecto, en medicamentos, a pesar de que la tendencia es irregular, podemos observar que los niveles extremos (1 y 6) muestran una diferencia mayor que la señalada arriba

(global); así está registrada una disminución del 49 %. Entre ambos niveles, en el caso de consulta, el incremento es del 45.4 %, mientras que en el rubro internación y en laboratorio y radiología disminuye en un 60 %. Finalmente, el rubro 6 respecto del 1 vuelve a incrementarse, en su nivel máximo, en prestaciones odontológicas, en un 760 %.

D. Análisis de la incidencia del nivel educacional para los distintos tipos de gasto

CUADRO 9

PARTICIPACION EN EL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS CLASIFICADAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (EN %)

NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES	GASTO EN SALUD (%)
0	4.0
1	24.8
2	28.7
3	18.5
4	10.0
5	5.9
6	8.1
Total	100.0

El cuadro 9, en el que vemos la distribución del gasto según niveles de los jefes de familia, no muestra tendencias definidas en cuanto a que el gasto aumenta o disminuye al aumentar el nivel educacional, lo que marca una diferencia con el análisis similar efectuado tomando en cuenta el nivel ocupacional (cuadro 2). Sin embargo, esta primera conclusión cambia relativamente si comparamos los resultados agrupados del cuadro 9 con los del cuadro 10, en el que tenemos la distribución de la población por niveles educacionales (o el peso relativo de cada nivel educacional en la población total).

CUADRO 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS DE LA MUESTRA, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES

NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES	FAMILIAS POR NIVEL EN %
0	6.8
1	35.3
2	27.2
3	15.6
4	6.3
5	3.4
6	5.4
Total	100.0

Observamos así que los grupos 0, 1 y 2 (los de nivel educacional más bajo), que representan el 69.3 % de la población, participan con el 57.5 % del gasto total, mientras que los niveles más altos (4, 5 y 6) agrupan al 15.1 % de la población y al 24 % del gasto. En líneas generales, vemos que la característica señalada al analizar la población según su distribución por niveles ocupacionales y su participación en el gasto (cuadros 2 y 3), se repite nuevamente aunque más atenuada aquí: distribución desigual del gasto, siendo los niveles más altos los que tienen mayor participación relativa en el mismo.

CUADRO 11

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	70.5	63.6	59.6	53.9	37.4	44.1	45.1
Consulta	18.9	12.0	19.3	20.6	13.2	19.1	16.4
Internación	2.7	7.2	7.4	7.9	8.6	12.0	8.3
Laboratorio y radiología	3.5	5.6	5.5	6.2	3.0	15.1	7.0
Prestación odontológica	4.4	9.4	6.0	10.0	36.6	4.9	23.2
Prótesis	—	2.2	2.2	1.4	1.2	4.8	—
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En el cuadro 11 vemos la estructura del gasto —distribución— según el nivel educacional de los jefes de familia. Para casi todos los niveles educacionales aparece evidente que los rubros de más peso son los de medicamentos, consulta y dentista —prestaciones odontológicas—. Lo que varía, en cada caso (y no sólo para estos rubros) es el peso relativo de cada uno en el gasto total.

En el caso de medicamentos puede verse con claridad una tendencia a disminuir el gasto —en ese rubro— a medida que aumenta el nivel educacional (salvo para los niveles 4 y 5 en que aumenta ligeramente). Puede notarse, además, que para los 3 primeros niveles (los más bajos) casi el 60 % del gasto está destinado a medicamentos, mientras que en los 3 niveles educacionales superiores disminuye (del 37 al 45 %). En el caso de consulta y prestaciones odontológicas, no puede señalarse tendencia general alguna, siendo, por el contrario, la característica de ambas oscilaciones de un nivel a otro en cuanto al peso que el gasto en estos rubros tiene respecto al gasto efectuado en salud.

En un rubro de menos significación como es el de Internación, se observa, por el contrario, una variación definida: aumenta su peso en el gasto a medida que aumenta el nivel educacional (salvo para los niveles 5 y 6, en que disminuye).

Finalmente, laboratorio y radiología, con un peso similar al anterior, no presenta tendencias definidas en su variación.

CUADRO 12  
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 .....	457.8
1 .....	538.2
2 .....	812.7
3 .....	918.6
4 .....	1.235.3
5 .....	1.346.2
6 .....	1.163.7
Total .....	769.1

En el cuadro 12 tenemos el gasto promedio en salud en función del nivel educacional. Lo mismo que al analizar el gasto promedio por nivel ocupacional, vemos aquí que éste crece a medida que aumenta la categoría educacional (salvo los niveles 5 y 6, en que disminuye en un 14 %).

Sin embargo, a pesar de que la tendencia es la misma, el ritmo del aumento entre los niveles educacionales es distinto al señalado en el cuadro 5. Así, mientras el gasto del nivel 1 es un 18 % superior al del 0, la diferencia entre el 2 y el 1 es del 51 %; manteniendo luego una tendencia irregular —en cuanto al crecimiento—: el nivel 5 incrementa sólo un 9 % respecto al anterior. Contraponiendo las categorías educacionales extremas (0 y 6) se puede observar que la última incrementa sobre la primera en un 154 %.

CUADRO 13  
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 .....	322.7	341.7	484.4	494.4	462.3	592.3	524.7	427.1
Consulta médica .....	86.4	64.8	156.6	188.8	162.8	257.5	191.5	130.0
Internación .....	12.4	38.9	60.1	72.8	106.3	161.5	96.2	59.5
Laboratorio y radiología .....	16.0	30.2	44.9	57.4	37.1	203.2	81.6	46.4
Prestación odontológica .....	20.3	50.8	49.0	92.2	452.6	66.5	269.7	91.8
Prótesis .....	—	11.8	17.7	13.0	14.2	65.2	—	14.3

En general, en el cuadro 13 puede observarse con claridad elementos ya enunciados en los cuadros anteriores en que analizamos la relación entre el gasto familiar en salud y los niveles educacionales de los jefes de familia. En efecto, se nota cómo la mayor parte del gasto promedio por rubro se vuelca en medicamentos, consulta médica y prestaciones odontológicas, siguiendo las tendencias ya apuntadas en el cuadro 11. Si recordamos en el cuadro anterior en que analizamos el gasto promedio —en general— según categorías educacionales, vimos que el efectuado por las familias de nivel 6 era un 154 % mayor que el de las de categoría 0. Puede notarse aquí cómo en gran medida esa diferencia porcentual se debe al gasto diferencial en medicamentos y sobre todo en prestaciones odontológicas de ambos niveles, en el 6 el último rubro más que duplica el del nivel inferior (0).

Con el análisis de la propensión media al gasto, completaremos las relaciones entre gasto y nivel educacional.

Se observa aquí que como en el cuadro 7 la variación de lo gastado en salud por cada cien pesos de ingreso al comparar los nive-

CUADRO 14  
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 .....	8.4
1 .....	8.5
2 .....	10.8
3 .....	10.1
4 .....	11.2
5 .....	13.4
6 .....	5.6
Total .....	9.7

les, tiene escasa variación o es muy irregular. Sin embargo, curiosamente, al comparar los niveles extremos (0 y 6) a diferencia de lo que ocurre con el nivel ocupacional, la propensión media no aumenta sino que disminuye. Así la del nivel educacional 6 es un 36 % menor que la del (0).

CUADRO 15  
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 .....	5.9	5.4	6.5	5.5	4.2	5.9	2.5	5.3
Consulta médica .....	1.6	1.0	2.1	2.1	1.5	2.6	0.9	1.6
Internación .....	0.2	0.6	0.8	0.8	1.0	1.6	0.5	0.8
Laboratorio y radiología .....	0.3	0.5	0.6	0.6	0.3	2.0	0.4	0.6
Prestación odontológica .....	0.4	0.8	0.6	1.0	4.1	0.7	1.3	1.2
Prótesis .....	—	0.2	0.2	0.1	0.1	0.6	—	0.2

En el cuadro 15 se ve con claridad cómo la variación irregular, sin tendencia definida, en la propensión media, se muestra para todos los rubros. Sin embargo, el sentido de las diferencias en las categorías extremas (0 y 6) es diferente según los rubros. En medicamen-

tos y consulta médica el nivel 6 tiene una propensión media que representa menos de la mitad que la categoría 0, mientras que en internación y prestaciones odontológicas el 6 triplica o cuadruplica la propensión media del nivel educacional 0.

E. *Incidencia de la cobertura en los distintos tipos de gasto*

Debemos recordar que para el análisis del gasto en salud, en relación con la cobertura, se toman por las dificultades metodológicas ya analizadas sólo de las familias totalmente cubiertas por los distintos sistemas de financiamiento y a las no cubiertas por los mismos, excluyendo de este modo al 30 % del total de las familias que integran los casos intermedios —con sólo parte de la familia cubierta—, quedando de este modo la población en análisis reducida sólo a los dos grupos mencionados, claramente diferenciables.

CUADRO 16

DISTRIBUCION DEL GASTO EN SALUD, SEGUN COBERTURA DE LAS FAMILIAS (EN %)

GASTO EN	COBERTURA	
	Familias no cubiertas	Familias cubiertas
Medicamentos .....	50.9	53.0
Consulta médica .....	20.6	15.0
Internación .....	8.4	4.6
Laboratorio y radiología	6.7	4.6
Prestación odontológica.	10.2	16.2
Prótesis .....	2.0	2.5
Total * .....	100.0	100.0

\* El rubro "otros gastos" que en ambas categorías representa el 1.2 y el 3.1 %, respectivamente, ha sido eliminado.

Puede verse que entre los dos grupos en comparación, las diferencias en la distribución del gasto no son grandes. Los rubros de consulta médica, internación y laboratorio y radiología tienen un peso relativamente mayor en el grupo de familias no cubiertas, mientras que los de medicamentos y prestación odontológica tienen más peso en la distribución del gasto de las familias con cobertura.

Finalmente la relación entre el gasto promedio en salud y la cobertura arroja el siguiente resultado:

CUADRO 17

GASTO PROMEDIO EN SALUD, POR RUBROS, SEGUN COBERTURA DE LAS FAMILIAS (EN PESOS LEY)

RUBROS	Familias no cubiertas	Familias cubiertas
Medicamentos .....	284,0	442,7
Consulta médica .....	114,6	124,7
Internación .....	46,9	46,5
Laboratorio y radiología	37,2	38,0
Prestación odontológica	56,6	135,3
Prótesis .....	11,3	20,7
Total .....	557,4	834,0

En términos globales, un mayor gasto promedio —total— por parte de los cubiertos respecto a las familias que no tienen cobertura, en efecto, los primeros tienen un gasto promedio total que supera en un 50 % al de los no cubiertos. Esta tendencia es similar en todos los rubros —salvo en internaciones, en que ambos grupos tienen un gasto promedio similar—. Sin embargo, en ciertos rubros de gasto el grupo de familias cubiertas supera en cuanto al índice de referencia (50 %) al grupo de familias sin cobertura. Así, en medicamentos los cubiertos superan el gasto promedio de los antes mencionados en un 60 %, en prestaciones odontológicas en un 139 % y en gasto en prótesis en un 83 %. En consulta esta diferencia disminuye a un 9 %, mientras que en laboratorio y radiología desciende a un 2 %.

*Hallazgos más importantes*

1. El monto total del gasto privado, realizado por la población de la ciudad de Mendoza en el año 1969/1970 fue de 74.891.542.1 millones (pesos ley).
2. El rubro de mayor gasto es el de medicamentos. Representa el 56 % del gasto total, seguido en consultas médicas y prestaciones odontológicas, las que representan, respectivamente, el 17 % y el 12 % de los gastos en salud por la población.

3. La estructura y distribución del gasto privado en salud varía según el tipo de nivel ocupacional de los jefes de familia.
4. El nivel educacional de los jefes de familia tiene una menor incidencia que el ocupacional en la estructura y distribución del gasto.
5. Respecto a la cobertura —con la definición operacional aquí utilizada— se pueden apuntar dos observaciones:
  - La estructura del gasto entre las familias con cobertura y sin cobertura no presenta grandes diferencias, puede apuntarse que en las primeras hay un porcentaje menor del gasto que en las no cubiertas, volcado en consulta médica, internación y radiología, mientras que en las no cubiertas es menor en medicamentos y prestaciones odontológicas.

— El gasto promedio es mayor en los cubiertos en casi todos los rubros, especialmente en medicamentos, prestaciones odontológicas y prótesis.

#### 4. GASTO POR INTERNACION

##### 1. *Análisis de la totalidad de egresos por lugar de internación*

La variable "lugar de internación" toma valores acordes con las alternativas planteadas en la pregunta 55 del C. I., pero separa en las mismas los egresos correspondientes a "instituciones de fuerzas armadas o de seguridad" y los egresos no correspondientes al área.

En el cuadro 18 se presentan los totales de egresos, egresos con pago y montos de gasto.

CUADRO 18

#### DISTRIBUCION MUESTRAL DEL TOTAL DE EGRESOS, EGRESOS CON PAGOS Y MONTOS DE GASTO SEGUN LUGAR DE INTERNACION

LUGAR	Nº total de egresos	Nº de egresos con pago *	Monto de gasto (\$ a.)
<i>En el área:</i>			
Público .....	212	160	7.370.10
Obra social .....	88	62	10.335.90
Privado o mutual .....	312	263	72.770.65
Subtotal .....	612	485	90.476.65
Instit. de Fuerzas Armadas o Seguridad.	10	3	100.00
Otros .....	1	1	150.00
Fuera del área y en Región 40 .....	10	8	257.80
<i>Fuera de Región 40:</i>			
En el país .....	22	13	5.730.00
Fuera del país .....	4	2	3.324.00
Sin información de lugar .....	5	3	260.00
<b>Total .....</b>	<b>664</b>	<b>515</b>	<b>100.298.45 <sup>2</sup></b>

\* Incluye a los egresos sin información del gasto.

1 Además se transformó la alternativa 2 de la pregunta 55 "Obra social o mutual" en "Obra social" y la alternativa 3 "Hospital, sanatorio, clínica o instituto privado" absorbió las mutuales.

2 Por problemas de tabulación se omiten \$ 4.872.00 correspondientes a pagos de egresos que en adelante figuran como Egresos sin Información de Gasto.

Para el análisis posterior se excluyen los egresos que no corresponden a lugar público, obra social o privado.

Resultan así separados un 0.8 % de egresos en el área (fuerzas armadas —“FF. AA.”— y “otro lugar”), un 1.5 % de egresos de la Región 40, un 2.9 % fuera de la Región 40 y un 0.6 % de egresos para los cuales el formulario de encuesta cumplimentado no consigna información de lugar de internación. A estos egresos le corresponden respectivamente un 0.2, 0.3, 9.0 y 0.3 % de los montos gastados. En definitiva, el análisis posterior corresponde a egresos que participan en un 94.2 % del total de egresos y un 90.2 % del gasto.

A continuación se inicia el análisis de los egresos restantes.

Como ya se dijo anteriormente, se supone que los gastos por internación están decididamente condicionados por la forma en que se financian las prestaciones y por el tipo de institución que las realiza. Un tercer determinante del gasto es la patología del individuo internado.

Para enfatizar la importancia de los dos primeros factores y relativizar la del tercero se describiría cuánto gasta la población encuestada según:

- a<sub>1</sub>) Sistema de Financiación. Todas las patologías.
- a<sub>2</sub>) Sistema de Financiación. Internaciones por parto.
- a<sub>3</sub>) Efector. Todas las patologías.
- a<sub>4</sub>) Efector. Internaciones por parto.

En las alternativas a<sub>2</sub> y a<sub>4</sub> se anulan las variaciones debidas a distintas patologías, rescatándose las variaciones asignables a Sistema de Financiación o Efector.

## 2. Análisis de los egresos correspondientes a lugar público, obra social y privado según Sistema de Financiación

El cuadro 19 presenta los valores correspondientes a este capítulo del análisis.

CUADRO 19

DISTRIBUCION MUESTRAL DEL MONTO GASTADO, NUMERO TOTAL DE EGRESOS, EGRESOS PAGOS Y PORCENTAJE DE EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION

SISTEMA	Gasto (\$ a.)	Nº total de egresos	Nº de egresos pagos	% de egresos pagos
Público .....	7.370.10	212	160	75.5
Obra social .....	23.924.55	208	153	73.4
Privado con cobertura .....	13.918.00	83	73	88.0
Privado sin cobertura .....	45.264.00	104	96	92.3
Sin información de sistema .....	—	5	3	60.0
Total .....	90.476.65	612	485	79.2

Por tratamiento algebraico de estos datos surgen el cuadro 20 de Gastos promedios y el cuadro 21 de Participación de cada sistema en el total de egresos y en el total de gastos.

CUADRO 20

GASTO PROMEDIO DE EGRESOS Y POR DIA DE INTERNACION 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 .....	53.02	4.43
Obra social .....	189.88	14.73
Privado con cobertura	239.97	39.32
Privado sin cobertura	514.36	139.27
Sin información de sistema .....	—	—
Total .....	220.14	22.82

CUADRO 21

PARTICIPACION PORCENTUAL POR SISTEMA DE FINANCIACION EN EL NUMERO TOTAL DE EGRESOS Y EN EL GASTO

Sistema	% de egresos	% de gasto
Público .....	34.8	8.1
Obra social .....	34.3	26.5
Privado con cobertura .	13.8	15.4
Privado sin cobertura .	17.1	50.0
Total .....	100.0	100.0

Del conjunto de estos tres cuadros es aceptable diferir:

— Las internaciones cubiertas por obra social contienen el más alto porcentaje de egresos sin gasto. En el sistema privado sin cobertura un 92.3 % de las internaciones son pagas y éste es el sistema en el que hay menos egresos sin pago. El 75 % de las internaciones del sector público soportan algún tipo de gasto (seguramente medicamentos, análisis, radiografías, etc., que costea el paciente o aportes a cooperadora).

— Para las internaciones que insumen gasto a cargo del paciente, el sector público es el menos costoso; le siguen las internaciones cubiertas por obra social o sistema privado, entre las que por egreso no hay enormes diferencias, pero sí las hay por día de internación (la obra social soporta internaciones más prolongadas). Por último, la internación más cara es la del sistema privado sin cobertura donde también se ve que el encarecimiento por egreso es menor que el correspondiente a por día de internación.

— Los dos sistemas más baratos soportan en conjunto 2 de cada 3 internaciones y absorben el 34.6 % de los pagos. El sistema privado sin cobertura atiende 1 de cada 7 internaciones y recibe el 50 % de los pagos.

Tomando en cuenta sólo las internaciones por parto surge el cuadro 22.

CUADRO 22

INTERNACIONES DE PARTO. GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA DE INTERNACION PARA INTERNACIONES CON PAGO, SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION

SISTEMA	Gasto promedio por egreso pago (\$ a.)	Gasto promedio por día de internación con pago (\$ a.)
Público .....	23.67	6.08
Obra social .....	215.74	60.20
Privado con cobertura.	284.81	75.95
Privado sin cobertura.	518.86	146.35
Total .....	222.48	59.85

De la comparación de estos resultados con los del cuadro 20, surge que globalmente el egreso por parto cuesta casi lo mismo en promedio que el egreso promedio sobre todas las patologías, pero que el promedio de gasto diario global es 2 veces mayor para partos. Estas relaciones son muy irregulares si se las atiende por sistema.

La información del total de egresos, egresos pagos y montos de gasto para internaciones por parto figura en la tabla 11 del Anexo.

### 3. Análisis de los egresos correspondientes a lugar público, obra social y privado, según efector de la prestación

A continuación se presentan para el análisis por efector cuadros similares a los obtenidos para el análisis por sistema.

CUADRO 23

DISTRIBUCION MUESTRAL DEL MONTO GASTADO, NUMERO TOTAL DE EGRESOS PAGOS Y PORCENTAJE DE EGRESOS PAGOS SEGUN EFECTOR DE LAS PRESTACIONES

EFECTOR	Gasto (\$ a.)	Nº total de egresos	Nº de egresos pagos	% de egresos pagos
Público .....	7.370.10	212	160	75.5
Obra social ....	10.335.90	88	62	70.5
Privado .....	72.770.65	312	263	84.3
Total .....	90.476.65	612	485	79.2

CUADRO 24

GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA DE INTERNACION PARA INTERNACIONES CON PAGO SEGUN EFECTOR DE LAS PRESTACIONES

E F E C T O R	Gasto promedio por egreso pago (\$ a.)	Gasto promedio por día de internación con pago (\$ a.)
Público .....	53.02	4.43
Obra social ....	195.02	8.13
Privado .....	332.29	70.51
Total .....	220.14	22.82

CUADRO 25

PARTICIPACION PORCENTUAL POR EFECTOR EN EL NUMERO TOTAL DE EGRESOS Y EN EL GASTO

Efector	% de egresos	% de gasto
Público .....	34.6	8.1
Obra social .....	14.4	11.4
Privado .....	51.0	80.5
Total .....	100.0	100.0

A partir de estos cuadros es destacable que:

- En los efectores público y obra social, 3 de cada 4 egresos son con gasto; para efector privado, 6 de cada 7.
- El egreso para efector público es 3,7 veces menor, en cuanto a gasto promedio, que el de obra social y 6.3 veces menor que el de efector privado. pese a ser el más caro.
- El efector privado atiende una de cada 2 internaciones, el público una de cada 3 y la obra social una de cada 6.

En cuanto a los gastos promedio en internación por parto, surge el siguiente cuadro:

CUADRO 26

INTERNACIONES DE PARTO. GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA DE INTERNACION PARA INTERNACIONES CON PAGO 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 .....	23.67	6.08
Obra social ....	42.78	11.67
Privado .....	373.09	103.43
Total .....	22.48	59.85

### 5. PAGO POR CONSULTA MEDICA

El total de lo abonado por consultas, por parte de los individuos encuestados, asciende a 9.119.40 \$ Ley.

De este total, un 29.3 % corresponde a pagos diferidos\*. La integración del total es como sigue:

\* En realidad, este porcentaje es una cuota inferior de la incidencia de los pagos diferidos. Como se verá inmediatamente, son pagos efectuados "en las 2 últimas semanas" por consultas anteriores a este lapso. Quedan sin detectar los pagos diferidos correspondientes a consultas de ese lapso abonadas diferidamente dentro del mismo.

— Pagos efectuados en las 2 últimas semanas por consultas realizadas durante este mismo lapso .....	\$ (Ley) 6.443.41
— Pagos efectuados en las 2 últimas semanas por consultas realizadas con anterioridad a este lapso .....	\$ (Ley) 2.675.99
<b>Total .....</b>	<b>\$ (Ley) 9.119.40</b>

A este total muestral corresponde un gasto estimado para la totalidad de la población del área de \$ (Ley) 12.656.670.6 anuales.

Las cifras analizadas en este capítulo del informe corresponden a pagos no diferidos. Esta parcialización podría provocar subestimaciones de la importancia de los sectores en los que el pago diferido se da frecuentemente. De todas formas, se presume que dichas alteraciones no modifican las conclusiones aquí expuestas.

### 1. Pago según tipo de consulta

El tipo de consulta es una categorización arbitraria que facilita la comprensión de los datos:

- Consulta ambulatoria: Es la consulta realizada en consultorios de instituciones públicas, privadas o de obras sociales o en consultorios particulares de médicos.
- Consulta domiciliaria: Es la consulta realizada en la casa del paciente o en otro domicilio particular.
- Otras consultas: Es la consulta realizada en el lugar de trabajo del consultante, en la escuela, por teléfono o en lugares no especificados para los 2 valores anteriores.

El cuadro 27 expone, para los 3 tipos de consulta mencionados, la distribución de número de consultas y montos pagados.

CUADRO 27

#### DISTRIBUCION DEL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS, CONSULTAS CON PAGO, MONTOS PAGADOS Y PAGO PROMEDIO POR CONSULTA CON PAGO SEGUN TIPO DE CONSULTA

DE CONSULTA TIPO	Total de consultas	Consultas con pago 1	Montos pagados (\$ ley)	Pago promedio por consulta con pago (\$ ley) 2
Ambulatoria .....	1.339	692	5.007.43	7.24
Domiciliaria .....	239	132	1.384.38	10.49
Otras consultas .....	140	37	51.60	1.39
<b>Total .....</b>	<b>1.718</b>	<b>861</b>	<b>6.443.41</b>	<b>7.48</b>

1 En "consultas con pago" se consignan las consultas para las cuales el consultante debió pagar y ese pago es conocido. La cifra corresponde entonces a "número de consultas con pago conocido" y es una subestimación del número de consultas con pago no nulo, dado que algunas personas entrevistadas manifestaban no conocer el monto pagado.

2 El pago promedio por consulta con pago se calculó sobre el número de consultas con información del monto pagado.

Por tratamiento de los datos del cuadro 27 se puede agregar que:

Por cada 100 consultas:

- 78 son ambulatorias
- 14 son domiciliarias
- 8 son "otras"

Por cada 100.00 \$ (Ley) abonados:

- 77.71 son por consultas ambulatorias
- 21.49 son por consultas domiciliarias
- 0.80 son por "otras" consultas

El conjunto de esta información indica que:

— Las consultas ambulatorias son más frecuentes que las domiciliarias en una relación 5.6 a 1 (79 a 14).

— Tanto para las consultas ambulatorias como para las domiciliarias se puede asegurar que resultan con pago a cargo del consultante en más del 50 % de los casos.

— El pago promedio por consulta con pago resulta máximo para las consultas domiciliarias, decrece para las consultas ambulatorias y alcanza su mínimo para "Otras consultas".

— La afirmación anterior justifica que la incidencia de los pagos por consulta

domiciliaria supere porcentualmente a la incidencia porcentual del número de consultas domiciliarias, y que esta relación entre porcentuales se invierta para el caso de "Otras consultas".

## 2. Análisis del pago para consultas ambulatorias

### 2.1. Consultas ambulatorias según sistema de financiación

La relación de las consultas y pagos con los posibles sistemas de financiación para las consultas ambulatorias conduce al cuadro 28.

CUADRO 28

CONSULTAS AMBULATORIAS. DISTRIBUCION DEL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS, CONSULTAS CON PAGO, MONTOS PAGADOS Y PAGO PROMEDIO POR CONSULTA CON PAGO SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION

SISTEMA	Total de consultas	Consultas con pago	Montos pagados (\$ ley)	Pago promedio por consulta con pago (\$ ley)
Público .....	391	225	168.30	0.75
Obras sociales .....	280	96	280.15	2.92
Privado sin cobertura .....	392	286	4.346.56	15.20
Privado con cobertura .....	233	77	182.02	2.36
Sin información de sistema ...	43 *	8	30.40	3.80
Total .....	1.339	692	5.007.43	7.24

\* Estas 43 consultas incluyen 39 declaradas por los encuestados como consultas efectuadas en establecimientos públicos y con cobertura de obra social o privada. Frente a la ambigüedad del dato se las incluye como consultas "sin información de sistema".

Siendo la distribución porcentual del total de consultas y montos pagados como sigue:

Sistema	% de consultas	% de montos pagados *
Público .....	30.2	3.4
Obras sociales .....	21.6	5.6
Privado sin cobertura .....	30.2	87.3
Privado con cobertura .....	18.0	3.7
Total .....	100.0	100.0

De la totalidad de esta información se destaca que:

— El sistema privado combinando sus dos variantes cubre casi la mitad de las consultas realizadas y absorbe más del 90 % de los montos abonados por los consultantes.

— El pago promedio resulta para el sistema privado sin cobertura 5.2 veces mayor que el correspondiente a las consultas cubiertas por obra social y 6.4 veces mayor que las consultas cubiertas privadamente.

— El sistema público atiende aproximadamente una de cada tres consultas y

absorbe sólo uno de cada 30 pesos pagados. Se supone que la mayoría de estos pagos está integrada por donaciones que el consultante hace a las cooperadoras.

## 2.2. Consultas ambulatorias según efector

El cuadro 29 muestra la distribución de consultas y pagos de acuerdo al lugar físico en que se efectuó la consulta.

CUADRO 29

CONSULTAS AMBULATORIAS. DISTRIBUCION DEL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS, CONSULTAS CON PAGO, MONTOS PAGADOS Y PAGO PROMEDIO POR CONSULTA CON PAGO SEGUN EFECTOR

E F E C T O R	Total de consultas	Consultas con pago	Montos pagados (\$ ley)	Pago promedio por consulta con pago (\$ ley)
Público .....	391	225	168.30	0.75
Instituciones de obras sociales .	185	43	111.61	2.60
<b>Privado:</b>				
Instituciones privadas .....	280	100	506.16	5.06
Consultorios particulares de médicos .....	444	318	4.213.86	13.25
Sin información de efector ....	39 *	6	7.50	1.25
<b>Total .....</b>	<b>1.339</b>	<b>692</b>	<b>5.007.43</b>	<b>7.24</b>

\* Se trata de las 39 consultas declaradas en establecimientos públicos y con cobertura.

De estos mismos datos surge que:  
Por cada 100 consultas ambulatorias:

- 34 son hechas por efector público.
- 14 son hechas por efector obra social.
- 22 son hechas en instituciones privadas.
- 30 son hechas en consultorios particulares.

Por cada \$ 100 pagados por consultas ambulatorias:

- 3.40 son absorbidos por efector público.
- 2.20 son absorbidos por efector obra social.
- 10.10 son absorbidos por instituciones privadas.
- 84.30 son absorbidos por consultas en consultorios particulares.

Se puede observar que:

- El menor pago promedio corresponde al efector público (sus datos coinciden siempre con sistema público), crece en las instituciones sociales, duplica este último valor para los institutos privados, para quintuplicarse nuevamente al tomar los consultorios privados.
- Los consultorios privados y el efector público atienden una tercera parte del total de consultas cada uno.
- El 84.30 % de los pagos corresponde a consultas atendidas en consultorios privados.

En cuanto a los datos de cobertura corresponde agregar que:

- Por cada 100 consultas en instituciones privadas, 87 reciben cobertura.
- Y por cada 100 consultas en consultorios privados, 19 reciben cobertura,

ANEXO  
TABLAS

TABLA F

ESTADO ANUAL DE SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR MUNICIPIO, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JESES

MUNICIPIO	NIVEL OCUPACIONAL				TOTAL
	1	2	3	4	
Miraflores	15,790.0	17,300.0	15,220.0	10,270.0	58,580.0
Cuenca	21,780.0	23,360.0	20,910.0	14,470.0	80,520.0
Interoceano	10,567.6	11,260.0	14,080.0	10,270.0	46,177.6
Libureros y alrededores	9,400.0	10,100.0	12,470.0	17,270.0	49,240.0
Dagupan	10,140.0	23,300.0	25,540.0	11,090.0	70,070.0
Piñalba	3,000.0	3,720.0	4,400.0	3,760.0	14,880.0
Total	74,677.6	93,240.0	97,410.0	69,370.0	334,697.6

**TABLA I**

**GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS,  
SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES**

GASTOS EN:	NIVEL OCUPACIONAL							S.I.*	Total
	1	2	3	4	5	6			
Medicamentos .....	108.706.0	177.658.0	150.228.0	68.952.0	68.952	30.810.0	122.850.0	779.038.0	
Consulta .....	21.738.6	63.398.4	35.841.0	44.587.4	22.419.8	15.808.0	33.311.2	237.104.4	
Internación .....	10.547.6	21.456.2	24.409.9	20.133.0	15.161.0	1.740.0	15.146.1	108.594.4	
Laboratorio y radiología ...	9.490.0	20.150.0	12.402.0	17.238.0	13.000.0	2.028.0	1.037.4	84.682.0	
Dentista .....	10.140.0	25.350.0	29.510.0	17.186.0	26.910.0	41.730.0	16.614.0	167.440.0	
Prótesis .....	364.0	6.292.0	8.346.0	3.796.0	1.248.0	1.300.0	4.784.0	26.130.0	
<b>Total .....</b>	<b>160.986.0</b>	<b>314.304.6</b>	<b>260.736.9</b>	<b>222.774.4</b>	<b>147.691.4</b>	<b>93.416.3</b>	<b>203.079.3</b>	<b>1.402.988.8</b>	

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 .....	38.402.0	213.200.0	231.036.0	134.966.0	50.856.0	34.944.0	49.322.0	26.312.0	779.038.0
Consulta .....	10.275.2	40.458.6	74.698.0	51.537.2	17.911.4	15.191.8	17.997.2	9.035.0	237.104.4
Internación .....	1.475.4	24.288.1	28.680.3	19.887.0	11.690.0	9.528.0	9.040.6	4.095.0	198.594.4
Laboratorio y radiología ..	1.898.0	18.876.0	21.398.0	15.678.0	4.082.0	11.986.0	7.670.0	3.094.0	84.682.0
Dentista .....	2.418.0	31.720.0	23.348.0	25.168.0	49.790.0	3.926.0	25.350.0	5.720.0	167.440.0
Prótesis .....	—	7.332.0	8.450.0	3.536.0	1.560.0	3.848.0	—	1.404.0	26.130.0
<b>Total .....</b>	<b>54.468.6</b>	<b>335.874.7</b>	<b>387.610.3</b>	<b>250.772.2</b>	<b>135.889.4</b>	<b>79.423.8</b>	<b>109.379.8</b>	<b>49.570.0</b>	<b>1.402.988.8</b>

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS POR RUBROS

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA

234

NÚMERO TOTAL DE SUJETOS, SUJETOS CON INFORMACIÓN DE GASTO  
Y SIN INFORMACIÓN DEL MONTO GASTADO EN LA MUESTRA, SEGUN  
LUGAR DE LAS ENTREVISTAS Y SUBCATEGORÍA DE LAS MISMAS.

T A B L A 3

GASTO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS,  
SEGUN NIVEL DE INGRESO DE LAS MISMAS (\$ LEY)

GASTO EN:	N I V E L D E I N G R E S O											Subtotal	S. I.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Medicamentos ...	25.558.0	62.088.0	63.128.0	48.282.0	56.030.0	53.534.0	108.264.0	94.852.0	95.940.0	54.028.0	65.390.0	727.194.0	51.844.0
Consulta .....	6.219.2	12.220.0	22.552.4	15.626.0	11.824.8	17.609.8	25.768.6	29.283.8	32.175.0	22.269.0	29.426.8	224.975.4	12.129.0
Internación .....	1.709.1	44.720.0	11.423.6	9.784.6	4.170.6	10.704.3	11.249.0	10.234.7	15.258.7	13.302.8	9.689.0	101.998.4	6.586.0
Laboratorio y radiología .....	1.352.0	1.118.0	7.540.0	6.786.0	3.458.0	13.858.0	6.864.0	8.086.0	8.268.0	13.312.0	8.736.0	79.378.0	5.304.0
Dentista .....	4.134.0	2.938.0	5.538.0	18.824.0	11.830.0	11.544.0	6.656.0	11.934.0	13.260.0	18.850.0	52.832.0	158.340.0	9.100.0
Prótesis .....	364.0	—	—	3.380.0	—	780.0	2.080.0	9.022.0	4.420.0	2.080.0	1.508.0	23.634.0	2.496.0
Otros factores ..	338.0	2.938.0	3.588.0	952.0	3.926.0	598.0	1.846.0	1.352.0	1.430.0	5.954.0	7.540.0	30.472.0	2.782.0
Total .....	39.674.0	85.774.0	113.770.0	103.644.6	91.239.4	108.628.1	162.727.6	164.864.5	170.751.7	129.795.8	175.121.8	1.345.991.8	90.251.0

) 235 (

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA

TABLA 4

GASTO PROMEDIO ANUAL EN SALUD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, POR RUBROS, SEGUN NIVEL DE INGRESO DE LAS FAMILIAS (\$ LEY), GASTO TOTAL, NUMERO DE FAMILIAS

GASTO PROMEDIO EN:	N I V E L D E I N G R E S O											S.I.*	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Medicamentos ..	141.2	395.5	358.7	287.4	313.0	322.5	668.3	568.6	571.1	635.6	769.3	398.8	427.1
Cons. médica ..	34.4	77.8	128.1	93.0	66.1	106.1	159.1	175.4	191.5	262.0	346.2	93.3	130.0
Internación .....	9.4	28.5	64.9	52.8	23.3	64.5	69.4	61.3	90.8	156.5	114.0	50.7	39.5
Labor. y Radiol.	7.5	7.1	42.8	40.4	19.3	83.5	42.4	48.4	49.2	156.6	102.8	50.7	59.5
Dentista .....	22.8	18.7	31.5	112.0	66.1	69.5	41.1	71.5	78.9	221.8	621.6	70.0	91.8
Prótesis .....	2.0	—	—	20.1	—	4.7	12.8	54.0	26.3	24.5	17.7	19.2	14.3
Otros gastos ...	1.9	18.7	20.4	5.7	21.9	3.6	11.4	8.1	8.5	70.0	88.7	21.4	18.2
Total .....	219.2	546.3	646.4	616.8	509.7	654.4	1.004.5	987.3	106.3	1.527.0	2.060.3	694.2	787.3

T A B L A 5

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

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 .....	212	129	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social .....	—	—	—	88	53	9	—	—	—	—	—	—
Privado .....	104	88	8	120	73	18	83	58	15	5	—	3
Fuerzas Armadas o de seguridad .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	2	1
Otro lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Región 40 y fuera del Area 41 ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	5	3
<i>Fuera Región 40</i>												
Dentro del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	10	3
Fuera del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	1
Sin información de lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	1

237 (

INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA

T A B L A 6

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 .....	3.025	1.662	360	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social .....	—	—	—	1.594	1.271	78	439	354	44	46	—	37
Privado .....	417	325	26	714	353	92	—	—	—	—	—	—
Fuerzas Armadas o de seguridad .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	184	22	3
Otro lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
<i>Fuera Región 40</i>												
Dentro del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	475	98	11
Fuera del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	7	9
Sin información de lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	5	10
Región 40 y fuera del Area 41 ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	102	44	34

T A B L A 7

MONTOS DE GASTO EN INTERNACION (\$ 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 .....	7.370.10	—	—	—
Obra social .....	—	10.335.90	—	—
Privado .....	45.264.00	13.588.65	13.918.00	—
FF. AA. o de Seguridad.	—	—	—	100.00
Otros .....	—	—	—	150.00
Fuera Región 40:				
Dentro del país .....	—	—	—	5.730.00
Fuera del país .....	—	—	—	3.324.00
Sin información de lugar	—	—	—	260.00
Región 40 y fuera Area 41	—	—	—	257.80

\* Por la forma en que se recolectó la información, se excluyen \$ 4.872.00 correspondientes a egresos que figuran como con sin información de gasto.

T A B L A 8

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 .....	12.6	12.0	19.3
Obra social .....	11.7	12.9	9.3
Cobertura privada .....	5.5	6.1	4.1
Privado sin cobertura .....	3.7	3.7	8.3
Total .....	9.5	9.6	12.9

T A B L A 9

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO, SEGUN HAYAN SIDO PAGADOS O NO, Y EFECTOR DONDE SE REALIZAN LAS INTERNACIONES

S I S T E M A	EGRESOS PAGOS	EGRESOS CON INFORMACION DEL MONTO GASTADO	EGRESOS SIN PAGO
Público .....	12.6	12.0	19.3
Obra social .....	21.8	24.0	9.4
Privado .....	4.7	4.7	7.9
Total .....	9.5	9.6	12.9

T A B L A 1 0

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

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 .....	40	37	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social .....	—	—	—	19	6	3	—	—	—	—	—	—
Privado .....	29	22	2	27	18	5	21	16	5	2	—	1
Fuerzas Armadas o de seguridad ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Otro lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Región 40 y fuera del Area 41 ....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
<i>Fuera Región 40</i>												
Dentro del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Fuera del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sin información de lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—

TABLA 11

EGRESOS POR PARTO. NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTADA, NUMERO DE DIAS DE ESTADA DE EGRESOS CON INFORMACION DEL MONTO GASTADO 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 inf. de gasto	Sin inf. de gasto	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con inf. de gasto	Sin inf. de gasto
				Total	Con inf. de gasto	Sin inf. de gasto	Total	Con inf. de gasto	Sin inf. de gasto			
Público .....	152	144	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obra social .....	—	—	—	62	22	7	—	—	—	—	—	—
Privado .....	101	78	5	94	64	18	77	60	17	5	—	3
Fuerzas Armadas o de seguridad ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Otro lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
Región 40 y fuera del Area 41 ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	14	—
<i>Fuera Región 40</i>												
Dentro del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	—
Fuera del país .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sin información de lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	—

) 241 (

INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA

T A B L A 1 2

EGRESOS POR PARTO. MONTOS DE GASTO (\$ 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 .....	875.80	—	—	—
Obra social .....	—	256.70	—	—
Privado .....	11.415.00	4.921.00	4.557.00	—
FF. AA. o de Seguridad.	—	—	—	—
Otros .....	—	—	—	150.00
En Región 40 y fuera Area 41 .....	—	8	—	200.80
Fuera Región 40:				
Dentro del país .....	—	—	—	350.00
Fuera del país .....	—	—	—	—
Sin información de lugar.	—	—	—	260.00

TABLA 13

NUMERO TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS, CONSULTAS CON PAGO Y SIN INFORMACION DEL MONTO PAGADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR Y COBERTURA

L U G A R	CONSULTAS SIN COBERTURA			CONSULTAS CON COBERTURA						CONSULTAS SIN INFORMACION DE COBERTURA		
	Total	Con pago	Sin inf.	OBRA SOCIAL			COBERTURA PRIVADA			Total	Con pago	Sin inf.
				Total	Con pago	Sin inf.	Total	Con pago	Sin inf.			
Establecimientos públicos .....	391	225	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Obras sociales o mutuales .....	—	—	—	185	43	—	178	49	1	—	—	—
Establecimientos privados .....	36	23	—	31	14	—	35	14	—	—	—	—
Consultorios médicos .....	356	263	7	64	39	—	20	14	—	4	2	—
En la casa .....	152	94	6	57	27	—	27	8	—	3	3	—
En el trabajo, en la escuela .....	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Por teléfono .....	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
En otro lugar .....	68	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sin información de lugar .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39	6	11

) 243 (

Ministerio de Salud  
 Dirección de Estadísticas e Información de Salud  
 Centro de Cuentas de Cuentas de Estadísticas de Salud

Nro. Inventario: **3097**

Tipo de adquisición: Compra/Ganjo **DONACION**

Proveedor: .....

Precio: \$..... Fecha: **15/12/03**

TABLA 14

**MONTOS PAGADOS (EN \$ LEY) POR CONSULTAS MEDICAS, SEGUN LUGAR Y COBERTURA. TOTALES EN LA MUESTRA**

L U G A R	CONSULTAS SIN COBERTURA	CONSULTAS CUBIERTAS		CONSULTAS SIN INFORM. DE COBERTURA
		Obra social	Covert. privada	
Establecimientos públicos	168.30	—	—	—
Obras sociales o mutuales	—	111.61	98.60	—
Establecimientos privados	321.90	44.56	41.10	—
Consultorios particulares de médicos .....	4.024.66	123.98	42.32	22.90
En la casa .....	1.241.25	101.88	29.50	11.75
En el trabajo o en la escuela .....	—	—	—	—
Por teléfono .....	—	—	—	—
En otro lugar .....	51.60	—	—	—
Sin información de lugar	—	—	—	7.50

## 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 6 - NUMERO 1: Estado de salud de la población del Area Metropolitana.
- SERIE 6 - NUMERO 2: Características de la salud de la población del Gran Rosario.
- SERIE 6 - NUMERO 3: Estado de salud de la población del Gran Mendoza.
- SERIE 7 - NUMERO 1: Estudio sobre salud, recursos para la salud y la educación médica y profesional médica de 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

COMITE DE LOS POZOS 2133  
BUENOS AIRES  
REPUBLICA ARGENTINA



INSTITUTO DE  
SALUD COLECTIVA