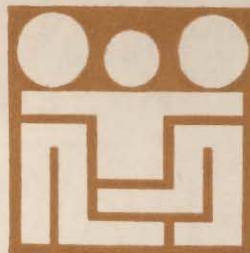


ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA



ENCUESTA DE MORBILIDAD

SERIE 6 Nº 4

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION DEL GRAN CORDOBA

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

4

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

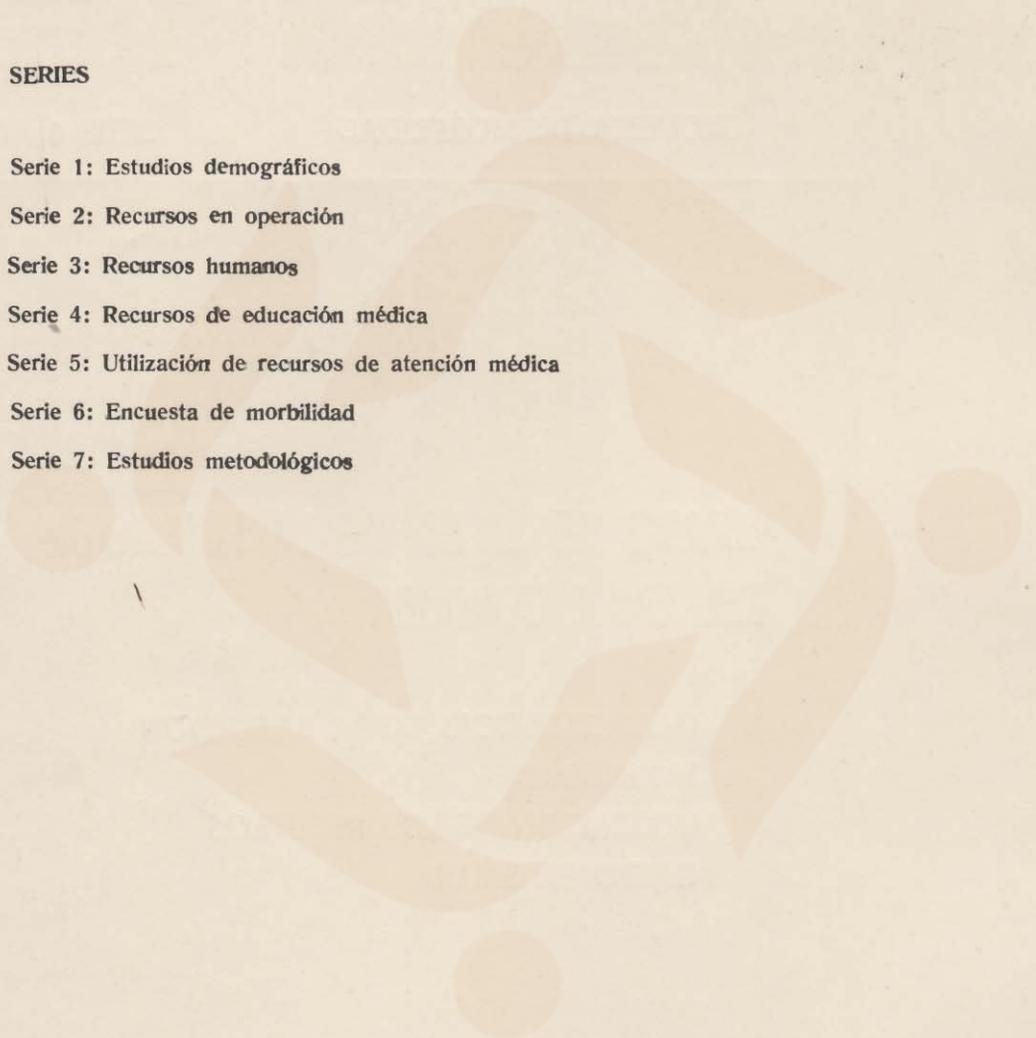
Serie 3: Recursos humanos

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

**ESTADO DE SALUD
DE LA POBLACION DEL GRAN CORDOBA**

CONSEJO DIRECTIVO

Subsecretario de Salud Pública
Dr. Antonio J. González

Presidente de la Asociación
de Facultades de Medicina
Prof. Dr. Víctor Hugo Tobón

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Jefe de la Zona VI de la Organización
Panamericana de la Salud
Dr. Carlos S. Álvarez Berro

MORBILIDAD

UTILIZACION DE LOS RECURSOS

DIRECCION

Director Ejecutivo

GASTO EN SALUD

Director Subrogante

Dr. Carlos S. Álvarez Berro

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 VI de la Organización
Panamericana de la Salud*
Dr. Emilio Budnik

DIRECCION

Director Ejecutivo
Dr. Dalton M. Hamilton

Director Subrogante
Dr. Carlos E. Alvarez Herrera

ANALISIS DE LA INFORMACION DE CORDOBA

POBLACION: LIC. SUSANA CHECA UTILIZACION: LIC. MARGARITA BERNACCHI
MORBILIDAD: DR. VICTOR PENCHASZADEH GASTO: LIC. LUIS FAIGON
LIC. L. HALPERIN

DISEÑO DEL ANALISIS DE LA INFORMACION DE LA ENCUESTA DOMICILIARIA

COORDINACION GENERAL: Dr. Dalton M. Hamilton
Dr. Carlos Ferrero
Lic. Sara Novaro

POBLACION: Coordinadora: Lic. Cristina Cacopardo
Lic. María M. Arruñada, Celia Baldatti,
Lic. Susana Checa, Lic. Elsa López,
Lic. Ana Rothman

MORBILIDAD: Coordinador: Dr. Carlos E. Alvarez
Herrera
Dr. Floreal Ferrara, Lic. Leopoldo
Halperín, Dr. Dalton M. Hamilton, Lic.
Alicia Masautis, Sr. Oscar Morales

UTILIZACION DE RECURSOS: Coordinador: Dr. Eduardo Zibecchi
Lic. Margarita Bernacchi, Lic. Alicia
Masautis, Dr. José M. Paganini

GASTO EN SALUD: Coordinador: Lic. Leopoldo Halperín
Sr. Adolfo Chorny, Lic. Sara Novaro
Dr. Luis Vera Ocampo

PROCESAMIENTO E IMPRESION

CODIFICACION: Coordinador: Sr. Oscar Morales,
Sr. Carlos Pavía, Srta. Ester Santamarina

PROGRAMACION: Lic. Beatriz Cusnir, Sr. Carlos Ghergo

CALCULO: Sra. Stella Fernández, Sra. Miriam Muller

DIAGRAMACION: Sr. César Clementoni

PUBLICACION: Sr. Oscar Morales, Sr. Carlos Pavía,
Sr. Eugenio Martín, Srta. Silvia Castro

CONTENIDO

	<u>Pag.</u>
Introducción	7
I. POBLACION	9
Introducción	11
Familia	23
-Constelación familiar	23
-Tamaño de familia	27
-Hacinamiento	28
Nivel de vivienda	29
Individuos	31
-Sexo y edad	31
-Estado conyugal	35
-Alfabetismo	36
-Actividad económica	38
-Condición de migración	49
-Población encuestada personalmente y por informante.....	52
Resumen	55
Anexo. Tablas	57
II. MORBILIDAD	69
Consideraciones metodológicas	71
-VARIABLES Y DEFINICIONES	71
-Criterio para la caracterización de la percepción de morbilidad..	73
-Del agrupamiento de las percepciones de enfermedad y de los ac- cidentes (en las dos últimas semanas).....	77

	<u>Pag.</u>
De la percepción	83
Lo percibido en las dos últimas semanas.....	95
Enfermedades crónicas	104
Impedimentos o invalidez	111
Anexo. Tablas	126
 III.UTILIZACION DE RECURSOS.	 127
Introducción	129
Afiliación a sistemas de atención médica.....	133
Consulta médica	137
Utilización de los recursos de internación.....	147
Utilización de la consulta odontológica.....	155
Utilización o consumo de medicamentos.....	160
Utilización de servicios auxiliares de diagnóstico.....	165
Anexo. Tablas	171
 IV.GASTO EN SALUD	 185
Introducción	187
Análisis del gasto de las familias	192
Gasto por internación	201
Pago por consulta médica	205
Anexo. Tablas	209

INTRODUCCION

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

Esta publicación se refiere a la Encuesta Domiciliaria.

En junio de 1969 comenzó el proceso de recolección de datos para la Encuesta Domiciliaria. Se utilizó el método de entrevistas domiciliarias a nivel familiar e individualmente a cada uno de sus miembros. El período de recolección duró dos años para los cinco centros urbanos seleccionados¹ y un año para las siete regiones de desarrollo² del país. La operación de campo concluyó en setiembre de 1971 habiéndose visitado a ciento seis mil personas. La población evidenció un alto grado de aceptación de la encuesta, 99.2%, lo cual proveyó un alto crédito al procedimiento seguido.

Los propósitos de la ENS fueron los siguientes:

- 1º.- Suministrar información importante para la planificación en Salud
- 2º.- Ampliar y fortalecer la informa-

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

2 Patagonia, Comahue, Centro, Pampeana, Cuyo, NEA y NOA.

ción 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 sociales.

El diseño de la muestra utilizada puede consultarse en una publicación específica editada por la ENS (Serie 7 N° 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 N° 2).

La presente es la cuarta 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 Córdoba³. Allí se encuestaron 1892 viviendas y 6874 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.

3 Capital.

POBLACION

El estudio de la población en un área geográfica requiere un análisis de los factores que influyen en su crecimiento y distribución. En este sentido, es importante considerar los datos demográficos y estadísticos que permiten establecer las relaciones que existen entre las variables físicas y humanas. En primer lugar, es necesario determinar la densidad de la población, la migración de recursos de atención de salud, el gasto en salud y cobertura.

Además, el estudio de la población se plantea como una tarea en la cual se debe permitir verificar las condiciones y circunstancias a cada una de las áreas en estudio, considerando la importancia de las características demográficas.

Una de las áreas que ha sido objeto de estudio es la demografía, que se refiere a la evolución de la población en un período de tiempo determinado. Este estudio permite conocer las causas de la variación de la población y su impacto en el desarrollo de una comunidad.

El estudio de la demografía en el Perú se ha desarrollado a través de los censos y los registros vitales. Los datos demográficos son fundamentales para el análisis de la estructura de la población y para la planificación de los servicios de salud. En este sentido, es importante considerar los factores que influyen en la mortalidad y la fecundidad, así como la migración de la población. El estudio de la demografía permite conocer las tendencias de la población y su impacto en el desarrollo de una comunidad.

El estudio de la demografía en el Perú se ha desarrollado a través de los censos y los registros vitales. Los datos demográficos son fundamentales para el análisis de la estructura de la población y para la planificación de los servicios de salud.

1. Estructura familiar y nivel de vida.
2. Estructura de la población por sexo, edad y estado conyugal.
3. Nivel educacional de los individuos.
4. Nivel de actividad económica de los individuos.
5. Nivel ocupacional de los individuos.
6. Nivel de ingresos de los individuos y de la familia.
7. Condiciones de migración de las divisiones.

Los estudios de demografía permiten conocer las tendencias de la población y su impacto en el desarrollo de una comunidad.

INTRODUCCION

Córdoba, formada por el departamento Capital, constituye un área de suma relevancia como resultado del particular proceso de rápida industrialización y urbanización, iniciado a partir de la década del 50.

En 1970¹ se censó en el departamento a 798.663 habitantes, siendo su tasa de crecimiento intercensal entre 1960-70 de 30.7%. anual. Es notoria la diferencia del crecimiento total con la tasa de crecimiento vegetativo, 13.2%, que refleja las característi-

1 Instituto Nacional de Estadística y Censos, Censo Nacional de Población, Familias y Vivienda 1970. Resultados provisionales.

cas de un área con bajos niveles de mortalidad y una fecundidad relativamente baja, pero que crece a ritmo acelerado por ser punto de atracción de población.

La Encuesta de Morbilidad del Estudio sobre Salud y Educación Médica recogió información, alrededor de 1969, sobre 1892 familias que comprenden a 6874 individuos encuestados. Las variables contempladas de tipo demográfico, educacional, social y económico, ya sea a nivel de familias como de individuos, permiten una caracterización de la población del área que constituye el marco de referencia para analizar las interrelaciones de dichas variables con las variables específicas de salud.

ASPECTOS METODOLOGICOS

El equipo de Población tuvo como objetivo específico elaborar la información sobre aspectos socio-económicos, demográficos, de composición familiar y vivienda provenientes 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 to-

madras 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.

DEFINICION DE VARIABLES

1. COMPOSICION FAMILIAR

Familia

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

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

Es decir, en una misma unidad se pueden distinguir una o más familias, entendiéndose por familia principal a aquélla 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 emparen-

tada 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/a, divorciado/a, más hijos.

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

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 personas 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 perso-

nas por cuarto representa a los niveles de hacinamiento.

2. NIVEL DE VIVIENDA ¹

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 sanitaristas, 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.

Los 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 existe un continuo real que oscila entre condi

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

ciones óptimas y pésimas de habitabilidad.

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

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

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

Variables

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

Provisión de agua y servicios higiénicos

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

Cada una de las variables fueron reclasificadas en cuatro categorías.

a) Provisión de agua

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

La intención de la categorización fue clasificar tomando en cuenta dos criterios básicos: a) la calidad de la fuente de agua y b) si la provisión se efectúa en la misma vivienda o fuera de ella. Así la categoría 2 a

grupada grapa 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 o torga 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:

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

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que habitan la unidad}}{\text{N}^\circ \text{ de ambientes de la vivienda}}$$

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 14m² por persona, y el umbral patológico, que oscila entre 1.5 y 2.0 personas por local habitable equivalente a 8 a 10 m² por persona. La división entre los tramos 1 y 2 marca ambos umbrales.

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

Materiales de construcción de la vivienda

Se tomaron en cuenta los materiales de construcción de las paredes, techos y pisos de la vivienda y se rea-

lizó 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.

Categoría de las tres variables de materiales de construcción combinadas

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 míni-

mo 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", regulares 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 o no estudiando 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 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 o inhabilitado permanente.
6. Enfermo e inhabilitado parcial-

mente.

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 al 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 con

sideración si ha estado ocupada por lo menos el cincuenta por ciento del año de referencia. Aquellos individuos que no llegaron a tener ocupación la mitad del año se los considera virtualmente desocupados.

Ocupación

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

Las categorías de la ocupación principal se codificaron de acuerdo con la clasificación ocupacional para el Censo de América de 1960¹; según el código de dos dígitos o sea grupos principales y subgrupos de ocupación.

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

Posición ocupacional

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

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

01. Grandes empresarios industriales con más de 25 personas empleadas (incluidos familiares). Grandes empresarios en otras ramas con más de 10 personas a su cargo (incluidos familiares).
02. Empresarios medios de industria con 6 a 24 personas a su cargo (incluidos familiares).
Empresarios medios en otras ra-

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

- mas con 4 a 9 personas a su car
go (incluidos familiares).
03. Empresarios menores de indus-
tria con 1 a 5 personas a su -
carga (incluidos familiares).
Empresarios menores en otras ra
mas con 1 a 3 personas a su car
go (incluidos familiares).
 04. Trabajadores por cuenta propia
con local o vehículos.
 05. Trabajadores por cuenta propia
sin local.
 06. Profesionales liberales y afi-
nes por cuenta propia.
 07. Altos jefes y directores. Geren-
tes asesores de alto nivel.
 08. Jefes intermedios (con más de 6
personas a su cargo). Profesio-
nales asalariados.
 09. Jefes menores. Empleados con ca
lificación técnica. Maestros.
Maestros y profesores de artes
y oficios con calificación téc-
nica.
 10. Empleados sin calificación téc-
nica. Maestros y profesores de
artes y oficios sin calificación
técnica.
 11. Capataces. Supervisores. Obre-
ros calificados. Choferes.
 12. Obreros no calificados.
 13. Otros no calificados. Peones. Mo
zos. Carteros. Serenos.
 14. Personal de Servicio doméstico.
 17. Personal de las Fuerzas Armadas
Policía y Gendarmería.
 20. Fuera de la estructura ocupacio
nal del país.
 99. No sabe. No contesta. Falta in-
formación.

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 activi
dad fue utilizada la categorización em
pleada en el Censo Nacional de Población de 1970, que comprende las 41 ca-
tegorías 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 metáli-
cos.
17. Industrias metálicas básicas.
18. Productos metálicos excepto ma-
quinaria y equipo.
19. Construcción de maquinarias ex-
cepto eléctricas.
20. Construcción de maquinarias y a
paratos eléctricos.
21. Fabricación de material de trans
porte.
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 defen-
sa.
31. Bienes inmuebles y servicios -
prestados a otras empresas.
32. Educación y sanidad.
33. Diversión, esparcimiento y ser-
vicios culturales.
34. Servicios sociales.
35. Servicios personales.
36. Servicio doméstico.
37. Hoteles y restaurantés.
38. Otros servicios no especifica-
dos.
39. Actividad no especificada.
40. No sabe. No contesta.
41. Fuera de la actividad económi-
ca del país.

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

1. Agropecuaria; caza; madera; pesca; yacimientos; combustibles; minerales (01 a 10).
2. Alimentos y bebidas; textiles; maderas; papel (11 a 14).
3. Industrias químicas; minerales no metálicos; industrias metálicas (15 a 18).
4. Construcción de maquinarias; fabricación de materiales de transporte; otras industrias manufactureras (19 a 22).
5. Electricidad; gas; agua; y servicios sanitarios (23 y 24).
6. Construcción (25).
7. Comercio; transporte y almacenamiento; comunicaciones (26 a 28).
8. Servicios (29 a 38).
9. Sin especificar; no sabe; fuera de la estructura ocupacional (39 a 41).

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

6. NIVEL OCUPACIONAL

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

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

Para la ubicación de cada una de las ocupaciones en los distintos niveles ocupacionales se utilizaron las categorías empleadas en la "Encuesta de Consumo de Alimentos en la Capital Federal y Gran Buenos Aires", realiza

da en el año 1968¹. En dicha encuesta se tomó como base la clasificación - por niveles ocupacionales realizada por el profesor Gino Germani para la "Encuesta de Estratificación y Movilidad Social" del Instituto de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Los seis niveles ocupacionales resultantes se componen del siguiente modo:

1. Pequeño comerciante o vendedor ambulante, sin local, sin personal.
Personas sin grado de las Fuerzas Armadas (marineros, soldados, agentes de policía, etc.).
Obreros no calificados.
Aprendices y cadetes.
Empleados domésticos, mucamas, cocineros, lavandera, chofer, etc.
Otros servicios, mozo, sirvientes de restaurante, empleado de cuartos de hotel, cartero, portero, acomodador, guarda de ómnibus.
Personal de maestranza de la administración pública y privada.
Empleado de comercio o servicios de primera necesidad (vendedor de almacén, frutería, carnicería, etc.).
Otros no calificados en servicios.
Trabajadores de la tierra empleados.
2. Artesanos de artículos de consumo familiar (modista, bordadora, sastre, etcétera), por su cuenta sin personal, con local propio.
Artesano o trabajador independiente por cuenta propia sin personal, sin local.
Comerciante de artículos de primera necesidad sin personal, con

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

local (almacén, frutería, quiosco).

Técnicos por cuenta propia sin personal, sin local (electricista, mecánico, pintores, albañiles, etc.).

Enfermeras no diplomadas.

Maestros de obras, apuntadores, capataces, supervisores, encargados, inspectores de transporte. Obreros calificados.

Chófer de colectivo (camionero, taxi, etc.)

Peluqueros, manicuras, etc., empleados.

3. Comerciantes de artículos de primera necesidad (almacén, carnicería, frutería, 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 (taximetristas, colectivero, 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, íd.).

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, etcétera.

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 departamento técnicos.

Altos funcionarios en 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, pues to 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 predefinida 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 urbano-rurales 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

El análisis del tema familia comprende, como en el resto de las áreas, cuatro subtemas:

- a- Constelación familiar
- b- Tamaño de la familia
- c- Nivel de hacinamiento
- d- Nivel de vivienda

Las tablas y cuadros elaborados cruzan estas variables con las características socio-económicas del jefe de la familia.

Constelación familiar

Como se vio en los Aspectos Metodológicos, 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 habitualmente en la unidad de vivienda seleccionada - fueron incluidas en la misma*.

Las categorías originales de tipo de constelación familiar fueron reagrupadas en la forma siguiente (los números entre paréntesis corresponden al que tenían en la categorización más de sagregada):

- 1) Núcleo matrimonial (1)
- 2) Núcleo matrimonial con hijos (3)
- 3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes (2 y 4)

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

En el área Córdoba, por sus características de alto desarrollo urbano, puede esperarse como tipo de constelación familiar predominante el núcleo matrimonial con hijos. Efectivamente el peso relativo de esta constelación entre las familias encuestadas es de un 40.6 %.

También encontramos con un peso bastante alto lo que correspondería aproximadamente a la familia extensa, ya sea el núcleo matrimonial con hijos y otros colaterales (17%) y el núcleo matrimonial incompleto con hijos y/u otros parientes (14%), resulta también elevada la proporción de solteros solos sin y con hijos y/u otros parientes (19.1%), (cuadro 1).

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

Tipo de constelación	Total	Sexo	
		Varones	Mujeres
Total	(1892)	(1467)	(425)
(1)	100.0	100.0	100.0
Núcleo matrimonial	7.8	9.9	0.7
(2)			
Núcleo matrimonial con hijos.	40.6	52.2	0.7
(3)			
Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes.....	17.3	22.2	0.2
(4)			
Viudo, separado con hijos y/u otros parientes	14.2	4.9	45.9
(5)			
Viudo, separado, divorciado, solo.....	1.1	0.4	3.5
(6)			
Soltero c/s hijos, y/u otros parientes	19.1	10.4	48.9

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

Tomando en cuenta el sexo de los jefes de familia, en los tres primeros tipos de constelación se concentra el 84% de los jefes varones, mientras que las mujeres lo hacen en los tres últimos, siendo especialmente alto el por-

centaje de jefas mujeres entre los viudos y/o separados con hijos y/u otros parientes y entre solteras con o sin hijos y/u otros parientes, donde se encuentra casi un 50% del total de jefas mujeres.

CUADRO N.º 2

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR, GRUPOS DE EDAD DEL JEFE Y PROPORCION DE JEFES VARONES, (0/o). (*).

Tipo de constelación	Edad				Proporción de jefes varones
	Total	hasta 24	25 - 54	55 y más	
Total.....	(1892) 100.0	9.9	62.3	27.8	77.7
(1) Núcleo matrimonial	(148) 100.0	8.8	37.8	53.4	97.9
(2) Núcleo matrimonial con hijos.....	(768) 100.0	1.9	80.7	17.3	99.7
(3) Núcleo matrimonial c/hijos y/u otros parientes	(327) 100.0	2.1	65.4	32.4	99.9
(4) Viudo, separados c/hijos y/u otros parientes.....	(268) 100.0	2.9	51.9	45.2	27.3
(5) Viudo, separado, divorciado, solo.....	(20) 100.0	-	31.6	68.4	26.3
(6) Soltero c/s hijos y/u otros parientes.....	(361) 100.0	40.3	39.4	20.3	42.5

En el cuadro 2 se realizaron tres grandes agrupamientos de edad para analizar cómo se distribuyen por edad cada tipo de constelación.

Puede observarse que el primer tipo de constelación -Núcleo matrimonial solo- predomina en el grupo de edades más altas; mientras que el mayor porcentaje para núcleo matrimonial con hijos se encuentra en los grupos reproductivos de 25-44 años. Del mismo modo, en los núcleos de matrimonio con hijos y otros parientes se repite la frecuencia más alta en dicho grupo de edad.

Respecto al núcleo matrimonial incompleto con hijos y/u otros parientes esta constelación se da primordialmente en los dos grupos de edad últimos, con cerca de un 50% para cada grupo. La constelación de viudos y separados so-

los, como es obvio, predomina en las edades más avanzadas.

En los anexos (Tabla 1b - 1c) se analiza esta variable por sexo y grupos de edad decenales del jefe de familia.

Allí puede observarse el gran predominio de jefes varones, especialmente en las tres primeras categorías. Las jefas mujeres sólo adquieren peso en la constelación 4, o sea viudas, separadas con hijos y/u otros parientes -explicable por la mayor mortalidad en los hombres- y en la última: soltero con o sin hijos y/u con otros parientes, lo cual se debería a la alta incidencia del servicio doméstico, que fue considerada como familia aparte de la familia principal.

La tendencia señalada se hace evidente al analizar la proporción de jefes varones (cuadro 2), que es muy al-

ta en las tres primeras categorías acercándose al 100%, pero baja considerablemente en las otras constelaciones donde la mujer pasa a ser jefe de familia.

CUADRO No. 3
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL
OCUPACIONAL DEL JEFE (0/o).

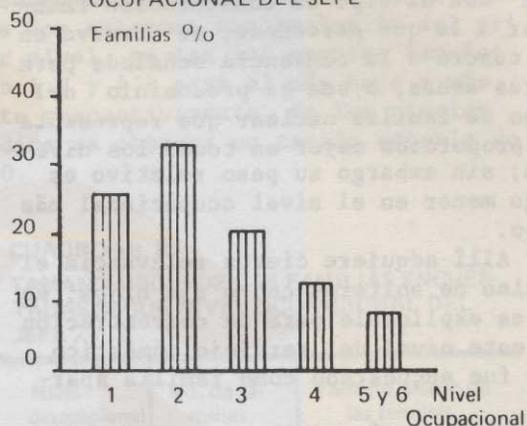
Nivel ocupacional	Familias
No. de casos.....	(1550)
Total	100.0
1	25.8
2	33.0
3	20.4
4	12.6
5 y 6.....	8.2

El nivel ocupacional se elaboró tomando en cuenta la ocupación u oficio del encuestado y su ubicación jerárquica en el mismo. Los niveles que se han establecido son 6, siendo 1 el más bajo de la escala y 6 el más alto.

Debido a las bajas frecuencias existentes en los niveles 5 y 6 y dado que ambos toman a las ocupaciones medias altas y altas, estos dos se han agrupado.

Al analizar el nivel ocupacional de los jefes de familia vemos que éstos se concentran en una proporción del 59% en los niveles más bajos 1 y 2, mien-

GRAFICO 1.
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL
OCUPACIONAL DEL JEFE



Fuente: Cuadro 3.-

tras que en los niveles más altos las proporciones disminuyen notablemente, así en los niveles 5 y 6 que se han agrupado sólo se concentra el 8.2% de los jefes de familia (cuadro 3 y gráfico 1).

Como en otras áreas de análisis, también han sido excluidos aquellos jefes que no tienen información y aquellos que declarándose jefes de familias son económicamente inactivos; en este área su proporción es bastante alta: 18.1% y su distribución diferencial por niveles podría afectar a la señalada anteriormente.

CUADRO No. 4
FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR Y NIVEL OCUPACIONAL
DEL JEFE (0/o).

Tipo de constelación	Nivel ocupacional del jefe						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	Descon.
Total	(1892)	(400)	(512)	(316)	(195)	(127)	(342)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(1) Núcleo matrimonial	7.8	3.8	9.2	10.8	11.8	11.0	4.4
(2) Núcleo matrimonial c/ hijos	40.6	34.0	47.8	46.5	55.4	65.4	14.3
(3) Núcleo matrimonial c/ hijos y/u otros parientes.....	17.3	15.7	22.9	23.1	17.4	11.8	7.3
(4) Viudo, separado, c/ hijos y/u otros parientes	14.1	12.2	9.8	9.8	8.7	3.9	33.9
(5) Viudo, separado, divorciado, solo	1.1	1.3	0.4	0.9	0.5	-	2.6
(6) Soltero, c/s hijos y/u otros parientes.....	19.1	33.0	9.9	8.9	6.2	7.9	37.4

Al relacionar esta misma variable -nivel ocupacional del jefe de familia- con el tipo de constelación familiar a la que pertenece, se observa en el cuadro 4 la tendencia señalada para otras áreas, o sea el predominio del tipo de familia nuclear que representa la proporción mayor en todos los niveles; sin embargo su peso relativo es algo menor en el nivel ocupacional más bajo.

Allí adquiere cierta relevancia el núcleo de solteros con o sin hijos; esto es explicable para la concentración en este nivel del servicio doméstico que fue encuestado como familia aparte.

En los demás niveles ocupacionales la tendencia que se observa es muy semejante entre sí; alrededor del 50% de las familias responden al tipo de fami-

lia nuclear, siendo especialmente notorio su peso en las familias con los niveles más altos; siguiéndole en importancia el tipo de familia extendida, cuyo peso es mayor en los niveles más bajos.

Respecto a la constelación de viudos y separados solos representa bajas proporciones en todos los niveles ocupacionales.

A modo de conclusión podría afirmar se que el tipo de constelación más frecuente en el área es la familia nuclear y que este tipo de constelación presenta altos porcentajes en todos los niveles ocupacionales, aunque en los más bajos adquiere menor relevancia por la alta proporción de solteros solos, debido a la incidencia del servicio doméstico.

CUADRO No. 5.-

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR Y NIVELES DE INGRESO TOTAL DEL JEFE (%).

Tipo de constelación	Nivel de ingreso total					
	Total	Menos de 20.000	20.001 30.000	30.001 40.000	40.001 60.000	Más de 60.000
Total	(1705) 100.0	22.9	17.7	21.8	17.8	19.8
(1) Núcleo matrimonial	(136) 100.0	22.8	15.4	22.1	21.3	18.4
(2) Núcleo matrimonial con hijos	(727) 100.0	7.2	15.9	24.3	23.4	29.2
(3) Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes	(303) 100.0	11.2	15.2	29.7	21.8	22.1
(4) Viudos, separados con hijos y/u otros parientes	(201) 100.0	41.3	22.4	20.9	7.5	7.9
(5) Viudo, separado, divorciado, sólo.....	(19) 100.0	52.6	15.8	10.5	10.5	10.5
(6) Soltero c/s. hijos y/u otros parientes	(319) 100.0	56.7	21.9	9.4	6.9	5.0

Para analizar el tipo de constelación familiar según el nivel de ingreso total del jefe (ver cuadro 5), este último - que comprende todas las fuentes de ingreso que tiene el jefe de familia - fue categorizado en once tramos.

Para simplificar el análisis se realizaron agrupamientos cada dos tramos,

excepto el último en que se agruparon los tramos 9, 10 y 11. Puesto que la distribución de los ingresos se realizó por deciles, en el posterior agrupamiento se concentró en cada nivel aproximadamente el 20% de los casos; los tramos fueron los siguientes:

Nivel 1 - hasta \$ 20.000 m/n

Nivel 2 - \$ 20.001-30.000 m/n
 Nivel 3 - \$ 30.001-45.000 m/n
 Nivel 4 - \$ 45.001-69.000 m/n
 Nivel 5 - \$ 69.001 y más m/n

Para el primer tipo de constelación no se observan diferencias notorias por niveles de ingreso; éstas se dan en el tipo de constelación 2 y 3 - núcleo matrimonial con hijos y núcleo matrimonial con hijos y otros parientes-los que se concentran en los tramos 3, 4 y 5. Mientras que en las tres últimas constelaciones que comprenden a los núcleos matrimoniales incompletos o solteros y separados solos y con otros parientes, la tendencia se invierte, pero en forma más acentuada. Puede suponerse que esto se debe a que en estas constelaciones predominan los jubilados y en la última constelación se da una importante incidencia del servicio doméstico, los que por sus bajos ingresos se ubican en los tramos menores de ingreso.

Tamaño de las familias

Para el área Córdoba el tamaño medio del total de familias encuestadas es de 3.8.

Se ha obtenido el tamaño medio de la familia según el nivel ocupacional de la misma bajo el supuesto de que el tamaño medio está relacionado con la ubicación de la familia en la estructura social. Así pueden esperarse mayor tamaño de familia en los niveles altos y/o bajos y un tamaño estable en los medios.

En la distribución no se observan diferencias notables, si bien se observa ligeramente la tendencia señalada como supuesto. La diferencia más notable se observa entre el nivel 1 y 2, ya que se consideran a ambos como niveles bajos. Esto podría explicarse por la incidencia en el tamaño de familia del personal de servicio que se ubica en

el nivel 1 y que por ser personas solas disminuyen el tamaño medio. Luego, en los dos extremos con exclusión del primer nivel, se dan los mayores tamaños con 4.2 y 4.1 para el más bajo y más alto respectivamente. En los niveles medios se observa un tamaño estable de 4.0.

CUADRO No. 6.-

TAMAÑO MEDIO DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE.-

Nivel ocupacional	No. de familias	Tamaño medio de las familias
Total	1892	3.8
1	400	3.5
2	512	4.2
3	316	4.0
4	195	4.0
5 y 6	127	4.1
Desconocido.	342	3.0

CUADRO No. 7.

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

Nivel de ingreso medio familiar	No. de familias	Tamaño de ingreso medio familiar
Total	1892	3.8
1	372	2.9
2	362	3.9
3	341	4.3
4	343	4.0
5	351	4.1
Desconocido	123	3.3

En la relación del tamaño medio de las familias con el ingreso se tomó el ingreso medio de los perceptores debido a que puede considerarse el nivel de ingreso más real de una familia.

El procedimiento para construir los

tramos de ingreso medios de los perceptores fue el mismo que para el ingreso total del jefe. A partir de la distribución se realizaron cortes por deciles y luego se agruparon en 5 tramos, de tal modo que aproximadamente el 20% de las familias están incluidas en cada tramo. Estos son:

- Tramo 1: hasta \$ 19.000 m/n
- Tramo 2: \$ 19.001-28.000 m/n
- Tramo 3: \$ 28.001-32.000 m/n
- Tramo 4: \$ 32.001-45.000 m/n
- Tramo 5: \$ 45.001 y más m/n

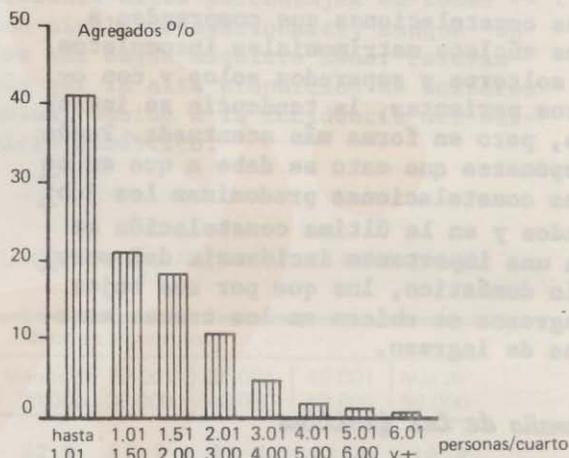
Si bien no podría afirmarse que los tramos medios y altos representen ingresos reales altos; se puede observar que a medida que aumentan los ingresos aumenta el tamaño medio de la familia. El tamaño menor se da en el nivel más bajos (hasta \$ 19.000m/n) pero en ello nuevamente puede incidir las familias de miembro único, ya sean personal de servicio o jubilados que vivan solos y que son en general sectores de muy bajos ingresos.

El tamaño medio más alto se da en el nivel intermedio de ingresos y luego, si bien descende, su valor se mantiene en un tamaño medio de familia de 4.

Hacinamiento

Esta variable se refiere a la relación existente entre la cantidad de cuartos de la unidad de vivienda y el número de personas que habitan en la vivienda, es decir que se toma al agregado familiar - o sea el total de familias que integran la vivienda - para establecer la relación persona-cuarto.

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



Fuente: Cuadro 8.

CUADRO No. 8

AGREGADOS FAMILIARES SEGUN TAMAÑO Y NIVEL DE HACINAMIENTO (0/o)

Nivel de hacinamiento	Tamaño del agregado						
	Total	1	2	3	4	5	6 y más
Total	(1652) 100.0	(101) 100.0	(210) 100.0	(289) 100.0	(351) 100.0	(290) 100.0	(411) 100.0
Hasta 1	41.2	100.0	80.5	65.5	36.7	21.4	7.5
1.01 - 1.50	21.1	-	-	20.4	36.2	21.4	24.3
1.51 - 2.00	18.3	-	19.0	0.3	15.1	31.4	28.4
2.01 - 3.00	10.8	-	0.5	13.8	-	17.6	21.0
3.01 - 4.00	4.8	-	-	-	12.0	-	9.3
4.01 - 5.00	1.9	-	-	-	-	8.2	2.0
5.01 - 6.00	1.2	-	-	-	-	-	4.6
6.01 y más	0.7	-	-	-	-	-	2.9

Los dos primeros valores de la escala de personas por cuarto no representan hacinamiento, mientras que la tercer categoría ya implica el límite de de el cual se puede hablar de hacinamiento. A partir del cuarto valor o sea más de dos personas por cuarto, se considera que hay una clara situación de hacinamiento. De tal modo puede afirmarse que existen condiciones de hacinamiento en cerca de un 20% de los agregados, mientras que aproximadamente el 80% de los agregados viven no hacinados, con un 40% de agregados que tienen una relación de hasta 1 persona por cuarto y el 40% restante es de 1 a 2 personas por cuarto. (Cuadro 8 y gráfico 2).

Al relacionar esta variable con el

tamaño del agregado puede observarse que en las familias más extensas (6 miembros y más), si bien se dan los mayores porcentajes para la relación de hasta dos personas por cuarto, aparecen valores altos entre los que se considera existencia de hacinamiento (cerca de 40%). Por lo tanto se observa como era lógico de esperar, que en el área entre los agregados de mayor número de miembros se da una peor relación de hacinamiento. Es llamativo asimismo que para los agregados de 4 miembros, que constituiría el número promedio de miembros de la familia nuclear típica, se da un porcentaje bastante alto de hacinamiento -12% que viven en esas condiciones- y 15.1% que se encuentran en el límite de la relación.

CUADRO No. 9

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

Nivel de hacinamiento	Nivel ocupacional						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	Descon.
Total	(1652) 100.0	(284) 100.0	(477) 100.0	(306) 100.0	(191) 100.0	(125) 100.0	(269) 100.0
hasta 2	81.2	59.5	76.5	87.6	93.2	93.6	87.0
más de 2	18.8	40.5	23.5	12.4	6.8	6.4	13.0

Para relacionar la variable hacinamiento con el nivel ocupacional del jefe de la familia principal se agrupa la relación personas-cuartos en dos grandes categorías que representan el no hacinamiento y el hacinamiento (cuadro 9). Puede observarse que en los niveles ocupacionales bajos se da un porcentaje bastante elevado de agregados que viven en condiciones de hacinamiento -22%- y que esta proporción baja notablemente en los niveles ocupacionales más altos, para ser inexistente en el más alto.

Lo dicho anteriormente se ve agravado ante el hecho que además de estar los niveles ocupacionales más bajos más hacinados, ellos concentran 761 agregados frente a sólo 125 agregados de los niveles 5 y 6.

Nivel de vivienda

El índice de vivienda se construyó tomando en cuenta algunas variables que se consideraron relevantes en relación con la salud de la población.

El índice es sumatorio y consta de 45 valores no continuos y cuyos puntos límites son 0 y 1.50. Algunas variables se tomaron solas y otras se combinaron asegurándose a cada una o conjunto de ellas peso diferencial.

Estas variables fueron: a) provisión de agua y servicios higiénicos, b) hacinamiento y c) materiales de construcción de la vivienda.

El índice que se construyó sólo discrimina entre las viviendas que van de condiciones que pueden definirse só

lo como "habitables" hasta aquéllas con condiciones precarias, es decir que serían las que mantienen condiciones insalubres de habitabilidad.

En el análisis del nivel de vivienda se relacionó ésta con el nivel ocupacional del jefe de la familia principal, es decir del jefe de la familia que es propietaria o locataria de la vivienda muestreada.

Los valores del índice se agruparon de la siguiente manera:

- a) 0- 13: viviendas en condiciones habitables
- b) 16-130: viviendas en condiciones medias, es decir que cuentan con elementos que indican bajas condiciones de habitabilidad.
- c) 133-150: incluye las viviendas en malas condiciones habitacionales y viviendas precarias.

CUADRO No. 10

AGREGADOS FAMILIARES SEGUN NIVEL DE VIVIENDA Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA PRINCIPAL (o/o).

Nivel de vivienda	Nivel ocupacional						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	Descon.
Total.....	(1652) 100.0	(284) 100.0	(477) 100.0	(306) 100.0	(191) 100.0	(125) 100.0	(269) 100.0
0- 13	49.6	20.8	39.4	62.8	68.1	78.4	56.5
16- 130	49.3	74.6	60.0	37.2	31.9	21.6	42.8
133- 150.....	0.8	3.9	0.4	-	-	-	0.7
	0.2	0.7	0.2	-	-	-	-

Al analizar la distribución de los distintos niveles de vivienda puede observarse en el cuadro 10 que en el nivel de vivienda a), es decir habitables, se nuclea sólo cerca del 50% de las viviendas; en el grupo de viviendas medias y "elementalmente habitables", el 49.3%. Dado que en la escala que se construyó lo que se denomina viviendas en condiciones medias es muy inclusiva, se ha sacado, en base a los tabulados originales, la distribución de las viviendas medias que van desde el valor 13 al 130; puede suponerse que el tramo superior va a estar más cerca de las viviendas en mejores condiciones de habitabilidad, mientras que el inferior se acerca más a las viviendas en malas condiciones. Así, del total de viviendas medias el 67.2% se encuentra en la primera mitad del intervalo

o sea que se acerca a las viviendas más altas, mientras que el 32.8% se sitúa en la otra mitad. Existe un total de 0.8% de viviendas precarias, es decir viviendas en malas condiciones de habitabilidad.

En el cruce con el nivel ocupacional puede observarse, como era obvio esperar, que a mayor nivel ocupacional corresponden mejores condiciones de vivienda y viceversa. En los niveles ocupacionales más bajos las familias se concentran fundamentalmente en los niveles medios de vivienda, pero es también únicamente en esos niveles donde existen viviendas precarias, presentando el nivel más bajo un 39% de este tipo de viviendas. En los niveles ocupacionales medios y altos las familias se concentran en su mayor parte en los niveles altos y también regulares.

INDIVIDUOS

Las variables que fueron tomadas en cuenta para analizar las características de los individuos encuestados son: a) *sexo y edad*; b) *estado conyugal*; c) *alfabetismo y educación*; d) *actividad económica*; e) *condición de migración*. También se analizó la condición de informante-no informante para comparar las características demográficas y económicas de ambos universos.

Para este área se han realizado comparaciones con el Censo Nacional de Población de 1960 sólo para los primeros grupos de variables, o sea edad, sexo y estado conyugal de la población. Para estas variables los datos censales están discriminados por departamento y ello hace factible la comparación para el departamento Capital; para el resto de variables no se pueden realizar comparaciones puesto que los datos están dados para toda la provincia en conjunto.

Sexo y edad

CUADRO 11
POBLACION CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (º/o)

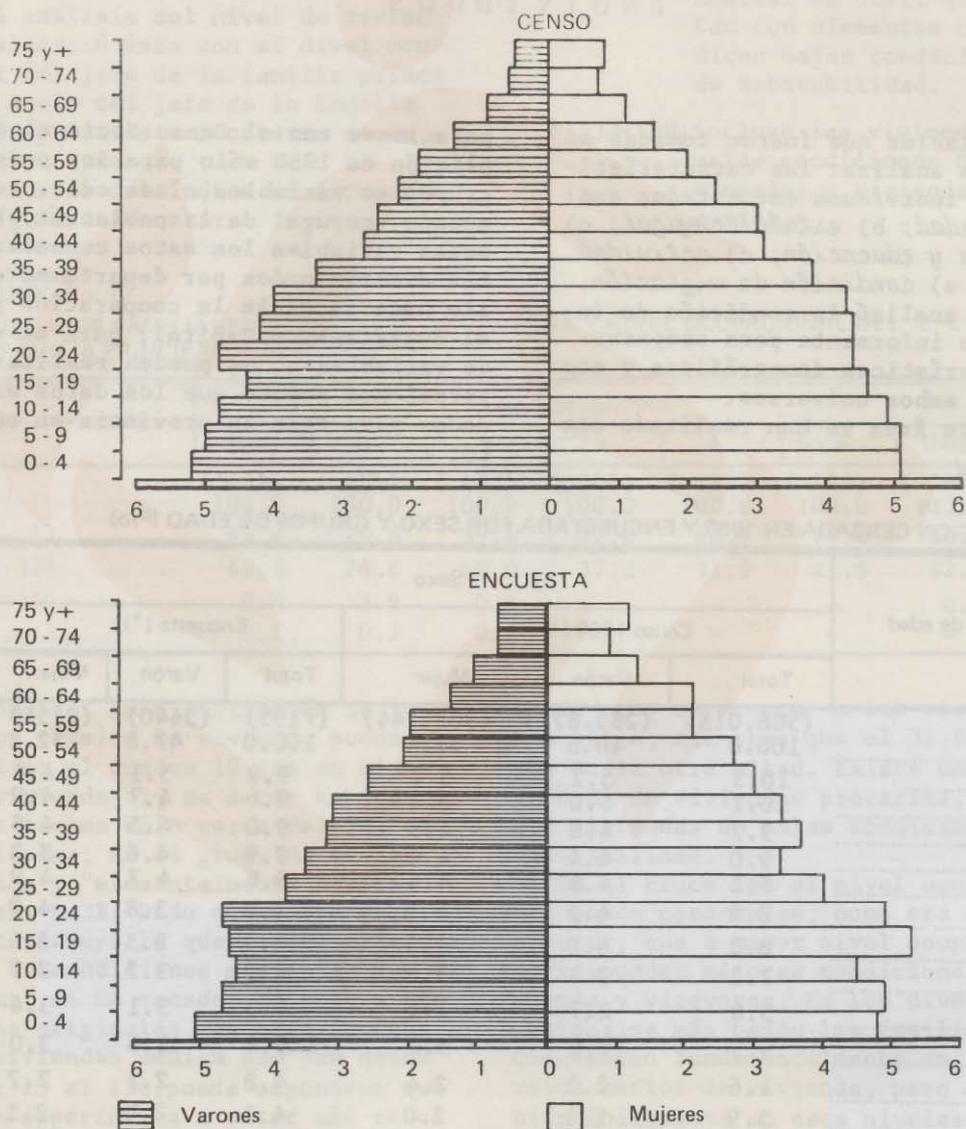
Grupos de edad	Sexo					
	Censo 1960 (1)			Encuesta (*)		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
	(586.015)	(283.871)	(302.144)	(7195)	(3440)	(3755)
Total.....	100.0	48.6	51.4	100.0	47.8	52.2
0 - 4.....	10.3	5.2	5.1	9.9	5.1	4.8
5 - 9.....	10.1	5.0	5.1	9.6	4.7	4.9
10 - 14.....	9.7	4.8	4.9	9.0	4.5	4.5
15 - 19.....	9.0	4.4	4.6	9.9	4.6	5.8
20 - 24.....	9.2	4.8	4.4	9.6	4.7	4.9
25 - 29.....	8.6	4.2	4.4	7.8	3.8	4.0
30 - 34.....	8.3	4.0	4.3	6.9	3.5	3.4
35 - 39.....	7.2	3.4	3.8	6.9	3.2	3.7
40 - 44.....	5.8	2.7	3.1	6.5	3.1	3.4
45 - 49.....	5.5	2.5	3.0	5.6	2.6	3.0
50 - 54.....	4.6	2.2	2.4	4.8	2.1	2.7
55 - 59.....	3.9	1.9	2.0	4.1	2.0	2.1
60 - 64.....	2.9	1.4	1.5	3.5	1.4	2.1
65 - 69.....	2.0	0.9	1.1	2.4	1.1	1.3
70 - 74.....	1.3	0.6	0.7	1.6	0.7	0.9
75 y+.....	1.3	0.5	0.8	1.9	0.7	1.2
Desconocido.....	0.3	0.1	0.2	0.1	-	-

(1) Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, Censo Nacional de Población 1960, Tomo IV.

(*) Incluye los no encuestables.

GRAFICO 3.

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



Fuente: Cuadro 11.-

La distribución en grupos quinquenales de la encuesta se asemeja a la del censo que se realizó diez años atrás. Para los cuadros 11, 12 y 13 han sido incluidas las personas no encuestables; es decir aquellas personas para las cuales se obtenían datos demográficos

pero que por razones explicitadas previamente en el manual de instrucciones no se les realizaba la encuesta completa.

Como se ve en el cuadro 11 y en el gráfico 3, lo más notorio es el descenso en la distribución de la encuesta

del grupo de 25 a 34 años en ambos sexos. La explicación podría encontrarse en movimientos migratorios que se dan en esos grupos de edad. Esto puede estar relacionado con la crisis económica que se ha operado en la provincia en los últimos diez años, luego del alza industrial de la década del 50. Esta crisis implicó el cierre de fuentes ocupacionales, con lo cual es factible que se hayan producido migraciones hacia regiones de mayor absorción de mano de obra. Esto se hace notorio en los grupos medios de edades económicamente activas. Luego se observa una pequeña alza en la encuesta en los grupos de edades más avanzadas, lo que significa-

ría que hay más población envejecida¹.

Otra fuente de comparación que se utilizó fue la Encuesta de Empleo y Desempleo realizada en el área en el año 1969. En esta encuesta el descenso en el grupo de edad menor de 9 años, insinuado en los datos de la Encuesta de Salud, es aún más notable. Lo mismo sucede con el grupo de 30-39 años, que también se señaló. Desde los 60 años también se observa un aumento de personas en esos grupos de edad. Es decir que los datos que se exponen de la Encuesta de Empleo y Desempleo muestran la misma tendencia que se señaló para la Encuesta de Salud en relación al Censo de 1960, pero pronunciándose ciertas características. (cuadro 12).

CUADRO 12. POBLACION CENSADA EN 1960 Y POBLACIONES DE LAS ENCUESTAS DE SALUD Y DE EMPLEO Y DESEMPLEO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (%).

Edad	Sexo									
	Censo 1960 (1)			Encuesta Salud (*)			Encuesta empleo y desempleo(2)			
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	
	(586.015)	(283.871)	(302.144)	(7195)	(3440)	(3755)	(6781)			
Total.....	100.0	48.6	51.4	100.0	47.8	52.2	100.0	46.7	53.3	
0-14.....	30.1	15.0	15.1	28.5	14.3	14.2	24.3	12.0	12.3	
15-19.....	9.0	4.4	4.6	9.9	4.6	5.3	12.8	5.9	6.9	
20-29.....	17.8	9.0	8.8	17.4	8.5	8.9	16.9	7.8	9.1	
30-39.....	15.4	7.4	8.0	13.8	6.7	7.1	13.1	5.8	7.3	
40-49.....	11.3	5.2	6.1	12.0	5.6	6.4	13.0	6.2	6.8	
50-59.....	8.5	4.1	4.4	8.9	4.1	4.8	9.9	4.4	5.5	
60-69.....	4.9	2.3	2.6	5.9	2.5	3.4	6.4	3.1	3.3	
70 y +.....	2.6	1.1	1.5	3.5	1.4	2.1	3.6	1.5	2.1	
Desconocido.	0.3	0.1	0.2	0.1	-	-	-	-	-	

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

(*) Incluye los no encuestables

(2) Fuente: Instituto Nacional de Estadística y censos, Encuesta de Empleo y Desempleo, Córdoba - pag. 105 y 106

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

Grupos de Edad	Proporción de población	Intervalos para la proporción de población	Índice de Masculinidad	Intervalos para el índice de masculinidad
0 - 4	9.9	$9.3 < P < 10.3$	103.5	$96.2 < IM < 110.8$
5 - 14	18.6	$18.1 < P < 19.3$	97.5	$91.8 < IM < 103.2$
15 - 24	19.5	$18.9 < P < 20.1$	92.3	$87.1 < IM < 97.5$
25 - 44	28.1	$27.6 < P < 28.6$	93.6	$90.5 < IM < 96.7$
45 - 64	18.0	$17.5 < P < 18.5$	81.9	$79.1 < IM < 84.7$
65 y más	5.9	$5.5 < P < 6.3$	79.7	$72.6 < IM < 86.8$

Al comparar por grandes grupos de edad se observa, como se dijo anteriormente, que no hay notorias variaciones en la composición de la población por sexo y edad, aunque se presentan mayores cambios dentro de la población fe-

menina. Para los menores de 15 años hay un descenso no demasiado pronunciado y en el cual incide la baja señalada en los grupos de edades menores (cuadro 13).

CUADRO 13.- POBLACION CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA POR SEXO Y GRANDES GRUPOS DE EDAD E INDICES DE MASCULINIDAD (0/o)

Edad	Sexo							
	Censo 1960 (1)				Encuesta Salud (*)			
	Total	Varón	Mujer	Indice Masculin.	Total	Varón	Mujer	Indice Masculin.
	(586.015)	(283.871)	(302.144)		(7195)	(3440)	(3755)	
Total.....	100.0	100.0	100.0	93.9	100.0	100.0	100.0	91.9
Menos de 15 años.	30.1	30.9	29.2	99.4	28.5	29.7	27.3	99.5
15 - 64.....	64.9	64.6	65.3	93.1	65.5	65.0	66.3	89.9
65 y +.....	4.7	4.2	5.1	78.1	5.9	5.3	6.4	75.9
Desconocido.....	0.3	0.3	0.4	-	0.1			

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

(*) Incluye los no encuestables.

En el otro extremo, entre los de edades más avanzadas se da un aumento bastante alto en la encuesta, tanto en los varones como en las mujeres. El grupo que presenta menores variaciones es el de los potencialmente activos, siendo un poco más alto en la Encuesta.

Teniendo en cuenta la proporción de población en cada grupo, se ve que respecto al grupo de 0 a 14 años el área refleja un nivel de fecundidad relativamente bajo (cerca del 28%). En cuanto a la población mayor de 65 años, el área no tiene una población envejecida (6%).

El índice de masculinidad muestra un descenso en la Encuesta, o sea que habría proporcionalmente mayor cantidad de mujeres que en el censo de 1960. Analizando el índice de masculinidad en los tres grandes grupos puede observarse que este descenso que se señaló es muy notable en el grupo de menores de 15 años, siendo en el censo de 99.4 y en la encuesta de 84.2; mientras que para el grupo de 15 a 64 años se da la tendencia contraria, es decir aumenta en la Encuesta el índice de masculinidad, manteniéndose esta tendencia en el grupo de edad más avanzada.

CUADRO No. 14

POBLACION ENCUESTADA POR SEXO Y EDAD E INDICES DE MASCULINIDAD (0/o).

Edad	Sexo			Indice de Masculinidad
	Total	Varones	Mujeres	
Total.....	(6874)	(3256)	(3618)	90.0
0 - 4.....	100.0	100.0	100.0	103.8
5 - 9.....	9.9	10.7	9.3	96.2
10 - 14.....	9.8	10.1	9.4	101.0
15 - 19.....	9.2	9.5	8.5	86.1
20 - 24.....	9.7	9.5	9.9	86.6
25 - 29.....	9.1	9.0	9.3	90.8
30 - 34.....	7.8	7.9	7.8	101.3
35 - 39.....	7.1	7.5	6.7	84.8
40 - 44.....	7.0	6.9	7.3	89.1
45 - 49.....	6.5	6.5	6.6	83.6
50 - 54.....	5.5	5.3	5.7	77.0
55 - 59.....	4.7	4.4	5.1	93.9
60 - 64.....	4.1	4.2	4.1	67.1
65 - 69.....	3.5	3.0	4.0	83.9
70 - 74.....	2.5	2.4	2.6	91.4
75 y más...	1.6	1.6	1.6	63.1

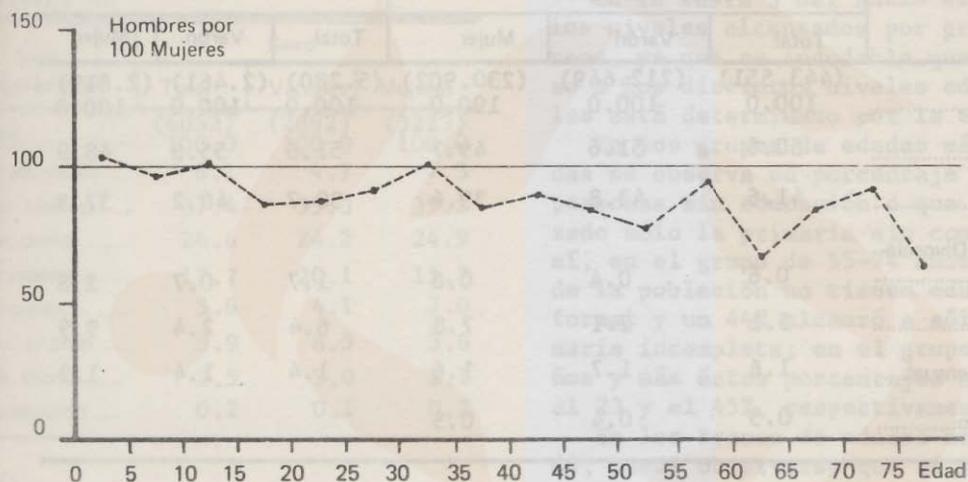
En el cuadro 14 se presenta la estructura relativa por edad y sexo y los índices de masculinidad por edad de la

población encuestada. En este cuadro y en los siguientes no se incluyen las personas que han sido definidas como "no encuestables". En esa medida no a-

parecen por ejemplo, los jóvenes del grupo de 20 a 24 años que hacían el servicio militar.

GRAFICO 4.-

INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA.



Fuente: Cuadro 14.-

En relación al índice de masculinidad por edad, éste es naturalmente alto en el grupo de 0-4 años (104) debido al exceso de nacimientos masculinos (gráfico 4). En general el índice posteriormente descende, como ocurre justamente en este área, a partir de los 15 años. Pero en este caso se observa que el descenso es muy acentuado entre los 15 y 24 años, y que a partir de los 25 años se da un alza momentánea. Probablemente dicho descenso se deba a movimientos migratorios femeninos que se producen en esos grupos etáreos jóvenes, porque comienzan a buscar sus primeros trabajos en un área que tiene las posibilidades ocupacionales menos restringidas, especialmente en el sector servicios. Luego se dan descensos con oscilaciones pero que también responderían a la sobremortalidad masculina respecto a las mujeres.

Estado conyugal

Para el análisis del estado conyugal también se realizan comparaciones entre la población encuestada y la población censada en 1960. En ambos momentos las mayores frecuencias se encuentran entre los casados, siguiéndole los solteros en orden de importancia, (cuadro 15). Se observan ligeros aumentos en la proporción de casados, separados y divorciados, y en viudos, mientras que disminuyen los solteros y las uniones consensuales.

Al relacionar con la variable sexo, se comprueba que si bien las diferencias no son muy notorias, en los dos grupos en los que se dan las mayores frecuencias predominan los varones; mientras que entre los separados y divorciados y los viudos se da un mayor porcentaje de mujeres. Esto es especial

mente notorio entre las viudas, lo que se debe a que existe mayor mortandad

-acentuada con la edad- entre los hombres que entre las mujeres.

CUADRO 15

POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS CENSADA EN 1960 Y ENCUESTADA SEGUN SEXO Y ESTADO CONYUGAL (0/o).

Estado Conyugal	Sexo					
	Censo 1960 (1)			Encuesta		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total.....	(443.551) 100.0	(212.649) 100.0	(230.902) 100.0	(5.280) 100.0	(2.461) 100.0	(2.819) 100.0
Casado.....	50.6	51.6	49.7	51.8	55.3	48.9
Soltero.....	41.6	43.8	39.6	38.7	40.2	37.3
Separado o Divorciado.....	0.6	0.4	0.8	1.7	0.7	2.6
Viudo.....	5.1	2.1	7.8	6.4	2.4	9.9
Unión Consensual.....	1.6	1.7	1.6	1.4	1.4	1.3
Desconocido.....	0.5	0.4	0.5			

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

Alfabetismo

El alfabetismo en el total de la población es de 95.8%, o sea que la proporción de analfabetos es más alta que en el área metropolitana de Buenos Aires, que resultó de 4.2%, (cuadro 16).

CUADRO 16

POBLACION ENCUESTADA DE 15 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO Y CONDICION DE ALFABETIZACION

Alfabetismo	Sexo		
	Total	Varón	Mujer
Total.....	(4899) 100.0	(2267) 100.0	(2632) 100.0
Alfabetos.....	95.8	96.6	95.1
Analfabetos...	4.2	3.4	4.9

Al analizar esta variable en relación al sexo, se observa mayor alfabe-

tismo entre los hombres que entre las mujeres, si bien no son diferencias muy notables, 96.6 y 95.1% respectivamente.

En la Tabla 4 del Anexo se relaciona el alfabetismo con grupos etáreos decenales. En esta tabla se observa que en los grupos de edades más avanzadas se da un mayor porcentaje de personas analfabetas; presentando porcentajes bastante elevados en los grupos de 65-74 años y 75 años y más, con casi el 14% y 17% respectivamente. En relación al sexo, se mantiene esta tendencia sin grandes diferencias, pero en todos los grupos es mayor el analfabetismo entre las mujeres, lo cual es explicable por las pautas culturales respecto a la educación de la mujer que rigen en una sociedad.

Educación

En el análisis de la educación de la

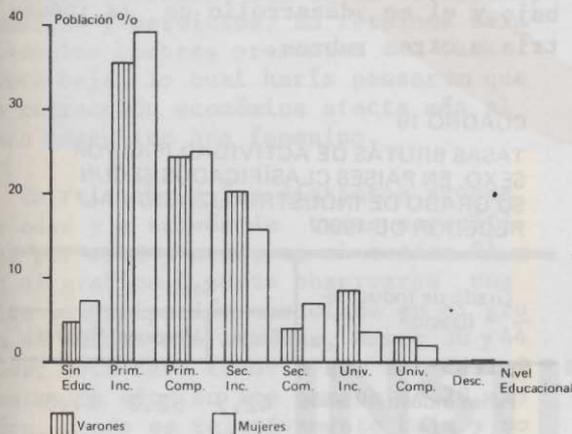
población se han tomado dos variables: Nivel de educación alcanzado, en donde se toman seis niveles de educación formal, y Continuidad en los estudios para las personas entre 6 y 20 años.

CUADRO No. 17

POBLACION ENCUESTADA DE 6 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO Y SEXO. (O/o).

Nivel educacional	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total	(6052) 100.0	(2892) 100.0	(3223) 100.0
Sin educación	6.1	4.7	7.3
Prim. incomp.....	37.4	35.3	39.2
Prim. comp.	24.6	24.2	24.9
Sec. incomp.....	17.7	20.1	15.7
Sec. comp.	5.6	4.1	7.0
Univ. incomp.....	5.9	8.5	3.6
Univ. compl.....	2.5	3.0	2.1
Desconocido	0.2	0.1	0.2

GRAFICO 5.
POBLACION ENCUESTADA DE 6 AÑOS Y MAS SEGUN SEXO Y NIVEL EDUCACIONAL



Fuente: Cuadro 17.

En el cuadro 17 y en el gráfico 5 se presenta el nivel educacional alcanzado para los mayores de 6 años en relación al sexo.

Si bien existe una baja proporción

de personas sin educación formal (6.1%) la mayor proporción se encuentra entre los que tienen primaria incompleta: 37%, mientras que sólo el 25% de la población completa la primaria. Para los otros niveles de enseñanza el descenso es muy acentuado, alcanzando sólo un 6% a completar la enseñanza secundaria y un 2% la universitaria completa.

En la Tabla 5 del Anexo se analizan los niveles alcanzados por grupos etáreos, ya que es indudable que el acceso a los distintos niveles educacionales está determinado por la edad.

En los grupos de edades más avanzadas se observa un porcentaje alto de personas sin educación o que han realizado sólo la primaria sin completar. Así, en el grupo de 55-74 años, el 14.5% de la población no tienen educación formal y un 44% alcanzó a sólo la primaria incompleta; en el grupo de 75 años y más éstos porcentajes se elevan al 23 y el 45%, respectivamente.

En los tramos de edades medias 20 a 44, puede observarse que si bien existe aparentemente mayores oportunidades de acceso a la educación, ésta se desarrolla fundamentalmente hasta el ciclo de la primaria completa y secundaria incompleta; presentando disminuciones acentuadas en todos los grupos de edad para los que terminan el ciclo secundario y más aún aquéllos que comenzaron la enseñanza superior. De tal modo podría concluirse a partir de estos datos que las mayores oportunidades educacionales hacen disminuir el porcentaje de personas que no acceden directamente a la educación o que iniciando el ciclo primario no lo completan. De todos modos no puede considerarse que ese estado sea óptimo, puesto que son pocas las personas en edades jóvenes que completan el ciclo secundario e inician y terminan la enseñanza superior; así en el grupo de 25 a 34 años existe un 22.6% de personas con secundaria incompleta y sólo un 8.8% que la han completado. En especial se encuentran porcentajes bajos de personas que completan el ciclo secundario, siendo alrededor del 6 ó 8 % entre los grupos

CUADRO No. 18

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

Continuidad	Edad y Sexo					
	6 - 12			13 - 20		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total.....	(782) 100.0	(390) 100.0	(392) 100.0	(1047) 100.0	(492) 100.0	(555) 100.0
Continúa.....	99.4	99.7	99.0	60.6	62.0	59.5
No continúa.....	0.6	0.3	1.0	39.4	38.0	40.5

(*) Excluye a las personas sin educación.

de 25 a 54 años de edad.

En el cuadro 18 se han tomado dos grandes grupos de edad que responden a proximadamente a las edades en que comúnmente se realizan los primeros ciclos de educación. Así puede observarse que mientras la proporción de "no continúa" para el grupo de 6 a 12 años que supuestamente cursa el ciclo primario, es baja -0.6 para ambos sexos-, esta proporción es muy alta para el otro grupo de edad, ya que un 39.4% de la población de 13 a 20 años no continúa sus estudios.

Esta poca continuidad puede relacionarse con el menor acceso al nivel secundario que se ha visto en la población de este área.

Analizando por sexos, los varones tiene mayor porcentaje que las mujeres en la continuidad en ambos grupos, pero sin diferencias muy agudas.

Actividad económica

a) Condición de actividad

El análisis general de la actividad económica de la población se realiza calculando dos tasas de actividad; la global, que mide la relación de la población de 10 años y más económicamente activa respecto a la población de 10 años y más, y la tasa bruta que toma a la misma población como numerador pero en relación a la población total.

En tanto las tasas de actividad de una población tienen estrecha relación con las condiciones estructurales de la región, tales como grado de desarro

llo económico, grado de industrialización, capacidad de absorción de mano de obra y pautas socio-culturales como trabajo de las mujeres, edad de jubilación, etc.; es de esperar que en este área las tasas de actividad presenten valores semejantes a la de las áreas del país más desarrolladas, como ser el área metropolitana de Buenos Aires. Si bien en Córdoba hubo un "boom" industrial en la década del 50 -fundamentalmente con el desarrollo de la industria automotriz-, en la actualidad es una región que económicamente está en un período de fuerte estancamiento, producido por el cierre de fuentes de trabajo y el no desarrollo de la industria u otros rubros.

CUADRO 19

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

Grado de Industrialización	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 demographiques de la main d'oeuvre". New York, 1962.

CUADRO No. 20

TASAS BRUTAS Y GLOBALES DE ACTIVIDAD (por cien) DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN EL SEXO.

Tasas	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Bruta.....	40.8	56.4	26.8
Global.....	50.8	71.0	32.9

En relación al total el valor de la tasa bruta de actividad de la población encuestada se asemeja a la que corresponde a países semi-industrializados y agrícolas, según datos de las Naciones Unidas (cuadros 19 y 20). La tasa de actividad de las mujeres es muy alta, o sea más alta que la dada para los países industrializados, siendo más semejante a la de los países agrícolas. Dado que la muestra se realizó en el área metropolitana será incorrecto suponer que la mujer en este área está incorporada al trabajo agrícola, de modo que puede suponerse que más bien existe alta incorporación de la mujer en el trabajo urbano, sea en la industria, comercio y servicios. En términos relativos los hombres presentan una tasa bruta baja, lo cual haría pensar en que la retracción económica afecta más al sexo masculino que femenino.

En relación a los distintos grupos de edad y a través de tasas específicas por edad y sexo, en el cuadro 21 y en el grafico 6 puede observarse una alta participación masculina en el grupo de edades más activas, entre 30 y 44 años; esta tasa tendría que ser casi igualmente alta en los grupos de 20 a 29 años, donde es relativamente baja y no denota plena participación. A partir de los 55 años comienza un descenso que se hace más acentuado en las edades más avanzadas, con un 22.6 y 10.4% de participación masculina en 70-74 años y 75 y más respectivamente.

Respecto a la participación femenina en la actividad económica, se observa alta participación en edades jóve-

nes, siendo la más alta en el grupo de 20 a 24 años; luego baja desde los 25 años manteniéndose con pequeñas oscilaciones hasta los 49 años y baja notablemente después de los 50 años. Es evidente que las tasas altas en las edades jóvenes bajan cuando la mujer entra en períodos de maternidad y deja de trabajar, sin embargo se observa un ligero repunte entre los 35-39 años, donde posiblemente la mujer ingresa o se reincorpora a la actividad finalizada la crianza de sus hijos u otras razones. Recién después de los 50 años se observa una participación que descende abiertamente, observándose un alza incongruente en el grupo de mujeres más ancianas y que sólo es explicable por el poco número de casos en estas edades.

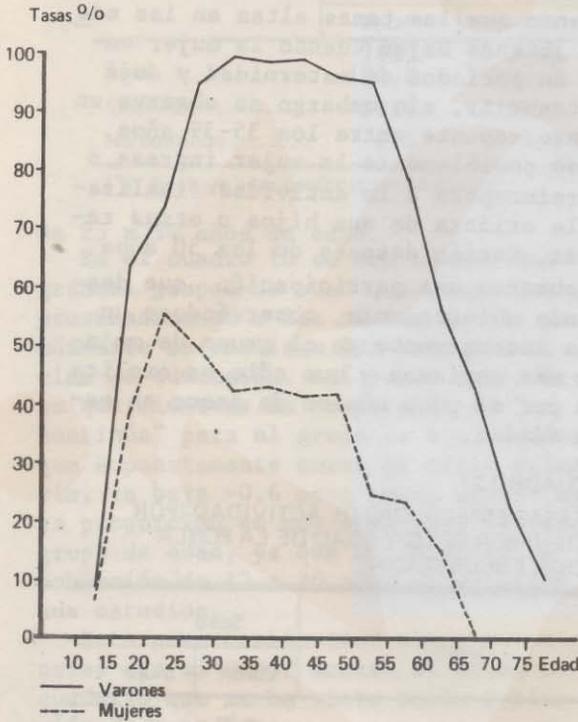
CUADRO 21

TASAS ESPECIFICAS DE ACTIVIDAD (POR CIEN) POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA.

Edad	Sexo	
	Varón	Mujer
10 - 14.....	8.7	6.5
15 - 19.....	63.4	38.2
20 - 24.....	73.6	55.2
25 - 29.....	94.5	49.6
30 - 34.....	99.2	42.1
35 - 39.....	98.2	43.0
40 - 44.....	98.6	41.2
45 - 49.....	96.0	41.3
50 - 54.....	95.0	24.6
55 - 59.....	78.3	23.1
60 - 64.....	56.1	15.1
65 - 69.....	42.3	0.4
70 - 74.....	22.6	-
75 y +	10.4	5.3

GRAFICO 6.

TASAS DE ACTIVIDAD POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS



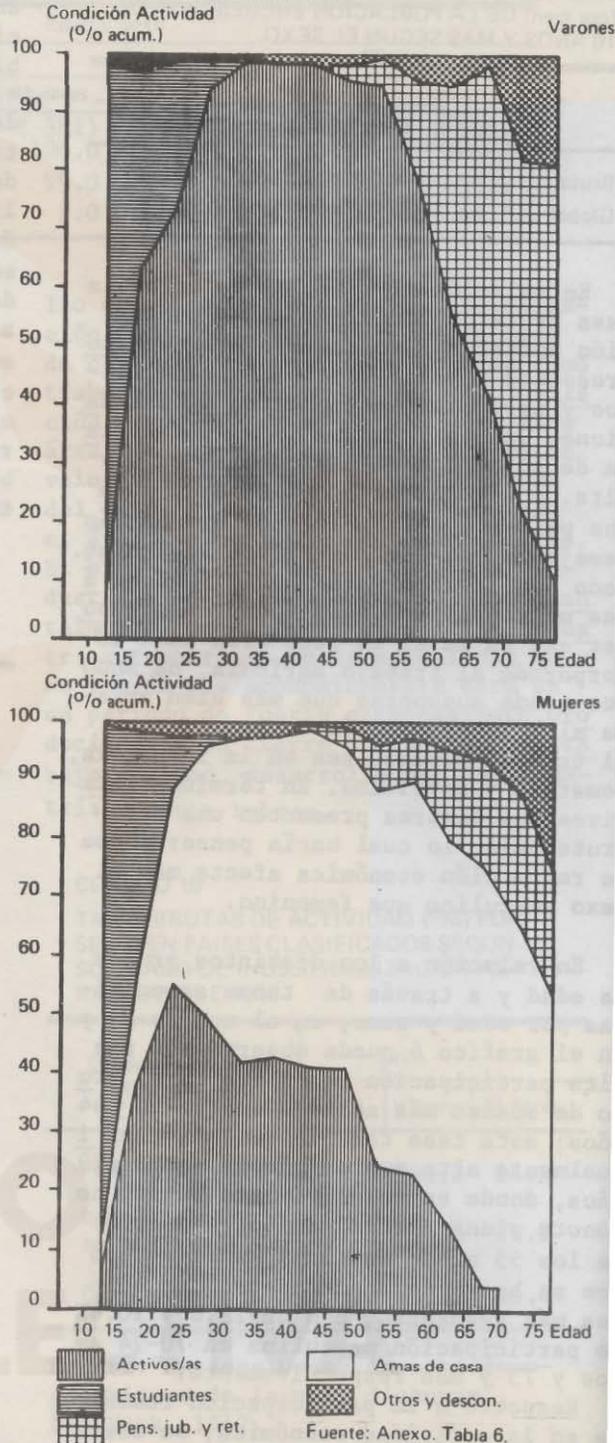
Fuente: Cuadro 21.

Respecto a la población inactiva, entre los varones se observa alta proporción de inactivos estudiantes de 10 a 34 años; los jubilados y pensionados adquieren importancia desde los 45 años pero se acentúa más a partir de los 60 años, (ver gráfico 7).

Las mujeres presentan altas proporciones de inactividad debido a que son amas de casa. Las mujeres estudiantes presentan valores semejantes a los de los varones en las edades más jóvenes mientras que los porcentajes de jubiladas y pensionadas que se dan a partir de los 45 años tienen siempre valores menores que los de los varones.

El grado de ocupación se refiere al tiempo de trabajo durante el período de referencia de la encuesta, es decir un año. Dado que la encuesta con-

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



Fuente: Anexo. Tabla 6.

sideró la desocupación a partir de la declaración del encuestado de no haber trabajado en todo el año, se consideró que de este modo se subestimaba el porcentaje real de desocupados en la población encuestada. Por esto

el tomar el grado de ocupación categorizada en los que trabajaron más y menos de 6 meses, da una idea más aproximada de aquéllos que sin ser desocupados en todo el año, tienen trabajos esporádicos o no han trabajado todo el año completo.

CUADRO No. 22

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

Edad	Grado ocupación			
	Total	0 - 5 meses	6 - 12 meses	Descon.
Total.....	(2809) 100.0	7.6	92.3	0.1
10 - 14	(107) 100.0	40.4	59.6	-
15 - 24	(690) 100.0	16.2	83.8	-
25 - 34	(720) 100.0	4.4	95.5	0.1
35 - 44	(635) 100.0	2.2	97.5	0.3
45 - 54	(431) 100.0	3.7	96.3	-
55 - 64	(218) 100.0	5.1	94.9	-
65 - 74	(49) 100.0	4.1	95.9	-
75 y más	(9)	-	100.0	-
Desconocido.....	100.0	-	-	-

Para el área, el porcentaje de personas que han trabajado sólo hasta 6 meses es bastante elevado: 7.6%. Si se toma en cuenta sobre este número de personas que trabajan menos de 6 meses a los declarados como desocupados, este porcentaje se eleva a un 9.1%. Esto da una estimación más real del estado de desocupación de este área, (cuadro 22).

Al relacionar esta variable con la edad de la población ocupada, se observa que los mayores porcentajes de individuos que trabajaron menos de 6 meses en un año, se da en los grupos más jóvenes: 10-14 y 15-24 años, es decir en su mayoría nuevos trabajadores, luego baja bastante esta proporción y sube levemente en las edades más avanzadas, que en general son jubilados que realizan trabajos no permanentes.

b) Posición ocupacional y rama de actividad

La posición ocupacional de las personas se refiere a la ubicación del i.

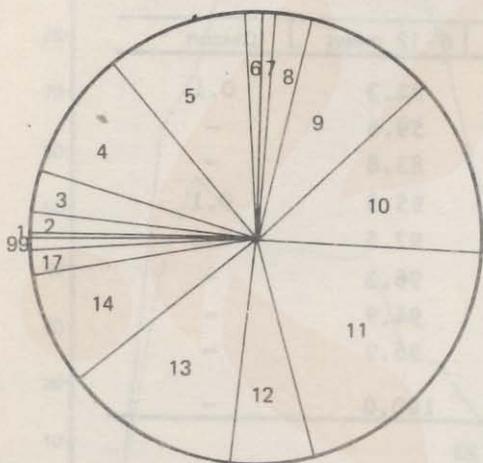
CUADRO 23
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL (%)

Posición ocupacional	Población ocupada
Total	(2809) 100.0
1.- Grandes empresarios	0.4
2.- Empresarios medios	1.5
3.- Empresarios menores	3.0
4.- Trabajadores cuenta propia c/local.....	9.2
5 - Trabajadores cuenta propia s/local.....	10.0
6 - Profesiones liberales cuenta propia.....	1.3
7 - Altos jefes.....	0.8
8 - Jefes intermedios.....	2.6
9 - Jefes menores	9.4
10 - Empleados sin calificación técnica	12.7
11 - Capataces, obreros calificados	19.9
12 - Obreros no calificados.....	6.0
13 - Otros no calificados	12.6
14 - Servicio doméstico.....	8.0
17 - Personal Fuerzas Armadas	1.8
20 - Fuera estructura ocupac. país	-
99 - Desconocido	0.8

dividido en la ocupación según su relación de dependencia, el tipo de ocupación que ejerce y el personal a su cargo.

GRAFICO 8.

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL



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

Fuente: Cuadro 23.

Las mayores proporciones de población ocupada se encuentran en las siguientes posiciones: los capataces y obreros calificados presentan las mayores frecuencias, concentrando el 19.9% de la población ocupada; mientras que los obreros no calificados y los otros no especializados concentran el 18.6% del total. Los empleados sin especialización también representan una alta proporción (12.7%). Los trabajadores por cuenta propia suman

cerca de un 20%, registrándose bajas proporciones entre los grupos de empresarios, altos jefes y profesionales liberales, que sólo totalizan alrededor de 7% de la población encuestada. (cuadro 23 y gráfico 8).

En la tabla 7 del Anexo y en el gráfico 9 se analiza el grado de ocupación en relación con la posición ocupacional del individuo, al analizar esta tabla se hace notorio que los sectores con ocupación no permanente o que trabajan menos de 6 meses al año son justamente aquéllos que se encuentran en las ocupaciones de mayor peso y dentro de ellos los que tienen menor calificación. Así, el 10% de los obreros no calificados trabaja menos de 6 meses, mientras que entre los obreros calificados esta proporción baja a 2.5% y es muy alta en las categorías de otros no calificados y servicio doméstico con 11.9 y 15.1% respectivamente. También es bastante alta por condiciones intrínsecas de estabilidad la proporción trabajadores por cuenta propia sin local que trabajan de 0 a 6 meses, cerca del 13%.

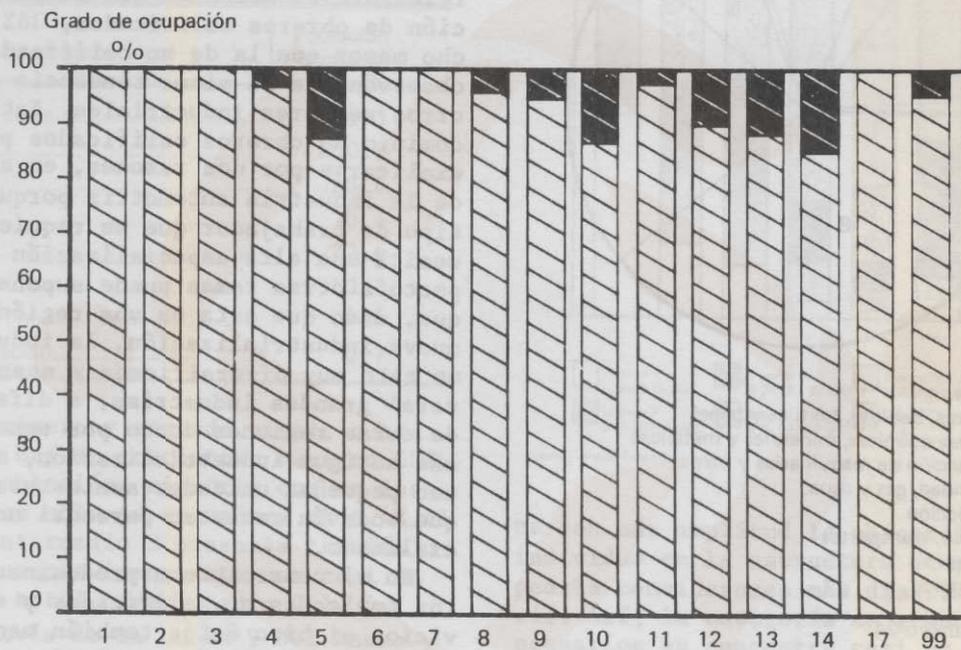
CUADRO 24

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA (%).

Rama de Actividad	Población Ocupada.
	(2.809)
Total.....	100.0
Primaria.....	0.9
1 Agropecuaria.....	0.9
Secundaria.....	37.6
2 Alimentación, bebidas, etc.....	13.7
3 Industria química, minerales, etc..	4.1
4 Construcciones de maquinarias....	10.7
5 Electricidad, gas, etc.	1.2
6 Construcción.....	7.9
Terciaria	61.0
7 Comercio, transporte.....	22.4
8 Servicios.....	38.6
9 Desconocido.....	0.5

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

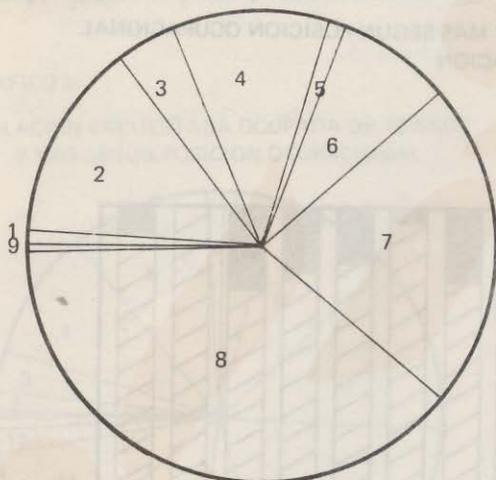
Posición ocupacional

- | | |
|--|--|
| 1. Grandes empresarios | 9. Jefes menores |
| 2. Empresarios medios | 10. Empleados sin calificación técnica |
| 3. Empresarios menores | 11. Capataces, obreros calificados |
| 4. Trabajadores por cuenta propia con local | 12. Obreros no calificados |
| 5. Trabajadores por cuenta propia sin local | 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: Anexo Tabla 7.

GRAFICO 10

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS 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.

Fuente: Cuadro 24.

En la distribución de las ocupaciones de la población ocupada por rama de actividad puede observarse que predominan las actividades terciarias con un 61%, siendo en servicios del orden del 39% y en el comercio del 22%, (cuadro 24 y gráfico 10).

La rama industrial en el área ha experimentado un fuerte desarrollo totalizando el 37.6% y dentro de esta rama las industrias que predominan son las dedicadas a alimentos y la de construcción de maquinarias de transporte; por el desarrollo de la industria automotriz en el área puede suponerse que se hace referencia especialmente a esta industria. El resto de las industrias aparece con proporciones bajas.

Si se analiza la rama de actividad en relación con la posición ocupacional, en la tabla 8 del Anexo puede ob-

servarse que los obreros calificados, si bien mantienen altas frecuencias en los distintos rubros industriales, mantienen predominio en la industria de máquinas de transporte y en alimentos y también en electricidad, agua y servicios sanitarios.

En la industria del transporte es relevante el hecho de que la proporción de obreros calificados, 36%, es mucho mayor que la de no calificados, 15%, observándose la misma tendencia en los otros sectores industriales. Este predominio de obreros calificados podría explicarse por dos razones, en el caso de la industria automotriz porque el tipo de trabajador que se requiere necesita una alta especialización y respecto a otras ramas puede suponerse que, dado que esta es una región de nueva industrialización, la industria no esté muy diversificada y sean en general grandes industrias; a diferencia de otras regiones donde por tener una más antigua industrialización, mantienen pequeñas unidades semiartesanales que todavía reclutan personal no especializado.

En el comercio son predominantes los empleados no calificados y en servicios si bien éstos también mantienen una alta proporción, predominan los jefes menores. En esta rama adquiere una alta proporción el servicio doméstico: 21%.

c) Nivel ocupacional y nivel de ingresos

El nivel de ingresos de los individuos ocupados está dado en tramos que, como en los otros niveles de ingresos que se han elaborado, corresponden aproximadamente cada uno al 20% de la distribución total. Los tramos resultantes son los siguientes:

- Nivel 1 - hasta \$ 14.000 m/n
- Nivel 2 - \$ 14.001-24.000 m/n
- Nivel 3 - \$ 24.001-35.000 m/n
- Nivel 4 - \$ 35.001-52.000 m/n
- Nivel 5 - \$ 52.001 y más m/n

Se verá primeramente la distribu-

ción de los individuos según los niveles ocupacionales, para luego relacionar esta variable con el nivel de ingresos.

CUADRO No. 25

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (o/o)

Nivel ocupacional	Población ocupada
No. de casos.....	(2809)
Total	100.0
1	28.6
2	30.4
3	23.6
4	10.3
5 y 6	6.4
Desconocido.....	0.7

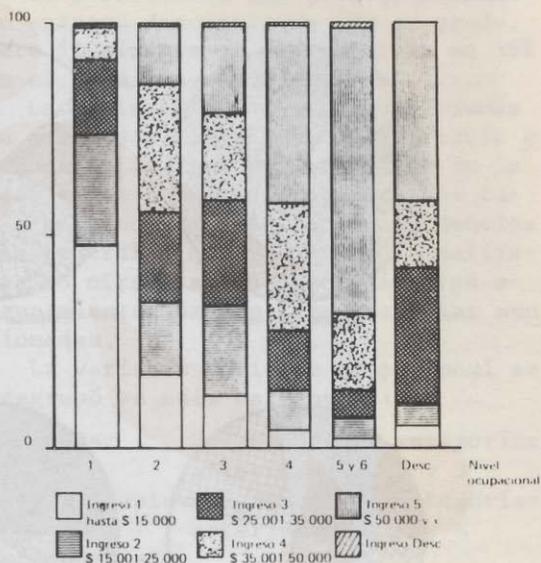
El primero y segundo nivel, o sea los más bajos, concentran casi el 60% de la población, mientras que en los más altos sólo se encuentra el 6.4%. El nivel intermedio 3 presenta también una frecuencia importante con casi un 24% del total, (ver cuadro 25).

A través de la tabla 9 del Anexo y del gráfico 11, que relacionan al nivel ocupacional con el nivel de ingresos del individuo se observa que la tendencia es la esperable. Es decir, en el nivel ocupacional más bajo se concentran las frecuencias más altas de los ingresos más bajos: el 47% en el ingreso de hasta \$ 14.000 m/n, el 26% desde \$ 14.001 a 24.000 m/n, mientras que el nivel ocupacional más alto se concentra en el tramo superior. En los niveles ocupacionales medios el ingreso se distribuye con cierta uniformidad, pero mostrando la tendencia señalada o sea a menor nivel ocupacional corresponden menores ingresos.

La relación entre el ingreso del individuo y la posición ocupacional del mismo (ver Tabla 10 del Anexo y gráfico 12) muestran la misma tendencia; además dado que esta variable discrimi-

GRAFICO 11

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



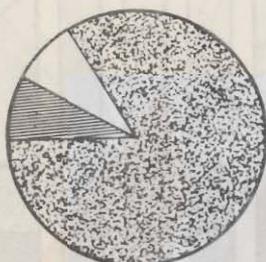
Fuente: Anexo Tabla 9

na con más amplitud la ubicación del individuo en la estructura ocupacional podría considerarse más discriminaria. Así, la categoría de grandes empresarios se concentra casi en su totalidad en el tramo de ingresos más altos; los empresarios medios y menores también mantienen su mayor frecuencia en el tramo más alto; respecto a los jefes se da una distribución semejante, los altos jefes se concentran casi con exclusividad en el ingreso más alto (83.4%), mientras que los medios y menores se distribuyen entre todos los tramos de ingresos pero concentrándose su mayor frecuencia en el tramo mayor, 59.5 y 45.2% respectivamente.

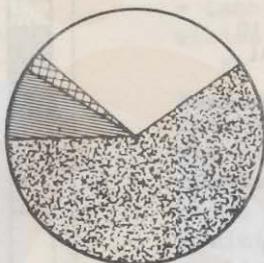
Respecto a los trabajadores por su cuenta, la tendencia es coherente ya que los que tienen local se distribuyen con cierta uniformidad entre los tramos medios y altos de ingresos con porcentajes de 24.3 y 29.4% respectivamente mientras que los que no poseen local tienden a concentrarse en las categorías menores, ya que el 48.4% se

GRAFICO 12

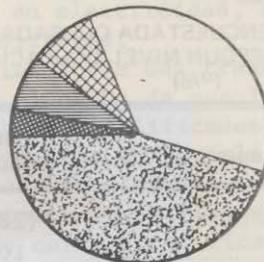
POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y NIVEL DE INGRESOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL



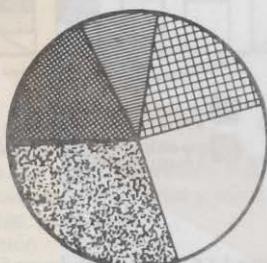
Grandes empresarios



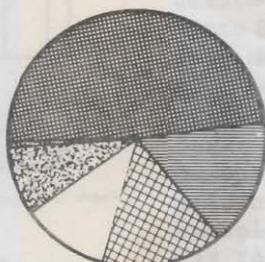
Empresarios medios



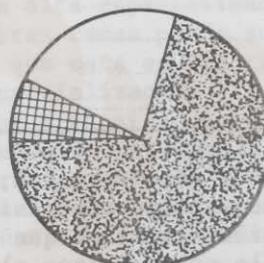
Empresarios menores



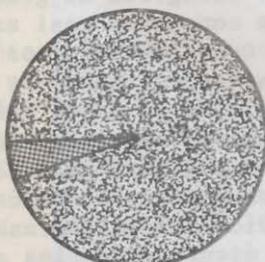
Trabajadores por cuenta propia con local



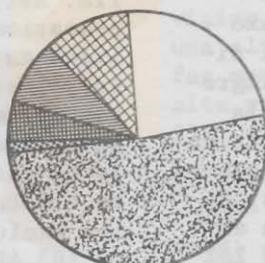
Trabajadores por cuenta propia sin local



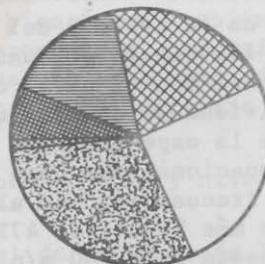
Profesionales liberales por cuenta propia



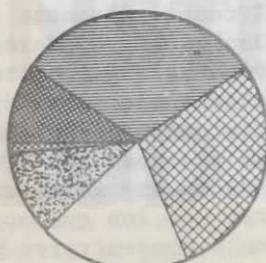
Altos Jefes



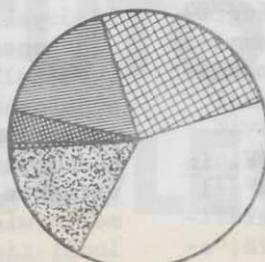
Jefes intermedios



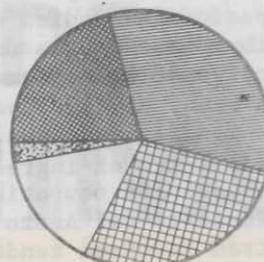
Jefes menores



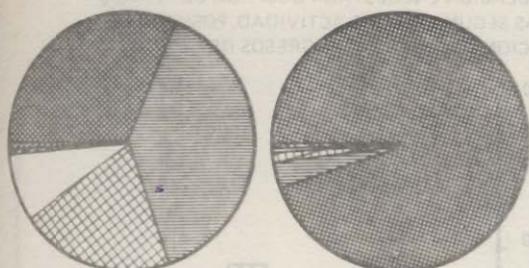
Empleados sin calificación técnica



Capataces, obreros calificados

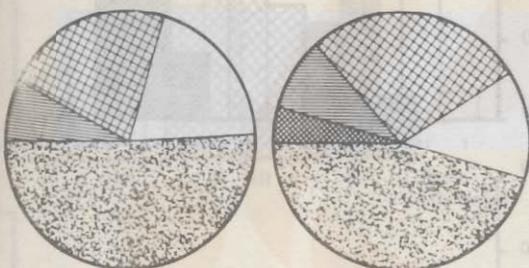


Obreros no calificados



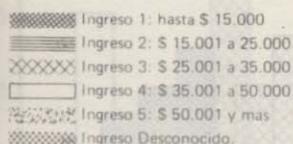
Otros no calificados

Servicio doméstico



Personal Fuerzas Armadas

Desconocido



Fuente: Anexo, Tabla 10

encuentra en el ingreso más bajo.

Respecto a los profesionales liberales se concentran casi exclusivamente en los dos tramos de ingresos más altos, con un 70.3% en el tramo de ingreso superior.

Los empleados no calificados se distribuyen entre los ingresos medios de \$ 14.000 a 35.000 m/n y su distribución es bastante similar a la de los obreros no calificados y otros no calificados, en ambos casos la mayor frecuencia se presenta en el segundo tramo que es de \$ 14.000 a 24.000 m/n, mientras que los obreros calificados presentan sus más altas frecuencias en los tramos tercero y cuarto, que representan sueldos entre \$ 24.000 y 52.000 m/n.

En el sector más bajo de esta esca-

la, es decir servicio doméstico, los casos se concentran casi con exclusividad en el ingreso más bajo, (94.8%).

El personal de las Fuerzas Armadas no aparece discriminado por su grado, pero igualmente se concentra en un 58% en el tramo mayor de ingreso.

La Tabla 10 del Anexo cruza además de estas dos variables otra variable económica, la rama de actividad. En la medida que puede considerarse una tabla resumen que muestra las tendencias más generales que ya han sido analizadas en otras tablas, se realizaron agrupamientos de las tres variables mencionadas.

La variable posición ocupacional se reagrupó en seis categorías:

Patrones: Comprende las categorías anteriores 1, 2 y 3

Cuenta propia: Comprende las categorías anteriores 4, 5 y 6

Empleados altos y medios: Comprende las categorías anteriores 7 y 8

Resto empleados: Comprende las categorías anteriores 9 y 10

Obreros calificados: Comprende la categoría anterior 11

Obreros no calificados y serv.doméstico: Comprende las categorías anteriores 12, 13 y 14

Desconocido: Comprende las categorías anteriores 20, 99 y no sabe.

Ha sido excluida la categoría 17: Personal de las Fuerzas Armadas por su heterogeneidad.

Las nueve categorías de rama de actividad fueron reagrupadas en:

Industria: Comprende las categorías 2, 3, 4, 5 y 6

Comercio: Comprende la categoría 7

Servicios: Comprende la categoría 8

Desconocido: Comprende la categoría 9 y no sabe.

Para este área no se tomó en cuenta la rama primaria debido a que por tra-

tarse de un área urbana presentaba pocos casos (menos del 1%).

El agrupamiento de ingresos ha sido el siguiente:

- 1 - hasta \$ 25.000 : suma de las categorías 1 y 2 anteriores
- 2 - \$25.001-50.000 : suma de las categorías 3 y 4 anteriores
- 3 - \$50.001 y más : suma de la categoría 5.

Al analizar esta tabla y el gráfico 13 no se observan diferencias muy notorias entre los tres tipos de ramas de actividad en la distribución de ingresos.

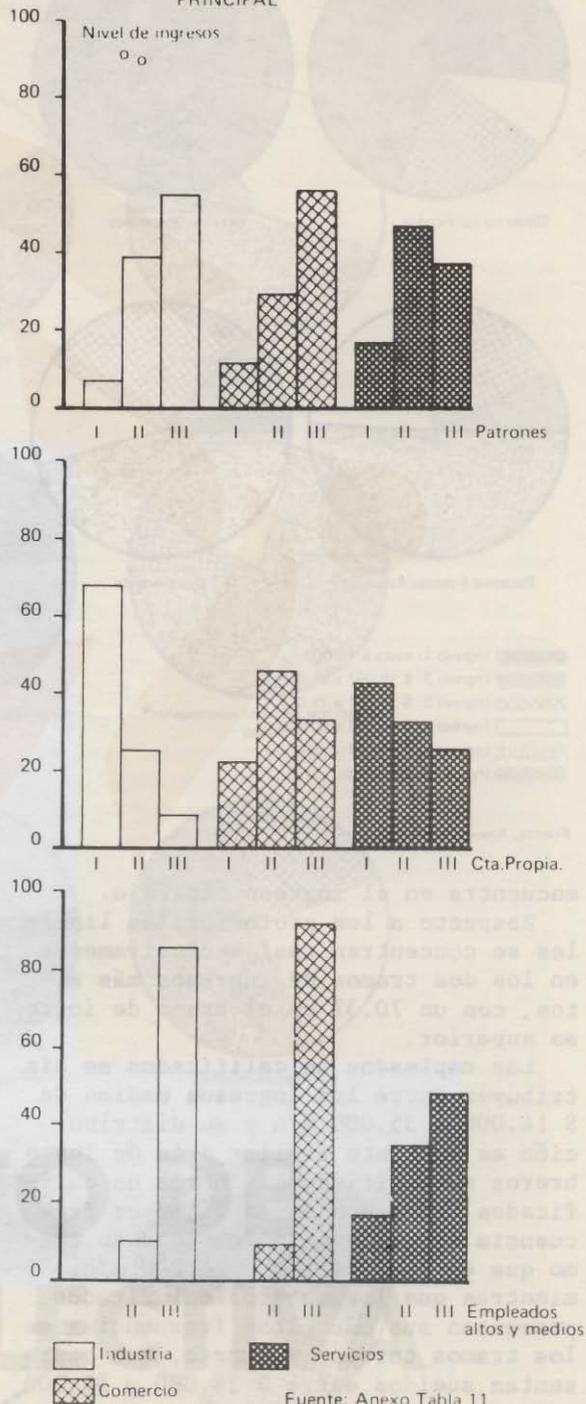
Como es obvio el grupo de los patrones se concentra en los dos últimos tramos de ingresos; especialmente en el último en la rama industria y comercio. Mientras que en la rama servicios con mayor frecuencia se presenta en el tramo de ingresos intermedio, con lo cual puede suponerse que se trata de pequeños patrones.

Los cuenta propia se concentran en la industria en el primer tramo, representando una pequeña proporción en el tramo más alto; en el comercio se concentran en el tramo medio y en los servicios se concentran también en el tramo inferior.

Los empleados altos y medios en la industria y el comercio mantienen sus mayores frecuencias en el tramo medio, pero tienen ingresos superiores en los servicios; mientras que los empleados no calificados en las tres ramas se concentran en el tramo medio.

Los obreros calificados y no calificados presentan un comportamiento coherente con la estructura económica ocupacional. Mientras que los primeros para las tres ramas se concentran preferentemente en el tramo de ingresos mediano, aunque esto no es tan acentuado en servicios; los no calificados se agrupan en proporciones elevadas en las tres ramas en el tramo de ingreso más bajo.

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.

Condición de migración

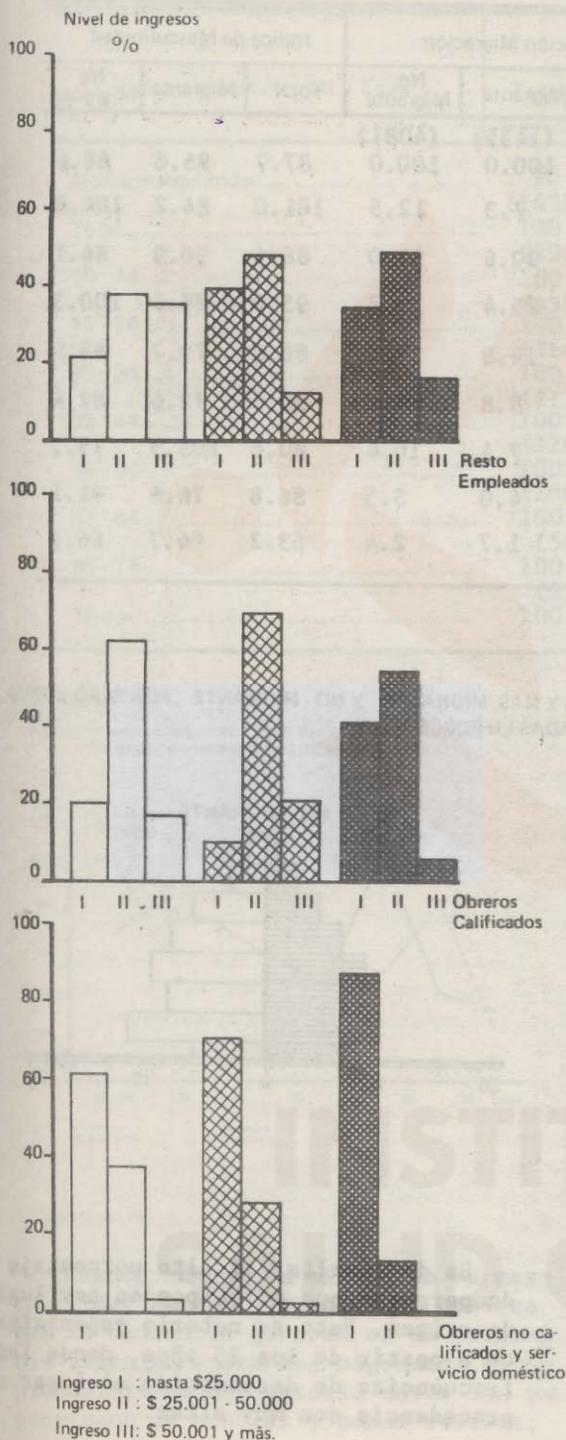
Para los fines de este estudio se considera no migrante a aquellas personas que son nativas del área o hacemás de 10 años que residen en ellas, mientras que los migrantes son los encuestados que residen en el área desde hace 10 años o menos.

En este área hay un 26% de personas mayores de 10 años que ingresaron al área hace 10 años o menos (cuadro 26 y gráfico 14). Tomando en cuenta los grupos de edad puede observarse que los núcleos importantes de migrantes se dan en edades jóvenes, entre 15-24 años y 25-34 años. Del total de cada uno de estos grupos de edad, la mitad es migrante. Los migrantes pueden provenir de otras zonas cercanas a Córdoba, de modo que si es así es natural que en esos grupos de edad se registre esos porcentajes altos de migrantes, los que posiblemente son en su mayoría jóvenes del interior de la provincia que van a la ciudad a cursar sus estudios o en busca de trabajo. Entre los grupos de edad menores y a partir de los 35 años puede observarse que la movilidad migratoria decrece notablemente.

Al analizar el índice de masculinidad (ver gráfico 15) se observa que predominan las mujeres a excepción del grupo 55-64 años. Llama la atención que también dentro de los no migrantes hay índices de masculinidad muy bajos, lo que indicaría entradas continuas de mujeres en las décadas anteriores.

Al analizar los migrantes según el lugar del cual proceden, en el total se observa que provienen preferentemente de ciudades grandes con una proporción de alrededor del 22%, y de pueblos con cerca del 20%, luego siguen en importancia los migrantes de ciudades pequeñas, 14.7% y finalmente los de zonas rurales, 10.3%.

Para los grupos de edad en que se detecta mayor migración o sea entre 15-24 y 25-34 años, se observa que los



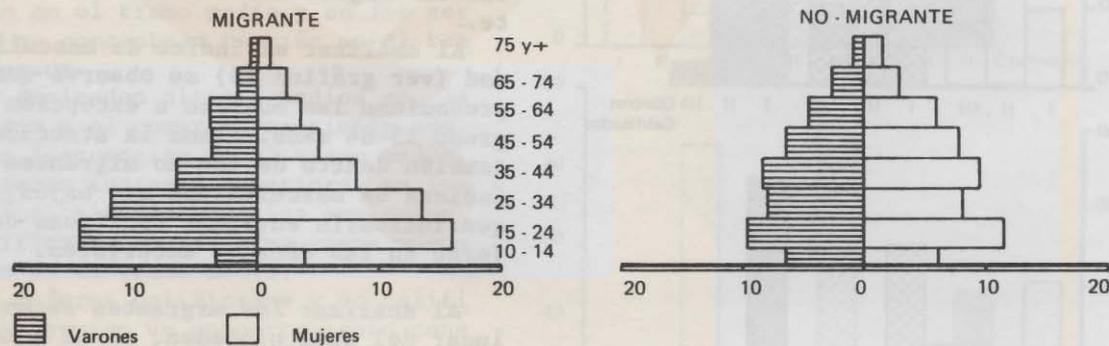
CUADRO 26

POBLACION ENCUESTADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y CONDICION DE MIGRACION E INDICES DE MASCULINIDAD POR EDAD (0/o).

Grupos de edad	Condición Migración			Índice de Masculinidad		
	Total	Migrante	No Migrante	Total	Migrante	No Migrante
Total.....	(5516) 100.0	(1435) 100.0	(4081) 100.0	87.7	85.6	88.4
10 - 14.....	11.2	7.3	12.5	101.0	84.2	104.8
15 - 24.....	23.5	30.6	21.0	86.4	90.9	84.1
25 - 34.....	18.6	25.4	16.2	95.6	87.6	100.3
35 - 44.....	17.0	14.8	17.8	86.8	79.7	89.0
45 - 54.....	12.8	8.8	14.2	80.6	72.6	82.4
55 - 64.....	9.6	7.4	10.4	80.6	103.9	75.5
65 - 74.....	5.1	4.0	5.5	86.8	70.6	91.5
75 y+.....	2.2	1.7	2.4	63.2	66.7	66.7

GRAFICO 14.

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



Fuente: Anexo Tabla 12.

migrantes para el primer grupo provienen casi uniformemente de pueblos y ciudades pequeñas y grandes, mientras que el grupo de 25-34 años proviene fundamentalmente de pueblos y en segundo lugar de ciudades grandes.

Es de resaltar el alto porcentaje de personas que no responden por lugar de origen. Esto es notorio especialmente a partir de los 25 años, donde las frecuencias de desconocido el lugar de procedencia son muy altas.

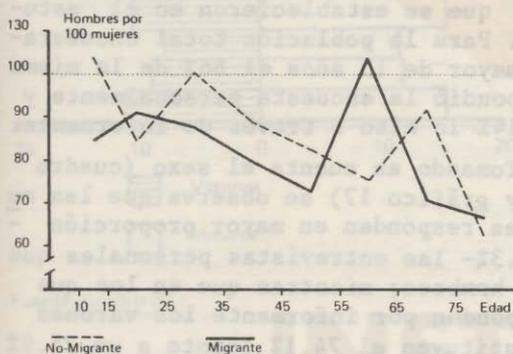
CUADRO 27

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

Indice de Masculinidad y Edad	Procedencia					
	Total Migrante	Migrante Rural	Migrante Pueblo	Migrante Ciudad Pequeña	Migrante Ciudad Grande	Desconoc.
Indice masculinidad.....	85.6	64.4	68.9	126.9	97.5	81.8
	(1435)					
Total.....	100.0	10.3	19.7	14.7	21.9	33.4
	(105)					
10 - 14	100.0	17.1	25.8	15.2	24.8	17.1
	(439)					
15 - 24	100.0	12.5	21.6	22.8	21.2	21.9
	(364)					
25 - 34	100.0	9.3	21.7	14.8	18.4	35.8
	(212)					
35 - 44	100.0	6.6	14.6	9.9	24.5	44.4
	(126)					
45 - 54	100.0	6.4	14.3	7.1	23.8	48.4
	(106)					
55 - 64	100.0	11.3	19.8	4.7	22.6	41.6
	(58)					
65 - 74	100.0	10.3	10.3	5.2	31.0	43.2
	(25)					
75 y +	100.0	4.0	20.0	12.0	16.0	48.0

GRAFICO 15-

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



Fuente: Cuadro 26

Tomando en cuenta el índice de masculinidad de los migrantes se observa que la tendencia general es el predominio femenino entre los migrantes. Dicho predominio es muy notorio entre los que provienen de pueblos y zonas rurales;

respecto a los que provienen de áreas más urbanas parece observarse cierto equilibrio de sexos, la única excepción la constituye el migrante de ciudad pequeña donde la migración masculina es bastante alta mostrando un índice de masculinidad de 130.

CUADRO 28

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

Total (*)	No Migrante	Migrante
50.6	49.6	54.5

(*) Esta tasa difiere de la vista en el capítulo de Actividad económica porque no incluye a los económicamente activos desocupados.

La tasa global de actividad para la población migrante es bastante más alta que la de la población no migrante.

Dado que como se ha visto la población migrante se encuentra preferentemente en grupos de edad económicamente activa y dentro de éstos entre los más jóvenes, es lógico esperar que exista mayor proporción de individuos incorporados a la actividad económica.

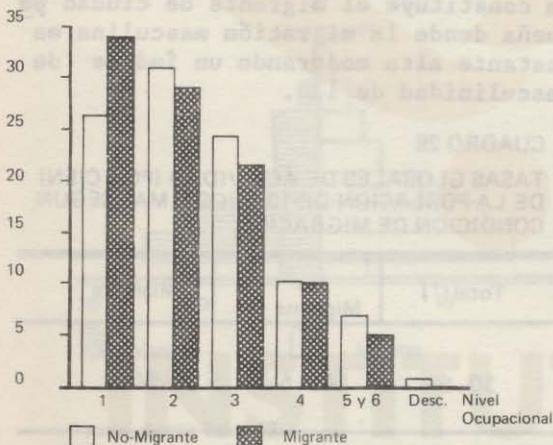
CUADRO No. 29

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

Nivel ocupacional	Condición		
	Total	Migrante	No Migrante
No. de casos...	(2806)	(782)	(2024)
Total	100.0	100.0	100.0
1	28.5	34.0	26.4
2	30.4	29.1	31.0
3	23.6	21.6	24.4
4	10.3	10.2	10.3
5 y 6	6.5	5.0	7.0
Descon.....	0.7	0.1	0.9

GRAFICO 16-

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



Fuente: Cuadro 29

Al relacionar la condición de migración con el nivel ocupacional, entre los migrantes se observa en forma más

acentuada la misma tendencia que para la población ocupada total, es decir la concentración de la población en los niveles más bajos (ver cuadro 29 y gráfico 16). Incluso en la población migrante puede observarse que esta tendencia se acentúa especialmente en referencia al nivel más inferior de ocupación donde se da una proporción del 34% y entre los dos niveles más bajos 1 y 2 concentran el 64% de la población migrante. De tal modo podría afirmarse que aquellos sectores que migran hacia la capital de la provincia consiguen ocuparse predominantemente en ocupaciones bajas y no calificadas.

POBLACION ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE

En este conjunto de tablas se busca establecer alguna relación que pudiera existir entre características socio-económicas y demográficas de los encuestados y la forma de obtención de la información, sea si la encuesta fue respondida por el propio encuestado o por informante de éste.

La población tomada en cuenta es solamente mayor de 15 años dado que para la menor de 15 años se realizaba siempre la encuesta por informante, por normas que se establecieron en el estudio. Para la población total encuestada mayor de 15 años el 86% de la misma respondió la encuesta personalmente y un 14% lo hizo a través de informante.

Tomando en cuenta el sexo (cuadro 30 y gráfico 17) se observa que las mujeres responden en mayor proporción -58.3%- las entrevistas personales que los hombres; mientras que en los que responden por informante los varones constituyen el 74.1%, frente a un 25.9% de mujeres que también responde por informante. Esta tendencia, si bien se da en todos los grupos de edad, es especialmente notorio en los grupos de edades económicamente activas de 25 a 64 años. Tan sólo se invierte la relación en el grupo de edad más alto, 65 y más donde hay mayor cantidad de mujeres que responden por informante.

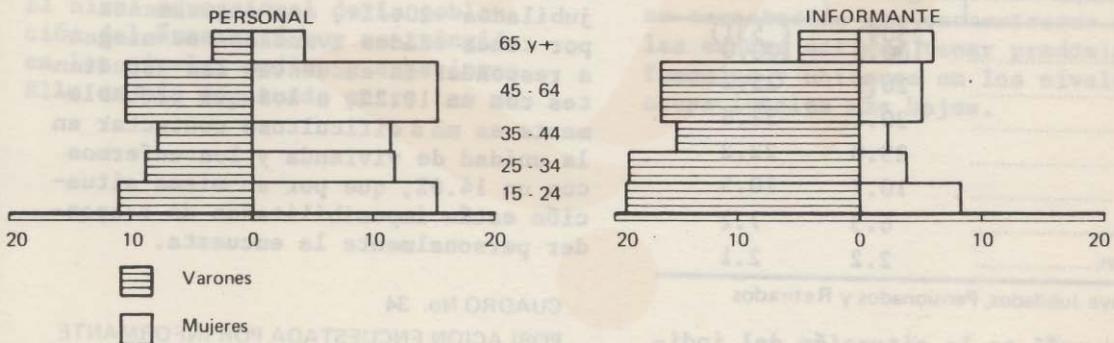
CUADRO 30

POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD (0/o)

Grupos de Edad	Personal informante y Sexo					
	Personal			Informante		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total.....	(4.212)	(1.758)	(2.454)	(687)	(509)	(178)
	100.0	41.7	58.3	100.0	74.1	25.9
15 - 24.....	26.3	11.1	15.2	27.4	19.1	8.3
25 - 34.....	20.7	8.9	11.8	22.7	18.8	3.9
35 - 44.....	19.4	7.9	11.5	17.3	15.0	2.3
45 - 64.....	25.8	10.4	15.4	21.5	16.3	5.2
65 y+.....	7.8	3.4	4.4	11.1	4.9	6.1

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.-

Al relacionar las respuestas en forma personal y por informante con la variable educación (cuadro 31) no se encuentran variaciones relevantes; o sea que el nivel educacional alcanzado no incidiría en el hecho de que la respuesta al cuestionario se dé en forma personal o por informante.

Respecto a la relación con otra variable socio-económica como es el nivel ocupacional de los individuos ocupados, tampoco se observa que ella influya en el modo de respuesta que se obtiene (ver cuadro 32).

La condición de inactividad se re-

CUADRO No. 31

POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE SEGUN NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO (°/o)

Nivel educacional	Personal	Informante
Total.....	(4212) 100.0	(687) 100.0
Sin educacion	5.1	6.0
Prim. incompleta.....	29.7	24.4
Prim. completa.....	27.6	31.9
Sec. incompleta	20.0	20.8
Sec. completa	6.8	7.4
Univ. incompleta.....	7.5	6.3
Univ. completa.....	3.2	2.3
Desconocido	0.1	0.9

CUADRO No. 32

POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (°/o).

Nivel Ocupacional(x)	Personal	Informante
Total.....	(2509) 100.0	(531) 100.0
1	26.9	25.2
2	30.1	32.8
3	23.8	22.2
4.....	10.7	10.5
5 y 6.....	6.3	7.2
Descon.....	2.2	2.1

(x) Incluye Jubilados, Pensionados y Retirados

fiere a cuál es la situación del individuo que no trabaja. Dado que se supone que los individuos que trabajan son los que tienen mayores dificultades en realizar el contacto con el encuestador y por lo cual realizan la encuesta a través de un informante, se intenta conocer cómo responden aquéllos que se encuentran en condiciones de no ocupación o inactividad.

Así, puede observarse en el cuadro 33, que el 63% de los que responden personalmente son amas de casa. También resulta bastante elevado el porcentaje de estudiantes que responden personalmente -17.3%- y el de jubila-

dos -12.2%- que por su situación ocupacional es más factible encontrarlos en la unidad de vivienda en el momento de la entrevista.

CUADRO No. 33

POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS ENCUESTADA PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE, SEGUN CONDICION DE INACTIVIDAD (°/o).

Condición de inactividad	Personal	Informante
Total.....	(1947) 100.0	(198) 100.0
Quehaceres domésticos..	63.5	29.3
Rentas	1.5	4.5
Desocupado	1.8	6.1
Estudiante	17.3	19.2
Enfermo	1.5	14.6
Pensionado Jubilado.....	12.2	20.7
Otra situación.....	2.2	5.6

Respecto a la respuesta por informante resulta especialmente alta la proporción de amas de casa -29.3%- de jubilados -20.7%- , que seguramente por tener edades avanzadas se niegan a responder la encuesta; los estudiantes con un 19.2%, a los que probablemente es más dificultoso contactar en la unidad de vivienda y los enfermos con un 14.6%, que por su misma situación están imposibilitados de responder personalmente la encuesta.

CUADRO No. 34

POBLACION ENCUESTADA POR INFORMANTE MENOR Y MAYOR DE 15 AÑOS SEGUN LA RELACION CON EL INFORMANTE (°/o).

Relación	Edad	
	Menor de 15 años	15 años y más
Total.....	(1971) 100.0	(687) 100.0
Madre.....	91.2	26.1
Padre	4.5	2.8
Cónyugue	-	49.4
Hijo	-	10.4
Otro	4.2	11.3
Desconocido	0.1	-

Analizando para la población que fue encuestada por algún informante la relación de éste con el encuestado, se observa que para los menores de 15 años el 91.3% son las madres. Entre los mayores de 15 años predominan los cónyuges (49.3%) y en segundo lugar las madres con un 26.1%; debido a que la gran mayoría de los ausentes y a los que se realiza la encuesta por informante son los jefes de familias y en segundo lugar hijos jóvenes que trabajan o estudian.

RESUMEN

- El tipo de constelación familiar que predomina es el núcleo matrimonial con hijos, con un tamaño medio de familia relativamente bajo.
- Los niveles ocupacionales y de ingresos más bajos de las familias se encuentran relacionados con las peores condiciones de hacinamiento y de vivienda.
- La estructura por edad y sexo refleja una población aún joven, con tendencia al descenso de la fecundidad
- El nivel educacional de la población del área está muy restringido en los niveles medios y superiores. Ello es más acentuado entre las mujeres y en las personas de edades adultas y avanzadas.
- En términos relativos, la mujer presenta un alto nivel de participación económica, aunque muy concentrado en las edades jóvenes.
- La retracción económica del área se confirma en el alto grado de desocupación estimado, siendo especialmente acentuado en las edades más jóvenes y en las ocupaciones menos calificadas.
- En la distribución por ramas de actividad se observa el predominio de las actividades terciarias, aunque también tiene peso la actividad secundaria, como consecuencia del impulso industrial que tuvo Córdoba en la década del 50.
- La población ocupada se concentra en un 60% en los niveles ocupacionales más bajos y los mismos presentan niveles de ingresos muy bajos.
- Respecto a la condición de migración, el 26% de la población mayor de 10 años es inmigrante al área y se caracteriza por concentrarse en las edades activas, tener predominio femenino y ubicarse en los niveles ocupacionales más bajos.

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

TABLA 1

OSTEOPOROSIS EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL DE EDUCACION Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA (FREGO LEV 1)

Nivel de Educación	Nivel Ocupacional							
	Total	1	2	3	4	5		
Total	1129634,3	105021,8	303673,3	293990,6	136659,6	133227,5	41790,5	167665,9
Mediana	666619	65936	187634	103498	20479	67604	14456	90332
Coefficiente	172,53,0	201,81,2	437,39,5	268,66,0	184,35,6	205,29,8	89,58,0	194,66,8
Varianza	70619,2	4064,6	9519,7	13539,6	1582,0	7755,8	2059,0	15830,9
Desviación	265,9139	2366	2572	116,360	120,088	10712	2563	12338
Desviación	146,06	50,68	25,628	10,389	3,8824	3,608	8,840	1,8148
Porcentaje	6,78	31,66	120,95	1,60	1,300	1170	26,00	112,32

TABLA 2

OSTEOPOROSIS EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL DE EDUCACION DEL JEFE DE LA FAMILIA (FREGO LEV 1)

Nivel de Educación	Nivel Ocupacional								
	Total	1	2	3	4	5	6	7	
Total	1226334,2	38433,8	160074,2	316429,2	204331,2	75001,0	25411,8	25518	30027,4
Mediana	68880	20622	18632	19286	10286	41022	6248	21922	13288
Coefficiente	195,16,0	75,46,3	113,91,3	130,25,8	127,71,4	140,95,3	17,60,2	108,39,8	75,11,4
Varianza	39091,2	349,0	8360,3	14433,1	19661,0	11191,0	1337,3	4901,8	2823,0
Desviación	197,714	18,68	91,371	119,828	140,146	105,325	36,740	70,142	53,171
Desviación	16,004	4,08	18,099	6,6188	3,878	3,156	6,68	2,896	1,696
Porcentaje	14,76	4	13,022	26,444	16,66	6,10	2,00	2,10	2,40

TABLA 1a.

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR Y EDAD DEL JEFE DE FAMILIA (TOTALES) (O/o).

Tipo de constelación	Total	Edad							Desc.
		Menos de 25	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 y más	
Total.....	(1892) 100.0	9.9	18.5	22.1	21.5	15.9	8.8	3.1	0.2
Núcleo matrimonial....	(148) 100.0	8.8	18.9	7.4	11.5	23.6	23.6	6.1	-
Núcleo matrimonial con hijos.....	(768) 100.0	1.9	20.6	33.9	26.1	12.8	3.3	1.3	0.1
Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes.....	(327) 100.0	2.1	17.7	22.0	25.7	19.3	11.9	1.2	-
Viudos, separados con hijos y/u otros parientes.....	(268) 100.0	2.9	11.6	14.9	25.4	21.7	15.3	8.2	-
Viudos, separados, divorciados, solos.....	(20) 100.0	-	5.0	10.0	15.0	35.0	30.0	-	5.0
Solteros c/s hijos y/u otros parientes.....	(361) 100.0	40.2	20.8	9.1	9.4	10.8	5.8	3.6	0.3

TABLA 1b.

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR Y EDAD DEL JEFE DE FAMILIA (VARONES) (O/o)

Tipo de constelación	Total	Edad							Desc.
		Menos de 25	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 y más	
Total.....	(1465) 100.0	7.5	20.4	25.1	21.3	15.2	7.8	2.5	0.1
Núcleo matrimonial...	(145) 100.0	8.9	19.3	7.6	11.0	24.1	22.8	6.2	-
Núcleo matrimonial con hijos	(764) 100.0	1.9	20.7	34.1	25.8	12.8	3.3	1.3	0.1
Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes	(326) 100.0	2.1	17.8	22.1	25.8	19.0	11.9	1.2	-
Viudos, separados con hijos y/u otros parientes.....	(73) 100.0	5.5	26.0	12.3	10.9	21.9	15.1	8.2	-
Viudo, separado, divorciado, solo	(5) 100.0	-	20.0	20.0	40.0	-	20.0	-	-
Soltero c/s hijos y/u otros parientes.....	(152) 100.0	46.4	23.5	9.2	3.9	7.8	3.9	4.6	0.7

TABLA 1c.

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TIPO DE CONSTELACION FAMILIAR Y EDAD DEL JEFE DE FAMILIA (MUJERES) (%)

Tipo de constelación	Edad								Desc.
	Total	Menos de 25	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 y más	
	(425)								
Total.....	100.0	18.4	12.0	12.0	21.9	18.1	12.2	5.2	0.2
Núcleo matrimonial...	(100 ³)	-	-	-	33.3	-	66.7	-	-
Núcleo matrimonial con hijos.....	(3)	-	-	-	100.0	-	-	-	-
Núcleo matrimonial con hijos y/u otros parientes.....	(1)	-	-	-	-	100.0	-	-	-
Viudos, separados con hijos y/u otros parientes.....	(195)	2.1	6.2	15.9	30.8	21.4	15.4	8.2	-
Viudo, separado, divorciado, solo.....	(15)	-	-	6.7	6.7	46.6	33.3	-	6.7
Soltero c/s hijos y/u otros parientes.....	(208)	35.6	18.7	9.1	13.5	13.0	7.2	2.9	-

TABLA 2.

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN TAMAÑO Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE FAMILIA.

Número de miembros	Nivel ocupacional						Descon.
	Total	1	2	3	4	5 y 6	
Total.....	1892	400	512	316	195	127	342
1	345	125	50	26	12	10	122
2	244	38	63	48	28	16	51
3	295	56	82	45	44	19	49
4	358	42	112	81	47	30	46
5	280	54	85	59	25	29	28
6	181	35	61	28	24	10	23
7 y más	189	50	59	29	15	13	23

TABLA 3.
POBLACION ENCUESTADA SEGUN SEXO Y EDAD.

Edad	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total	6874	3256	3618
0 - 4	687	350	337
5 - 9	671	329	342
10 - 14	617	310	307
15 - 19	668	309	359
20 - 24	629	292	337
25 - 29	538	256	282
30 - 34	487	245	242
35 - 39	486	223	263
40 - 44	450	212	238
45 - 49	382	174	208
50 - 54	324	141	183
55 - 59	285	138	147
60 - 64	244	98	146
65 - 69	171	78	93
70 - 74	111	53	58
75 y más	124	48	76

TABLA 4
POBLACION ENCUESTADA DE 15 AÑOS Y MAS SEGUN CONDICION DE ALFABETIZACION, SEXO Y EDAD (%).

Edad	Alfabetización y sexo.								
	Total			Varones			Mujeres		
	Total	Alfabe- tos	Analfa- betos	Total	Alfabe- tos	Analfa- betos	Total	Alfabe- tos	Analfa- betos
Total	(4899) 100.0	95.8	4.2	(2267) 100.0	96.6	3.4	(2632) 100.0	95.1	4.9
15 - 24	(1297) 100.0	98.9	1.1	(601) 100.0	98.8	1.2	(696) 100.0	99.0	1.0
25 - 34	(1025) 100.0	98.0	2.0	(501) 100.0	98.6	1.4	(524) 100.0	97.3	2.7
35 - 44	(936) 100.0	97.2	2.8	(435) 100.0	97.5	2.5	(501) 100.0	97.0	3.0
45 - 54	(706) 100.0	95.2	4.8	(315) 100.0	96.8	3.2	(391) 100.0	93.9	6.1
55 - 64	(529) 100.0	90.2	9.8	(236) 100.0	91.9	8.1	(293) 100.0	88.7	11.3
65 - 74	(282) 100.0	86.2	13.8	(131) 100.0	88.5	11.5	(151) 100.0	84.1	15.9
75 y más	(124) 100.0	83.1	16.9	(48) 100.0	83.3	16.7	(76) 100.0	82.9	17.1

TABLA 5
POBLACION ENCUESTADA DE 6 AÑOS Y MAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO Y EDAD (%/o).

Edad	Nivel Educativo								
	Total	Sin Educac.	Primaria Incompl.	Primaria compl.	Secund. incompl.	Secund. compl.	Univ. incompl.	Univ. compl.	Descon.
Total.....	(6052) 100.0	6.1	37.4	24.6	17.7	5.6	5.9	2.5	0.2
6 - 12	(887) 100.0	12.3	84.3	2.6	0.8	-	-	-	-
13 - 19	(934) 100.0	0.7	20.9	28.8	41.6	3.3	4.7	-	-
20 - 24	(629) 100.0	1.7	14.8	27.0	22.1	11.0	21.8	1.6	-
25 - 34	(1025) 100.0	2.2	20.8	30.5	22.6	8.8	9.8	5.1	0.2
35 - 44	(936) 100.0	3.2	33.4	31.6	13.2	7.2	5.7	5.6	0.1
45 - 54	(706) 100.0	5.9	40.8	27.8	13.6	6.2	2.1	3.5	-
55 - 74	(811) 100.0	14.5	44.0	25.0	9.6	4.1	1.0	1.4	0.4
75 y más	(124) 100.0	23.4	45.2	15.3	6.5	4.0	0.8	1.6	3.2

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

Edad	Condición de Actividad										
	Varones					Mujeres					
	Activos	Inactivos				Activas	Inactivas				
Total		Estu- diantes	Jubil. Pens.	Otros	Total		Amas de Casa	Estu- diantes	Jubil. Pens.	Otros	
Total.....	1865	712	469	174	69	991	1948	1312	451	99	86
10-14.....	27	283	278	-	5	20	287	19	267	-	1
15-19.....	196	113	105	-	8	137	222	68	149	-	5
20-24.....	215	77	74	-	3	186	151	114	29	-	8
25-29.....	242	14	10	1	3	140	142	131	5	-	6
30-34.....	243	2	1	-	1	102	140	134	-	-	6
35-39.....	219	4	1	-	3	113	150	144	-	-	6
40-44.....	209	3	-	-	3	98	140	137	-	1	2
45-49.....	167	7	-	4	3	86	122	114	1	5	2
50-54.....	134	7	-	6	1	45	138	117	-	14	7
55-59.....	108	30	-	24	6	34	113	98	-	11	4
60-64.....	55	43	-	38	5	22	124	95	-	22	7
65-69.....	33	45	-	36	9	4	89	66	-	17	6
70-74.....	12	41	-	31	10		58	38	-	13	7
75 y +.....	5	43	-	34	9	4	72	37	-	16	19

TABLA 7

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

Posición Ocupacional	Grado de ocupación			
	Total	0-5 meses	6-12 meses	Descon.
Total.....	(2809) 100.0	7.7	92.3	
1. Grandes empresarios.....	(12) 100.0	-	100.0	
2. Empresarios medios	(42) 100.0	-	100.0	
3. Empresarios menores.....	(83) 100.0	-	100.0	
4. Trabajadores cuenta propia con local.....	(259) 100.0	3.1	96.9	
5. Trabajadores cuenta propia sin local.....	(274) 100.0	12.8	87.2	
6. Profesionales liberales por cuenta propia.....	(37) 100.0	-	100.0	
7. Altos jefes.....	(21) 100.0	-	100.0	
8. Jefes intermedios.....	(74) 100.0	4.1	95.9	
9. Jefes menores.....	(263) 100.0	5.3	94.7	
10. Empleados sin calificación técnica.....	(359) 100.0	13.4	86.6	
11. Capataces, obreros calificados.....	(561) 100.0	2.5	97.5	
12. Obreros no calificados.....	(169) 100.0	10.1	89.9	
13. Otros no calificados.....	(354) 100.0	11.9	88.1	
14. Servicio doméstico.....	(225) 100.0	15.1	84.9	
17. Personal Fuerzas Armadas.....	(51) 100.0	-	100.0	
20. Fuera estructura ocupacional país.....	-	-	-	
99. Desconocido.....	(25) 100.0	4.8	95.2	

TABLA 9

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

Nivel de ingreso	Nivel ocupacional						
	Total	1	2	3	4	5 y 6	Descon.
Total.....	(2809) 100.0	(803) 100.0	(855) 100.0	(663) 100.0	(288) 100.0	(181) 100.0	(19) 100.0
hasta \$ 18.000	22.3	47.2	17.2	12.4	4.2	2.2	5.3
\$ 18.001 - 28.000..	19.0	25.9	17.3	21.3	9.4	5.0	5.3
\$ 28.001 - 35.000..	19.4	17.7	21.2	24.7	14.2	6.6	31.6
\$ 35.001 - 48.000..	20.5	7.7	29.9	20.5	29.8	17.7	15.8
\$ 48.001 y más	18.2	1.0	14.0	20.2	41.7	67.4	42.0
Desconocido.....	0.6	0.5	0.4	0.9	0.7	1.1	-

TABLA 8

POBLACION ENCUESTADA OCUPADA DE 10 AÑOS Y MAS SEGUN POSICION OCUPACIONAL Y RAMA DE ACTIVIDAD (O/o)

Posición Ocupacional	Rama de actividad									
	Total	Agropec. caza,pesc etc.	Alimen- bebidas, etc.	Industrias químicas, etc.	Const.de maquina- rias etc.	Electric. gas y agua	Construc- ción	Comercio transp.co municac.	Servicios	Desconoc.
Total.....	(2809) 100.0	(26) 100.0	(384) 100.0	(115) 100.0	(301) 100.0	(34) 100.0	(222) 100.0	(629) 100.0	(1085) 100.0	(13) 100.0
Grandes empresarios.....	0.4	3.9	0.3	—	0.7	—	0.9	0.6	0.2	—
Empresarios medianos.....	1.5	7.7	2.6	0.9	0.3	—	4.1	1.4	0.9	—
Empresarios menores.....	3.0	—	4.4	6.1	1.0	—	4.1	4.8	1.7	—
Trabaj. p/cta. propia con local.....	9.2	23.1	6.5	5.2	0.7	—	—	23.1	6.9	—
Trabaj. p/cta. propia sin local.....	10.0	—	25.5	4.4	1.7	—	19.8	7.0	7.2	7.7
Profesionales liberales Cta.propia..	1.3	—	—	—	—	—	0.5	—	3.3	—
Altos jefes.....	0.8	—	0.3	1.7	0.7	2.9	—	0.8	0.9	—
Jefes intermedios.....	2.6	—	0.5	—	3.0	5.9	0.9	1.1	4.7	7.7
Jefes menores.....	9.4	15.3	2.9	6.1	7.6	5.9	3.6	5.1	16.2	—
Empleados sin calificación técnica.	12.7	3.9	5.0	11.3	8.0	14.7	3.2	21.9	13.6	38.4
Capataces y obreros calificados.....	19.9	11.5	27.3	35.6	56.4	41.2	23.4	16.1	6.6	23.1
Obreros no calificados.....	6.0	—	18.7	14.8	13.0	14.7	6.3	1.1	1.4	—
Otros no calificados.....	12.6	30.7	5.0	13.0	6.6	14.7	32.3	15.4	10.6	23.1
Personal Fuerzas Armadas.....	1.8	—	—	—	0.3	—	—	—	4.6	—
Servicio Doméstico	8.0	—	—	—	—	—	—	—	20.7	—
Desconocido.....	0.8	3.9	1.0	0.9	—	—	0.9	1.6	0.5	—

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

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

Posición Ocupacional	Nivel de Ingresos						Descon.
	Total	hasta \$ 15.000	\$ 15.001 25.000	\$ 25.001 35.000	\$ 35.001 50.000	\$ 50.001 y más	
Total.....	(2809) 100.0	22.3	19.0	19.4	20.5	18.2	0.6
Grandes empresarios.....	(12) 100.0	-	8.3	-	8.3	83.4	-
Empresarios medios.....	(42) 100.0	-	9.5	2.4	28.6	59.5	-
Empresarios menores.....	(83) 100.0	3.6	7.2	8.3	35.7	45.2	-
Trabaj. por cta. propia con local...	(259) 100.0	18.1	9.7	18.1	24.3	29.4	0.4
Trabaj. por cta. propia sin local....	(274) 100.0	48.4	16.0	15.3	10.9	8.7	0.7
Profesionales liberales cta. propia..	(37) 100.0	-	-	8.1	21.6	70.3	-
Altos jefes.....	(21) 100.0	-	-	-	-	95.2	4.8
Jefes intermedios.....	(74) 100.0	5.4	8.1	10.8	23.0	51.3	1.4
Jefes menores.....	(263) 100.0	6.8	15.2	21.3	25.1	30.4	1.2
Empleados sin calificación técnica	(359) 100.0	10.3	30.4	28.4	18.9	10.9	1.1
Capataces y obreros calificados....	(561) 100.0	4.1	16.6	24.8	37.6	16.4	0.5
Obreros no calificados.....	(169) 100.0	21.3	33.1	28.4	14.8	2.4	-
Otros no calificados.....	(354) 100.0	31.1	38.6	20.6	8.5	0.6	0.6
Servicio doméstico.....	(225) 100.0	94.8	3.1	1.3	0.4	0.4	-
Personal Fuerzas Armadas.....	(51) 100.0	-	7.8	21.6	19.6	51.0	-
Fuera estructura ocupacional país	(25) -	-	-	-	-	-	-
Desconocido	100.0	4.5	9.1	27.3	13.6	45.5	-

TABLA 11

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

Posición ocupacional	Total (*)					Industria					Comercio					Servicios				
	Tramos de Ingreso					Tramos de Ingreso					Tramos de Ingreso					Tramos de Ingreso				
	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.	Total	I	II	III	Desc.
Total.....	(2730)					(1055)					(629)					(1035)				
	100.0	42.1	40.1	17.3	0.5	100.0	38.1	43.8	17.2	0.9	100.0	31.5	45.0	23.0	0.5	100.0	52.7	33.0	14.1	0.2
Patrones.....	(138)					(62)					(45)					(30)				
	100.0	10.9	37.0	50.7	1.4	100.0	6.5	38.7	54.8	-	100.0	11.1	28.9	55.6	4.4	100.0	16.7	46.6	36.7	-
Cuenta Propia.....	(563)					(186)					(187)					(189)				
	100.0	43.7	34.3	21.8	0.2	100.0	67.2	24.7	8.1	-	100.0	21.9	45.5	32.6	-	100.0	42.3	32.3	24.9	0.5
Empleados altos y medios.....	(98)					(21)					(12)					(61)				
	100.0	10.2	28.6	59.2	2.0	100.0	-	9.5	85.7	4.8	100.0	-	8.3	91.7	-	100.0	16.4	34.4	47.6	1.6
Resto de empleados.....	(614)					(119)					(170)					(323)				
	100.0	33.2	46.9	18.9	1.0	100.0	21.9	37.8	35.3	5.0	100.0	39.4	48.2	12.4	-	100.0	34.4	49.2	16.4	-
Obreros calificados.....	(556)					(382)					(101)					(72)				
	100.0	20.9	62.4	16.2	0.5	100.0	20.1	62.3	16.8	0.8	100.0	9.9	69.3	20.8	-	100.0	40.3	54.2	5.5	-
Obreros no calificados y servicio doméstico.....	(738)					(278)					(104)					(355)				
	100.0	74.9	24.1	0.9	0.1	100.0	61.2	37.0	1.8	-	100.0	70.2	27.8	1.0	1.0	100.0	86.8	12.9	0.3	-
Desconocido.....	(22)					(7)					(10)					(5)				
	100.0	18.2	40.9	40.9	-	100.0	-	57.1	42.9	-	100.0	20.0	30.0	50.0	-	100.0	40.0	40.0	20.0	-

(*) Incluye rama de actividad "sin especificar".

TABLA 12

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

Edad	Condición de Migración								
	Total			Varones			Mujeres		
	Total	Migrante	No Migrante	Total	Migrante	No Migrante	Total	Migrante	No Migrante
Total.....	5516	1435	4081	2577	662	1915	2939	773	2166
10 - 14.....	617	105	512	310	48	262	307	57	250
15 - 24.....	1297	439	858	601	209	392	696	230	466
25 - 34.....	1025	364	661	501	170	331	524	194	330
35 - 44.....	936	212	724	435	94	341	501	118	383
45 - 54.....	706	126	580	315	53	262	391	73	318
55 - 64.....	529	106	423	236	54	182	293	52	241
65 - 74.....	282	58	224	131	24	107	151	34	117
75 y más.....	124	25	99	48	10	38	76	15	61

TABLA 13

POBLACION ENCUESTADA DE 15 AÑOS Y MAS, PERSONALMENTE Y POR INFORMANTE. SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Personal			Informante		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total.....	4212	1758	2454	687	509	178
15 - 24.....	1109	470	639	188	131	57
25 - 34.....	869	372	497	156	129	27
35 - 44.....	817	332	485	119	103	16
45 - 64.....	1087	439	648	148	112	36
65 y más.....	330	145	185	76	34	42

A. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

1. VARIABLES Y DEFINICIONES

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

El capítulo de morbilidad del estudio permitió adquirir conocimientos sobre:

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

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

1. Morbilidad, que incluye a:
 - 1.1. *Enfermedad o sintomatología padecida en las dos últimas semanas*, entendiéndose por tal a las enfermedades que el sujeto que es objeto de la encuesta o, en su defecto, el informante, manifesten 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 refe-

rirse 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 en

¹ Encuesta domiciliaria de Salud. Estudios Metodológicos, Serie 7, N°2, págs. 7 y 55.

cuestador, 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, en el caso de que éstas no fuesen espontáneas, se sometió al 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 que daba 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 parti-

cular;

- 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 produjo 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, entendiendo 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 últimas dos semanas*: Se definió como día en cama a aquél 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 tradujeron 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 manifiestaban limitaciones a sus actividades habituales eran interrogados acerca de los días perdidos de actividad y de los días en cama (puntos 22 y 23) - guardados en las últimas dos semanas.

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

En la práctica, se vio que esto no es así. El "sentirse limitado en las actividades habituales" es una dimensión muy subjetiva que el individuo - puede o no conectar correctamente con su salud y con conductas concretas que desarrolle en función de ella (trabajar o no, estar acostado o levantado en función de su enfermedad). Esta conexión entre las variables se agrava, además, porque la pregunta que abre la

secuencia (pregunta 13, cuestionario individual) puede no haber sido comprendida por todos los individuos interrogados al respecto. Muchos de ellos, realmente incapacitados en las dos semanas previas a la encuesta, pueden no haber sido consignados como tales por la secuencia del cuestionario y, de ese modo, ignorar si guardaron cama y si perdieron días de actividad.

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

II. CRITERIO PARA LA CATEGORIZACION DE LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

La percepción de morbilidad en los encuestados surge, primariamente, de las respuestas a la pregunta 1 del cuestionario individual donde se inquiriere si en las últimas dos semanas "estuvo enfermo, sintió algún 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, es capaz 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; corresponde ahora referirse al tratamiento de la información sobre la percepción de la morbilidad en las etapas ulteriores.

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

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

La opción estaría planteada, a esta

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

Este propósito condiciona, entonces el proceso de la encuesta e interacción repetidamente con los aspectos sociológicos que naturalmente 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 se 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, 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 precau-

ción 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 preguntas 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 elegido a algunas respuestas que no lo hicieron según los procedimientos de rutina.

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

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

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

Metabolismo, Mentales, Artritis, Artrosis, y Reumatismo, Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Quedan dos grandes grupos: el de Síntomas mal definidos y un compartimiento reservado para "el resto de las enfermedades" para los cuales se recomienda ver los cuadros 29 y 30.

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

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

Los grupos fueron los siguientes:

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

1. Aparato circulatorio

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

a) *Hipertensión*: Incluye del 400 al 404 de la Clasificación Internacional. A este grupo ingresan las manifestaciones de la percepción que se

refieren a "presión", sean de "alta presión", "presión arterial", etc., excepto los casos en que se haya especificado, 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, código

- gos 008 y 009;
- b) tuberculosis, todas las formas, códigos 010 a 019;
- c) coqueluche (tos ferina), código 033
- d) poliomiелitis 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;
- f) 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, poliomiелitis) 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, aún 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 de clinante (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 solo 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 este 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 enfermedad, 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 magni-

tud 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 ejemplo: 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 osteomusculares

- 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 imprecisión 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. DE LA PERCEPCION

La descripción de las percepciones manifestadas por la población encuestada se efectúa por medio de tres índices: la Tasa de Percepción de Enfermedad, la Tasa de Percepción de Accidentes y la Tasa de Percepción de Morbilidad Total, que expresan la proporción de individuos que manifestaron percibir respectivamente, enfermedad, accidentes y morbilidad total en las dos semanas previas a la realización de la encuesta.

Cabe advertir que la Tasa de Morbilidad Total no es igual a la suma de las tasas de Enfermedad y Accidente, - pues en éstas se repiten los individuos que manifestaron los dos procesos simultáneamente y por lo tanto figuran en la primera tasa por su condición de enfermedad y en la segunda por su condición de accidente. Esta duplicidad de procesos en una misma persona se presentó en el 1.6% de los casos (ver Tabla 1 del Anexo).

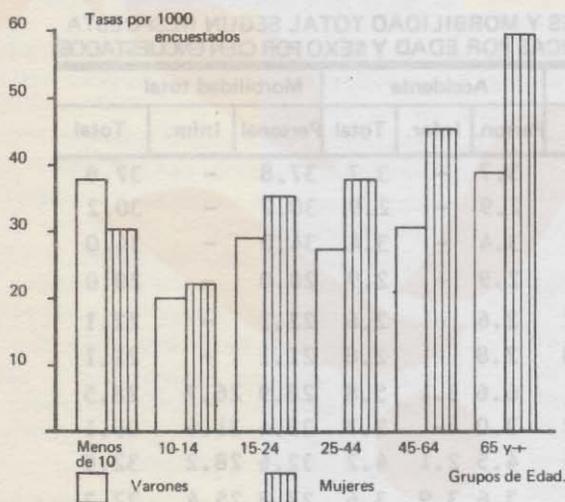
CUADRO 1.
PERCEPCION DE ENFERMEDADES DE ACCIDENTES Y MORBILIDAD TOTAL SEGUN RESPUESTA PERSONAL O POR INFORMANTE. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO POR CIENTOS ENCUESTADOS

Grupos de edad	Sexo	Enfermedad			Accidente			Morbilidad total		
		Personal	Infor.	Total	Person.	Infor.	Total	Personal	Infor.	Total
- 10	Varones	36.1	-	36.1	3.7	-	3.7	37.8	-	37.8
	Mujeres	29.2	-	29.2	2.9	-	2.9	30.2	-	30.2
	Total	32.6	-	32.6	3.4	-	3.4	34.0	-	34.0
10 - 14	Varones	17.4	-	17.4	2.9	-	2.9	20.0	-	20.0
	Mujeres	20.2	-	20.2	2.6	-	2.6	22.1	-	22.1
	Total	18.8	-	18.8	2.8	-	2.8	21.1	-	21.1
15 - 24	Varones	24.0	24.4	24.1	6.6	3.1	5.8	28.9	26.7	28.5
	Mujeres	34.4	31.6	34.2	3.0	-	2.7	35.4	31.6	35.1
	Total	30.0	26.6	29.5	4.5	2.1	4.2	32.6	28.2	32.0
25 - 44	Varones	25.9	22.8	25.1	3.6	3.9	3.6	27.8	25.4	27.2
	Mujeres	36.4	41.9	36.6	2.4	-	2.3	37.3	41.9	37.5
	Total	32.0	25.8	31.1	2.9	3.3	3.0	33.3	28.0	32.6
45 - 64	Varones	30.1	25.9	29.2	3.0	3.6	3.1	31.2	27.7	30.5
	Mujeres	43.2	52.8	43.7	3.4	-	3.2	44.6	52.8	45.0
	Total	37.9	32.4	37.2	3.2	2.7	3.2	39.2	33.8	38.5
65 y más	Varones	37.2	44.1	38.5	-	-	-	37.2	44.1	38.5
	Mujeres	59.5	57.1	59.0	4.9	2.4	4.4	59.5	57.1	59.0
	Total	49.7	51.3	50.0	2.7	1.3	2.5	49.7	51.3	50.0
TOTAL	Varones	28.4	25.3	27.9	3.7	3.3	3.7	30.6	27.5	30.2
	Mujeres	35.7	44.4	36.1	3.0	0.6	2.8	36.7	44.4	37.1
	Total	32.4	30.3	32.2	3.3	2.6	3.2	34.0	31.9	33.8

El cuadro 1 presenta las tasas mencionadas de acuerdo con el sexo y la edad, y según la forma de obtención del dato (personal o por informante). El 33.8% de la población encuestada manifestó percibir alguna desviación del estado de salud en las dos semanas previas. Puede apreciarse que esta tasa está compuesta fundamentalmente (en un 90%) por las manifestaciones de enfermedad, en contraposición al menor peso relativo de los accidentes. La posibilidad razonable de que las cifras obtenidas por la encuesta configuren una subestimación de la realidad, otorgan a estos datos una magnitud aún mayor.

GRAFICO 1.

PERCEPCION DE MORBILIDAD (ENFERMEDAD MAS ACCIDENTE). TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO, POR 100 ENCUESTADOS. CIUDAD DE CORDOBA, REP. ARG. 1969.



El 3.2% de la población encuestada manifestó percibir cualquier tipo de lesión accidental; esta percepción fue acompañada en el 50% de los casos por la manifestación de algún problema de salud de tipo no accidental.

La comparación de las tasas de percepción de las subpoblaciones de entrevista personal y a través de informante indica que, en general, las proporciones son ligeramente mayores en el primer grupo, tanto para enfermedad como para accidente. El peso de las ta-

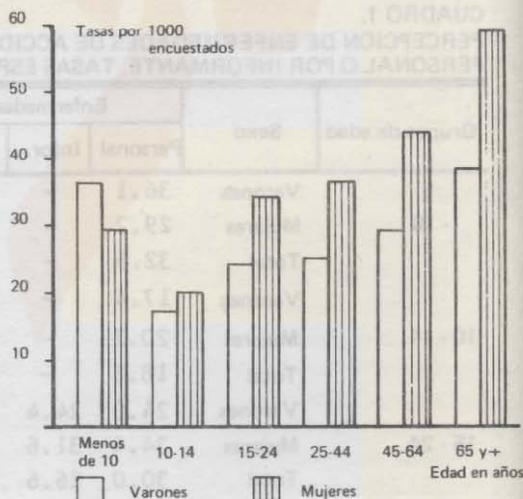
sas por informante, sin embargo, es muy reducido (ya que este subgrupo compone sólo el 10% de la muestra) no existiendo diferencias apreciables entre el grupo de "entrevista personal" y el total de la población encuestada. Por ello se interpreta que la incorporación al análisis global del grupo "a través de informante" no produce un sesgo importante en la información.

Percepción de enfermedad y accidente por sexo y edad

Las percepciones de enfermedad varían apreciablemente con la edad.

GRAFICO 2.

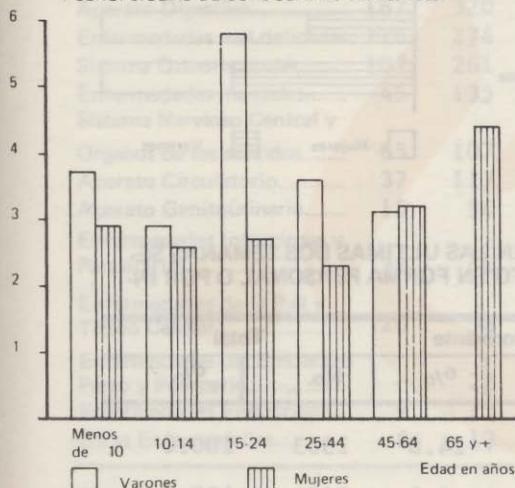
PERCEPCION DE ENFERMEDAD. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO. CIUDAD DE CORDOBA, REP. ARG. 1969.



Existe un descenso significativo entre la tasa relativamente alta en los menores de 10 años y la del grupo etáreo siguiente (10 a 14 años), elevándose luego con la edad hasta alcanzar su nivel más alto en los mayores de 65 años. La tasa de percepción de enfermedad es apreciablemente mayor en las mujeres que en los varones (36.1% vs. 27.9%), lo que se mantiene en todos los grupos etáreos, salvo en los menores de 10 años, donde ocurre lo inverso. Es importante destacar que esta ca

racterística es independiente de la condición a través de la cual se obtuvo la información, ya que se observan las mismas tendencias con respecto a sexo y edad, en las subpoblaciones encuestadas personalmente y a través de informante, por separado.

GRAFICO 3.
PERCEPCION DE ACCIDENTES. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO. CIUDAD DE CORDOBA. REP. ARG. 1969.



Con respecto a la percepción de accidentes (Gráfico 3) se observa que, al contrario de lo advertido con la enfermedad, hay asociación positiva entre la condición masculina y la mayor percepción de accidentes, independientemente de la condición de personal o informante del encuestado. La tasa total por sexo es de 3.7% para varones y 2.8% para mujeres. El análisis por grupo etáreo revela pocas variaciones en relación con la edad, salvo una mayor prevalencia en el grupo de 15 a 24 años. El predominio de varones observado en la tasa total se mantiene en los distintos grupos etáreos, salvo en los 45-64 años en que las tasas son similares y en los mayores de 65 años, en que la tasa es relativamente alta en mujeres y nula en varones. Se debe recordar que el tamaño de la muestra en este último grupo es pequeño.

Número de percepciones

El otro indicador usado para el análisis global de las percepciones es el número total de éstas. Al respecto es

CUADRO 2
NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS(1) 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.

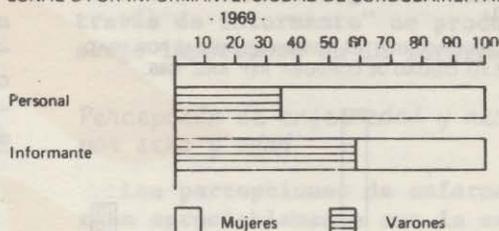
Grupo al que pertenece la percepción	Personal			Informante			Ambos		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Aparato Respiratorio.....	403	474	877	55	21	76	458	495	953
Mal definidas.....	223	482	705	35	30	65	258	512	770
Aparato Digestivo.....	176	342	518	39	23	62	215	365	580
Sistema Osteomuscular.....	111	270	381	18	20	38	129	290	419
Enfermedades mentales.....	45	135	180	9	15	24	54	150	204
Aparato Circulatorio.....	39	122	161	16	20	36	55	142	197
Sist. Nerv. Cent. y Organos de los sentidos.....	65	109	174	13	6	19	78	115	193
Aparato Genito-urinario.....	15	91	106	2	1	3	17	92	109
Enfermedades Infecciosas y parasitarias.....	39	44	83	5	-	5	44	44	88
Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo.....	20	58	78	5	4	9	25	62	87
Enfermedades del Embarazo Parto y Puerperio.....	-	28	28	-	2	2	-	30	30
Enfermedades Endocrinas y del Metabolismo.....	9	15	24	2	-	2	11	15	26
Otras Enfermedades.....	6	13	19	1	-	1	7	13	20
Total	1151	2183	3334	200	142	342	1351	2325	3676
	31.3	59.4	90.7	5.4	3.9	9.3	36.7	63.3	100.0

necesario tener presente que, a los fines de la tabulación, un individuo es contado tantas veces como el número de percepciones que manifieste, referente a uno o más aparatos. De ahí que el total de percepciones (3717; cuadro 2) no coincida con el total de individuos que percibieron (2325; Anexo: Tabla 1). Estas cifras indican que el promedio de percepciones por cada individuo que percibió es de 1.6.

En el cuadro 2 y gráfico 4 puede observarse la distribución de las percepciones según el sexo y según que la fuente de información hubiera sido directamente quien fue encuestado o que

este último actuara como informante de lo acaecido a un tercero, ausente del domicilio en el momento de la entrevista.

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



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.

Sexo	Personal		Informante		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Varón.....	1161	85.2	202	14.8	1363	100.0
Mujer.....	2211	93.9	143	6.1	2354	100.0
Ambos sexos.....	3372	90.7	345	9.3	3717	100.0

Las percepciones aparecen, además, distribuidas en grupos de enfermedades, lo que será analizado más adelante. Desde el punto de vista global interesa ver (cuadro 3) que más del 90% de la información fue obtenida en forma personal. La proporción de percepciones referidas directamente es mayor en las mujeres (93.9%) que en los varones (85.2%). Es interesante observar que estas proporciones son similares a las proporciones de varones y mujeres en la subpoblación de "personal", lo que refirma que, si bien existen diferencias de percepción entre los grupos "personal" e "informante", éstas no son importantes.

La desigual distribución de los sexos entre los dos grupos de información hace que estas subpoblaciones difieran en su composición por sexo. Pue

CUADRO 4.

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

Sexo	Personal	Informan.	Total
Varon.....	34.4% (1161)	58.6% (202)	36.7% (1363)
Mujer.....	65.6% (2211)	41.4% (143)	63.3% (2354)
Ambos sexos..	100.0% (3372)	100.0% (345)	100.0% (3717)

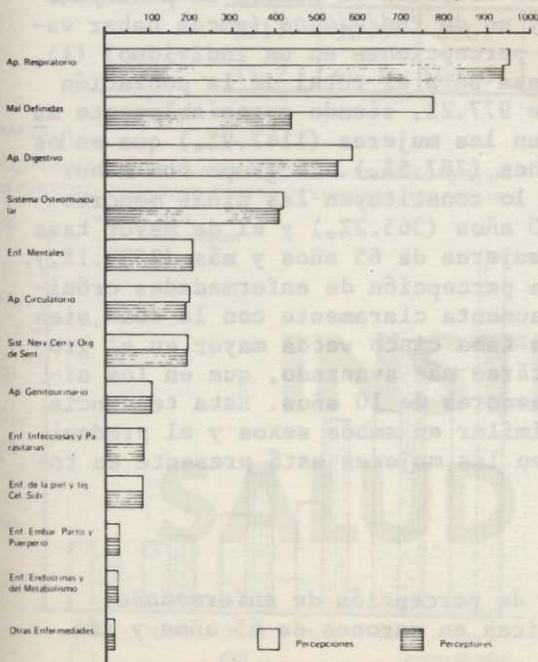
de verse (cuadro 4) que entre los encuestados directamente, el 65.6% de las percepciones ocurren en las mujeres y el 34.4% en los varones. Lo inverso ocurre en el grupo de "informante", en que sólo el 41.4% de las percepciones ocurre en mujeres y el 58.6%

CUADRO 5

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIERON MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, SEGUN EL SEXO Y SEGUN LA OBTENCION DEL DATO POR ENTREVISTA PERSONAL O POR INFORMANTE, DISTRIBUIDOS EN LOS GRUPOS DE ENFERMEDADES ORDENADAS SEGUN FRECUENCIA.

Individuos según el grupo al que pertenece su percepción	Personal			Informante			Total		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Aparato Respiratorio.....	399	465	864	54	21	75	453	486	939
Aparato Digestivo.....	167	320	487	36	23	59	203	343	546
Enfermedades mal definidas.	128	274	402	20	17	37	148	291	439
Sistema Osteomuscular.....	107	261	368	18	20	38	125	281	406
Enfermedades mentales.....	45	135	180	9	15	24	54	150	204
Sistema Nervioso Central y Organos de los sentidos.....	65	107	172	13	6	19	78	113	191
Aparato Circulatorio.....	37	117	154	15	19	34	52	136	188
Aparato Genitoúrinario.....	15	90	105	2	1	3	17	91	108
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.....	39	44	83	5	-	5	44	44	88
Enfermedades de la Piel y Tejido Celular.....	20	58	78	5	4	9	25	62	87
Enfermedades del Embarazo Parto y Puerperio.....	-	28	28	-	2	2	-	30	30
Enfermedades Endocrinas...	9	15	24	2	-	2	11	15	26
Otras Enfermedades.....	6	13	19	1	-	1	7	13	20

GRAFICO 5
NUMERO DE PERCEPCIONES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS Y DE PERCEPTORES SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES. CIUDAD DE CORDOBA. REP. ARG. 1989



en los varones. El hecho de que las percepciones de este grupo constituyen menos del 10% del total, explica que las características de la población total sean similares a las del grupo "personal" (63.3% de percepciones en las mujeres y 36.7% en los varones). Como comentario, es útil recordar esta diferente composición de acuerdo con el sexo, para cuando se analicen las percepciones en cada grupo por separado y sin discriminar el sexo. Por lo demás, el que el 90% de la población haya sido encuestada personalmente y haya previsto el 90% de las percepciones de morbilidad, apoya la credibilidad de la información, que no podrá ser modificada en forma importante por las características del grupo "por informante". Por lo tanto no parece necesario separar los grupos para el análisis.

ENFERMEDADES CRONICAS

Más de la mitad de la población (51.5%) manifestó percibir alguna afec

ción crónica (cuadro 6). A diferencia de lo ocurrido con la dolencias agudas en este caso los encuestados personal-

mente percibieron menos que los encuestados por informante (51.0% y 56.3%, respectivamente).

CUADRO 6

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE Y POR SEXO.

Percepción de enfermedades crónicas	Personal			Informante			Total		
Percibió.....	1237	1916	3153	261	126	387	1498	2042	3540
No percibió..	1510	1523	3033	248	52	300	1758	1575	3333
S.E.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL.	2747	3439	6186	509	178	687	3256	3617	6873*
Porcentaje de los que percibieron	45.0	55.7	51.0	51.3	70.8	56.3	46.0	56.5	51.5

Con respecto al sexo se observa la misma tendencia anotada para dolencias agudas: mayor percepción en las mujeres (56.5%) que en los hombres (46.0%).

CUADRO 7

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO POR 1000 ENCUESTADOS.

Grupos de edad	Varones	Mujeres	Total
- 10.....	453.6	365.2	409.4
10 - 14.....	454.8	501.6	478.1
15 - 24.....	655.6	919.5	797.2
25 - 44.....	731.8	1290.7	1024.0
45 - 64.....	1350.3	1820.2	1610.5
65 y más.....	1631.3	2392.1	2056.7
TOTAL.....	787.5	1147.9	977.2

1 Por ejemplo:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de percepciones de enfermedades crónicas manifestadas por los encuestados varones de 65 años y más}}{\text{N}^{\circ} \text{ de encuestados varones de 65 años y más}}$$

Esto es cierto en ambos grupos de información (personal o por informante), si se los toma por separado.

El cuadro 7 provee las tasas de percepción de las enfermedades crónicas específicas por sexo y edad. Hay que aclarar que los numeradores de estas tasas lo componen el número de percepciones y no de individuos (puede haber varias percepciones en un individuo) (1). La tasa para el total de la población es de 977.2%, siendo apreciablemente mayor en las mujeres (1147.9%) que en los varones (787.5%). El grupo con menor tasa lo constituyen las niñas menores de 10 años (365.2%) y el de mayor tasa las mujeres de 65 años y más (2392.1%).

La percepción de enfermedades crónicas aumenta claramente con la edad, siendo la tasa cinco veces mayor en el grupo etáreo más avanzado, que en los niños menores de 10 años. Esta tendencia es similar en ambos sexos y el predominio en las mujeres está presente en to-

$$\frac{\text{Tasa de percepción de enfermedades crónicas en varones de 65 años y más.}}{\text{N}^{\circ} \text{ de encuestados varones de 65 años y más}}$$

das las edades excepto en los menores de 10 años, donde la tasa de percepción es mayor en los varones (gráfico 6). La evidente asociación de la percepción de

enfermedades crónicas con la edad indica la gravitación de esta patología en la vejez y señala la conveniencia de usar tasas específicas por edad al considerar esta morbilidad.

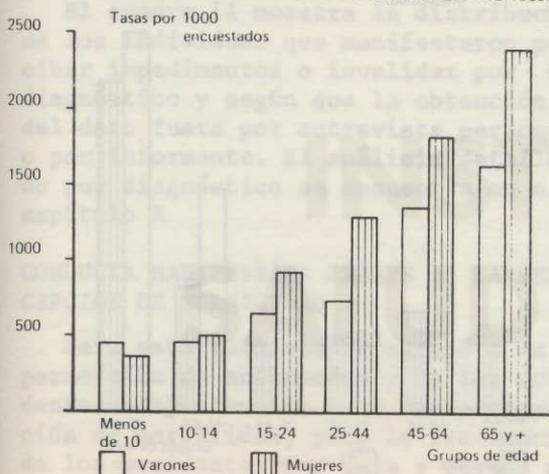
CUADRO 8

NUMERO DE PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES CRONICAS, SEGUN EL SEXO Y SEGUN QUE LA OBTENCION DEL DATO FUERA POR ENTREVISTA PERSONAL O POR INFORMANTE, DISTRIBUIDAS EN GRUPOS DE ENFERMEDADES ORDENADAS SEGUN FRECUENCIA.

Grupo de enfermedades	Personal			Informante			Total		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Ap.Digestivo.....	434	937	1371	114	58	172	548	995	1543
Nervios,Insomnio.	304	665	969	74	42	116	378	707	1085
Ap.Circulatorio....	240	562	802	65	56	121	305	618	923
Artrosis,Artritis y Reumatismo.....	228	474	702	43	36	79	271	510	781
Alérgicas.....	240	407	647	31	15	46	271	422	693
Ap. Respiratorio..	286	237	523	42	12	54	328	249	577
El resto (otras)....	152	220	372	40	21	61	192	241	433
Parasitarias.....	146	255	401	19	10	29	165	265	430
Diabetes.....	40	57	97	8	3	11	48	60	108
Genitourinarias....	12	51	63	7	2	9	19	53	72
Sistema Nervioso Central y Org.Sen-tidos.....	29	26	55	10	7	17	39	33	72
	2111	3893	6002	453	262	715	2564	4153	6717
	35.2	64.8	100.0	63.4	36.6	100.0	38.2	61.8	100.0

GRAFICO 6

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO. CIUDAD DE CORDOBA, REP. ARG. 1969.



El predominio de las percepciones en las mujeres concuerda con la tendencia ya observada a propósito de las afecciones agudas. A este respecto cabe discutir si ello refleja una realidad en cuanto a la morbilidad según el sexo o si a igual morbilidad las mujeres perciben más que los varones o, en definitiva, si la metodología y ejecución de la encuesta (por ejemplo, encuestadores de sexo femenino) permitió a las mujeres un mayor grado de exteriorización de sus percepciones.

IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ

El 3.3% de los encuestados manifestó percibir algún tipo de impedimento o invalidez (cuadro 9). Entre los varones la percepción fue mayor (3.8%) que en-

tre las mujeres (2.8%). Es interesante observar que, en ambos sexos, la proporción de los que percibieron esta morbilidad es muy superior en los encuestados por informante que en los entrevistados personalmente: 7.1% versus 3.2%

en los varones y 11.2% versus 2.4% en las mujeres. Esto es explicable si se piensa que varias categorías de impedidos (sordomudos, sordos, ciegos, retardados) son obviamente menos accesibles a la encuesta personal y pasan a engrosar el grupo de "por informante".

CUADRO 9

PERCEPCIONES DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN QUE LA ENCUESTA FUERA PERSONAL O POR INFORMANTE Y POR SEXO.

Percepción de impedimentos o invalidez	Personal			Informante			Total		
	Varon	Mujer	Total	Varon	Mujer	Total	Varon	Mujer	Total
Percibió.....	88	81	169	36	20	56	124	101	225
No percibió..	2658	3358	6016	473	158	631	3131	3516	6647
S.E.	1	1	2	-	-	-	1	1	2
Total	2747	3440	6187	509	178	687	3256	3618	6874
Porcentaje de los que percibieron	3.2	2.4	2.7	7.1	11.2	8.2	3.8	2.8	3.3

CUADRO 10

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ. RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO, POR 1000 ENCUESTADOS.

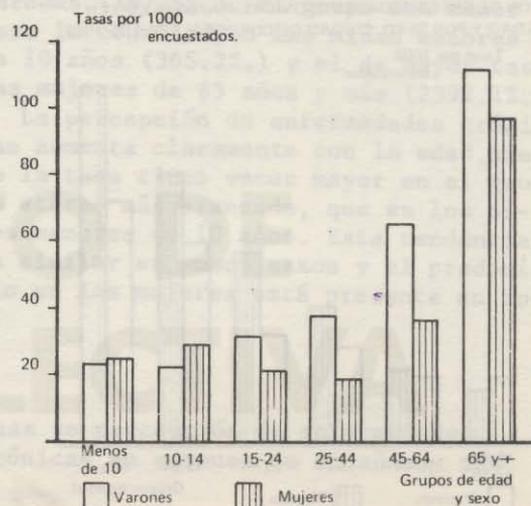
Grupos de edad	Varones	Mujeres	Total
- 10.....	23.6	25.0	24.3
10 - 14.....	22.6	29.3	25.9
15 - 24.....	31.6	21.6	26.2
25 - 44.....	37.4	19.5	28.0
45 - 64.....	65.3	36.6	49.4
65 y más.....	111.7	96.9	103.4
Total.....	40.8	29.9	35.0

El cuadro 10 provee las tasas de percepción de impedimentos o invalidez específicas por sexo y edad. La tasa para el total de la población encuestada es de 35.0%, siendo mayor en los varones (40.8%) que en las mujeres (29.9%), hecho consistente con la mayor proporción de varones que percibieron esta morbilidad. El análisis de las tasas por edad (gráfico 7) evidencia poca variabilidad en la prevalencia de las

percepciones hasta los 45-64 años de edad, grupo en que se incrementa el doble, con una nueva alza del 100% a los 65 y más años de edad. Esta tendencia es igualmente evidente en ambos sexos por separado.

GRAFICO 7.-

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ. RAZONES ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO POR 1000 ENCUESTADOS. CIUDAD DE CORDOBA. REP. ARG. 1969.



La diferencia mencionada entre los sexos (mayor tasa en los varones) comienza a notarse solamente a partir de los 15 años de edad. A menor edad la diferencia es inversa (mayor tasa en mujeres), aunque probablemente desprovista de significación. Resulta difícil de explicar el aumento con la edad de las percepciones, puesto que la mayoría de

estos padecimientos son congénitos o manifiestos en edad temprana y raramente progresivos. Cabe considerar la posibilidad de que la discutible incorporación de las "desviaciones de la columna" en el diagnóstico de "malformaciones" (el más numeroso) sea en parte responsable de esa tendencia.

CUADRO 11

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

Impedimento o invalidez	Personal			Informante			Ambos		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Malformaciones.....	28	27	55	2	2	4	30	29	59
Retardo Mental.....	15	19	34	6	5	11	21	24	45
Sordera.....	4	10	14	11	11	22	15	21	36
Parálisis.....	16	11	27	7	1	8	23	12	35
Falta de un miembro o parte de él.....	17	8	25	3	-	3	20	8	28
Heine Medin.....	4	5	9	4	-	4	8	5	13
Ceguera.....	3	2	5	5	1	6	8	3	11
Estrabismo.....	3	2	5	1	-	1	4	2	6
Sordomudez.....	-	-	-	2	3	5	2	3	5
Epilepsia.....	1	1	2	1	-	1	2	1	3
Total.....	91	85	176	42	23	65	133	108	241

El cuadro 11 muestra la distribución de los individuos que manifestaron percibir impedimentos o invalidez por diagnóstico y según que la obtención del dato fuera por entrevista personal o por informante. El análisis detallado por diagnóstico se encuentra en el capítulo E

CONDUCTA MANIFESTADA FRENTE A LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

Para este análisis se agrupó a la percepción de enfermedad y de los accidentes conjuntamente como una percepción de morbilidad, pues la frecuencia de los accidentes fue baja y porque no

se consideró esencial distinguir, en este caso, entre ambas circunstancias. De este modo se simplifica la opción a "percibieron" y "no percibieron" morbilidad.

A continuación se examina la actitud adoptada por quienes percibieron morbilidad con respecto a: 1. Consulta Médica; 2. Consumo de Medicamentos; y 3. Guardar Cama.

1. Consulta Médica (cuadro 12)

Del total de individuos que percibieron morbilidad (33.8% de la población encuestada), menos de un tercio (31%) consultó al médico en las dos úl

timas semanas. La proporción de consulta médica entre los que no percibieron

morbilidad fue, lógicamente, muy inferior: 3.6%.

CUADRO 12

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSULTARON AL MEDICO SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

A. VALORES ABSOLUTOS

Percepción de Morbilidad	Consulta médica				Total	
	Si		No		No.	o/o
	No.	o/o	No.	o/o		
Percibió.....	719	31.0	1604	69.0	2323	100.0
No percibió.....	165	3.6	4378	96.4	4543	100.0
Total.....	884	12.9	5982	87.1	6866*	100.0

B. PORCENTAJES DEL TOTAL

Morbilidad	Cons.	Méd.	Total
	Si	No	
Percibió.....	10.5	23.3	33.8
No percibió.....	2.4	63.8	66.2
Total.....	12.9	87.1	100.0

C. PORCENTAJES POR COLUMNA

Morbilidad	Cons.	Méd.	Total
	Si	No	
Percibió.....	81.3	26.8	33.8
No percibió.....	18.7	73.2	66.2
Total.....	100.0	100.0	100.0

Estas proporciones se reflejan en las características de la población que consultó al médico (cuadro 12 c): el 81.3% de ellos habían percibido morbilidad, circunstancia ausente en el 18.7% restante. En cambio, del total de quienes no consultaron al médico la relación es inversa: el 26.8% percibió y el 73.2% no percibió morbilidad.

La baja proporción de consulta médica entre quienes percibieron morbilidad puede deberse a diversos factores de índole económica y cultural u otros propios del padecimiento percibido. En otro nivel de análisis cabría discutir estas conductas de acuerdo con el diagnóstico de la afección.

2. Consumo de medicamentos (Cuadro 13)

El 75.6% de los individuos que percibieron morbilidad en las últimas dos semanas, consumió medicamentos, mientras que casi una cuarta parte no lo hizo. En

entre los que no percibieron, la relación es inversa, habiendo recibido medicación casi un 25% de ellos. Llama la atención la alta proporción de personas que se medicaron a pesar de no percibir morbilidad. En el total de la población encuestada la proporción de "consumidores" fue del 41.9%. De estos últimos, la mayoría (61%) corresponde a individuos que percibieron morbilidad, mientras que la inversa ocurre entre los que no consumieron.

En relación con la alta frecuencia del consumo de medicamentos, interesa señalar que un 69.3% de las personas que percibieron morbilidad y se medicaron, lo hicieron sin consultar al médico. La proporción de automedicación entre quienes no percibieron morbilidad es 23.5% (Tabla 7 del Anexo). En total, la tercera parte (35.7%) de los que consumieron medicamentos lo hicieron sin mediar consulta médica.

CUADRO 13.

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

A. CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN LA PERCEPCION.

Percepción de Morbilidad	Consumo de medicamentos				Total	
	Consumió		No consumió			
	No.	%	No.	%	No.	%
Percibió.....	1756	75.6	567	24.4	2323	100.0
No percibió.....	1121	24.7	3422	75.3	4543	100.0
Total.....	2877	41.9	3989	58.1	6866*	100.0

B. PORCENTAJES DEL TOTAL

Percepción de Morbilidad	Consumo de Medicamentos		Total
	Consumió	No Consumió	
Percibió.....	25.6	8.2	33.8
No percibió.....	16.3	49.9	66.2
Total.....	41.9	58.1	100.0

C. PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Percepción de Morbilidad	Consumo de Medic.		Total
	Consumió	No Consumió	
Percibió.....	61.0	14.2	33.8
No percibió.....	39.0	85.8	66.2
Total.....	100.0	100.0	100.0

CUADRO 14

PERCEPCION DE MORBILIDAD Y GUARDAR CAMA, ENTRE QUIENES SINTIERON LIMITADA SU ACTIVIDAD.

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

Percepción de Morbilidad	Guardaron cama				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Percibió.....	315	69.7	137	30.3	452	100.0
No percibió.....	6	35.3	11	64.7	17	100.0
Total.....	321	68.4	148	31.6	469	100.0

B. PORCENTAJE DEL TOTAL

Percepción de Morbilidad	Guardaron cama		Total
	Si	No	
Percibió.....	67.2	29.2	96.4
No percibió.....	1.2	2.4	3.6
Total.....	68.4	31.6	100.0

C. PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN GUARDARON CAMA O NO

Percepción de Morbilidad	Guardaron cama		Total
	Si	No	
Percibió.....	98.1	92.6	96.4
No percibió.....	1.9	7.4	3.6
Total.....	100.0	100.0	100.0

3. Guardar cama (Cuadro 14)

Como ya fue comentado más arriba, la pregunta sobre si guardaron cama se formuló sólo a quienes manifestaron haber sentido limitada su actividad en las últimas dos semanas. Por ello se presume que estas cifras subestiman los valores reales en una proporción imprecisa.

Poco más de dos tercios de quienes sintieron limitada su actividad, guardaron cama. De éstos, la casi totalidad (98%) había percibido morbilidad.

El cuadro 15 muestra las tasas de percepción de morbilidad de acuerdo con el nivel educacional de los perceptores (o de sus padres, en caso de menores de 15 años). Se observa que tanto para el total de los perceptores como para aquellos que respondieron personalmente, la tasa de percepción es mayor en aquéllos con menor instrucción.

CUADRO 15

NUMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (O/o) DE MORBILIDAD SEGUN NIVEL EDUCACIONAL.

Nivel Educativo	Perceptores Total	Tasas de percepción (O/o)	Perceptores s/declar.	Tasas de percep. decl.pers. (O/o)
Total.....	2325	33.8	1514	35.9
Sin instrucción y Prim. Incomp.....	877	36.1	585	39.9
Prim.Comp. y Secund. Incomp.....	1032	32.2	675	33.7
Secund.Completa y Univ.	387	33.2	253	34.2
N.F.I.	29	40.3	1	25.0

Las mismas tasas figuran en el cuadro 16 según nivel ocupacional de los perceptores. Las diferencias en percepción entre los distintos niveles ocupacionales son muy pequeñas aunque

parece entreverse una tendencia decreciente en percepción a medida que aumenta el nivel ocupacional. Una tendencia similar en relación con el nivel de ingreso per cápita se observa en las tasas de percepción según declaración personal (cuadro 17).

CUADRO 16

NUMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (O/o) DE MORBILIDAD SEGUN NIVEL OCUPACIONAL

Nivel Ocupacional	Perceptores Total	Tasas de Percepción (O/o)	Perceptores/declar.pers.	Tasas de percep. s/decl.pers. (O/o)
Total.....	2325	33.8	1514	35.9
1.....	408	33.0	249	36.8
2.....	491	31.5	241	31.9
3.....	357	33.4	216	36.2
4.....	165	30.1	91	33.8
5 y 6.....	117	31.6	50	31.8
N.F.I.	787	37.6	667	37.9

CUADRO 17

NUMERO DE PERCEPTORES Y TASAS DE PERCEPCION (O/o) DE MORBILIDAD SEGUN INGRESO PER-CAPITA.

Nivel de Ingreso Per-Capita	Perceptores Total	Tasas de percepción (O/o)	Perceptores/declar. personal	Tasas de perc.s/decl.pers. (O/o)
Total.....	2325	33.8	1514	35.9
1- 4.....	1089	33.9	649	37.3
5- 7.....	629	34.1	438	35.8
8- 11.....	506	33.0	366	33.8
N.F.I.	101	35.6	61	37.0

LO PERCIBIDO EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS

El análisis de este rubro está basado en las tasas de perceptores de morbilidad por cada 1000 encuestados para cada uno de los 13 diagnósticos en que se agruparon las percepciones. Como se explicó más arriba, un individuo que percibe morbilidad sólo figura una vez en cada grupo diagnóstico, pero puede figurar en otro/s grupo/s si hubiera percibido enfermedad también en otro aparato.

Para confeccionar las tasas se utilizó como numerador el número de perceptores correspondientes a cada grupo de enfermedad, tal como figura al pie del cuadro 18. El denominador está constituido, para los varones, por los 3256 hombres encuestados. Para las mujeres, por las 3618 encuestadas y para el total, por las 6874 personas de ambos sexos encuestadas.

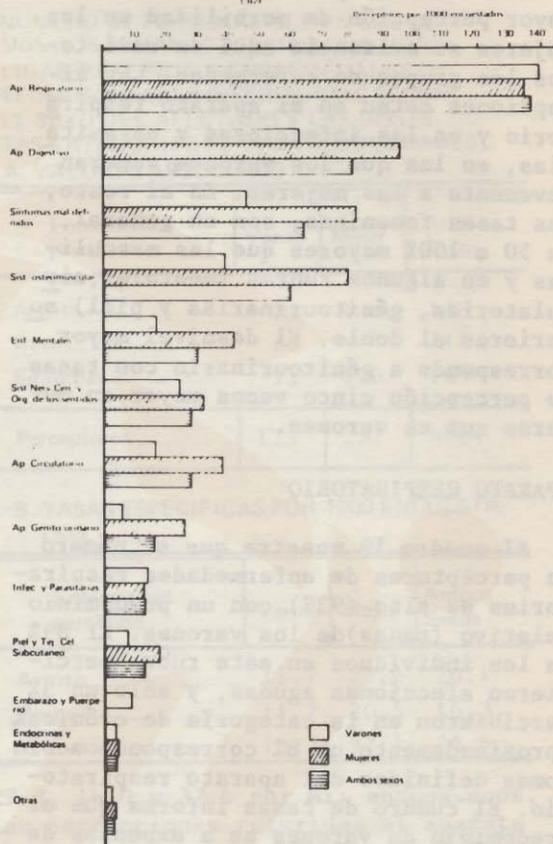
CUADRO 18

TASAS DE PERCEPTORES DE MORBILIDAD EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS POR CADA MIL ENCUESTADOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES SEGUN SEXO.

Grupo de enfermedades	Varones	Mujeres	Ambos Sexos
Ap. Respiratorio.....	139.1	134.3	136.6
Ap. Digestivo.....	62.3	94.8	79.4
Síntomas mal definid.	45.5	80.4	63.9
Enf. osteomusculares.	38.4	77.7	59.1
Enf. mentales.....	16.6	41.5	29.7
Sist. Nerv. Cent. y Org. de los Sentidos.....	24.0	31.2	27.8
Ap. Circulatorio.....	16.0	37.6	27.3
Ap. Genito-urinario...	5.2	25.2	15.7
Infec. y Parasitarias...	13.5	12.2	12.8
Piel y Tejido Celular Subcutáneo.....	7.7	17.1	12.7
Enf. del embarazo, parto y puerperio.....	-	8.3	-
Endoc. y Metabolismo	3.4	4.1	3.8
Otras enferm. no incluidas en categ. anter.	2.1	3.6	2.9

GRAFICO 8

PERSONAS QUE PERCIBEN MORBILIDAD EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDAD Y POR SEXO. TASAS POR 1000 ENCUESTADOS. CIUDAD DE CORDOBA, R.P. ARG. 1964



El cuadro 18 y el gráfico 8 muestran estas tasas por sexo y ordenadas según su frecuencia por diagnóstico. Las enfermedades más prevalentes son las que atañen al aparato respiratorio, con una tasa (136.6%), 80% mayor que la del grupo siguiente, mientras que las menos frecuentes son las endocrinas y metabólicas (3.8%) sin considerar al grupo de "otras". En este ordenamiento merecen destacarse dos observaciones: 1) la gran cantidad de percepciones que se manifiestan como síntomas mal definidos, que ocupan el tercer lugar en frecuencia, y 2) las enfermedades mentales, tradicionalmente subestimadas como productores de morbilidad, ocupan el quinto lugar en frecuencia, superando a percepciones neurológicas, circulatorias e infecciosas, entre otras.

La tendencia ya observada de una mayor percepción de morbilidad en las mujeres se evidencia aquí en casi todos los grupos de enfermedad. Las excepciones están en el aparato respiratorio y en las infecciosas y parasitarias, en las que los varones superan levemente a las mujeres. En el resto, las tasas femeninas, son en general, de 50 a 100% mayores que las masculinas y en algunos rubros (mentales, circulatorias, g \acute{e} nitourinarias y piel) superiores al doble. El desnivel mayor corresponde a g \acute{e} nitourinario con tasas de percepción cinco veces mayor en mujeres que en varones.

APARATO RESPIRATORIO

El cuadro 19 muestra que el número de perceptores de enfermedades respiratorias es alto (939) con un predominio relativo (tasas) de los varones. El 89% de los individuos en este rubro percibieron afecciones agudas, y sólo un 3% percibieron en la categoría de crónicas. Aproximadamente un 8% corresponde a síntomas definidos del aparato respiratorio. El cuadro de tasas informa que el predominio de varones es a expensas de la categoría de agudas, mientras que en crónicos y síntomas respiratorios las tasas son mayores en mujeres.

CUADRO 19

NÚMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO RESPIRATORIO DISTRIBUIDAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Agudas.....	409	426	835
Crónicas.....	14	25	39
Síntomas.....	35	44	79
Perceptores.....	453	486	939

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Agudas.....	125.6	117.7	121.5
Crónicas.....	4.3	6.9	5.7
Síntomas.....	10.7	12.2	11.5

El número total de percepciones del aparato respiratorio fue 953, lo que configura en la práctica un promedio de una percepción por individuo que percibió.

APARATO DIGESTIVO (cuadro 20)

El total de individuos que percibieron morbilidad referida al aparato digestivo fue de 546, con una relación de mujeres a varones de 1.7: 1. Esto se ve reflejado en las tasas por sexo que son un 50% mayores en mujeres que en varones. El total de percepciones del aparato digestivo fue de 580, es decir que el promedio de percepciones por individuo que percibió, es de 1.06.

CUADRO 20

NÚMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL APARATO DIGESTIVO DISTRIBUIDAS SEGUN EL SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES.

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Dentales.....	29	39	68
Esófago, Estómago y Duodeno.....	66	88	154
Hernia.....	5	5	10
Gastroenteritis.....	3	3	6
Trast. Funcion Intest.	10	14	24
Hígado.....	66	163	229
Resto.....	6	4	10
Síntomas.....	30	49	79
Perceptores.....	203	343	546

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS

Enfermedad percibida	Varon	Mujer	Ambos Sexos
Dentales.....	8.9	13.8	9.9
Esófago, Estómago y Duodeno.....	20.3	24.3	22.4
Hernia.....	1.5	1.4	1.5
Gastroenteritis.....	0.9	0.8	0.9
Trast. Función Intest...	3.1	3.9	3.5
Hígado.....	20.3	45.1	33.3
Resto.....	1.8	1.1	1.5
Síntomas.....	9.2	13.5	11.5

La discriminación por categorías de enfermedad revela que las percepciones referidas a hígado y tubo digestivo superior son las más frecuentes, siguiéndoles más lejos la percepción de síntomas y de problemas dentales. En estas cuatro categorías más frecuentes el predominio femenino es franco, siendo la tasa de más del doble en las percepciones referentes a hígado y vías biliares. Las categorías restantes son mucho menos frecuentes y basadas en pocos casos por lo que la proporción de sexos observada puede ser debida al azar.

ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES (cuadro 21)

El total de perceptores fue 406, con un total de percepciones de 460, lo que configura un promedio de 1.13 percepciones por individuo que percibió. El predominio femenino es franco y evidenciable en las tres categorías en que se agruparon las percepciones, aunque más notable en artritis, donde la tasa para mujeres es casi el triple de la de varones. La percepción de síntomas osteomusculares aparece como la más prevalente, siguiéndole la de artritis (de cualquier etiología) en segundo término.

APARATO CIRCULATORIO

El total de perceptores fue 188, de los cuales 52 fueron varones y 136 mujeres. Las tasas respectivas fueron:

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. A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varon	Mujer	Ambos Sexos
Artritis.....	33	100	133
Resto.....	33	74	112
Síntomas.....	53	116	169
Perceptores.....	125	281	406

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varon	Mujer	Ambos Sexos
Artritis.....	11.7	27.6	20.1
Resto.....	11.7	20.5	16.3
Síntomas.....	16.3	32.1	24.6

27.3, 16.0 y 37.6 por mil encuestados. Las percepciones referidas al aparato circulatorio ocupan el séptimo lugar por orden de frecuencia y en éstas también se observa un franco predominio femenino (más del doble).

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.

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Hipertensión.....	16	49	65
Arterioesclerosis.....	9	7	16
Enf. de las Venas y otras.....	10	41	51
Resto.....	13	32	45
Síntomas.....	7	13	20
Perceptores.....	52	136	188

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Hipertensión.....	4.9	13.5	9.5
Arterioesclerosis.....	2.8	1.9	2.3
Enf. de las venas y otras.....	3.1	11.3	7.4
Resto.....	4.0	8.8	6.5
Síntomas.....	2.1	3.6	2.9

Puede observarse en el cuadro 22 que la categoría más percibida fue la de hipertensión. Esta categoría incluye la hipertensión maligna, la hipertensión esencial benigna, enfermedad cardíaca hipertensiva y renal hipertensiva, siendo de presumir que la condición más frecuente en esta categoría es la de hipertensión esencial benigna. Las mujeres sobrepasan a los varones en frecuencia por casi tres veces. Le siguen las percepciones de enfermedades de las venas y otras, categoría que incluye varias afecciones, entre otras: embolia e infarto pulmonares, flebitis y tromboflebitis, flebotrombosis, várices y hemorroides. Acá también las tasas para mujeres son el triple de las de varones.

La arterioesclerosis (que incluye a demás manifestaciones arteriales del tipo de las embolias y trombosis, aneurismas, arteritis y arteriopatías periféricas) es la categoría menos percibida y es la única en la que los varones superan a las mujeres, aunque los números son muy pequeños.

ENFERMEDADES MENTALES

Esta categoría ocupa el quinto lugar en frecuencia de perceptores, reafirmando la importancia de una patología comúnmente subestimada como productora de síntomas de enfermedad.

El total de perceptores fue 204, con un neto predominio de mujeres de 3 a 1. Las tasas por mil encuestados fueron 29.7 (total), 16.6 (varones) y 41.5 (mu-

eres). La índole del problema que se trata puede contribuir a que estas cifras sean subestimaciones de la realidad. Puede observarse que más del 90% de las percepciones configuraron síntoma probabilidad de que un individuo se autodefiniera como neurótico, aunque sí admita la percepción de síntomas mentales. Además es imposible adjudicar ese diagnóstico por el solo análisis de las percepciones expresadas en la encuesta. Pero es muy probable que a una buena parte de los ubicados en "síntomas" les corresponda el diagnóstico de "neurosis". En ambas categorías el predominio femenino es notorio.

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.

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Psicosis.....	1	-	1
Neurosis.....	3	15	18
Síntomas.....	50	135	185
Perceptores.....	54	150	204

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Psicosis.....	0.3	-	0.1
Neurosis.....	0.9	4.1	2.6
Síntomas.....	15.4	37.3	26.9

La percepción fue atribuida a psicosis en un solo individuo. Esto es seguramente una subestimación por las siguientes razones: 1) es prácticamente imposible que un individuo se autocalifique como psicótico y muy difícil que se admita ese diagnóstico en un fami-

liar; 2) muchos de estos pacientes están institucionalizados por lo que no figuran en esta encuesta.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Este grupo de percepciones ocupa el sexto lugar en orden de frecuencia con un total de 191 perceptores (tasa : 27.8%) de los cuales 78 son varones (tasa: 24.0%) y 113 mujeres (tasa : 31.2%). El número total de percepciones (193) es casi igual al de perceptores, si bien aquí también existe un predominio femenino, éste no es tan marcado como en otras categorías.

CUADRO 24

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS DISTRIBUIDAS SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE LAS ENFERMEDADES.

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Epilepsia.....	1	-	1
Infec. Oculares.....	7	4	11
Oído.....	24	30	54
Resto de los sentidos..	11	14	25
Otras, ojos.....	10	10	20
Síntomas.....	25	57	82
Perceptores	78	113	191

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Epilepsia.....	0.3	-	0.1
Infec. Oculares.....	2.1	1.1	1.6
Oído.....	7.4	8.3	7.9
Resto de los sentidos..	3.4	3.9	3.6
Otras, ojos.....	3.1	2.8	2.9
Síntomas.....	7.7	15.8	11.9

Las percepciones más frecuentes son referidas a síntomas y oído, ambas con predominio femenino. Le siguen las infecciones oculares en su conjunto, en que son más frecuentes los varones.

El diagnóstico de epilepsia se registró en un solo caso, lo que impresiona como una subestimación en la que la connotación social de la enfermedad debe cumplir un papel.

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Las enfermedades de la piel ocupan el décimo lugar en frecuencia, con un total de 87 perceptores (tasa: 12.7%) y una tasa en mujeres de más del doble de la de varones (17.1 % y 7.7% respectivamente).

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.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Infecciones.....	-	8	8
Otras.....	25	54	79
Perceptores.....	25	62	87

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Infecciones.....	-	2.2	1.2
Otras.....	7.7	14.9	11.5

Puede observarse que las infecciones cutáneas contribuyen sólo en una pequeña proporción (10%) al total de percepciones de afecciones de la piel.

ENFERMEDADES GENITOURINARIAS

Esta categoría ocupa el octavo lugar en frecuencia, siendo el total de perceptores de 108 (tasa: 15.7%) con un marcada predominio femenino (91 mujeres, 17 varones, relación 5 a 1). Esta relación de sexos refleja la importancia de las percepciones referidas al aparato genital femenino, que ocupan el primer lugar en esta categoría, con poco más del tercio de las percepciones. En los otros dos subgrupos la relación de mujeres a varones es de aproximadamente 3 a 1.

CUADRO 26

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

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Génito urinaria.....	9	24	33
Genital femenino.....	-	39	39
Síntomas.....	8	29	37
Perceptores.....	17	91	108

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Génito urinaria.....	2.8	6.6	4.8
Genital femenino.....	-	10.8	5.7
Síntomas.....	2.5	8.0	5.4

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Un total de 88 individuos percibieron enfermedades infecciosas y parasitarias (tasa: 12.8%) ocupando esta categoría el noveno lugar en frecuencia. Las percepciones estuvieron igualmente distribuidas entre ambos sexos.

Las categorías de "enteritis" y "resto de enfermedades" suman tres cuartas partes de las percepciones, ambas aproximadamente con igual frecuencia. Les sigue, con un 12.5% de las percepciones, las enfermedades parasitarias. Estas, muy probablemente, están subestimadas dado que su cruso comúnmente proporciona poca sintomatología específica.

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

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Enteritis.....	19	16	35
Tuberculosis.....	-	1	1
Coqueluche.....	-	1	1
Sarampión.....	3	3	6
Hepatitis.....	-	1	1
Tripanosomiasis.....	1	1	2
Enf. Parasitarias.....	4	7	11
Resto.....	17	14	31
Perceptores.....	44	44	88

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Enteritis.....	5.8	4.4	5.1
Tuberculosis.....	-	0.3	0.1
Coqueluche.....	-	0.3	0.1
Sarampión.....	0.9	0.8	0.9
Hepatitis.....	-	0.3	0.1
Tripanosomiasis.....	0.3	0.3	0.3
Enf. Parasitarias.....	1.2	1.9	1.6
Resto.....	5.2	3.9	4.5

No se registró ninguna percepción de poliomielitis, de baja prevalencia en este medio. Hubo un caso de tuberculosis, otro de coqueluche y dos casos de tripanosomiasis. Es muy probable que estas afecciones estén subestimadas aquí. En particular, es conocida la alta prevalencia de la enfermedad de Chagas en la provincia de Córdoba y sería de esperar haber registrado más casos de esta afección aún en el área urbana. Las características de la historia natural de la infección hacen que para una evaluación real de su prevalencia sea necesario recurrir a estudios serológicos. Similares consideraciones caben para la tuberculosis y las encuestas tuberculínicas.

ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y DEL METABOLISMO

Estas afecciones aparecen como poco frecuentes, con un total de 26 perceptores (tasa: 3.8%). La diferencia entre sexos no parece significativa. El 80% de las percepciones corresponde a diabetes, con una similar distribución entre sexos.

La existencia de un solo caso de enfermedad de la nutrición indica seguramente la falta de valoración entre los encuestados del significado de la obesidad y la desnutrición como signos de enfermedad.

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.

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Tiroides.....	1	2	3
Diabetes.....	9	11	20
Nutrición.....	-	1	1
Resto.....	1	1	2
Perceptores.....	11	15	26

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Tiroides.....	0.3	0.6	0.4
Diabetes.....	2.8	3.0	2.9
Nutrición.....	-	0.3	0.1
Resto.....	0.3	0.3	0.3

OTRAS ENFERMEDADES

En este grupo se incluyen a los tumores, anemias, anomalías congénitas y problemas perinatales, todos ellos con bajas percepciones de morbilidad.

CUADRO 29

NUMERO DE PERSONAS QUE EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS PERCIBIERON MORBILIDAD REFERIDAS A OTRAS ENFERMEDADES SEGUN SEXO DEL AFECTADO Y LAS DISTINTAS ENFERMEDADES.

A. VALORES ABSOLUTOS

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Tumores.....	2	6	8
Anemias.....	2	6	8
Anomalías Congénitas	3	-	3
Morbilidad perinatal...	-	1	1
Perceptores.....	7	13	20

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Enfermedad percibida	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Tumores.....	0.6	1.7	1.2
Anemias.....	0.6	1.7	1.2
Anomalías Congénitas	0.9	-	0.4
Morbilidad perinatal..	-	0.3	0.1

SINTOMAS

Los cuadros 30, 31 y 32 muestran a las percepciones expresadas como síntomas. Estos han sido agrupados como: a) síntomas mal definidos, b) síntomas definidos y c) síntomas definidos expresados juntamente con otra enfermedad o síntomas definidos.

La calificación de bien o mal definidos surge de la factibilidad de reconocerles un número de código según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 8va. Revisión. Es decir, que si un síntoma puede codificarse según el órgano o según 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 el episodio con claridad, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, se codifican como mal definidos (debilidad, vejez, dolor de cabeza, etc.).

Por supuesto, que esto no desmerece, ni tampoco considera, que lo que aquí se llama mal definido resulta muchas veces ser claramente definido para quien lo sufre en cuanto a la intensidad, la duración y a otras características del malestar.

A. Síntomas mal definidos (cuadro 30)

Un total de 439 personas percibieron síntomas de enfermedad sin la suficiente definición como para agruparse alguna categoría específica. Esto da una tasa de 63.9 por mil encuestados y sitúa a este grupo en el tercero por orden de frecuencia, lo que indica que una considerable parte de la población percibe síntomas y no enfermedad específica e ilustra la importancia de considerar esta característica en los análisis de morbilidad.

Las mujeres superan a los varones en casi el doble (tasas respectivas: - 80.4 y 45.5 %). Esta categoría muestra una de las desproporciones más grandes entre percepciones (770) y perceptores (439), con un promedio de 1.7

percepciones por individuo, similar en ambos sexos. Esta característica parece ser propia de las percepciones vagas e inespecíficas en que un mayor número de síntomas definen un estado.

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.

A. VALORES ABSOLUTOS

Categorías	Varón	Mujer	Ambos Sexos	Porcentaje
Síntomas generales.....	49	66	115	14.9
Dolor de cabeza.....	68	199	267	34.7
Mal definidos (agotamiento, vejez, deb.)...	1	2	3	0.4
Otras (insuf. de la respir. y circulación...)	-	-	-	-
Resto.....	35	37	72	9.4
Sint. mal def. junto con otras enf. o sint.....	105	208	313	40.6
			(770)	100.0

Perceptores.....	148	291	439
------------------	-----	-----	-----

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Categorías	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Síntomas generales.....	15.0	18.2	16.7
Dolor de cabeza.....	20.9	55.9	38.8
Mal definidos (agotamiento, vejez, deb.).....	0.3	0.6	0.4
Otras (insuficiencia de la respir. y circ.).....	-	-	-
Resto.....	10.7	10.2	10.5
Sint. mal def. junto con otras enfer. o sint.....	32.2	57.5	45.5

El 40% de los síntomas mal definidos fueron percibidos junto con otras enfermedades o síntomas bien definidos (tasa: 45.5%). Le sigue en frecuencia la cefalea, que constituyó el 34.7% del total de síntomas, con una tasa de 38.8 perceptores por 1.000 encuestados. Tres veces más mujeres que varones perciben cefalea, lo que unido a la alta tasa del síntoma, indica que esta percepción es realmente más prevalente en el sexo femenino.

B. Síntomas definidos (cuadro 31)

Es útil recordar que estas percepciones son las que figuran como "síntomas" en los cuadros de cada aparato o sistema analizado anteriormente.

Del total de 651 percepciones, la categoría más frecuente es la de síntomas mentales, con un 28.4%. Le siguen los osteomusculares con poco más de una cuarta parte y luego tres categorías con similar frecuencia, 12%: sistema nervioso central, aparato digestivo y aparato respiratorio. Los síntomas genitourinarios y circulatorios son los menos frecuentes.

Es importante tener en cuenta que estas cifras no expresan por sí solas la frecuencia de la morbilidad en cada categoría sino que en realidad son función también de la proporción que, en cada categoría, la morbilidad es percibida como síntoma y no como enfermedad específica. Por ello, si se recuerda que más del 90% de la morbilidad mental (de por sí muy prevalente) fue expresado como síntomas (cuadro 23), no extraña que esta categoría ocupe el primer lugar entre el total de los síntomas. Como se comentó anteriormente, las razones por las que los trastornos mentales se perciben como síntomas y no como "enfermedad" (neurosis, psicosis) son seguramente varias y concomitantes, entre ellas: 1) la nosología de las enfermedades mentales está aún pobremente definida; 2) las personas son muy resistentes a aceptar que padecen una "enfermedad" mental aunque sí pueden admitir la presencia de "síntomas" tales como nerviosismo, angustias,

insomnio, etc.

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.

A. VALORES ABSOLUTOS

Grupo de Patología	Varón	Mujer	Ambos Sexos	Porcentaje
Mentales.....	50	135	185	28,4
Sist. Nerv. Cent.	25	57	82	12,6
Ap. Circulatorio.....	7	13	20	3,1
Ap. Respiratorio.....	35	44	79	12,1
Ap. Digestivo...	30	49	79	12,1
Ap. Genito-urinario.....	8	29	37	5,7
Osteomuscular.	53	116	169	26,0
			(651)	100,0

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Grupo de Patologías	Varón	Mujer	Ambos Sexos
Mentales.....	15.4	37.3	26.9
Sist. Nerv. Central.....	7.7	15.8	11.9
Ap. Circulatorio.....	2.1	3.6	2.9
Ap. Respiratorio.....	10.7	12.2	11.5
Ap. Digestivo.....	9.2	13.5	11.5
Ap. Genito-urinario.....	2.5	8.0	5.4
Osteomuscular.....	16.3	32.1	24.6

La alta frecuencia de síntomas osteomusculares refleja no sólo la prevalencia importante de esta morbilidad sino que una proporción alta (alrede-

dor del 40%) de las percepciones en este grupo se expresan como síntomas.

C. Síntomas definidos expresados juntamente con otra enfermedad definida (cuadro 32)

Acá se incluyen aquellos individuos que además de percibir una enfermedad definida, expresaron algún síntoma referido a esa categoría. En este grupo predomina el aparato respiratorio, con la mitad de las percepciones y le sigue el osteomuscular, con una cuarta parte. Ambos grupos de patología suelen producir una variedad de síntomas comúnmente percibidos en forma definida y expresados, entonces, además de la enfermedad (por ejemplo: tos, dolor articular, etc.).

La baja frecuencia en mentales concuerda con lo observado previamente de que es rara en este área la percepción de morbilidad como 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.

A. VALORES ABSOLUTOS

Grupo de Patologías	Varón	Mujer	Ambos Sexos	Porcentaje
Mentales.....	2	7	9	3.1
Sist. Nerv. Cen.	1	4	5	1.7
Aparato Circulatorio.....	1	8	9	3.1
Aparato Respiratorio.....	64	83	147	50.5
Aparato Digestivo.....	13	32	45	15.5
Aparato Génito-urinario.....	1	6	7	2.4
Osteomuscular.....	24	45	69	23.7
			(291)	100.0

B. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Grupo de Patologías	Varón	Mujer	Ambos Sexos.
Mentales.....	0.6	1.9	1.3
Sist. Nerv. Central.....	0.3	1.1	0.7
Aparato Circulatorio...	0.3	2.2	1.3
Aparato Respiratorio..	19.7	22.9	21.4
Aparato Digestivo.....	4.0	8.8	6.5
Aparato Génito-urinario.....	0.3	1.7	1.0
Osteomuscular.....	7.4	12.4	10.0

D. Enfermedades crónicas

Como ya fue comentado más arriba (cuadro 6) el 51.5% de los encuestados manifestó percibir alguna afección crónica. La percepción fue mayor en mujeres (56.5%) que en los varones (46.0%).

CUADRO 33

TASAS DE PERCEPTORES DE ENFERMEDADES CRONICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES, Y POR SEXO.

No. de Orden	Grupo de enfermedades	Varones	Mujeres	Total
Ap. Digestivo.....		168.3	275.0	224.5
Nerv. Ins. Ang. y Men.		116.1	195.4	157.8
Ap. Circulatorio.....		93.7	170.8	134.3
Art. Artritis y Reum.		83.2	141.0	113.6
Alérgicas.....		83.2	116.6	100.8
Ap. Respiratorio.....		100.7	68.8	83.9
El resto (otras).....		59.0	66.6	63.0
Parasitarias.....		50.7	73.2	62.6
Diabetes.....		14.7	16.6	15.7
Genitourinarias.....		5.8	14.6	10.5
Sist. Nerv. Cent. y Organos de los sentidos.		12.0	9.1	10.5

Se analizará ahora la percepción de los distintos grupos de enfermedades, crónicas, por sexo y edad. El cuadro - 33 y gráficos 9 y 10 muestran las tasas de perceptores, de enfermedades crónicas por mil encuestados en ambos sexos.

GRAFICO 9
PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES CRÓNICAS SEGUN SEXO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 EN CUESTADOS CIUDAD DE CORDOBA, REP. ARG. 1989

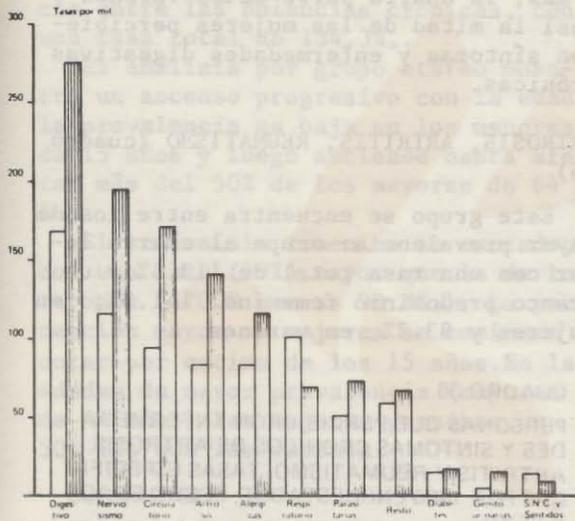
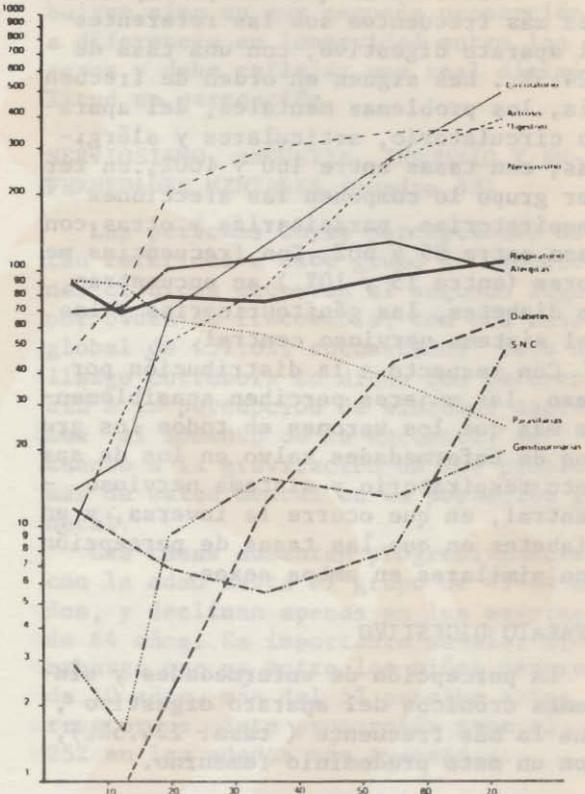


GRAFICO 10
PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD POR 1000 EN CUESTADOS SEGUN GRUPO DE ENFERMEDADES CIUDAD DE CORDOBA, REPUBLICA ARGENTINA. 1989



CUADRO 34

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD POR 1000 EN CUESTADOS SEGUN GRUPO DE ENFERMEDADES.

Grupo de enfermedades	Grupos de edad						Total
	- 10	10 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 y +	
1. Ap. Circulatorio.....	14,0	17,8	69,4	126,5	282,6	507,4	134,3
2. Ap. Respiratorio.....	89,1	68,1	79,4	76,0	95,5	108,4	83,9
3. Ap. Digestivo.....	48,6	81,0	207,4	298,3	344,1	364,5	224,5
4. Artrosis, Artritis y Reumatismo.....	10,3	29,2	53,2	88,7	279,4	396,6	113,6
5. Diabetes.....	0,7	-	2,3	12,2	43,7	64,0	15,7
6. Enfermedades Parasitarias.....	90,5	89,1	63,2	57,1	38,9	24,6	62,6
7. Enfermedades Genito-uritarias.....	2,9	1,6	9,3	15,8	13,0	19,7	10,5
8. Nerviosismo y Angustia, Insomnio y Mentales.....	55,2	72,9	153,4	176,4	259,1	246,3	157,8
9. S.N. C. y órganos de los sentidos....	11,8	9,7	6,9	5,6	8,1	49,3	10,5
10. Enfermedades alérgicas.....	69,2	72,9	103,3	111,7	130,4	98,5	100,8
11. Otras enfermedades crónicas.....	16,9	35,7	49,3	55,6	115,8	177,3	63,0

Puede verse que las percepciones más frecuentes son las referentes al aparato digestivo, con una tasa de 224.5%. Les siguen en orden de frecuencia, los problemas mentales, del aparato circulatorio, articulares y alérgicas, con tasas entre 160 y 100%. Un tercer grupo lo componen las afecciones respiratorias, parasitarias y otras, con tasa entre 85 y 60%. Con frecuencias menores (entre 15 y 10%) se encuentran la diabetes, las gènitourinarias y las del sistema nervioso central.

Con respecto a la distribución por sexo, las mujeres perciben sensiblemente más que los varones en todos los grupos de enfermedades salvo en los de aparato respiratorio y sistema nervioso central, en que ocurre la inversa, y en diabetes en que las tasas de percepción son similares en ambos sexos.

APARATO DIGESTIVO

La percepción de enfermedades y síntomas crónicos del aparato digestivo, fue la más frecuente (tasa: 224.5%), con un neto predominio femenino.

CUADRO 35.

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO DIGESTIVO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos.
de 10.....	48.6	48.6	48.6
10 - 14.....	77.4	84.7	81.0
15 - 24.....	144.8	261.5	207.4
25 - 44.....	217.9	371.7	298.3
45 - 64.....	284.9	391.8	344.1
65 y +.....	240.2	462.6	364.5
Total.....	168.3	275.0	224.5

En el cuadro 35 puede verse que la tasa aumenta progresivamente con la edad, siendo mínima (48.6%) en menores

de 10 años y máxima en 65 años y más (364.5%).

Esta tendencia está presente en ambos sexos, aunque en los varones declina algo en el grupo etáreo más avanzado. El predominio femenino ocurre en todas las edades salvo en los menores de 10 años, en que no hay diferencia entre sexos. Entre los encuestados de 65 años y más, la cuarta parte de los varones y casi la mitad de las mujeres percibieron síntomas y enfermedades digestivas crónicas.

ARTROSIS, ARTRITIS, REUMATISMO (cuadro 36)

Este grupo se encuentra entre los de mayor prevalencia: ocupa el cuarto lugar con una tasa total de 113.6% y un franco predominio femenino: 141.0% en mujeres y 83.2% en varones.

CUADRO 36.

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ARTROSIS, ARTRITIS Y REUMATISMO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
de 10.....	11.8	8.8	10.3
10 - 14 ...	22.6	35.8	29.2
15 - 24 ...	53.2	53.2	53.2
25 - 44....	60.9	114.1	88.7
45 - 64....	210.5	334.8	279.4
65 y + ..	284.9	484.6	396.6
Total.....	83.2	141.0	113.6

La frecuencia es baja en los menores de 10 años de edad (10.3%) y va aumentando progresivamente con la edad, siendo muy frecuente por encima de los 45 años (28% de los varones y casi la mitad de las mujeres).

Las mujeres perciben más que los varones en todos los grupos etáreos, salvo en los menores de 10 años en que hay un ligero predominio (probablemente no significativo) en varones.

APARATO CIRCULATORIO (cuadro 37)

Las personas que percibieron enfermedades crónicas del aparato circulatorio ocupan el tercer lugar en frecuencia entre las dolencias crónicas, con una tasa total de 134.3%.

El análisis por grupo etáreo muestra un ascenso progresivo con la edad: la prevalencia es baja en los menores de 15 años y luego asciende hasta afectar más del 50% de los mayores de 64 años.

El predominio femenino es marcado, con una tasa (90%) mayor que la de los varones (170.8 versus 93.7%). La percepción mayor en mujeres se comienza a notar por encima de los 15 años. En las edades de mayor prevalencia (mayores de 44 años) las mujeres perciben un 50% más que los varones.

CUADRO 37

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO CIRCULATORIO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
de 10....	20.6	7.4	14.0
10 - 14....	16.1	19.5	17.8
15 - 24....	48.3	87.6	69.4
25 - 44....	69.4	178.5	126.5
45 - 64....	221.4	331.9	282.6
65 y +....	391.1	599.1	507.4
Total.....	93.7	170.8	134.3

Por encima de los 64 años, casi el 40% de los varones y el 60% de las mujeres manifestaron percibir afecciones

circulatorias.

Estas diferencias no pueden atribuirse sino en muy pequeña proporción a diferencia en longevidad entre los sexos y debe reflejar una real disimilitud en percepción.

NERVIOSISMO, ANGUSTIA, INSOMNIO Y ENFERMEDADES MENTALES (cuadro 38)

Las personas cuyas percepciones están referidas a este grupo de afecciones crónicas ocuparon el segundo lugar por orden de frecuencia, con una tasa global de 157.8% encuestados. Este hallazgo corrobora lo dicho con referencia a la percepción de síntomas mentales al momento de la encuesta, en cuanto a la gravitación de los problemas de salud mental en la población general.

Las tasas aumentan progresivamente con la edad hasta el grupo de 45-64 años, y declinan apenas en los mayores de 64 años. Es importante señalar sin embargo que ya entre los niños menores de 10 años, más del 5% percibe estos trastornos. Esta proporción sube al 25% en las edades más avanzadas.

CUADRO 38

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL NERVIOSISMO, ANGUSTIA, INSOMNIO Y ENFERMEDADES MENTALES. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
de 10...	63.3	47.1	55.2
10 - 14.....	67.7	78.2	72.9
15 - 24.....	109.8	191.1	153.4
25 - 44.....	116.5	231.2	176.4
45 - 64.....	203.3	304.1	259.1
65 y +.....	150.8	321.6	246.3
Total.....	116.1	195.4	157.8

Las mujeres, nuevamente, son las que más perciben: 195.4%, contra 116.1% en varones. Esta tendencia comienza a evidenciarse a los 10-14 años (en menores de 10 años predominan los varones) pero se hace notoria en el grupo de 15-24 años para persistir en todas las edades subsiguientes, con percepciones aproximadamente del doble en mujeres.

ENFERMEDADES ALERGICAS (cuadro 39)

Este grupo ocupa el quinto lugar entre las percepciones crónicas, con una tasa total de 100.8%. La prevalencia aumenta con la edad hasta el grupo etáreo de 45-64 años, en que la tasa es casi el doble de la observada en menores de 10 años. A los 65 años y más hay un moderado descenso en la frecuencia.

El predominio femenino es discreto (116.6% versus 83.2% en los varones) y se presenta a partir de los 15 años de edad. Coincidentemente, mientras que en los varones la frecuencia no parece ser dependiente de la edad, las tasas aumentan progresivamente con la edad en las mujeres.

CUADRO 39

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE ALERGIA. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
- de 10....	79.5	58.9	69.2
10 - 14....	74.2	71.7	72.9
15 - 24....	89.8	114.9	103.3
25 - 44....	79.1	141.5	111.7
45 - 64....	92.6	160.8	130.4
65 y +....	83.8	110.1	98.5
Total.....	83.2	116.6	100.8

Al considerar la importante frecuencia de los trastornos alérgicos, es oportuno recordar que suele abusarse de este término no sólo por la profesión médica sino también por la población. Este hecho, unido a que aquí se trabaja con percepciones, que no necesariamente tienen un sustento mórbido real, inducen a considerar que en este rubro puede haber mayor disociación entre percepción y diagnóstico objetivo que en otras categorías.

APARATO RESPIRATORIO (cuadro 40)

La tasa para el total de encuestados fue 83.9 por mil y fue éste uno de los dos grupos de enfermedades en que los varones superaron a las mujeres en percepciones: 100.7 por mil versus 68.8 por mil.

CUADRO 40

PERSONAS QUE PERCIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL APARATO RESPIRATORIO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
- de 10....	106.0	72.2	89.1
10 - 14....	77.4	58.6	68.1
15 - 24....	101.5	60.3	79.4
25 - 44....	86.5	66.3	76.0
45 - 64....	123.4	73.1	95.5
65 y +....	122.9	96.9	108.4
Total.....	100.7	68.8	83.9

La tasa de perceptores por mil encuestados tiene oscilaciones según la edad aunque no existe una tendencia definida. La menor tasa, en ambos sexos, ocurre entre los 10 y 14 años de edad (varones: 77.4 por mil, mujeres: 58.6 por mil). La mayor tasa en los varones ocurre en los grupos de 45-64 años y

en el de 65 y más (123 por mil) y en las mujeres en el grupo etáreo más avanzado (96.9 por mil). El predominio masculino podría deberse en parte, al hábito de fumar que todavía es más frecuente en los varones. Esta explicación, desde ya, no sería válida para las edades de la niñez, en las que también predominan los varones.

ENFERMEDADES PARASITARIAS (cuadro 41)

En el octavo lugar en frecuencia figuran las enfermedades parasitarias con una tasa total de 62.6 por mil y un predominio femenino del 50% sobre los varones (73.2 por mil versus 50.7 por mil). La frecuencia de estas percepciones es mayor en los menores de 10 años (90.5 por mil) y va disminuyendo progresivamente a medida que avanza la edad, hasta llegar a la tasa mínima (24.6 por mil) a los 65 años y más. Esta tendencia se observa, en general, en ambos sexos, y las mujeres predominan sobre los varones en todas las edades salvo a los 65 años y más donde hay un ligero predominio masculino. El mayor desnivel entre sexos ocurre entre los 25 y los 44 años en que las mujeres superan en tres veces la tasa de los varones.

CUADRO 41

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE PARASITARIAS. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
de 10....	88.4	92.8	90.5
10 - 14....	74.2	104.2	89.1
15 - 24...	51.6	73.3	63.2
25 - 44...	28.8	82.9	57.1
45 - 64...	34.5	42.4	38.9
65 y +...	27.9	22.0	24.6
Total.....	50.7	73.2	62.6

DIABETES (cuadro 42)

Esta enfermedad crónica ocupa el 9º lugar en orden de frecuencia con una tasa total de 15.7 por mil encuestados. Las tasas son similares en ambos sexos y la diferencia probablemente no sea significativa (14.7 por mil en varones y 16.6 por mil en mujeres). La percepción es casi nula por debajo de los 25 años de edad, aumentando progresivamente en los grupos etáreos siguientes, especialmente en 45-64 años, y 65 años y más. Esta tendencia es similar en ambos sexos existiendo un ligero predominio femenino en todas las edades salvo en los menores de 15 años (en que las tasas son muy bajas o nulas) y en los 45-64 años en que la tasa de varones es un 20% mayor que la de mujeres.

Estas variaciones entre los sexos impresionan como debidas al azar.

CUADRO 42

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE DIABETES, TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
de 10....	1.5	-	0.7
10 - 14....	-	-	-
15 - 24....	-	4.3	2.3
25 - 44....	9.6	14.6	12.2
45 - 64....	49.0	39.5	43.7
65 y +....	61.5	66.1	64.0
Total.....	14.7	16.6	15.7

ENFERMEDADES GENITOURINARIAS (cuadro 43)

El 1% de los encuestados manifestó percepciones referidas al aparato genitourinario, categoría que ocupa el décimo lugar en frecuencia. Las mujeres percibieron casi tres veces más que

los varones (14.6 por mil y 5.8 por mil, respectivamente).

La prevalencia es muy baja en los niños y va aumentando a medida que avanza la edad. Esta tendencia del grupo total se observa asimismo en los varones con la particularidad de un salto brusco en frecuencia a los 65 años y más, reflejando probablemente los trastornos prostáticos, propios de esa edad. En mujeres, en cambio, se observa muy baja prevalencia en las niñas y un pico de frecuencia entre los 25 y 44 años indicando aquí la percepción de trastornos propios de la edad reproductiva de la mujer, además de incluir probablemente algunos casos de menopausia en las edades más avanzadas de este grupo.

CUADRO 43

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DE GENITO-URINARIAS. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
- de 10...	1.5	4.4	2.9
10 - 14....	3.2	-	1.6
15 - 24...	3.3	14.4	9.3
25 - 44...	6.4	24.4	15.8
45 - 64...	9.1	16.1	13.0
65 y +	22.3	17.6	19.7
Total.....	5.8	14.6	10.5

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS (cuadro 44)

Este grupo de enfermedades comparte la menor frecuencia con el de las ginecologías (tasa: 10.5 por mil) observándose un ligero predominio masculino: 12.0 por mil contra 9.1 por mil en mujeres. Las tasas por edad son gene-

ralmente bajas en todos los grupos etáreos salvo a los 65 años y más en que existe un importante pico de frecuencia en ambos sexos, aunque mayor en varones. En esta edad, seguramente los trastornos vasculares degenerativos (arterioesclerosis, trombosis y hemorragias cerebrales) son los de mayor importancia.

CUADRO 44.

PERSONAS QUE PERCIBIERON ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DE LOS SENTIDOS. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varón	Mujer	Ambos Sexos
- de 10...	14.7	8.8	11.8
10 - 14...	9.7	9.8	9.7
15 - 24..	6.7	7.2	6.9
25 - 44..	7.5	3.9	5.6
45 - 64..	9.1	7.3	8.1
65 y + ...	55.9	44.1	49.3
Total.....	12.0	9.1	10.5

OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS (cuadro 45)

Esta categoría incluye a los perceptores de algunos síntomas y síndromes crónicos no encuadrables en las categorías anteriores: hernias y eventraciones; enfermedades de las sangre y del sistema linfático; infecciosas no parasitarias; de la piel y celular subcutánea; de las glándulas endocrinas, inclusive bocio; nutrición y metabolismo; ojos, visión; hemorroides; cefalea; valores anormales de laboratorio; procedimientos instrumentales.

Este grupo es por lo tanto muy heterogéneo y constituye una miscelánea de afecciones, lo que hace difícil su análisis. Digamos, sí, que un total de 433 personas se hallan incluidas en es

te grupo, lo que comporta una tasa de 63 por mil encuestados. Del total de percepciones crónicas, un 6.4% correspondieron a esta categoría, lo que significa que sólo una proporción pequeña no pudo ser incluida en alguno de los 10 grupos principales de enfermedades.

CUADRO 45

PERSONAS QUE PERCIBIERON OTRAS ENFERMEDADES Y SINTOMAS CRONICOS. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS, SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad	Perceptores por 1000 encuestados		
	Varon	Mujer	Ambos Sexos
- de 10....	17.7	16.2	16.9
10 - 14....	32.3	39.1	35.7
15 - 24....	46.6	51.7	49.3
25 - 44....	49.1	61.5	55.6
45 - 64....	112.5	118.4	115.8
65 y +	189.9	167.4	177.3
Total.....	59.0	66.6	63.0

E. Impedimentos o Invalidez

Se registraron un total de 241 percepciones correspondientes a impedimentos o invalidez en la población encuestada, lo que da una tasa de 35 por mil. El total de perceptores fue 225, con un promedio de 1.07 percepciones por individuo.

Como ya se comentó anteriormente (cuadro 9) la percepción de esta patología predomina en varones: 3.8% de los varones contra 2.8% de las mujeres que percibieron (tasas de percepción: 40.8 y 29.9 por mil encuestados, respectivamente). La discriminación por tipo de impedimento (cuadro 11) muestra que el más frecuente corresponde a malformaciones (59) con una tasa de 8.6 por mil.

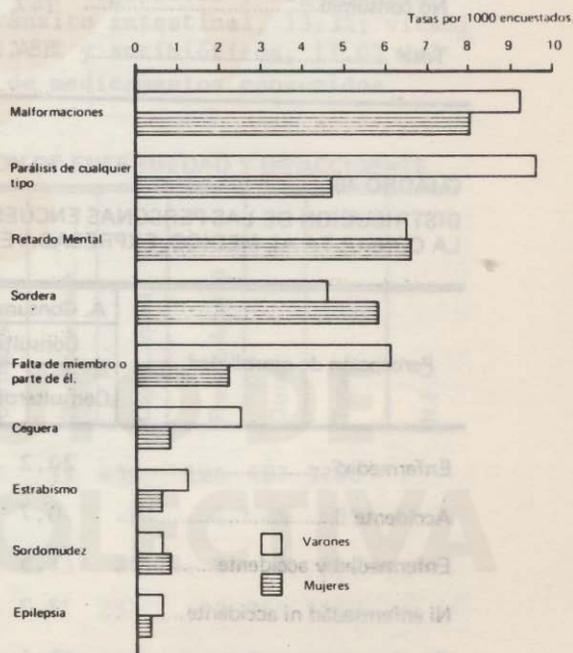
CUADRO 46

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

Impedimento	Varones	Mujeres	Ambos Sexos
Malformaciones.....	9.2	8.0	8.6
Parálisis.Cualquier tipo (incluida Secuela H.Medin).....	9.5	4.7	7.0
Retardo Mental.....	6.4	6.6	6.5
Sordera.....	4.6	5.8	5.2
Falta de un miembro o parte de él.....	6.1	2.2	4.1
Ceguera.....	2.5	0.8	1.6
Estrabismo.....	1.2	0.6	0.9
Sordomudez.....	0.6	0.8	0.7
Epilepsia.....	0.6	0.3	0.4
Todos los impedimentos	40.8	29.8	35.0

GRAFICO 11

IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN SEXO. TASAS ESPECIFICAS POR 1000 ENCUESTADOS. CIUDAD DE CORDOBA. REP. ARG. 1969



Es menester, tener en cuenta que categoría no es restrictiva de las anomalías congénitas sino que incluye también a las deformidades de columna, de aparición a cualquier edad. El orden de frecuencia decreciente puede observarse en el cuadro 46 y gráfico 11, donde también se constata predominio masculino en malformaciones, parálisis, falta de un miembro, ceguera, estrabismo y epilepsia. Lo inverso ocurre en sordera y sordomudez, mientras que no

hay diferencia en retardo mental.

Huelga decir que los números sobre los cuáles están basadas las tasas son muy pequeñas y que muchas diferencias pueden deberse simplemente al azar.

F. Características de la población que consumió medicamentos.

Como se vio más arriba (cuadro 13), el 41.9% de la población encuestada consumió algún tipo de medicamentos.

CUADRO 47

DISTRIBUCION DE PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMIERON MEDICAMENTOS SEGUN CONSULTA MEDICA.

Consumo de medicamentos	Consulta Médica				Total	
	Consultó		No Consultó			
	No.	%	No.	%	No.	%
Consumió.....	737	25.6	2140	74.4	2877	100.0
No consumió.....	147	3.7	3842	96.3	3989	100.0
Total	884	12.9	5982	87.1	6866	100.0

CUADRO 48

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD Y LA CONSULTA AL MEDICO, EXPRESADA EN PORCENTAJES DEL TOTAL

Percepción de morbilidad	A. Consumieron medicamentos			B. No consumieron medicamentos		
	Consulta médica		Total %	Consulta médica		Total %
	Consultaron	No Consultaron		Consultaron	No Consultaron	
Enfermedad	20.2	35.6	55.8	1.6	10.8	12.4
Accidente	0.7	1.2	1.9	0.2	1.2	1.4
Enfermedad y accidente	1.5	1.8	3.3	0.1	0.4	0.5
Ni enfermedad ni accidente	3.2	35.8	39.0	1.8	83.9	85.7
Total	25.6	74.4	100.0	3.7	96.3	100.0

Al distinguir en la población encuestada los tipos de percepción de morbilidad (enfermedad y/o accidente) y los que no percibieron (cuadro 48) se observa que, del total de los que consumieron medicamentos, un 56% percibió enfermedad, un 2% accidente, un 3% ambos, y un 39% no percibió morbilidad (gráfico 12). Además puede verse que sólo el 25% de los que consumieron medicamentos consultaron al médico. Algo

más de un tercio de los que percibieron enfermedad, otro tanto de los que percibieron accidente, casi la mitad de los que percibieron enfermedad y accidente, y menos del 10% de los que no percibieron morbilidad, consultaron al médico.

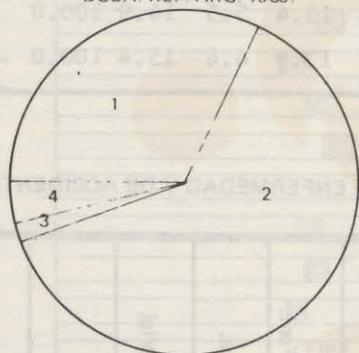
TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

El total de medicamentos consumidos (agrupados en 12 tipos, en cada uno de los cuales no puede figurar más de un medicamento por persona) fue 5223 (cuadro 49). El 62.5% de este total fue consumido por quienes percibieron enfermedad, el 1.6% por quienes refirieron haber sufrido accidentes, el 4% por aquéllos que percibieron enfermedad y accidente, y un 31.9% por quienes manifestaron haber estado sanos (cuadro 51).

Entre quienes percibieron enfermedad el tipo de medicamentos más utilizado fueron los analgésicos (25.3% del total). Siguen en frecuencia "otros" con 14.9%, digestivos y reguladores del tránsito intestinal, 13.3%; vitaminas, 12.3% y antibióticos, 11.0% del total de medicamentos consumidos.

GRAFICO 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD Y ACCIDENTE. CIUDAD DE CORDOBA, REP. ARG. 1969.



1. No percibió enfermedad ni accidente.
2. Enfermedad.
3. Accidente.
4. Accidente y enfermedad.

CUADRO 49.

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTE

Percepción de Morbilidad	Vitaminas	Antibióticos	Expectorantes	Analgésicos	Reg. de Apetito	Sedante	Insulina	Corticoides	Hormonas Fem.	Digest. Intest.	Presión Arterial	Otros	Total	N.F.I.
Enfermedad....	401	359	271	826	57	224	9	33	33	434	126	487	3260	
Accidente.....	10	9	1	27	1	5	-	1	-	5	1	25	85	
Enf. y Accid...	23	24	9	48	5	11	1	5	3	30	8	43	210	
Ni Enf. ni Acc.	335	60	59	411	43	133	4	4	21	257	92	249	1668	
Total.....	769	452	340	1312	106	373	14	43	57	726	227	804	5223	

CUADRO 50.

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTES. PORCENTAJE SEGUN LA PERCEPCION

Percepción de Morbilidad	Vitaminas	Antibióticos	Expectorantes	Analgésicos	Reg. de Apetito	Sedante	Insulina	Corticoides	Hormonas Fem.	Digest. Intest.	Presión Arterial	Otros	Total	N.F.I.
Enfermedad.....	12.2	11.0	8.1	25.1	1.8	6.8	0.3	1.1	1.0	13.4	3.9	15.3	100.0	
Accidente.....	11.2	11.2	3.4	25.4	2.0	5.4	0.3	2.0	1.0	11.9	3.1	23.1	100.0	
Ni Enf. ni Acc.	20.1	3.6	3.5	24.7	2.6	8.0	0.2	0.2	1.3	15.4	5.5	14.9	100.0	
Total.....	14.7	8.6	6.5	25.2	2.0	7.1	0.3	0.8	1.1	13.9	4.4	15.4	100.0	

CUADRO 51

TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS SEGUN LA PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y DE ACCIDENTES. PORCENTAJES SEGUN EL TIPO DE MEDICAMENTO

Percepción de Morbilidad	Vitaminas	Antibióticos	Expectorantes	Analgésicos	Reg. de Apetito	Sedantes	Insulina	Corticoides	Hormonas Fem.	Digest. Intest.	Presión Arterial	Otros	Total
Enfermedad.....	52.1	79.4	79.7	62.9	53.8	60.1	64.3	76.8	57.9	59.8	55.5	60.6	62.5
Accidente.....	1.3	2.0	0.3	2.1	0.9	1.3	-	2.3	-	0.7	0.4	3.1	1.6
Enf. y Accid.....	3.0	5.3	2.6	3.7	4.7	2.9	7.1	11.6	5.3	4.1	3.5	5.3	4.0
Ni Enf. ni Accid.	43.6	13.3	17.4	31.3	40.6	35.7	28.6	9.3	36.8	35.4	40.6	31.0	31.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Los tipos de medicamentos más consumidos por los accidentados fueron, en orden de frecuencia de su porcentaje - del total, los siguientes: analgésicos 31.7%; "otros", 29.3%; vitaminas, 11.8%; antibióticos, 10.6%; sedantes, 5.9%.

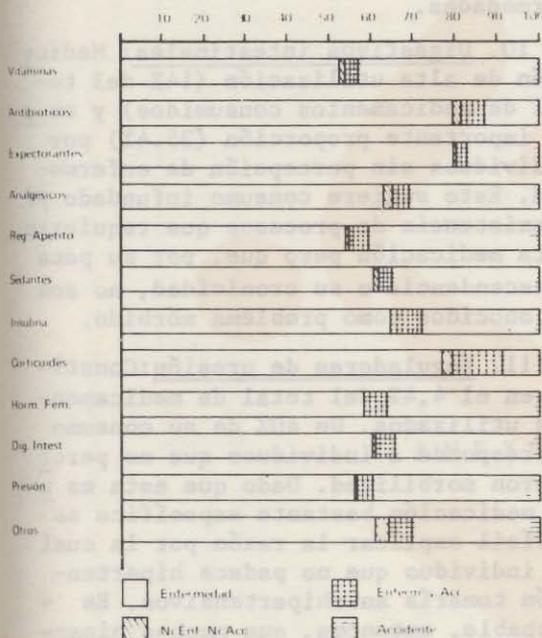
Puede verse que los tipos de medicamentos más consumidos por quienes no percibieron ni enfermedad ni accidente

fueron, en orden de frecuencia según el porcentaje del total: analgésicos, 24.7%; vitaminas, 20.1%; digestivos y reguladores intestinales, 15.4% y "otros", 14.9%.

La medicación más frecuentemente utilizada en todos los grupos fueron los analgésicos, correspondiendo a una cuarta parte del total de medicamentos.

La siguiente medicación más consumida fue "otros" en quienes percibieron morbilidad de cualquier tipo y las vitaminas entre quienes no percibieron morbilidad.

GRÁFICO 13
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONSUMO DE CADA TIPO DE MEDICAMENTO, SEGÚN EL CONSUMIDOR HUBIERA PERCIBIDO ENFERMEDAD, ACCIDENTE O NINGUNA DE LAS TRES, TABLA DE TOMAS DE SEMANAS, CIUDAD DE CORDOBA, REP. ARG. 1968



Si examinamos ahora el peso relativo de cada grupo de encuestados con respecto a su percepción, en cada tipo de medicamento (cuadro 50) vemos que:

1. Vitaminas: (14.7% del total de medicamentos). Más de la mitad (56.5%) de los que consumieron vitaminas habían percibido enfermedad, mientras que una importante proporción (43.5%) no percibió morbilidad de ningún tipo. Este último hallazgo era esperable dada la gran difusión y predicamento que tiene este tipo de medicación (tanto entre el público como en los médicos) como contribuyente al bienestar y a la salud, sobre todo en la edad infantil, malgrado su eventual significado.

2. Antibióticos: (8.6% del total de

medicamentos). La gran mayoría (86.7%) de los que consumieron antibióticos había percibido morbilidad, principalmente enfermedad (80%). Llama la atención que el 13.3% restante en esta categoría corresponda a individuos que no percibieron morbilidad alguna. Es de suponer que muchos de ellos se automedicaron con preparaciones antibióticas por afecciones banales que no requirieron consulta médica, y en los que esta medicación seguramente era inoperante.

3. Expectorantes: (6.5% del total de medicamentos). Un 82.6% del consumo de expectorantes corresponde a quienes percibieron enfermedad, mientras que el 17.4% fue consumido por quienes no percibieron ningún tipo de morbilidad.

4. Analgésicos: (25.2% del total de medicamentos). Dos tercios del total de analgésicos fue consumido por quienes percibieron morbilidad y el tercio restante por quienes no percibieron. Esta medicación fue la que más se consumió, puede atribuirse a que el dolor constituye uno de los síntomas más comunes de muchas enfermedades. Entre quienes no manifestaron percibir enfermedad, el consumo puede deberse a un hábito cultural o a percepciones mórbidas que no tuvieron gran repercusión y que por ello no fueron manifestadas en la encuesta.

5. Reguladores del apetito: (2% del total de medicamentos). Una alta proporción de quienes consumieron esta medicación (40.6%) manifestaron no percibir morbilidad. Es muy probable que los estados que inducen a su administración (tendencia a la obesidad, deseo de rebajar de peso), no son considerados como enfermedad.

6. Sedantes: (7.1% del total de medicamentos consumidos). Algo más del tercio (35.7%) del consumo correspondió a quienes manifestaron no percibir enfermedad ni accidente. En este grupo deben existir muchos individuos que padecen tensiones emocionales y ansiedad y que recurren a sedantes, sin por ello admitir a terceros (o admitirse a

sí mismos) la percepción de ese estado. Este elemento haría pensar, entonces, que la cifra de estados mentales obtenida por la encuesta subestima su frecuencia real.

7. Insulina: Es la medicación menos consumida: 0.3% del total de medicamentos. Esto es lógico si se piensa que, a diferencia de los demás grupos, es una droga única y dirigida hacia una sola enfermedad: la diabetes. Por eso llama la atención que el 28.6% de su consumo sea por individuos que manifestaron no percibir morbilidad. Dado que sería inexplicable la utilización de insulina por nadie que no sea diabético, es de suponer que una determinada proporción de individuos con esta afección tiende a no valorar su estado (y, en cierta medida su modo de vida) crónico, como una real enfermedad.

8. Corticoesteroides: La proporción de su utilización es baja: 0.8% del total de medicamentos consumidos. En este tipo se observa la menor proporción de consumos entre quienes no percibieron morbilidad (9.3%). Aún así, el hecho de que casi uno de cada diez individuos que reciben corticoesteroides no manifieste enfermedad alguna, es un motivo de alerta, tanto más cuanto que es una medicación no exenta de efectos

nocivos secundarios.

9. Hormonas femeninas: Son de bajo consumo (1.1% del total de medicamentos utilizados) y más de un tercio utilizado por quienes no perciben enfermedad. Algunas indicaciones de esta medicación (ciclos menstruales irregulares, contracepción, menopausia) pueden, en efecto, no ser percibidas como enfermedades.

10. Digestivos intestinales: Medicación de alta utilización (14% del total de medicamentos consumidos) y en una importante proporción (35.4%) por individuos sin percepción de enfermedad. Esto sugiere consumo infundado y/o existencia de procesos que requieren esta medicación pero que, por su poca trascendencia o su cronicidad, no son reconocidos como problema mórbido.

11. Reguladores de presión: Constituyen el 4.4% del total de medicamentos utilizados. Un 40% de su consumo corresponde a individuos que no percibieron morbilidad. Dado que esta es una medicación bastante específica es difícil explicar la razón por la cual un individuo que no padece hipertensión tomaría antihipertensivos. Es probable, entonces, que muchos hipertensos no se consideren "enfermos"

Tabla 1

CONSTITUCIONALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL DE EDUCACION Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA (FRENTE LEY 1)

Categoría	Nivel Ocupacional						Total	
	1	2	3	4	5	6		
Total	112034,3	105081,6	203474,3	203096,4	176636,6	213227,4	61790,0	167665,9
Medios	6910	65936	187434	105958	20479	47804	1436	90132
Comerciales	75953,0	10181,2	43739,9	26866,0	18626,6	20527,4	8958,0	19606,8
Industriales	70516,2	6606,6	95167	13339,6	13666,0	7153,8	250,0	15930,9
Profesionales	2580	2790	2572	60	10084	10713	2880	12116
Administrativos	9048	25428	30	30	31624	5602	8840	18148
Pequeños	3146	12090	60	60	1300	1170	2600	11432

ANEXO TABLAS

Tabla 2
 CONSTITUCIONALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL DE EDUCACION DEL JEFE DE LA FAMILIA (FRENTE LEY 1)

Categoría	Nivel Educativo							
	Total	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	Total
Total	112034,3	28455,8	160276,7	33629,2	246211,2	9200,0	70411,9	93149,9
Medios	90132	28262	16633	15450	10909	41019	4240	28621
Comerciales	19606,8	7246,8	6120,8	13029,2	2377,4	1686,8	1040,2	7500,0
Industriales	15930,9	111,0	8549,3	1333,3	1966,9	1196,1	1237,4	8000,0
Profesionales	12116	824	23730	2086	1218	346	520	827
Administrativos	18148	1040	13492	6418	2614	316	946	2500
Pequeños	11432	4	10020	1940	343	300	230	1170

TABLA 1

PERCEPCION DE MORBILIDAD SEGUN RESPUESTA PERSONAL O POR INFORMANTE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Grupos de Edad y Sexo	Personal						Informante						Total						
	Enferm.	Accid.	Enfer. y accid.	Ni enf. ni accid.	SE	Total	Enferm.	Acc.	Enf. y accid.	Ni enf. ni accid.	SE	Total	Enferm.	Accid.	Enf. y accid.	Ni enf. ni accid.	SE	Total	
- de 10	Varon	232	12	13	422	-	679	-	-	-	-	-	232	12	13	422	-	679	
	Mujer	185	7	13	474	-	679	-	-	-	-	-	185	7	13	474	-	679	
	Total	417	19	26	896	-	1358	-	-	-	-	-	417	19	26	896	-	1358	
10 - 14	Varon	53	8	1	248	-	310	-	-	-	-	-	53	8	1	248	-	310	
	Mujer	60	6	2	239	-	307	-	-	-	-	-	60	6	2	239	-	307	
	Total	113	14	3	487	-	617	-	-	-	-	-	113	14	3	487	-	617	
15 - 24	Varon	105	23	8	334	-	470	31	3	1	96	-	131	136	26	9	430	-	601
	Mujer	207	6	13	413	-	639	18	-	-	39	-	57	225	6	13	452	-	696
	Total	312	29	21	747	-	1109	49	3	1	135	-	188	361	32	22	882	-	1297
25 - 44	Varon	171	14	11	508	-	704	50	6	3	173	-	232	221	20	14	681	-	936
	Mujer	342	9	15	616	-	982	18	-	-	25	-	43	360	9	15	641	-	1025
	Total	513	23	26	1124	-	1686	68	6	3	198	-	275	581	29	29	1322	-	1961
45 - 64	Varon	124	5	8	302	-	439	27	2	2	81	-	112	151	7	10	383	-	551
	Mujer	267	9	13	359	-	648	19	-	-	17	-	36	286	9	13	376	-	684
	Total	391	14	21	661	-	1087	46	2	2	98	-	148	437	16	23	759	-	1235
65 y +	Varon	54	-	-	91	-	145	15	-	-	19	-	34	69	-	-	110	-	179
	Mujer	101	-	9	75	-	185	23	-	1	18	-	42	124	-	10	93	-	227
	Total	155	-	9	166	-	330	38	-	1	37	-	76	193	-	10	203	-	406
S. Esp.		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	Varon	739	62	41	1905	-	2747	123	11	6	369	-	509	862	73	47	2274	-	3256
	Mujer	1162	37	65	2176	-	3440	78	-	1	99	-	178	1240	37	66	2275	-	3618
	Total	1901	99	106	4081	-	6187	201	11	7	468	-	687	2102	110	113	4549	-	6874

TABLA 2
PERCEPCIONES DE ENFERMEDADES CRONICAS SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO

Grupos de Edad y Sexo		Ap. Circulatorio	Ap. Respiratorio	Ap. Digestivo	Artritis	Diabetes	Parasitarias	Genito-uritarias	Nerviosas	SNC y sentidos	Alérgicas	Otras	Total
- de 10	Varones	14	72	33	8	1	60	1	43	10	54	12	308
	Mujeres	5	49	33	6	-	63	3	32	6	40	11	248
	Total	19	121	66	14	1	123	4	75	16	94	23	556
10 - 14	Varones	5	24	24	7	-	23	1	21	3	23	10	141
	Mujeres	6	18	26	11	-	32	-	24	3	22	12	154
	Total	11	42	50	18	-	55	1	45	6	45	22	295
15 - 24	Varones	29	61	87	32	-	31	2	66	4	54	28	394
	Mujeres	61	42	182	37	3	51	10	133	5	80	36	640
	Total	90	103	269	69	3	82	12	199	9	134	64	1034
25 - 44	Varones	65	81	204	57	9	27	6	109	7	74	46	685
	Mujeres	183	68	381	117	15	85	25	237	4	145	63	1323
	Total	248	149	585	174	24	112	31	346	11	219	109	2008
45 - 64	Varones	122	68	157	116	27	19	5	112	5	51	62	744
	Mujeres	227	50	268	229	27	29	11	208	5	110	81	1245
	Total	349	118	425	345	54	48	16	320	10	161	143	1989
65 y +	Varones	70	22	43	51	11	5	4	27	10	15	34	292
	Mujeres	136	22	105	110	15	5	4	73	10	25	38	543
	Total	206	44	148	161	26	10	8	100	20	40	72	835
Total	Varones	305	328	548	271	48	165	19	378	39	271	192	2564
	Mujeres	618	249	995	510	60	265	53	707	33	422	241	4153
	Total	923	577	1543	781	108	430	72	1085	72	693	433	6717

TABLA 3

PERCEPCION DE ENFERMEDADES CRONICAS. TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y POR SEXO POR 1000 ENCUESTADOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMEDADES.

Grupo de enfermedades	Grupos 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. Ap. Circulatorio.....	20.6	7.4	16.1	19.5	48.3	87.6	69.4	178.5	221.4	331.9	391.1	599.1	93.7	170.8	134.3
2. Ap. Respiratorio.....	106.0	72.2	77.4	58.6	101.5	60.3	86.5	66.3	123.4	73.1	122.9	96.9	100.7	68.8	83.9
3. Ap. Digestivo.....	48.6	48.6	77.4	84.7	144.8	261.5	217.9	371.7	284.9	391.8	240.2	462.6	168.3	275.0	224.5
4. Artrosis, Artritis, y Reumatismo.....	11.8	8.8	22.6	35.8	53.2	53.2	60.9	114.1	210.5	334.8	284.9	484.6	83.2	141.0	113.6
5. Diabetes.....	1.5	-	-	-	-	4.3	9.6	14.6	49.0	39.5	61.5	66.1	14.7	16.6	15.7
6. Enfermedades Parasitarias.....	88.4	92.8	74.2	104.2	51.6	73.3	28.8	82.9	34.5	42.4	27.9	22.0	50.7	73.2	62.6
7. Enfermedades Genito-urinarias.....	1.5	4.4	3.2	-	3.3	14.4	6.4	24.4	9.1	16.1	22.3	17.6	5.4	14.6	10.5
8. Nerviosismo y Angustia, Insomnio y Mentales.....	63.3	47.1	67.7	78.2	109.8	191.1	116.5	231.2	203.3	304.1	150.8	321.6	116.1	195.4	157.8
9. S.N.C. y órganos de los sentidos.....	14.7	8.8	9.7	9.8	6.7	7.2	7.5	3.9	9.1	7.3	55.9	44.1	12.0	9.1	10.5
10. Enfermedades alérgicas.....	79.5	58.9	74.2	71.7	89.8	114.9	79.1	141.5	92.6	160.8	83.8	110.1	83.2	116.6	100.8
11. Otras enf. crónicas	17.7	16.2	32.3	39.1	46.6	51.7	49.1	61.5	112.5	118.4	189.9	167.4	59.0	66.6	63.0

TABLA 4

NUMERO DE PERCEPCIONES DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO.

Grupos de Edad y Sexo		Ceguera	Sordera	Sordomudez	Retardo Mental	Falta de un miembro o parte.	Paralisis	Malformaciones	Heine-Medin	Epilepsia	Estrabismo	Total
- de 10	Varón	-	-	-	5	-	1	9	-	-	1	16
	Mujer	-	-	-	8	-	1	6	1	-	1	17
	Total	-	-	-	13	-	2	15	1	-	2	33
10 - 14	Varón	1	-	-	1	-	-	2	2	1	-	7
	Mujer	-	-	-	4	-	-	2	2	1	-	9
	Total	1	-	-	5	-	-	4	4	2	-	16
15 - 24	Varón	-	-	1	4	2	5	4	2	-	1	19
	Mujer	1	-	1	4	2	3	3	-	-	1	15
	Total	1	-	2	8	4	8	7	2	-	2	34
25 - 44	Varón	2	2	-	4	7	7	7	4	1	1	35
	Mujer	-	2	1	3	2	3	8	1	-	-	20
	Total	2	4	1	7	9	10	15	5	1	1	55
45 - 64	Varón	2	7	1	5	7	5	8	-	-	1	36
	Mujer	1	8	-	2	3	5	5	1	-	-	25
	Total	3	15	1	7	10	10	13	1	-	1	61
65 y +	Varón	3	6	-	2	4	5	-	-	-	-	20
	Mujer	1	11	1	3	1	-	5	-	-	-	22
	Total	4	17	1	5	5	5	5	-	-	-	42
Total	Varón	8	15	2	21	20	23	30	8	2	4	133
	Mujer	3	21	3	24	8	12	29	5	1	2	108
	Total	11	36	5	45	28	35	59	13	3	6	241

TABLA 5

PERCEPCION DE IMPEDIMENTOS O INVALIDEZ SEGUN LA EDAD Y EL SEXO. TASAS POR 1000 ENCUESTADOS.

Impedimentos o Invalidez	Grupos de Edad y Sexo														
	- 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	Total Am.Sex.
1. Ceguera.....	-	-	3.2	-	-	1.4	2.1	-	3.6	1.5	16.8	4.4	2.5	0.8	1.6
2. Sordera.....	-	-	-	-	-	-	2.1	2.0	12.7	11.7	33.5	48.5	4.6	5.8	5.2
3. Sordomudez.....	-	-	-	-	1.7	1.4	-	1.0	1.8	-	-	4.4	0.6	0.8	0.7
4. Retardo mental.....	7.4	11.8	3.2	13.0	6.7	5.7	4.3	2.9	9.0	2.9	11.2	13.2	6.4	6.6	6.5
5. Falta de 1 miembro..	-	-	-	-	3.3	2.9	7.5	2.0	12.7	4.4	22.3	4.4	6.1	2.2	4.1
6. Parálisis.....	1.5	1.5	-	-	8.3	4.3	7.5	2.9	9.0	7.3	27.9	-	7.1	3.3	5.1
7. Malformaciones.....	13.2	8.8	6.5	6.5	6.7	4.3	7.5	7.8	14.5	7.3	-	22.0	9.2	8.0	8.6
8. Heine-Medin.....	-	1.5	6.5	6.5	3.3	-	4.3	1.0	-	1.5	-	-	2.5	1.4	1.9
9. Epilepsia.....	-	-	3.2	3.3	-	-	1.1	-	-	-	-	-	0.6	0.3	0.4
10. Estrabismo.....	1.5	1.5	-	-	1.7	1.4	1.1	-	1.8	-	-	-	1.2	0.6	0.9

TABLA 6.

CONSULTA MEDICA Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEGUN PERCEPCION DE MORBILIDAD

Percepción de Morbilidad	Consultó Médico				No consultó medico				Total			
	Consumió medic.	No consumo	SE	Total	Consumió medic.	No consumo	SE	Total	Consumió medic.	No Consumo	SE	Total
Enfermedad.....	583	62	1	646	1024	431	-	1455	1607	493	1	2101
Accidente.....	19	8	-	27	36	47	-	83	55	55	-	110
Enf. y Accid.....	43	4	-	47	51	15	-	66	94	19	-	113
Ni enf. ni acc.....	92	73	-	165	1029	3349	6	4384	1121	3422	6	4549
S.E.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	737	147	1	885	2140	3842	6	5988	2877	3989	7	6873*

TABLA 7. CONSUMO DE MEDICAMENTO SEGUN LA CONSULTA MEDICA Y LA PERCEPCION DE MORBILIDAD

Consumo de medicamentos	Percibió morbilidad						No percibió morbilidad						Total					
	Consultó		No Consultó		Total		Consultó		No Consultó		Total		Consultó		No Consultó		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumió.....	645	9,4	1111	16,1	1756	25,5	92	1,3	1029	15,0	1121	16,3	737	10,8	2140	31,1	2877	41,9
No consumió.....	74	1,1	493	7,2	567	8,3	73	1,1	3349	48,8	3422	49,9	147	2,1	3842	56,0	3989	58,1
S.E	1	-	-	-	1	-	-	-	6	-	6	-	1	-	6	-	7	-
Total	720	10,5	1604	23,3	2324	33,8	165	2,4	4384	63,8	4549	66,2	885	12,9	5988	87,1	6873*	100,0

TABLA 8

CONSUMO DE MEDICAMENTOS, CONSULTA MEDICA Y PERCEPCION DE MORBILIDAD. PORCENTAJES DEL TOTAL

Consumo de Medicamentos	Percibió morbilidad						No percibió morbilidad						Total					
	Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total		Consultó		No consultó		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumió.....	645	39,6	1111	69,3	1756	75,6	92	55,8	1029	23,5	1121	24,7	737	83,3	2140	35,7	2877	41,9
No consumió.....	74	10,3	493	30,7	567	24,4	73	44,2	3349	76,4	3422	75,2	147	16,6	3842	64,2	3989	58,0
S.E.....	1	0,1	-	-	1	-	-	-	6	0,1	6	0,1	1	0,1	6	0,1	7	0,1
Total.....	720	100,0	1604	100,0	2324	100,0	165	100,0	4384	100,0	4549	100,0	885	100,0	5988	100,0	6873*	100,0

SALUD COLECTIVA

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.

Percepción de Morbilidad	Personal				Informante				Total			
	Limitó activ.	No limitó	SE	Total	Limitó activ.	No limitó	SE	Total	Limitó activ.	No limitó	SE	Total
Enfermedad.....	365	1236	1	1602	49	151	1	201	414	1387	2	1803
Accidente.....	10	77	-	87	2	9	-	11	12	86	-	98
Enfer. y Acc.....	21	64	-	85	5	2	-	7	26	66	-	92
Ni enf. ni acc.....	16	3574	-	3590	1	467	-	468	17	4041	-	4058
S.E.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total.....	412	4951	1	5364	57	629	1	687	469	5580	2	6051

TABLA 10

LIMITACION DE ACTIVIDAD, CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y REPOSO EN CAMA SEGUN LA PERCEPCION DE MORBILIDAD EN LOS ENCUESTADOS MAYORES DE 6 AÑOS.

Percepción de morbilidad	Guardo cama				No guardo cama				Total			
	Consumió medica.	No consumió	ES	Total	Consumió medic.	No consumió	ES	Total	Consumió medic.	No consumió	ES	Total
Enfermedad.....	269	26	1	296	101	17	-	118	370	43	1	414
Accidente.....	4	-	-	4	7	1	-	8	11	1	-	12
Enf. y Acc.....	15	-	-	15	9	2	-	11	24	2	-	26
Ni enf. ni acc.....	2	4	-	6	7	4	-	11	9	8	-	17
S.E.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total.....	290	30	1	321	124	24	-	148	414	54	1	469

TABLA 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.

Percepción de morbilidad	Guardo cama				No guardo cama				Total			
	Consulta- ron médic.	No Con- sultaron	SE	Total	Consul- taron médic.	No Con- sultaron	SE	Total	Consul- taron mé- dico	No Con- sultaron	SE	Total
Enfermedad.....	178	118	-	296	39	79	-	118	217	197	-	414
Accidente.....	3	1	-	4	5	3	-	8	8	4	-	12
Enf. y Acc.	11	4	-	15	6	5	-	11	17	9	-	26
Ni enf. ni acc.....	3	3	-	6	3	8	-	11	6	11	-	17
S.E.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total.....	195	126	-	321	53	95	-	148	248	221	-	469

INTRODUCCION

La condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de la población que influye sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos y en cierta forma regulando la demanda.

Para dar el marco general dentro del cual se desarrolla nuestro estudio, podemos definir las siguientes situaciones en que puede estar un individuo con respecto a la atención de salud:

UTILIZACION DE RECURSOS DE ATENCION MEDICA

La necesidad de atención médica puede ser vista desde el punto de vista individual, de un individuo o de un grupo, de contactar con un profesional de la salud por causas relacionadas con el estado de salud. Esta necesidad puede definirse 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 momentos de salud progresiva o de rutina.

Demanda de atención médica: Es la decisión por parte del individuo de tener contacto con un servicio de salud. El individuo puede o no sentirse enfermo (necesidad sentida) o no sentirse enfermo (necesidad no sentida) pero en ambos casos la demanda se refiere a un servicio de salud.

Se considera que una demanda de atención médica se refiere al contacto real con el servicio de salud.

La información sobre la demanda de atención médica se obtiene a partir de la encuesta que se realizó en el estudio. La encuesta se realizó en el hospital, clínica, consultorio, etc. La información se obtuvo de los registros

de esta última fuente permite sólo una visión parcial y sectorizada del problema, por lo que la encuesta a familias permite obtener una visión más completa de la demanda de atención médica en el país para posibilitar el conocimiento en su totalidad de la demanda atendida de una población determinada.

El análisis que se realizará sobre la utilización de recursos de atención médica estará referido a la demanda de atención médica atendida, es decir que en un momento en este estudio la demanda es atendida que resulta de la decisión de un individuo de recibir atención médica y es atendida. Se analizará en cambio, en el capítulo referente a la utilización de recursos de atención médica, la demanda no recibida

Los análisis estadísticos sobre necesidad de atención médica, siempre será realizado en este capítulo. El primero, es decir la necesidad desde el punto de vista del individuo, porque el cuestionario se fue diseñado para ello; y al segundo, necesidad desde el punto de vista profesional, se realizó a través del estudio de "evaluación clínica", investigación específica dentro del país.

El hecho de que las variables se refieren por la "manifestación por parte del individuo de haber hecho uso o no de un servicio de salud", es un período determinado, como algunos trabajos de investigación de carácter retrospectivo de interés.

La información sobre la demanda de atención médica se obtiene a partir de la encuesta que se realizó en el estudio.

La información sobre la demanda de atención médica se obtiene a partir de la encuesta que se realizó en el estudio. La encuesta se realizó en el hospital, clínica, consultorio, etc. La información se obtuvo de los registros

INTRODUCCION

La condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de la población que influye sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos y en cierta forma regulando la demanda.

Para dar el marco general dentro del cual se desarrolla nuestro estudio, podemos definir las siguientes situaciones en que puede estar un individuo con respecto a la atención de su salud.

Necesidad de atención médica: Desde el punto de vista individual es el deseo, expreso o no, de contactar con un profesional de la salud por causas relacionadas con el estado de salud. Esta necesidad puede definirla a su vez un profesional de la salud con o sin manifestación de necesidad por parte del individuo. Esta última circunstancia se da en los exámenes de salud programados o de rutina.

Demanda de atención médica: Es la decisión por parte del individuo de tomar contacto con un servicio de salud. (El individuo puede o no sentirse enfermo). Dentro de esta situación la demanda puede ser o no atendida.

Se entenderá por demanda atendida - el contacto real con el servicio de salud.

La información sobre demanda atendida puede ser obtenida a partir de la población que ha realizado esa demanda o del recurso que ha sido utilizado - (hospital, médico, odontólogo, etc.). El desarrollo actual de los registros

de esta última fuente permite sólo una visión parcial y sectorizada del problema, por lo que la encuesta a familias aparece entonces como única metodología disponible en el país para posibilitar el conocimiento en su totalidad de la demanda atendida de una población determinada.

El análisis que se realizará sobre la utilización de recursos de atención médica estará referido a la demanda de atención médica atendida, es decir que no se investiga en este estudio la demanda no atendida que resulta de la decisión de un individuo de recibir atención médica y no concretada. Se analiza en cambio, en el capítulo referente a morbilidad, la percepción de enfermedad en relación a haber o no recibido atención médica.

Con referencia a los enfoques establecidos sobre necesidad de atención médica, ninguno será analizado en este capítulo. El primero, es decir necesidad desde el punto de vista del individuo, porque el cuestionario no fue diseñado para ello; y el segundo, necesidad desde el punto de vista profesional, se realiza a través del estudio de "Evaluación Clínica", investigación específica dentro del ESEM.

El hecho de que las variables se miden por la "manifestación por parte del encuestado de haber hecho uso o no de un servicio de salud", en un período determinado, tiene algunas limitaciones propias del método de recolección de información:

- Situación especial creada por la entrevista.
- Exclusión del estudio de aquellas personas que en el momento de la entrevista se encontraban internadas.

- Olvido o problema de ubicación del individuo en el período de referencia por el cual se pregunta.
- Posible alteración de la realidad cuando la encuesta se efectuó por informante.

Sin olvidar estas restricciones mencionadas y las que detallaremos en cada caso particular al definir cada variable, las preguntas del cuestionario utilizadas para este análisis ofrecen información valiosa como para dar un enfoque adecuado de la utilización de los recursos de atención médica en cada área.

Queda establecido de esta forma el punto básico al cual estará referido el análisis de la utilización de recursos de atención médica, es decir la demanda de atención Médica atendida.

Para el análisis de este capítulo, se establecen dos sujetos de estudio:

el individuo: como integrante de la población bajo estudio, con el objetivo de limitar aquellos grupos que presentan características diferenciales en la utilización de cada recurso;

el recurso: respecto del cual se analizarán ciertas características de su utilización en relación con la población usuaria.

Los recursos de Atención Médica que se analizarán son:

1. Utilización del recurso médico (referido a 2 semanas y a un año), medido a través de la "consulta médica".
2. Utilización del recurso odontológico (período considerado, un mes) medido por la "consulta odontológica".
3. Utilización del recurso de internación (para un período de referencia de una año) medido por "egresos" y "días de internación".
4. Utilización o consumo de elementos auxiliares de diagnósticos:

radiología y laboratorio (para un período de dos semanas) medido a través del "Nº de personas" que hizo uso de los mismos.

5. Utilización del recurso paramédico (farmacéutico-enfermero) (para un período de dos semanas) medido a través de una "consulta paramédica".
6. Utilización o consumo de medicamentos (para un período de dos semanas) medido por el "consumo" de un medicamento.

Cada uno de los grupos mencionados será analizado en función de las variables independientes: edad, sexo, afiliación a algún sistema de seguro de atención médica y niveles de ingreso de la población.

Además de la variable afiliación, será tratado especialmente por la importancia que reviste en la utilización de los recursos de atención médica.

A continuación se hará un breve detalle de las categorías usadas en cada una de las variables independientes.

En casi todos los temas tratados figuran los mismos grupos de edad, que son los siguientes expresados en años:

menos de 1
5 - 14
15 - 24
25 - 34
35 - 44
45 - 64
65 y más

Con respecto a la condición de afiliación, se ha considerado "afiliado" al encuestado que respondió afirmativamente a la pregunta 71 del cuestionario individual.

Las categorías de afiliación utilizadas son:

- Afiliación a obras sociales.
- Afiliación a sistemas privados.

Definidas en este mismo capítulo en el tema afiliación.

En cuanto a niveles de ingreso, se utilizaron en todos los temas de utili

zación los ingresos per cápita definidos en los Aspectos Metodológicos de Población.

Los tramos fueron los siguientes en pesos moneda nacional: 1: hasta 9.000; 2: desde 9.001 hasta 12.000; 3: desde 12.001 hasta 14.000; 4: desde 14.001 hasta 17.000; 5: desde 17.001 hasta 20.000; 6: desde 20.001 hasta 23.000; 7: desde 23.001 hasta 27.000; 8: desde 27.001 hasta 33.000; 9: desde 33.001 hasta 44.000; 10: desde 44.001 hasta 60.000; 11: más de 60.001.

Para el objeto del análisis se agrupan las 11 categorías definidas, en tres tramos de ingreso, de la siguiente forma:

Nivel I: 1, 2, 3 y 4.,
" II: 5, 6 y 7,
" III: 8, 9, 10 y 11

que corresponde en pesos moneda nacional a:

Nivel I: hasta 17.000
" II: 17.001 a 27.000
" III: desde 27.001

AFILIACION A SISTEMAS DE ATENCION MEDICA

La no existencia de un sistema de atención médica unificado que cubra totalmente la población, magnifica la situación de estar afiliado o protegido por algún seguro de atención médica como un hecho social relevante para el conocimiento de cómo la población percibe morbilidad; cómo utiliza los recursos que le ofertan y cómo gasta por pago directo de prestaciones y bienes en salud. Es importante también estudiar cómo se relaciona el hecho de estar o no afiliado con otras características sociales.

La manifestación de un encuestado de "estar afiliado o gozar de los beneficios debidos a la afiliación de un familiar a alguna obra social, mutual o a otro tipo de institución médica - privada" significa la pertenencia del individuo a una población que se en-

cuentra integrada a una institución que brinda servicios médicos. La cobertura que brinda una institución abarca desde la amplia protección de la salud que pueden dar por ejemplo Obras Sociales o algunos sistemas de prepago privado hasta solamente la protección de riesgos específicos dada por algunos seguros de trabajo.

Las instituciones que brindan cobertura de atención médica se categorizaron de la siguiente forma: Obras Sociales del Estado, Obras Sociales Sindicales, Sistemas Privado de Prepago sin fines de lucro, instituciones cuya actividad fundamental no es la atención médica como las sociedades de fomento, etcétera, y los seguros de fábrica o laborales. Para el análisis de este tema se han agrupado en:

- Obras sociales: organismos de acción social, sin fines de lucro, financiados fundamentalmente por el aporte obligatorio de sus afiliados y administrados por el Estado y/o los sindicatos.
- Privado con cobertura: comprende las instituciones que dan prestaciones financiadas total o parcialmente por organismos privados con fines de lucro o entidades de acción social con o sin fines de lucro, cuya recaudación se origina del aporte voluntario de sus afiliados o a través de subsidios y donaciones, etc., administradas en forma privada sin intervención del Estado. Esta categoría incluye los seguros de fábrica o laborales.

El análisis buscará determinar el comportamiento de los individuos de la población respecto del hecho de estar o no afiliados en función de la edad, sexo, nivel de ingreso y nivel ocupacional.

Los tramos fueron los siguientes en pesos moneda nacional:

1: hasta 9.000
2: desde 9.000 a 12.000

- 3: desde 12.001 a 14.000
- 4: desde 14.001 a 17.000
- 5: desde 17.001 a 20.000
- 6: desde 20.001 a 23.000
- 7: desde 23.001 a 27.000
- 8: desde 27.001 a 33.000
- 9: desde 33.001 a 44.000
- 10: desde 44.001 a 60.000
- 11: desde 60.001 y más

Para el objeto del análisis se agrupan las 11 categorías definidas, en

tres tramos de ingreso, de la siguiente forma:

- Nivel I: 1, 2, 3 y 4
- " II: 5, 6 y 7
- " III: 8, 9, 10 y 11

que corresponde en pesos moneda nacional a:

- Nivel I: hasta 17.000
- " II: 17.001 a 27.000
- " III: desde 27.001

AFILIACION A SISTEMAS DE ATENCION MEDICA

Es importante estudiar en qué magnitud la población encuestada manifestó estar afiliada o protegida por algún seguro de atención médica, ya que la condición de afiliación puede determinar un uso de los recursos de atención médi-

ca y un gasto en salud diferenciado; al igual que tener influencia en la percepción de morbilidad. Por otra parte se hace necesario relacionar el hecho de la afiliación con otras características sociales.

Son considerados afiliados los encuestados que manifestaron "estar afiliados o gozar de los beneficios debido a la afiliación de algún familiar, a alguna obra social, mutual, o a otro tipo de institución médica privada".

Las instituciones a las que los afiliados indicaron estar asociados se categorizaron de la siguiente forma: obras sociales del estado, obras sociales sindicales, sistemas privados de prepago sin fines de lucro, sistemas privados de prepago con fines de lucro, instituciones cuya actividad principal no es la atención médica como sociedades de fomento, etc. y los seguros de fábrica o laborales. A efectos del análisis, estas categorías se han agrupado en:

Obras sociales: organismos de acción social, sin fines de lucro, financiadas fundamentalmente por el aporte obligatorio de sus afiliados y administrados por el Estado y/o 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 do-

naciones, etc., administradas en forma privada sin información del Estado. Esta categoría incluye los seguros de fábricas o laborales.

El análisis intentará por un lado averiguar cómo está relacionada la condición de afiliación con las variables edad, sexo, nivel de ingreso y nivel ocupacional y por otro, indagar sobre la utilización de la afiliación en el uso de los diferentes servicios que brindan las obras sociales y sistemas privados con cobertura.

De acuerdo a los valores obtenidos, aproximadamente la mitad de la población encuestada manifestó estar afiliada. La proporción de afiliados es ligeramente mayor para el sexo masculino como se observa en la siguiente tabla:

CUADRO 1.
POBLACION ENCUESTADA SEGUN CONDICION DE AFILIACION Y SEXO (%).

Afiliación	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	100.0 (3256)	100.0 (3618)	100.0 (6874)
No afiliados.....	46.4	49.9	48.3
Afiliados	53.2	49.9	51.4
Desconoce afiliac. .	0.4	0.2	0.3

Si se estudia a qué tipo de afiliación la población manifestó estar afiliada resulta que hay mayor proporción de afiliados a sistemas privados con cobertura que a obras sociales. Los valores obtenidos son los que corresponden al cuadro 2.

La relación se mantiene para ambos sexos pero en forma más marcada para el femenino.

CUADRO 2.

POBLACION ENCUESTADA AFILIADA SEGUN TIPO DE AFILIACION Y SEXO (%).

Afiliación	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	100.0 (3538)	100.0 (1731)	100.0 (1807)
Obra Social.....	41.4	43.1	39.9
Privado con cobertura	50.0	48.5	51.3
Obra Social y Privado con cobertura (ambos).....	8.1	8.1	8.1
Desconocido.....	0.5	0.3	0.7

Si se analiza la relación entre afiliación y edad se observa que la menor proporción de afiliados se da en el grupo de 15 a 24 años, siendo mayor el número de afiliados en las edades activas. Esta relación se mantiene para ambos sexos, como se observa en el cuadro 3.

CUADRO 3.

PROPORCION DE AFILIADOS SEGUN EDAD Y SEXO (%)(+)

Edad en años	Sexo		
	V	M	Total
Menos de 5.....	47.4	42.7	45.1
5 - 14	48.4	47.5	47.9
15 - 24	45.5	42.0	43.6
25 - 34	54.4	52.5	53.4
35 - 44	60.0	59.5	59.7
45 - 64	65.3	55.6	60.0
65 y mas.....	53.7	49.3	51.2
Total.....	53.4	50.0	51.6

(+) No están considerados en el denominador los individuos de los que se desconoce la condición de afiliación

En el mismo cuadro se observa que en las edades mayores, se acentúa la diferencia del número de afiliados según sexo.

Si se estudia la relación entre afiliación y nivel de ingreso, se observa que a medida que aumenta el ingreso, crece la proporción de afiliados. Los valores se muestran en la siguiente tabla:

Cuadro 4.

PROPORCION DE AFILIADOS SEGUN NIVEL DE INGRESO (%)

Nivel de ingreso	Proporción de afiliados
1.....	28.5
2.....	39.9
I 3.....	45.9
4.....	51.9
Subtotal.....	41.7
5.....	52.6
II 6.....	60.8
7.....	61.3
Subtotal.....	58.6
8.....	64.5
III 9.....	66.0
10 y 11.....	64.3
Subtotal.....	64.9
Total.....	51.6

No se analizará en este primer estudio si el nivel de ingreso influye en el tipo de afiliación declarada por el encuestado.

Si se estudia el hecho de estar o no afiliado en relación al nivel ocupacional (variable definida en el capítulo de población: Aspectos metodológicos) se observa que, salvo en el último nivel, a niveles más altos corresponde mayor proporción de afiliados. Los valores obtenidos son los siguientes: (cuadro 5)

Para los encuestados con respuesta 1 en la pregunta 82 (no ocupados) y mayores de 15 años se obtuvieron los siguientes valores: (cuadro 6)

CUADRO 5.

PROPORCIÓN DE AFILIADOS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (INCLUYE PENSIONADOS, JUBILADOS Y RETIRADOS (%)).

Nivel ocupacional	Proporción de afiliación
Total.....	51.6
1	38.2
2	56.9
3	62.4
4	68.6
5 y 6	62.9

CUADRO 6

PROPORCIÓN DE AFILIADOS SEGUN CATEGORIAS DE NO OCUPADOS (%).

Categorías de no ocupados	Proporción de afiliados
Ama de casa.....	53.1
Rentista.....	42.1
Desocupado y busca trabajo.....	36.2
Estudiante.....	53.5
Enfermo o inhabilitado...	26.3
Pensionado, jub. retirado.	64.9

Se observa que la proporción de afiliados es relativamente alta para pensionados, jubilados, retirados, amas de casa y estudiantes siendo baja en los desocupados e inhabilitados o enfermos.

Otro aspecto que se debe analizar, es el uso que la población afiliada hace de los servicios que brindan las instituciones a las que está asociada.

La pregunta 74 del cuestionario individual "De los servicios que brinda la institución a la que está afiliado, cuáles usó alguna vez?" se refiere entre otros a los siguientes servicios:

- Consultorio médico
- Atención domiciliaria
- Dentista
- Internación

- Análisis y radiología
- Medicamentos

Las respuestas contempladas eran las siguientes:

- 0. Nunca usó el servicio
- 1. Alguna vez usó el servicio
- 8. La institución no brinda servicio
- 9. No sabe, no recuerda si lo usó o lo brinda

El estudio se hará para los afiliados a un sólo tipo de institución, obras sociales o sistemas privados con cobertura y para los afiliados a un sólo tipo de institución, obras sociales o sistemas privados con cobertura y para los afiliados a ambos tipos de institución.

Como se observa en el cuadro 7, la proporción de afiliados que contestaron que la institución no brinda cobertura para ese servicio, es baja para casi todos los servicios, a excepción de medicamentos que es alrededor del 5 % para los afiliados a obras sociales y del 16% para afiliados a sistemas privados con cobertura. De los recursos ofrecidos por estos sistemas, los consultorios médicos son los que tienen mayor utilización. Además, para todos los servicios, es mayor la proporción que los ha utilizado alguna vez para los afiliados a obras sociales que para los afiliados a sistemas privados con cobertura.

Para los afiliados a ambos tipos de instituciones se obtuvieron los siguientes valores: (cuadro 8)

En el cuadro 8 se observa que a pesar de que los sistemas privados con cobertura son generalmente de afiliación voluntaria, los afiliados a ambos sistemas, utilizan más los servicios de las obras sociales.

CUADRO 7

POBLACION ENCUESTADA AFILIADA A UN SOLO TIPO DE INSTITUCION SEGUN UTILIZACION DECLARADA DE LOS DIVERSOS SERVICIOS (°/o) (x).

Servicios	Uso	Afiliados a Obras Sociales	Afiliados a sistemas privados
Consultorio médico	0	23.0	42.5
	1	76.7	57.3
	8	0.3	-
	9	-	0.2
	Total		
Atención domiciliaria	0	63.3	71.4
	1	33.1	26.3
	8	3.3	1.1
	9	0.3	1.2
	Total		
Dentista	0	62.2	75.4
	1	35.5	20.2
	8	1.7	3.2
	9	0.6	1.2
	Total		
Internación	0	69.9	82.0
	1	28.6	14.9
	8	1.0	1.0
	9	0.5	2.1
	Total		
Análisis y radiografías	0	43.8	60.6
	1	55.4	37.5
	8	0.4	0.2
	9	0.4	1.7
	Total		
Medicamentos	0	36.1	54.2
	1	58.0	25.8
	8	4.7	16.4
	9	1.2	3.6
	Total		

(x) Estos porcentajes están calculados sobre el total de individuos afiliados a obras sociales (1466) y los afiliados a sistemas privados con cobertura (1768)

CUADRO 8

POBLACION ENCUESTADA AFILIADA A AMBOS TIPOS DE AFILIACION SEGUN UTILIZACION DECLARADA DE LOS DIVERSOS SERVICIOS (°/o) (x).

Servicios	Uso	Obras sociales	Sistemas privados
Consultorio médico	0	30.1	61.5
	1	68.5	37.1
	8	0.7	0.7
	9	0.7	0.7
	Total		
Atención domiciliaria	0	64.3	82.2
	1	24.5	15.0
	8	9.1	1.8
	9	2.1	1.0
	Total		
Dentista	0	62.2	82.2
	1	29.7	15.4
	8	3.9	1.4
	9	4.2	1.0
	Total		
Internación	0	69.2	86.7
	1	25.5	7.3
	8	3.9	2.1
	9	1.4	3.9
	Total		
Análisis y radiografías	0	46.2	73.4
	1	51.0	24.8
	8	1.4	1.4
	9	1.4	0.4
	Total		
Medicamentos	0	38.8	71.7
	1	51.0	15.4
	8	7.0	11.2
	9	3.2	1.7
	Total		

(x) Estos porcentajes están calculados sobre el total de 286 individuos afiliados a ambos sistemas.

En resumen:

- Aproximadamente la mitad de la población del centro urbano Córdoba (51%) manifestó estar afiliada a un sistema de seguro de salud.
- La proporción de afiliados a sistemas privados con cobertura es mayor que la de afiliados a obras sociales.
- La proporción de afiliados es mayor en las edades activas y en los varones.
- A mayor nivel de ingreso, mayor es la proporción de afiliados.
- En casi todos los servicios es baja la proporción de afiliados que declaran la no cobertura salvo en medicamentos.

CONSULTA MEDICA

Se entenderá por "consulta médica", la manifestación de un individuo de haber contactado con un médico, o lo que él entiende por tal, sobre problemas relativos a la salud. Por tanto la definición incluye desde un extenso procedimiento diagnóstico-terapéutico hasta la simple conversación que sobre asuntos pertinentes a su salud realiza un individuo con un médico.

Se ha demarcado el contenido del análisis en los siguientes indicadores:

1. Tasa de consultantes en dos semanas
2. Tasa de consultantes en un año
3. Razón o promedio de consultas por personas por año
4. Concentración o promedio de consultas por consultante en dos semanas
5. Proporción de individuos que nunca consultaron.

En la definición de los mismos se ha tomado como denominador la población encuestada excluyéndose en cada caso el Número de personas de las que no se tuvo respuesta concreta, es decir las respuestas "No sabe", "No recuerda", "No contesta" y "Sin informa-

ción".

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 centro urbano Córdoba, la estimación de la tasa de consultantes en dos semanas, es de 12.9% y la estimación del Número de consultantes, según la población del Censo de 1970 es de 103.028 en el mismo período, resultando los siguientes intervalos de confianza para cada uno de los parámetros considerados, con un nivel de confianza del 95%.

	tasa de consultantes	
11.78%	en las últimas dos	13.96%
	semanas	
94.336	total de consultantes en las últimas	111.720
	dos semanas	

2. Tasa de consultantes en un año: Para obtener el numerador de la tasa, a los individuos que manifestaron haber consultado en el período de dos semanas se les suma aquellos individuos que no habiendo consultado en las dos semanas, manifestaron haber consultado en el período de más de dos semanas y menos de un año (respuesta afirmativa al ítem 1 de la pregunta 29).

A las limitaciones generales ya mencionadas, debe considerarse para este caso particular, que al aumentar la magnitud del período de referencia podrá existir una mayor imprecisión en las respuestas dado que la consulta médica por su habitualidad puede no ser un hecho trascendente a diferencia de lo que sucede en la utilización de otros recursos. Las limitaciones metodológicas propias a las encuestas realizadas por informante aparecen en este caso y quizá con mayor justificación.

El valor hallado es de 65.1%. Referido a la población total del área

(1970) significa que aproximadamente 2/3 de la misma, o sea 519.130 individuos tomaron contacto con el médico al menos una vez en el período de 1 año.

3. *Razón o promedio de consultas por personas por año:* Es el cociente entre el número de consultas realizadas por la población encuestada en un año y la población encuestada. Para obtener el numerador de este cociente se toma el total de consultas manifestadas en el período de dos semanas (pregunta 23) y se lo refiere al año multiplicándolo por 26 (períodos de dos semanas 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 5.2 consultas por persona por año. Si se proyecta esta cifra a la población del área para 1970, se estima que el recurso de atención médica ambulatoria realiza entre 3.699.660 y 4.606.436 consultas con un nivel de confianza del 95%.

4. *Concentración o promedio de consultas por consultante en dos semanas:* Es el cociente entre el Número de consultas y el Número de consultantes para el período de dos semanas. Indica la reiteración de la consulta médica en un mismo individuo en el período de referencia. El valor obtenido es de 1,5

5. *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 1.6%

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES

Con la introducción de las variables edad, sexo, nivel de ingreso y afiliación a algún sistema de seguro de atención médica, se busca delimitar a

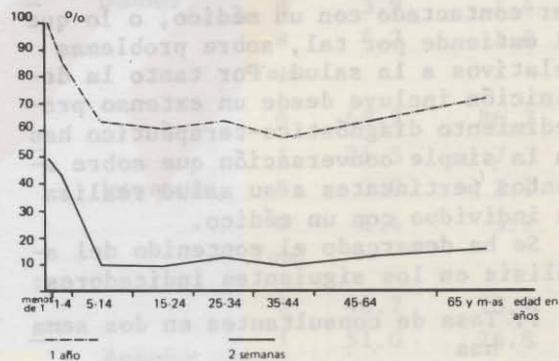
quelloos grupos de la población que presentan una conducta diferenciada frente a la consulta médica.

Proporción de consultantes en 2 semanas y 1 año

Ambas proporciones toman los valores más altos en los grupos de los menores de 1 año y para los niños entre 1 y 4 años. Prácticamente la mitad de los menores de 1 año tuvieron algún contacto médico en las 2 semanas previas a la entrevista, mientras que se encontró que toda la población encuestada (de este grupo etario) tuvo al menos una consulta médica en el lapso de un año.

En el gráfico siguiente se observa el comportamiento de la proporción de consultantes según grupo etario en 2 semanas y 1 año.

GRAFICO 1
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A MEDICO POR EDAD (EN %)o



Si se analiza la proporción de consultantes en 2 semanas según edad y sexo, aparecen las mujeres con una proporción mayor. Esta relación se verifica a partir del grupo de 15 a 24 años, para todos los demás grupos de edad. (cuadro 9)

Estos valores se presentan también en el gráfico 2.

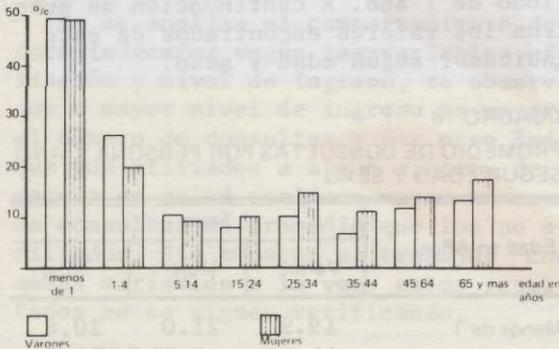
La proporción de consultantes a médico en un año según edad y sexo se

comporta en forma análoga como se muestra a continuación. (Cuadro 9)

CUADRO 9
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A MÉDICO EN DOS SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO (O/o)

Edad en años	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Menos de 1	49.4	49.3	49.4
1 - 4	26.0	19.7	22.9
5 - 14	10.5	9.2	9.9
15 - 24	8.0	10.2	9.2
25 - 34	10.2	14.9	12.6
35 - 44	6.9	11.4	9.3
45 - 64	11.8	14.0	13.0
65 y más	13.4	17.6	15.8
Total	12.1	13.5	12.9

GRAFICO 2
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A MÉDICO POR EDAD Y SEXO (EN O/o) EN DOS SEMANAS



CUADRO 10
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A MÉDICO EN 1 AÑO SEGUN EDAD Y SEXO (O/o).

Grupos de edad en años	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Menos de 1	100.0	100.0	100.0
1 - 4	85.9	87.1	86.5
5 - 14	64.8	61.4	63.1
15 - 24	58.4	62.2	60.5
25 - 34	56.9	70.0	63.6
35 - 44	52.5	60.9	57.0
45 - 64	60.7	65.9	63.6
65 y más	65.9	76.2	71.7
Total	62.7	76.2	65.1

Es importante por otro lado, indagar si los encuestados afiliados y no afiliados a un sistema de seguro en salud han hecho uso diferenciado de la consulta médica ambulatoria en los períodos de referencia. Para ello se calcularon las proporciones de consultantes en cada grupo obteniéndose los siguientes valores:

CUADRO 11
TASAS DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO SEGUN AFILIACION (O/o).

Afiliación	Período	
	Dos semanas	Un año
Total		
Afiliados	14.2	70.2
No afiliados	11.5	59.7

Los resultados obtenidos hacen pensar que la condición de sentirse protegido por un sistema de atención médica determina una mayor propensión a la consulta ambulatoria. Este hecho se mantiene para los diferentes niveles de ingreso como se ve en el cuadro siguiente:

CUADRO 12
TASAS DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO PER CAPITA (O/o).

Nivel de Ingresos	Período y Afiliación			
	Dos semanas		Un año	
	Afiliados	No Afiliados	Afiliados	No Afiliados
I	12.2	11.1	66.0	58.8
II	15.6	11.0	71.5	58.4
III	15.2	14.0	72.7	63.4

Igualmente el nivel de ingresos es una variable que condiciona la utilización. Así se puede ver que tanto para el período de 2 semanas como para el de 1 año, a mayor nivel de ingreso es mayor la proporción de consultantes. Como se seguirá viendo en el análisis de

utilización de recursos, el nivel económico condiciona el uso y facilidad de acceso a la atención médica en general.

CUADRO 13
TASAS DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO SEGUN INGRESO PER CAPITA (%).

Nivel de ingresos	Período	
	Dos semanas	Un año
I	11.5	61.8
II	13.7	66.0
III	14.7	69.5

Si se analiza el motivo de la consulta según la declaración del encuestado a la pregunta 21 del cuestionario individual, se encuentra que el 84.2% concurre al médico por un problema de salud mientras que el 15.8% declaró que la consulta médica se debió a un control de salud (ítem 3 de la pregunta 21). Este control de salud puede ser consecuencia de la decisión del encuestado de realizar una consulta médica o a controles de salud que se realizan en las escuelas, lugares de trabajo, etcétera.

La proporción de los que consultan por un control de salud no se diferencia para afiliados y no afiliados y si se estudia por niveles de ingresos aparece el grupo de ingresos medios como el que realiza una menor cantidad de consultas por control de salud como se observa en los siguientes cuadros:

CUADRO 14
TASAS DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS SEGUN MOTIVO DE LA CONSULTA Y AFILIACION (%).

Afiliación	Motivo de la consulta	
	Problemas de salud	Control
Afiliados.....	84.3	15.7
No afiliados.....	84.2	15.8

CUADRO 15
TASAS DE CONSULTANTES EN DOS SEMANAS SEGUN MOTIVO DE LA CONSULTA Y NIVEL DE INGRESO PER CAPITA (%).

Nivel de ingresos	Motivo de la consulta	
	Problemas de salud	Control
I	83.8	16.2
II	86.3	13.7
III	82.3	17.7

Promedio de consultas por persona por año:

De la estimación de consultas anuales a través de las consultas en 2 semanas se llega a una relación fundamental para el conocimiento de la utilización de los recursos de atención médica como es la cantidad de consultas que se realizan por persona en el período de 1 año. A continuación se muestran los valores encontrados de este indicador según edad y sexo.

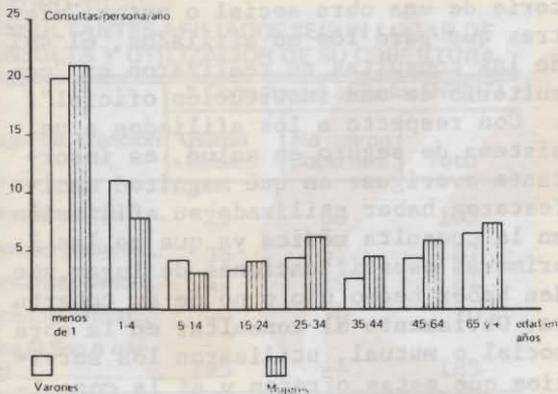
CUADRO 16
PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA Y AÑO SEGUN EDAD Y SEXO

Edad en Años	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Menos de 1	19.9	21.0	20.4
1 - 4.....	11.0	7.8	9.4
5 - 14.....	4.2	3.1	3.7
15 - 24.....	3.4	4.1	3.8
25 - 34.....	4.4	6.2	5.3
35 - 44.....	2.6	4.5	3.6
45 - 64.....	4.4	5.9	5.2
65 y más.....	6.5	7.4	7.0
Total.....	5.0	5.4	5.2

Aparecen nítidamente los grupos de edades hasta los 4 años y los mayores de 65 como los que tienen un mayor número de consultas en promedio. (Igual comportamiento se observaba en la proporción de consultantes).

Como surge del cuadro anterior la razón de consultas por personas es ligeramente mayor para las mujeres (en un 8%), relación que se cumple a partir del grupo de 15 a 24 años.

GRAFICO 3
RAZON DE CONSULTAS PERSONA AÑO POR EDAD Y SEXO.



Si se analiza el comportamiento de este indicador según las variables afiliación y nivel de ingreso, se observa que a mayor nivel de ingreso es mayor el número de consultas y por otro lado que los afiliados a algún sistema de seguro en salud realizan mayor número de consultas en promedio que los no afiliados. Sin embargo al trabajar con ambas variables a la vez, estos resultados no se siguen verificando.

CUADRO 17

PROMEDIO DE CONSULTAS PERSONA-AÑO SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO PER CAPITA

Nivel de ingreso	Afiliación		
	Total	Afiliados	No afiliados
I	4.6	4.6	4.6
II	5.3	6.4	3.8
III	6.3	6.2	6.6
Total	5.2	5.7	4.8

Se pasa a continuación a estudiar a qué tipos de servicios concurre la población. En primera instancia nos referiremos al lugar donde se realizó la

consulta de acuerdo con lo declarado por el entrevistado en la pregunta 22 del cuestionario individual.

Los lugares de atención mencionados en la pregunta 22 fueron:

1. Consultorio particular de un médico
2. Domicilio del paciente
3. En los consultorios de un hospital privado, sanatorio o clínica.
4. En los consultorios de un hospital o instituto nacional, provincial, o municipal.
5. En los consultorios de una obra social o mutual
6. En el trabajo o en la escuela
7. Por teléfono
8. En otro lugar
9. No recuerda, no sabe

Con el objeto de facilitar el análisis se han agrupado las categorías 6, 7, 8 y 9 bajo la denominación "otro lugar".

En algunas tablas se presentará a la vez la razón consultas por persona y año por lugar y la proporción de consultas por lugar con el único fin de facilitar el uso de estos valores a quienes los necesiten.

Los datos obtenidos se muestran en la siguiente tabla:

CUADRO 18

PROMEDIO DE CONSULTAS PERSONA-AÑO Y PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR.

Lugar	Promedio Consultas Persona-Año	Proporción de Consultas (O/o).
Total.....	5.2	100.0
Consultorio particular.....	1.2	21.5
Domicilio paciente	0.8	15.7
Consultorio institución privada.....	0.6	10.8
Consultorio institución oficial.....	1.4	27.4
Consultorio obra social o mutual.....	0.9	18.0
Otro lugar.....	0.3	6.6

Es de destacar el alto porcentaje de consultas que se realizan en los consultorios de instituciones oficiales.

Con respecto a las consultas ubicadas en "otro lugar", el 54% corresponden a consultas en lugar no identificado, el 38% a consultas en la escuela o en el lugar de trabajo y el 8% a consultas por teléfono. (Refiriéndose al total de consultas, sólo el 0.6% se realizaron por teléfono).

GRAFICO 4
PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR



Con el objeto de observar si existen diferencias en el lugar de atención a que concurren afiliados y no afiliados se reproduce la tabla anterior para ambas condiciones de afiliación.

Es de destacar que el lugar más utilizado por los afiliados es el "consultorio de una obra social o mutual" mientras que para los no afiliados, el 46% de las consultas se realizaron en "consultorio de una institución oficial".

Con respecto a los afiliados a un sistema de seguro en salud, es importante averiguar en qué magnitud manifestaron haber utilizado su afiliación en la consulta médica ya que en las 3 primeras especificaciones de lugar, pueden haber hecho uso o no de su cobertura. Obviamente al consultar en la obra social o mutual, utilizaron los servicios que estas ofrecen y si la consulta se realizó en instituciones oficiales, no estuvo cubierta ya que al momento de la Encuesta en terreno no existían convenios entre las instituciones oficiales y las obras sociales para atender a sus asociados.

CUADRO 19
PROMEDIO DE CONSULTAS PERSONA-AÑO Y PROPORCION DE CONSULTAS SEGUN LUGAR Y AFILIACION.

Lugar	Afiliación			
	Afiliados		No afiliados	
	Proporción de consultas persona-año	Proporción de consultas (0/o)	Proporción de consultas persona-año	Proporción de consultas (0/o)
Total.....	5.7	100.0	4.8	100.0
Consultorio particular.....	1.0	18.4	1.2	25.4
Domicilio paciente.....	1.0	17.6	0.6	13.3
Consultorio institución privada.....	0.8	14.0	0.3	6.6
Consultorio institución oficial.....	0.7	12.8	2.3	46.1
Consultorio obra social o mutual.....	1.8	32.1	-	-
Otro lugar.....	0.3	5.1	0.4	8.6

El 57.5% de los consultantes afilia dos usaron su cobertura en la consulta médica. Este valor ha sido hallado con tando a los consultantes tantas veces como lugares distintos de atención de clararon. En la tabla siguiente figu ran los valores correspondientes por lugar.

CUADRO 20
CONSULTANTES AFILIADOS SEGUN LUGAR DE CONSULTA Y UTILIZACION DE SU COBERTURA

Lugar de Atención	Consultantes afiliados (Nº) (*)		
	Usaron Cobert.	No usaron Cobertura	Total
Consultorio part.....	25	80	105
Dom.del paciente...	36	51	87
Cons.Inst.privado..	42	19	61
Cons.Inst.oficial..	--	70	70
Cons.O.Soc.o mu tual.....	185	--	185

(*) Se repiten por lugar

Debe recalcar se el hecho de que un alto porcentaje de los consultantes afiliados (37%) recurrieron a consulto rios de instituciones oficiales a reci bir atención médica. Esta situación no se presenta porque las obras sociales y mutuales no brinden servicios de a tención médica ambulatoria (de acuerdo

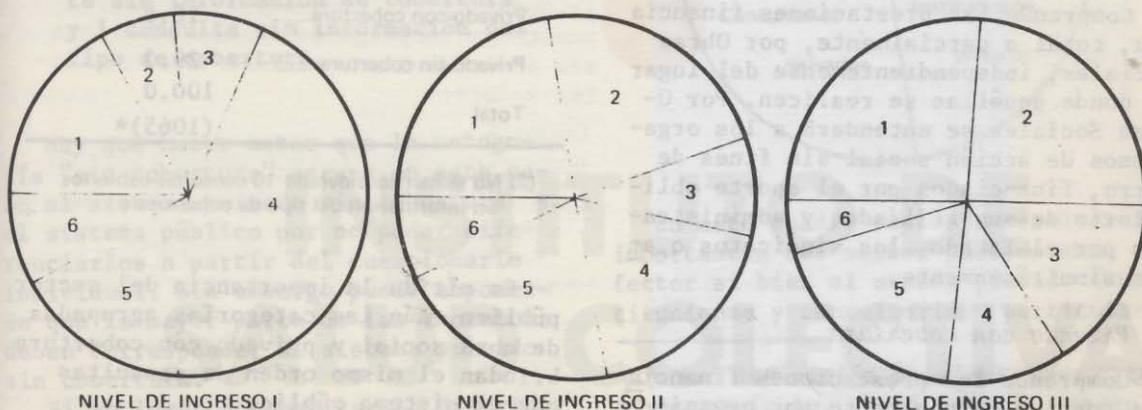
a lo hallado en el cuadro 7 de este mismo capítulo). Las razones deben bus carse posiblemente en las limitaciones que representan los coseguros o en la capacidad disponible de las obras so ciales y mutuales o en el tipo de aten ción ofrecida.

Pasando a estudiar cómo influye el nivel de ingreso en la determinación del lugar de atención se presenta el siguiente cuadro:

CUADRO 21
PROMEDIO DE CONSULTAS PERSONA-AÑO SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO PER CAPITA.

Lugar	Nivel de ingreso		
	I	II	III
Total.....	4.6	5.3	6.3
Consultorio particu lar.....	0.8	1.2	1.7
Domicilio paciente..	0.3	1.2	1.5
Consultorio institu ción privada.....	0.4	0.5	0.9
Consultorio institu ción oficial.....	2.0	1.0	0.7
Consultorio obra social o mutual.....	0.7	1.1	1.2
Otro lugar.....	0.4	0.3	0.3

GRAFICO 5
PROPORCION DE CONSULTAS POR LUGAR SEGUN INGRESO



1 Consultorio particular
2 Domicilio del paciente
3 Consultorio de Institución Privada

4 Consultorio de Institución Oficial
5 Consultorio de Obras Sociales y Mutuales
6 Otro lugar.

Se observa que la razón consulta/persona/año es mayor cuanto mayor es el nivel de ingreso para consultorio particular domicilio y consultorio de institución privada y a la inversa para consultorio de instituciones públicas. Referidas las consultas al total de consultas por lugar (para cada nivel de ingreso) se obtiene el Gráfico 5.

En estos gráficos vuelve a reflejarse la importancia de los consultorios oficiales en el nivel I y la atención privada en el nivel III.

Otra forma de analizar la consulta médica está en relación no ya al lugar en donde ésta se efectuó sino en función del sistema de financiación de la consulta.

En este sentido se han definido las siguientes categorías con las limitaciones según se estudian en el capítulo de Gastos.

1. Público

Comprende las prestaciones realizadas en instituciones dependientes de la administración nacional, provincial o municipal, o sea, aquéllas que son financiadas fundamentalmente por el Estado.

2. Obra Social

Comprende las prestaciones financiadas, total o parcialmente, por Obras Sociales, independientemente del lugar en donde aquéllas se realicen. Por Obras Sociales se entenderá a los organismos de acción social sin fines de lucro, financiados por el aporte obligatorio de sus afiliados y administrados por el Estado, los sindicatos o ambos simultáneamente.

3. Privado con cobertura

Comprende las prestaciones financiadas total o parcialmente por organismos privados con fines de lucro o entidades de acción social con o sin fines de lucro que reciben: aportes por la

filiación voluntaria de sus afiliados, subsidios, donaciones, etc., y son administradas en forma privada, sin intervención del Estado.

4. Privado sin cobertura

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

Para el análisis de la distribución de consultas según sistema de financiación, no se consideran las consultas efectuadas por teléfono, en el trabajo, en la escuela o en lugar sin identificar pues no es posible ubicarlas dentro de las categorías definidas (y representan el 6.6% de las consultas realizadas).

Se analizarán por separado las consultas realizadas en el domicilio del paciente y en consultorios.

CUADRO 22

CONSULTAS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION.

Sistema de financiación	Proporción de consultas (O/o).
Público.....	35.4
Obra social.....	16.7
Privado con cobertura.....	18.6
Privado sin cobertura.....	29.3
Total	100.0
	(1065)*

(*) No se han considerado 10 consultas cubiertos sin información del tipo de cobertura

Es nítida la importancia del sector público. Aún las categorías agrupadas de obra social y privado con cobertura brindan el mismo orden de consultas que el sistema público.

Con respecto a las consultas efectuadas en el domicilio del paciente se obtuvieron los valores del cuadro 23

GRAFICO 6
 PROPORCION DE CONSULTAS POR SISTEMA DE FINANCIACION



CUADRO 23
 CONSULTAS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE SEGUN COBERTURA DE LAS MISMAS

Cobertura	Proporción de consultas (o/o).
Por cuenta de una obra social.....	12.0
Por cuenta de un sistema privado con cobertura.....	8.2
Sin cobertura (*)	79.8
Total	100.0 (208)*

* No se han considerado 7 consultas en el domicilio del paciente sin información de cobertura y 1 consulta sin información del tipo de cobertura.

Hay que hacer notar que la categoría "sin cobertura" agrupa en este caso al sistema privado sin cobertura y al sistema público por no poder diferenciarlos a partir del cuestionario individual. Sin embargo puede suponerse que la mayor parte de las consultas deben corresponder al sistema privado sin cobertura.

Si en lugar de analizar la distribución de las consultas por sistema de

financiación se hace de acuerdo al efector (1) que realiza la consulta se obtiene:

CUADRO 24
 CONSULTAS SEGUN EFECTOR*

Efector	Proporción de consultas (o/o)
Público.....	35.2
Obra social.....	12.3
Privado Instituciones.....	25.0
Consultorios.....	27.5
Total	100.0 (1072)*

* En este cuadro no están incluidas las consultas en el domicilio del paciente ni las realizadas en "otro lugar", ni 3 consultas sin identificación de efector.

GRAFICO 7
 PROPORCION DE CONSULTAS POR EFECTOR



En este cuadro vuelve a resaltar la importancia del sector público como efector si bien el sector privado (instituciones y consultorios particula-

(1) Ver definición de efector en este mismo capítulo, en el tema de internación.

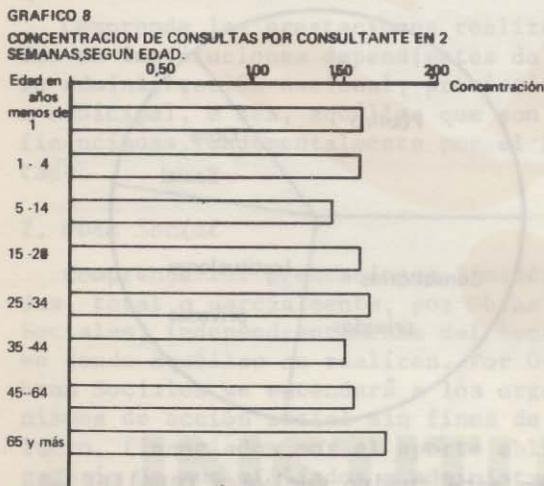
res) atienden la mitad de las consultas.

Si se compara la distribución de consultas según efector y según sistema, se observa que las instituciones de obras sociales aparecen más importantes como agente financiador que como efector. De la misma comparación surge que el 44% de las consultas realizadas en efectores privados han tenido algún tipo de cobertura mientras que el 56% restante fueron a cargo del usuario.

Concentración de consultas en 2 semanas

Interesa también estudiar con qué intensidad los diferentes grupos de población han tomado contacto médico, es decir, cuántas consultas realizaron los consultantes en el período de referencia.

La concentración para el total de la población es de 1.5 consultas por consultante. En el gráfico 3 se observa cómo varía con la edad.



La mayor concentración en el grupo de más edad puede deberse a un comportamiento distinto frente a la enfermedad o por el tipo de patología que corresponde a las edades mayores.

Si se estudia la concentración según sexo, se observa que la concentración es mayor para el sexo masculino.

Cuadro 25.

NUMERO DE CONSULTAS POR CONSULTANTE EN 2 SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO.

Edad en años	Sexo		
	V	M	Total
Menos de 1	1.55	1.64	1.59
1-4	1.62	1.52	1.58
5-14	1.54	1.30	1.43
15-24	1.65	1.53	1.58
25-34	1.67	1.60	1.63
35-44	1.47	1.51	1.50
45-64	1.45	1.62	1.55
65 y más	1.88	1.63	1.72
Total	1.58	1.54	1.56

Al introducir las variables afiliación y nivel de ingreso se obtienen los siguientes valores:

Cuadro 25'

NUMERO DE CONSULTAS POR CONSULTANTE EN 2 SEMANAS SEGUN AFILIACION E INGRESO

Ingreso	Afiliación		
	Afiliados	No Afiliados	Total
I	1.45	1.61	1.54
II	1.59	1.32	1.50
III	1.56	1.81	1.65
Total	1.61	1.66	

Al considerar la variable lugar de la consulta tal cual surge de las respuestas a la pregunta 22 del cuestionario individual se obtienen los siguientes valores:

Cuadro 26

NUMERO DE CONSULTAS POR CONSULTANTE EN 2 SEMANAS SEGUN LUGAR DE ATENCION

Lugar	Concentración
Cons.particular	1.4
Domicilio del paciente	1.6
Cons.de inst.privado	1.8
Cons.de inst.oficial	1.6
Cons.de obra soc.ó mutual	1.3

La más baja concentración se da en los consultorios de obras sociales o mutuales siendo los valores más altos para los consultorios de instituciones privadas.

Proporción de individuos que nunca consultaron al médico

La tasa de nunca haber consultado señala que 1 de cada 60 personas no ha tenido contacto con un médico por un problema asistencial.

CUADRO 27
TASAS DE NUNCA HABER CONSULTADO SEGUN EDAD Y SEXO (‰).

Edad	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	1.6	1.9	1.4
0-14.....	2.4	2.1	2.7
15-44.....	1.4	1.8	1.1
45 y más.....	1.1	1.6	0.7

Como era lógico de esperar a medida que aumenta la edad, disminuye la proporción de los que nunca consultaron a médico. Esta relación se cumple para am los sexos si se calcula esta tasa según afiliación se obtiene que es mayor para los no afiliados (2.4%) que para los afiliados (0.9%).

Si se considera el nivel de ingresos resulta que la tasa toma el valor más alto (2.4%) para el ingreso más bajo.

Resumen:

Las características del centro urbano Córdoba en relación a la consulta médica ambulatoria indican que los grupos de edades menores y mayores son los que tienen una proporción más alta de consultantes y mayor promedio de consultas por persona por año al igual que el sexo femenino sobre el masculino.

La afiliación a un sistema de seguro en salud está asociada a una proporción más alta de consultantes y a un promedio mayor de consultas por persona. De

la misma forma interviene la variable nivel de ingreso.

Al considerar el lugar de la consulta, se tiene que el mayor porcentaje co rresponde a consultorios de instituciones oficiales.

Aparece una selectividad de lugar de la consulta que muestra que a mayor nivel de ingreso es mayor el número de consultas en consultorios particulares o consultorios de instituciones privadas.

Sólo el 57.5% de los consultantes a filiados utilizaron su afiliación en la consulta médica.

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 interna ción en el grupo familiar es lo que permite usar el año como período de referencia, ya que difícilmente, aún para el informante, se borre de la memoria.

Se consideraron internados todos aquellos encuestados que contestaron afirmativamente a la siguiente pregunta: "Durante este último año, o

sea entre el del año pasado y el de este año, ¿estuvo internado en algún hospital, clínica, sanatorio o instituto?."

El estudio de este recurso está limitado, ya que debido a las restricciones metodológicas no se ha obtenido información sobre los individuos que en el momento de realizarse la encuesta se encontraban internados y sobre aquellos que habiendo estado internados en el período de un año fallecieron antes del momento de la entrevista.

Es decir que se analizará este recurso en función de los individuos que pueden manifestar su internación. Los datos analizados darán por lo tanto una subestimación de lo que como utilización real del recurso de internación sucede en el área.

Además, se verá reflejada la utilización de los recursos del área que realiza la población residente en la misma excluyendo la población no residente que ha utilizado los establecimientos del centro urbano Córdoba.

Se ha demarcado el contenido de este análisis en los siguientes estimados:

1. Tasa de internación en un año
2. Número de egresos por persona x 100
3. Promedio de días-cama por egreso

Dado que "parto" es una causa de internación que presenta particularidades diferenciales en relación con el resto de las causas, debido a sus características asistenciales y a la duración de días de estada, se ha diferenciado sistemáticamente el análisis para parto y no parto. Se consideró lo más adecuado incluir los partos con complicaciones dentro de este rubro, porque no hay indicación en el cuestionario que condicionado a la respuesta parto en la pregunta 54 (causa de internación) se le pregunte a la encuestada si los considera o no parto normal.

Debe declararse además, que la per-

manencia de recién nacidos en un establecimiento hospitalario, no está considerada como una internación.

De acuerdo a las causas que originan la internación se designará:

- 1) internación por todas las causas
- 2) internación por causas generales o sea cualquier causa excepto parto
- 3) internación por parto

En el análisis de este tema se trabajará con los siguientes estimadores globales:

1. Tasa de internación anual

Es el cociente porcentual entre el número de individuos que han manifestado tener uno o más egresos en el año (respuesta afirmativa a pregunta 51) y el total de la población encuestada.

El valor observado para centro urbano Córdoba es de 6.8% y la estimación del total de internados teniendo en cuenta la población del Censo 1970 es de 54.309. Estas estimaciones se brindan con un error estimado de 0,003495 y 2791 respectivamente, resultando los siguientes intervalos de confianza para cada uno de los parámetros considerados con un nivel de confianza del 95 %.

$$6.1\% \left\langle \begin{array}{l} \text{tasa de internados en} \\ \text{1 año} \end{array} \right\rangle 7.5\%$$

$$48727 \left\langle \begin{array}{l} \text{total de internados} \\ \text{en el año} \end{array} \right\rangle 59891$$

- 1.1 Tasa de internación general dada por el cociente porcentual del número de personas internadas por no parto en el año y la población encuestada. El valor observado es de 4.7%.
- 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 Cen

tro urbano Córdoba es de 9.1%.

2. Razón Egresos por persona por año

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

El valor observado es de 7.6% cuya proyección al total de la población de el centro urbano Córdoba según Censo 1970, da 60.698 egresos. Estas estimaciones se brindan con un error estimado de 0,004175 y 3.334 respectivamente; resultando los siguientes intervalos de confianza con un nivel del 95%.

6.8 N° de egresos por 100 personas por año 8.4

54030 N° total de egresos en 1 año 67366

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 9.6, el promedio de días de internación por causa distinta de parto es de 11.8 y por parto es de 4.6. Para describir el comportamiento de la variable "días de internación", además del promedio, se utilizará la mediana ya que hay internaciones muy largas.

A continuación se analizarán los indicadores mencionados según las variables independientes consideradas.

Tasa de internación y razón egresos-población según edad y sexo

La tasa bruta, para todas las causas, es de 6.8 personas internadas en un año por cada 100 individuos y la razón egresos población es de 7.6 egresos, es decir, que en promedio hay una concentración de 1.1 hospitalizaciones por persona internada por año.

Al estudiar la distribución por sexo, se observa que la tasa de internación por todas las causas es mayor para el sexo femenino; igual relación se observa en la razón egresos-población.

CUADRO 28.

PROPORCION DE INTERNADOS Y RAZON EGRESOS/POBLACION EN UN AÑO

Sexo	Proporción de internados en 1 año (0/o)	Razón egresos población (0/o)
Varones.....	4.3	4.7
Mujeres.....	9.1	10.2
Mujeres (exceptuando partos).....	5.1	5.8
Total.....	6.8	7.6

Esta marcada diferencia está básicamente dependiente del "parto" que para las mujeres constituye el 42% de los egresos considerados sobre los egresos de cualquier edad. Pero aún exceptuando los partos, la tasa de internación y la razón egresos - población sigue siendo ligeramente mayor para el sexo femenino que para el masculino.

Si se analiza la tasa de internación general por grupos de edad se observa que la tasa es mayor para el grupo de 0 a 4 años descendiendo para el grupo de 5 a 14, a partir del cual la proporción de internados aumenta con la edad.

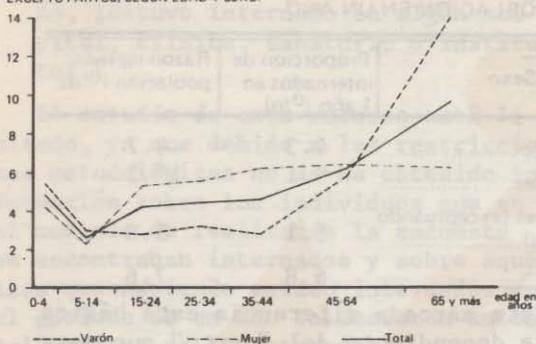
Al estudiar conjuntamente las variables sexo y edad, se observa que la tasa de internación por causas generales presenta para ambos sexos un descenso en el grupo de 5 a 14 años respecto de el primer grupo de edades. En las edades centrales, la tasa es mayor para el sexo femenino, llamando la atención la tasa de internación obtenida para los varones de más de 65 años.

CUADRO 28'

PROPORCION DE INTERNADOS POR CAUSAS GENERALES (INTERNACION EXCEPTO PARTOS) SEGUN EDAD Y SEXO (EN 0/o).

Edad en años	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
0 - 4	5.4	4.2	4.8
5 - 14	3.0	2.3	2.6
15 - 24	2.8	5.3	4.2
25 - 34	3.2	5.5	4.4
35 - 44	2.8	6.2	4.6
45 - 64	5.8	6.4	6.2
65 y más.....	14.0	6.2	9.6
Total.....	4.3	5.1	4.7

GRAFICO Nº 9
 PROPORCION DE INTERNADOS POR CAUSAS GENERALES (INTERNACION - EXCEPTO PARTOS) SEGUN EDAD Y SEXO.



Fuente Cuadro 28'

Tasas de internación por causas generales según sexo y edad

La razón egresos-población por causas generales en función de la edad conserva una tendencia similar a la de la tasa de internación.

CUADRO 29

EGRESOS POR CAUSAS GENERALES (excluye parto) SEGUN SEXO Y EDAD. (o/o).

Edad	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	5.3	4.7	5.8
0 - 4.....	6.4	5.7	7.1
5 - 14.....	2.8	3.3	2.3
15 - 24.....	4.5	3.2	5.6
25 - 34.....	5.2	3.8	6.5
35 - 44.....	4.9	2.8	6.8
45 - 64.....	7.0	6.5	7.3
65 y más.....	10.3	14.5	7.0

Con respecto a la tasa de internación por parto, se observa que alcanza el valor más alto para el grupo de 25 a 34 años.

Esta distribución de la tasa de internación de parto por edad se comporta en forma análoga a la tasa de fecun

CUADRO 29'

TASAS DE INTERNACION POR PARTO SEGUN EDAD (o/o).

Edad	Tasas de internación
Total.....	9.1
15 - 24.....	7.6
25 - 34.....	14.5
35 - 44.....	5.4

didad(1) que es mayor en las mujeres de 25 a 29 años que en las mujeres de 20 a 24 años. Dado que también la tasa de fecundidad es más baja en el grupo de 15 a 19 años que en el de 30 a 34 años, es dable esperar, como sucede, que la tasa de internación por parto sea inferior en el grupo de 15 a 24 que la del grupo de 25 a 34. De la misma forma, la baja fecundidad en las mujeres mayores de 35 años, está determinando una tasa de internación menor para las mujeres entre 35 y 44 años.

Refiriendo los partos a toda la población resulta una tasa de 2.3 partos cada 100 individuos.

Días de estada

La distribución de los días de internación por egreso por causas generales los refleja en la media y mediana mayor magnitud para el sexo masculino, con una media de 14.5 días de estada para el femenino, con 9.8 días de promedio.

Si se consideran todas las causas para el sexo femenino (generales y partos), la diferencia de días de internación por sexo se acentúa, dado que el volumen de partos dentro de los egresos de las mujeres alcanza el 40% y el parto requiere en general, pocos días de internación. De acuerdo a los valores obtenidos, es 3 el valor de frecuencia más alta para los días de esta

(1) Capítulo de Fecundidad de este mismo estudio.

da por parto.

CUADRO 30

DIAS DE ESTADA POR EGRESO SEGUN CAUSAS DE INTERNACION(media, mediana).

Causas de internación	Sexo	Media	Mediana
Todas las causas	Total.....	9.6	4.0
	Varones	14.5	7.0
Causas generales	Mujeres.	7.6	4.0
	Total....	11.8	5.0
Parto.....	Varones	14.5	7.0
	Mujeres.	9.8	5.0
Parto.....	Mujeres	4.6	3.0

Indicadores según afiliación

Ahora se analizará cómo interviene en los estimadores relativos a internación el hecho de estar afiliado a algún sistema de seguro.

Se observa que la tasa de internación por todas las causas es mayor para los afiliados, relación que mantiene para partos y el resto de las causas.

CUADRO 32.

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO SEGUN AFILIACION

Por todas las causas		Por causas generales						Por parto	
		Total		Varon		Mujer			
A	\bar{A}	A	\bar{A}	A	\bar{A}	A	\bar{A}	A	\bar{A}
7,8	12,3	9.0	16.3	10.8	21.3	7.6	13.1	4.8	4.3

A: Afiliado \bar{A} : No afiliado

Lo que antecede está relacionado directamente al lugar de internación. Si como se verá a continuación, el 80% de los egresos de no afiliados, provienen de un hospital público donde las internaciones son más prolongadas es dable esperar mayor promedio de días por egreso para los no afiliados.

La condición de afiliación y su gravitación en las variables de interna-

CUADRO 31

TASAS DE INTERNACION SEGUN CAUSA Y CONDICION DE AFILIACION (°/o)

Causas	Afiliados	No afiliados
Todas las causas.....	7.7	5.9
Causas generales.....	5.4	3.9
Parto.....	10.0	8.1

Una explicación a esta situación podría ser que si bien en general la internación es un hecho condicionado por la necesidad, hay causas de internación que no son compulsivas y que al ser indicadas, se efectivizan para los afiliados pero no se realizan para los no afiliados por razones ligadas a los sistemas de pago.

Respecto del tiempo que demanda cada internación es importante recalcar que el número medio de días de egreso general es mayor para los no afiliados relación ésta que se cumple para ambos sexos.

ción está íntimamente ligada al lugar donde la gente se interna y la forma de pago, temas que se discuten a continuación.

Indicadores según efector y sistema de financiamiento

El interrogante que se plantea es conocer dónde se interna la población y bajo qué sistema de pago.

La pregunta 55 del cuestionario individual admitía las siguientes respuestas:

1. En un hospital o institución nacional, provincial, municipal.
2. En una Obra Social o Mutual
3. En un hospital privado, sanatorio, clínica o instituto privado.
4. Otro
9. 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 médico privada se hizo cargo del pago de la internación y la de la pregunta 61 que indica sobre el nombre de la obra social o mutual que se hizo cargo del pago, se han definido las siguientes categorías de efector y sistema de financiación.

Efector: Indica la dependencia del establecimiento que realizó la internación. Las categorías consideradas son las siguientes:

Público: Establecimientos hospitalarios dependientes de la administración nacional, provincial o municipal.

Obra Social: Establecimientos hospitalarios de propiedad o administración directa de las obras sociales.

Privado: Establecimientos hospitalarios de propiedad o administración de personas o grupo de personas de derecho privado.

Sistema de financiación: Indica la forma de financiamiento de las internaciones por parte de los usuarios o por instituciones. Se han considerado los siguientes tipos de financiamiento.

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 aquéllas se realicen.

Privado con cobertura: Comprende las prestaciones financiadas total o parcialmente por organismos privados con o sin fines de lucro, financiadas con el aporte voluntario de sus afiliados o con subsidios, donaciones, etc., y administradas en forma privada sin intervención del Estado

Privado sin cobertura: Comprende las prestaciones a cargo del usuario en instituciones privadas.

Ejemplo: una internación realizada en un instituto privado (lugar 3 de la pregunta 55) cubierta por una obra social, corresponde al efector privado y al sistema de financiación de obra social.

Al relacionar la población que manifestó haber estado internada, con las instituciones asistenciales se eliminaron del conjunto de egresos 11 egresos producidos ya sea fuera del centro urbano Córdoba (ya que los establecimientos que prestaron los servicios no corresponden a la zona en estudio) o en instituciones de las Fuerzas Armadas, que por su dependencia y tipo de financiación no corresponden a ninguna de las categorías definidas y 3 egresos sin información de efector ni sistema de financiación.

Los datos siguientes muestran la distribución de los egresos según efector:

CUADRO 33

EGRESOS SEGUN EFECTOR Y CAUSAS DE INTERNACION (0/0).

Causa de internación	Efector			
	Total	Público	Obra social	Privado
Todas las causas....	100.0 (507)	43.8	6.5	49.7
Causas generales...	100.0 (352)	40.9	8.5	50.6
Parto	100.0 (155)	50.3	1.9	47.8

De aquí surge el peso del sector privado como efector de hospitalizaciones.

Pero el análisis se enriquece cuando se estudian los sistemas de finan-

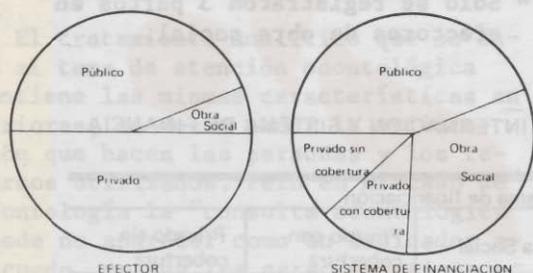
ciación de los egresos, según se puede observar en la tabla siguiente:

CUADRO 34

EGRESOS SEGUN CAUSAS DE INTERNACION Y SISTEMAS DE FINANCIACION (0/o).

Causas de internación	Sistemas de financiación				
	Total	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura
Todas las causas.....	100.0 (507)	43.8	32.0	12.4	11.8
Causas generales.....	100.0 (352)	40.9	35.2	13.1	10.8
Parto.....	100.0 (155)	50.3	24.5	11.0	14.2

GRAFICO 10
PORCENTAJES DE EGRESOS SEGUN EFECTOR Y SISTEMA DE FINANCIACION



En este caso resalta la importancia del sector público respecto a las otras categorías.

Si se agrupan los egresos de Obra Social y Privado con cobertura, resulta que el 44.4% del total ha sido cubierto parcial o totalmente por algún sistema de seguro en salud.

De las prestaciones que realiza el efector privado el 76% están cubiertas por algún sistema de seguro.

El 20% de las internaciones financiadas por Obra Social se realizaron en establecimientos de su dependencia, y el resto en instituciones privadas.

Llama la atención el mayor flujo de internaciones por parto hacia los sistemas público y privado sin cobertura respecto a las cifras halladas para todas las causas, a expensas por consiguiente de una disminución de los porcentajes de parto en Obras Sociales y Privado con cobertura.

El 35% de los partos fueron financiados por algún tipo de seguro, mientras que ascendió a 48% para las otras causas.

En la tabla siguiente se puede observar que el 27% de las internaciones de afiliados no fueron cubiertas derivándose el 20% al efector público y el 7% al privado sin prepago.

Haciendo referencia al comportamiento de los no afiliados se destaca que el 80% de sus egresos se realizaron en el sector público.

CUADRO 35

EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y CONDICION DE AFILIACION (0/o)

Afiliación	Sistema de financiación				
	Total	Público	Obra social	Privado con cobert.	Privado sin cobert.
Total.....	100.0 (507)	43.8	32.0	12.4	11.8
Afiliados.....	100.0 (307)	19.9	52.8	20.5	6.8
No afiliados.....	100.0 (200)	80.5	-	-	19.5

Estos resultados obligan a preguntarse sobre las causas que determinan la no utilización del sistema del cual manifestaron ser beneficiarios. Podrá depender de la calidad de los servicios ofrecidos, de la falta de medios de algunas instituciones para hacerse cargo de las internaciones, de los limitantes a la accesibilidad por los sistemas de "coseguro" que determinan barreras económicas.

Si bien no se pueden contestar estos interrogantes, surge evidente el papel del sector oficial como primera instancia de atención para la población, importante aún dentro de aquélla que manifiesta tener cobertura.

Días de internación por efector y sistema de financiación

El promedio de días de estada por e

CUADRO 37

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA SEGUN CAUSAS DE INTERNACION Y SISTEMA DE FINANCIACION

Causa de internación	Sistema de financiación			
	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura
Todas las causas.....	13.1	6.9	6.5	6.2
Causas generales.....	17.6	7.7	6.9	7.8
Parto.....	4.9	4.3	5.2	3.5

Las diferencias en los promedios de días de estada, entre las categorías definidas pueden deberse a factores de la población de usuarios de cada sector, tales como condición social y características diferenciales de morbilidad y a los distintos métodos de trabajo de cada efector y sistema de financiamiento. El sector privado tiene tendencia a hospitalizar patología aguda que permite un gran giro de camas, frente a la patología con cronicidad realzada en el sector público con más días de estada y menor movimientos de cama.

Se debe notar que estas cifras se refieren siempre a residentes del área

greso es uno de los indicadores más utilizados en estadísticas hospitalarias. De allí que es de interés relacionarlo con los efectores y los sistemas de financiación tal como se presentan a continuación:

CUADRO 36

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA SEGUN CAUSAS DE INTERNACION Y EFECTOR

Causas de internación	Efector		
	Público	O.Social	Privado
Todas las causas.....	13.1	7.9	6.5
Causas generales.....	17.6	8.0	7.5
Parto.....	4.9	7.3*	4.2

* Sólo se registraron 3 partos en efectores de obra social.

es decir, no están consideradas las internaciones de personas no residentes en el área que podrían tener más días de estada en promedio. Asimismo, las internaciones en el año de residentes ya fallecidos a la fecha de la encuesta tampoco están computadas.

Características de internación del Centro Urbano Córdoba

- 1 de cada 15 personas manifestaron haber tenido al menos una internación en el año previo a la entrevista.
- La tasa de internación para las muje

res exceptuando partos, es mayor que la tasa de internación para varones.

- Los partos son el 30% de los egresos totales y el 40% de los egresos de las mujeres.
- El promedio de días de estada de internación por causas generales es mayor en los varones.
- Cuatro de cada 10 egresos por todas las causas ocurrieron en el subsector público.
- Uno de cada 3 egresos fueron cubiertos por algún sistema de seguro.
- El subsector público tiene el promedio más alto de días de internación, y el privado sin cobertura produce los egresos de más corta duración.

UTILIZACION DE LA CONSULTA ODONTOLOGICA

El tratamiento analítico que se dará al tema de atención odontológica mantiene las mismas características anteriores, es decir medir la utilización que hacen las personas y los recursos utilizados. Pero en el caso de odontología la "consulta odontológica" puede no aparecer como un indicador adecuado, ya que las características actuales de la atención dental hace que la consulta odontológica sea irrelevante en muchos casos frente a la unidad "tratamientos" en particular y el tratamiento integral de la cavidad oral.

Esto es fundamentalmente porque consultantes a odontólogos con igual patología reciben un tratamiento con cierta independencia del número de consultas, el cual está condicionado por la calidad, decisión terapéutica y financiación de la consulta o del tratamiento. Por esta razón este indicador resulta para el análisis más válido como fin administrativo que como medida de atención a la población.

Los estimadores globales que se presentan son los siguientes:

a) Proporción de consultantes a odontólogos en un mes

Esta cifra estima la probabilidad de los individuos de la población en estudio de tener contacto con un servi-

cio odontológico en un mes. Se origina en el cociente

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que manifestaron haber consultado al odontólogo en un mes}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

Población encuestada

El valor observado en el estudio es de 8.4%, lo que indica que una de cada doce personas, aproximadamente, toma contacto con un servicio de odontología en el área metropolitana en el período de un mes. Su proyección a la población total dará el número esperado de personas que utilizarán los recursos odontológicos del área en treinta días.

b) Razón de consultas odontológicas - persona en un año.

Este indicador es el cociente entre el número de las consultas odontológicas mensuales y la población encuestada, multiplicada por 12.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas odontológicas mensuales}}{\text{Población encuestada}} \times 12$$

El valor observado en el estudio es de 2.4, que puede llegar a tener alguna importancia institucional para estimar el número de consultas anuales del área, pero por lo manifestado anteriormente la consulta no es la forma de conceptualizar y medir este recurso.

c) Razón entre el número de consultas y los consultantes a odontólogo en un mes

Esta razón tiende a mostrar la concentración o intensidad con que se vuelca este recurso a la población consultante en un mes, aunque soportando las mismas restricciones que el estimador anterior:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas odontológicas en un mes}}{\text{N}^{\circ} \text{ de consultantes en un mes}}$$

El valor observado es de 2.4. Este

estimador adquiere importancia cuando se lo analiza por categorías; por ejemplo, lugar de la consulta, efector.

A continuación se analizan estos indicadores, según las variables independientes.

a) *Proporción de consultantes a odontólogo en un mes*

El grupo etáreo de 5 a 14 años presenta una alta proporción de consultantes a odontólogo en ambos sexos.

CUADRO 38.

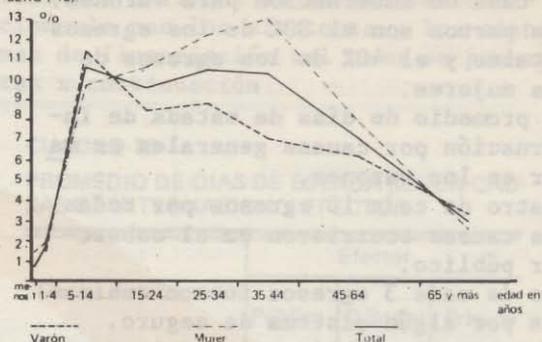
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A DENTISTA EN UN MES SEGUN EDAD Y SEXO (‰).

Grupos de edad en años	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Menos de 1.....	-	1.4	1.7
1 - 4.....	1.5	1.9	1.7
5 - 14.....	11.4	9.7	10.6
15 - 24.....	8.5	10.6	9.6
25 - 34.....	8.8	12.2	10.5
35 - 44.....	7.1	13.0	10.3
45 - 64.....	6.2	7.9	7.1
65 y más.....	3.4	2.6	3.0
Total.....	7.5	9.2	8.4

En la tabla anterior se observa que este indicador se mantiene en alrededor de 10 consultantes por cada 100 individuos en los grupos de 5 a 14, 15 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años. Estas cifras se deben seguramente a la patología de la edad escolar y a la influencia del embarazo en la salud dental de la mujer, ya que la proporción de consultantes es notablemente mayor para el sexo femenino en esos grupos de edades.

En el cuadro anterior se observa además una mayor proporción de usuarios para el sexo femenino, debido a las diferencias anotadas en la edad fértil de la mujer y a la mayor tendencia femenina a la consulta por razones estéticas.

GRAFICO 11
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A DENTISTA EN UN MES POR EDAD Y SEXO (‰).



Se considera importante relacionar la consulta odontológica con la percepción de "problema con los dientes, boca o encías" (pregunta 44 del cuestionario individual) ya que este tema no es analizado en esta etapa de análisis en el capítulo de morbilidad. De los valores obtenidos surge que el 87% de los consultantes habían percibido algún problema dental en el período de referencia. Por otro lado sólo el 34.5% de los perceptores ha realizado consulta en el período de referencia.

A continuación se dan las tasas de percepción de problema dental según edad y sexo.

CUADRO 39

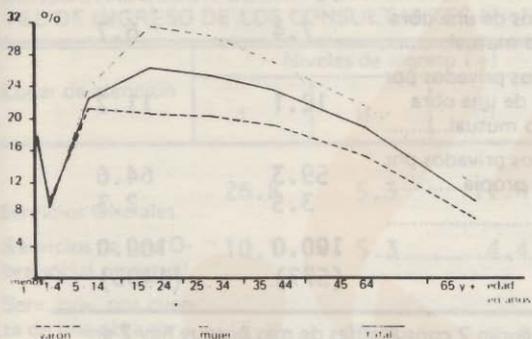
TASA DE PERCEPTORES DE PROBLEMA DENTAL EN UN MES SEGUN EDAD Y SEXO (‰)

Grupos de edad en años	Sexo		
	Varón	Mujer	Total
Menos de 1.....	17.3	17.8	17.5
1 - 4.....	9.7	8.7	9.2
5 - 14.....	21.1	23.8	22.5
15 - 24.....	20.5	31.4	26.3
25 - 34.....	20.2	30.2	25.3
35 - 44.....	19.1	26.9	23.3
45 - 64.....	15.2	21.5	18.7
65 y más.....	7.3	11.5	9.6
Total.....	17.8	24.2	21.1

Se destaca en esta tabla que la mujer declara problemas dentales en ma-

por proporción que el hombre, relación que se verifica en casi todos los grupos etáreos. Separando los menores de 1 año con los problemas de la dentición, se observa que la tasa de percepción aumenta hasta el grupo de 15 a 24 años, a partir del cual decrece sistemáticamente.

GRAFICO 12
TASA DE PERCEPCION DE PROBLEMA DENTAL EN 1 MES POR EDAD Y SEXO (‰)



Sería interesante estudiar la relación entre percepción de problema dental y consulta odontológica según niveles de ingreso, ya que la amplia variación en la tasa de consultantes según ingreso, hace suponer que la necesidad de la consulta odontológica se ve satisfecha más ampliamente en la población de mayores recursos económicos. En este primer análisis sólo se analizó la relación entre consulta e ingreso.

CUADRO 40

PROPORCION DE CONSULTANTES A ODONTOLOGO EN UN MES SEGUN NIVEL DE INGRESO (‰)

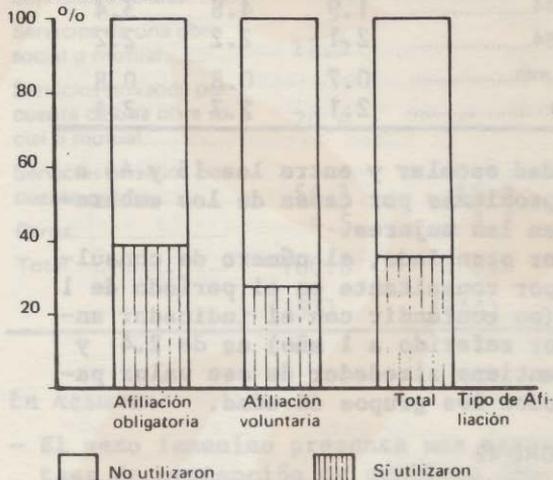
Nivel de ingreso	Proporción de consultantes
I	5.8
II	9.3
III	12.5
Total	8.4

Del mismo modo, la condición de afiliación a un sistema de seguro influye en la consulta odontológica, siendo de 9.4% la proporción de consultantes en

tre los afiliados y de 7.3% para los no afiliados.

Sin embargo, de los afiliados que consultaron al dentista en el mes previo a la entrevista, sólo el 36% hizo uso de su afiliación. Distinguiendo a los afiliados consultantes según el tipo de afiliación y de acuerdo al uso de la cobertura en la prestación se presenta el siguiente gráfico:

GRAFICO 13
PROPORCION DE AFILIADOS SEGUN UTILIZACION DE SU AFILIACION PARA CONSULTA ODONTOLOGICA.



Llama la atención el hecho de que sólo 15 (y 2 no saben o no recuerdan) de los 209 consultantes afiliados que no hicieron uso de su cobertura en la consulta odontológica, respondieron que ese servicio no era brindado por la institución de la cual eran beneficiarios.

b) Promedio de consultas por persona por año y número de consultas por consultante por mes

El número de consultas por persona por año es de 2.4. Este indicador toma los valores más altos entre los 5 y 44 años, como se observa en la siguiente tabla:

Entre los 5 y 14 años, el mayor número de consultas se puede deber a los problemas dentales que se presentan en

CUADRO 41

PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA Y AÑO SEGUN EDAD Y SEXO.

Grupos de edad en años	V	M	Total
Menos de 1	-	0.2	0.1
1 - 4.....	0.6	1.3	0.9
5 - 14.....	3.5	2.4	3.0
15 - 24.....	2.6	3.0	2.8
25 - 34.....	1.6	3.4	2.6
35 - 44.....	1.9	4.8	3.4
45 - 64.....	2.1	2.2	2.2
65 y más.....	0.7	0.8	0.8
Total.....	2.1	2.7	2.4

la edad escolar y entre los 15 y 44 a los problemas por causa de los embarazos en las mujeres.

Por otro lado, el número de consultas por consultante en el período de 1 mes (no confundir con el indicador anterior referido a 1 año) es de 2.4 y se mantiene alrededor de ese valor para todos los grupos de edad.

CUADRO 42.

CONCENTRACION DE CONSULTAS POR CONSULTANTE EN 1 MES SEGUN EDAD.

Grupos de edad en años	Consultas por consultante en 1 mes
5 - 14.....	2.3
15 - 24.....	2.5
25 - 34.....	2.0
35 - 44.....	2.8
45 - 64.....	2.5
65 y más.....	2.2
Total.....	2.4

Lugar-efector de la consulta

Al relacionar el número de consultantes y consultas a odontólogo según lugar se obtienen los siguientes valores relativos.

Se destaca sin duda que los servicios privados por cuenta propia abar-

can la mayor proporción de consultantes y consultas.

CUADRO 43.

CONSULTANTES Y CONSULTAS A ODONTOLOGO SEGUN LUGAR (%o)

Lugar de atención	Consultantes (%o)	Consultas (%o)
Servicios oficiales.....	17.7	15.2
Servicios de una obra social o mutual.....	7.4	6.7
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	12.1	11.2
Servicios privados por cuenta propia.....	59.3	64.6
Otros.....	3.5	2.3
Total.....	100.0 (577)	100.0 (1403)

(+) Figuran 2 consultantes de más porque hay 2 encuestados que consultaron en 2 lugares distintos

Resulta así que 2 de cada 3 consultas se realizan en sistemas privados a cargo del usuario. Sigue en orden decreciente, los servicios oficiales, categoría en la cual los consultantes tienen más peso que las consultas, situación que se presenta en el resto de las categorías salvo en la de servicios privados por cuenta propia. Esto está directamente relacionado con la concentración de consultas por lugar como se ve en el siguiente cuadro:

CUADRO 44

CONCENTRACION DE CONSULTAS EN UN MES SEGUN LUGAR EFECTOR

Lugar	Concentración
Servicios Privados pagados por cuenta Obra social o mutual.....	2.2
Servicios privados pagando la consulta por su cuenta.....	2.6
Servicio Hospital Público o Inst. Odont. municipal, provincial o nacional.....	2.1
Servicio Obra social o mutual.....	2.2

La diferente concentración puede estar indicando una conducta terapéutica diferente según lugar.

Otro aspecto interesante de analizar es la relación entre el lugar de atención y el nivel de ingreso de los consultantes. Se han obtenido los siguientes valores:

CUADRO 45.

CONSULTANTES SEGUN LUGAR DE ATENCION Y NIVEL DE INGRESO DE LOS CONSULTANTES (°/o)

Lugar de atención	Niveles de ingreso (+)		
	I	II	III
Servicios Oficiales...	26.8	5.3	11.0
Servicios de una Obra social o mutual.	10.1	5.3	4.4
Serv. priv. por cuenta de una obra social o mutual.....	6.7	20.7	8.5
Servicios privados por cuenta propia..	53.3	66.1	74.4
Otros.....	3.1		
Total.....	100.0 (448)	100.0 (419)	100.0 (472)

(+) No se han considerado las consultas de los consultantes sin información de ingresos.

En los 3 niveles de ingreso, el mayor porcentaje de consultas se da en los servicios privados por cuenta del usuario pero se destaca en el 1er. nivel, la importancia de los servicios oficiales y en el 2do. la importancia de los servicios privados por cuenta de una obra social. Se nota además que a medida que aumenta el nivel de ingreso, aumenta la proporción de consultas en los servicios privados por cuenta propia.

Si se analiza el comportamiento de los consultantes en relación al lugar de la consulta según la condición de afiliación, se obtienen los siguientes valores:

Se destaca por un lado que prácticamente el 30% de los consultantes no a-

filiados, realizaron sus consultas en servicios oficiales, y por otro, que más de la mitad de los afiliados se atendieron en servicios privados por su cuenta.

CUADRO 46.

CONSULTANTES SEGUN LUGAR DE ATENCION Y AFILIACION (°/o)

Lugar de atención	Afiliados	No Afiliados
Servicios oficiales.....	8.7	29.9
Servicios de una obra social o mutual.....	12.3	-
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	20.4	-
Servicios privados por cuenta propia.....	54.1	66.4
Otros.....	4.5	3.7
Total.....	100.0 (333)	100.0 (244)

En resumen:

- El sexo femenino presenta una mayor tasa de percepción de problema dental; una mayor proporción de consultantes y un mayor número de consultas/persona por año que el sexo masculino.
- Para los grupos etáreos entre 5 y 34 años, se dan las mayores tasas de percepción de problema dental; la proporción de consultantes y el número de consulta/persona año también son mayores en estas edades y decrecen en los grupos de 45 a 64 y 65 y más años.
- A mayor nivel de ingreso, es mayor la proporción de consultantes y también mayor la proporción de consultas en servicios privados por cuenta del usuario. En el 1er. nivel de ingresos, asumen importancia los servicios oficiales.
- Los afiliados tienen una mayor proporción de consultantes, aunque el 54% de los consultantes afiliados se atendieron en servicios privados por

cuenta propia y sólo el 36% hizo uso de su cobertura en la atención odontológica. El 30% de los no afiliados se atendieron en servicios oficiales.

- Los servicios privados por cuenta propia fueron los más utilizados, tanto en relación al número de consultas como de consultantes.

UTILIZACION O CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El consumo de medicamentos presenta características de utilización diferentes de los otros recursos hasta aquí analizados. Por un lado el consumo de medicamentos puede aparecer estrechamente ligado a la consulta médica y odontológica, es decir es una resultante directa de éstas últimas. Por el contrario en otros casos, el consumo de medicamentos tiene un comportamiento más independiente en cuanto a la sistematización que muestran los recursos de atención médica. La automedicación o la indicación terapéutica por personas ajenas a los recursos formales de atención médica, son ejemplos típicos; tenemos entonces que el consumo de medicamentos puede estar influido no sólo por los otros recursos de atención médica sino por los mecanismos directos de promoción y publicidad para el consumo.

Esta situación se hace aún más compleja si recordamos que la influencia de los organismos productores se realiza por un lado hacia los profesionales de la salud y por otro a la opinión pública directamente.

En el caso de los primeros resulta evidente su participación en la cadena producción, promoción al profesional, medicación propuesta y consumo. La opinión pública se ve por otra parte influida hacia el consumo directamente, por la vía producción, promoción directa al público, consumo. Como los rubros de medicamentos que participan de cada una de estas secuencias son en general diferentes, el estudio de su consumo deberá hacerse por tipo de medicamento.

Debe aclararse inmediatamente que

cuando se define el tipo o clase de medicamento, se referirá a lo que la población entiende por tal. Es decir que en este caso la realidad del consumo del medicamento en cuanto a su tipo depende del verdadero concepto que la población tenga del medicamento que está tomando, o de la comunicación que pueda existir entre el profesional que lo indicó y el paciente, en el caso que esto suceda.

El período de referencia de 2 semanas que se ha tomado para la pregunta 37 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 su 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, el informante puede no conocerlo totalmente.

Para conocer esta situación y delimitar en parte esta restricción metodológica se deberá analizar 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 mismas.

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 medicamentos, según ha ya sido o no indicado por un profesional.

- 1) La tasa bruta de consumidores de medicamentos surge del cociente:

Nº de personas que manifestaron haber consumido medicamentos en las 2 últimas semanas

Población encuestada

El valor obtenido en el estudio es de 41.9% lo que significa que para el centro urbano Córdoba cerca de la mitad de los individuos de la población estaban 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 medicamento, pudiendo duplicarse el consumidor en los distintos tipos pero no dentro del tipo de medicamento.

Se origina en la siguiente relación

$$\frac{\text{Nº de consumidores de medicamentos de tipo } i \text{ (para } i=1,2,\dots,12)}{\text{Nº total de consumidores}} \times 100$$

3) La proporción de consumidores según origen de la indicación para cada tipo de medicamento surge de:

$$\frac{\text{Nº de consumidores de medicamentos de tipo } i \text{ (} i=1,2,\dots,12)}{\text{Nº de medicamentos de tipo } i \text{ (} i=1,2,\dots,12)}$$

Como se ha dicho anteriormente, la proporción de consumidores de medicamentos en las 2 semanas previas a la entrevista es del 42%. Al analizar este indicador por grupos etáreos se observa que la proporción de usuarios crece a medida que la edad aumenta, a excepción del 1er. grupo de edad, como se muestra en el siguiente cuadro:

Hay que destacar que la proporción de consumidores de medicamentos sigue la misma tendencia que la tasa de percepción de morbilidad como muestran en los siguientes gráficos.

CUADRO 47

TASA DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS EN 2 SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO (º/o).

Edad en años	Sexo		
	V	M	Total
Menos de 10.....	14.6	38.4	41.5
10 - 24.....	29.3	35.1	32.3
25 - 44.....	33.5	46.6	40.3
45 - 64.....	46.4	56.5	52.0
65 y más.....	51.4	76.2	65.3

GRAFICO 14 PERCEPCION DE MORBILIDAD Y UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO (EN º/o)

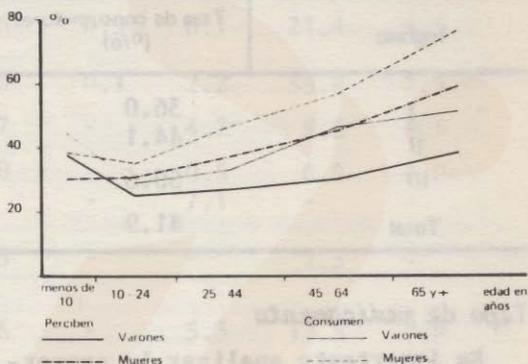
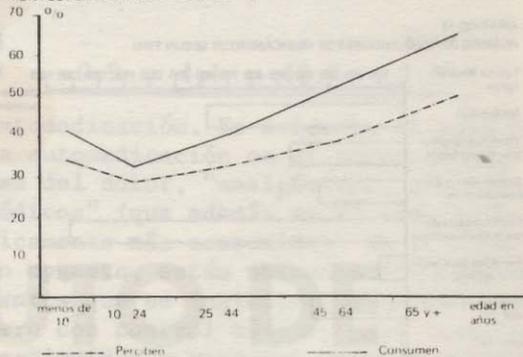


GRAFICO 15 PERCEPCION DE MORBILIDAD Y UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR GRUPO ETAREO (EN º/o)



Del cuadro anterior también surge que las mujeres ingieren medicamentos en mayor proporción que los varones, relación que se cumple para los grupos etáreos de 10 años en adelante. (El mismo comportamiento sigue la percepción de morbilidad).

Si se relaciona el consumo de medicamentos con la consulta médica en el mismo período se observa que la cuarta parte de los que ingieren medicamentos consultaron al médico en las 2 semanas. Por otro lado, 5 de cada 6 consultantes a médico (83.3%) han consumido medicamentos.

Es interesante comprobar que el consumo de medicamentos es diferencial por nivel de ingresos, como se muestra en la tabla siguiente:

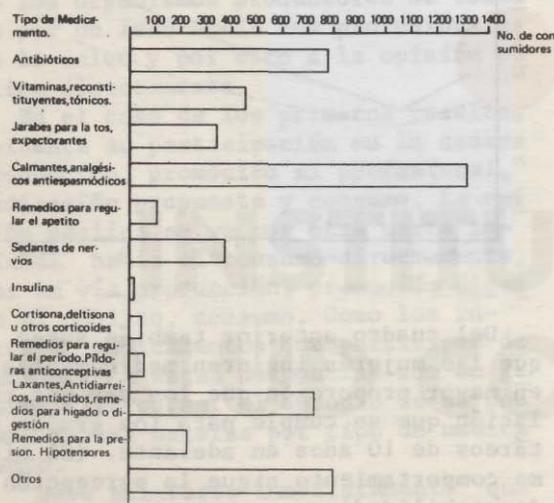
CUADRO 48
TAÑA DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS
SEGUN NIVELES DE INGRESO.

Ingreso	Tasa de consumidores (0/o)
I	36.0
II	44.1
III	50.6
Total	41.9

Tipo de medicamento

Es importante analizar la proporción de consumidores según tipo de medicamentos.

GRAFICO 16
NUMERO DE CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO



CUADRO 49
CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS EN DOS SEMANAS SEGUN TIPO (0/o). *

Tipo de medicamentos	Proporción de consumidores
Calmantes, analgésicos, antiespasmódicos.....	26.7
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o la digestión....	15.7
Vitaminas reconstituyentes, tónicos....	11.8
Antibióticos.....	45.7
Remedios para la presión, hipotensores.....	3.7
Jarabes para la tos, expectorantes.....	13.0
Insulina.....	0.5
Sedantes de nervios.....	1.5
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas.....	2.0
Remedios para regular el apetito.....	25.2
Cortisona, deltisona u otros corticoides.....	7.9
Otros.....	27.9

* Cada consumidor de medicamentos entra en este cuadro tantas veces como tipos de medicamentos haya consumido (de allí que las proporciones no sean sumables). El numerador es el número de consumidores de tipo I y el denominador es el número total de consumidores.

De la tabla anterior surge que cerca de la mitad de los consumidores han ingerido "calmantes, analgésicos, anti espasmódicos". En el otro extremo aparece la insulina ya que la proporción de consumidores es de 0.5%.

La especificidad de ciertas drogas hace que tengan una baja proporción de consumidores, mientras que otras por su habitualidad son muy consumidas.

Pero sin duda alguna interviene como hecho importante para el consumo, la posibilidad de que la población pueda

automedicarse con facilidad determinados medicamentos. Es decir, es impor-

tante conocer la magnitud en que cada tipo de medicamento está siendo indicado o no por un médico.

CUADRO 50

CONSUMIDORES DE MEDICAMENTO POR TIPO SEGUN QUIEN LO INDICO (o/o)

Tipo de medicamento	Médico personalmente			Médico por Teléfono	Farma- céutico	Autome- dicado	Sin iden- tificación
	En esta oportunidad	En otra oportunidad con indicación de repetición	En otra oportunidad sin indicación de repetición				
Vitaminas reconstituyentes, tónicos.....	33.2	45.8	3.5	0.3	1.7	11.3	4.1
Antibióticos.....	59.3	22.4	2.4	0.7	3.3	6.4	5.5
Jarabes para la tos, expectorantes.....	38.7	20.8	5.6	0.9	6.1	21.4	6.5
Calmanes del dolor, analgésicos, antiespasmódicos.	14.8	17.5	2.0	0.1	2.2	55.8	7.5
Remedios para regular el apetito.....	34.0	37.7	5.7	-	4.7	8.5	8.5
Sedantes de nervios.....	25.1	59.5	4.0	-	0.5	6.9	4.0
Insulina.....	14.3	78.6	-	-	7.1	-	-
Cortisona, deltisona u otros corticoides.....	27.9	67.5	2.3	-	-	2.3	-
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas.....	17.6	49.1	3.5	-	5.3	17.5	7.0
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o para problemas de la digestión..	16.7	42.2	3.2	0.3	3.0	27.4	6.7
Remedios para la presión, Hipotensores.....	21.2	75.8	0.4	-	-	-	2.6
Otros.....	30.7	40.5	2.8	0.9	4.1	12.0	8.9

Como se observa en la tabla anterior para casi todos los tipos de medicamentos, el porcentaje más alto de indicación se dan en el rubro de "indicado por un médico en otra oportunidad con indicación de repetición". Sin embargo sólo debe verificarse en esa forma para la insulina, cortisona, deltisona u otros corticoides y remedios para la presión. En el resto de los medicamentos debe estar influyendo la automedicación no considerada como tal por parte de la población. Por otro lado, se puede considerar el medicamento "indicado por el médico en otra oportunidad sin indicación de repetición" como una

automedicación. Es evidente el peso de la automedicación en el rubro calmantes del dolor, "analgésicos, antiespasmódicos" (que además es el tipo de medicamento más consumido). En el extremo opuesto, están ubicados los medicamentos que se ingieren con continuidad pero con control médico, como insulina, corticoides y remedios para la presión para cada uno de los cuales el porcentaje de indicación por médico "en esta oportunidad o en otra oportunidad con indicación de repetición" es mayor del 90%.

La prescripción practicada por farmacéutico representa para todos los me

dicamentos, proporciones bajas (menores de lo que se suponía).

Al considerar que la condición de la entrevista en el sentido de ser "personal" o "a través de un informante del núcleo familiar" modificaría la exactitud de la respuesta, se vio antes que nada, que la proporción de respuestas a través de informante es para casi todos los medicamentos de menos del

10%, con excepción de la insulina y re medios de la presión por lo manifiesto de este tipo de tratamientos.

Se destaca además la alta proporción de respuesta personal (100%) para los anticonceptivos y hormonales condicionado por la mayor ocurrencia de mujeres entre las entrevistas personales y algunas pautas culturales sobre el uso de estos medicamentos.

CUADRO 51
CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO Y RESPUESTA PERSONAL O INFORMANTE *

Tipo de medicamento	Personal	Informante	Total
Vitaminas, reconstituyentes, tónicos.....	91.2	8.8	769
Antibióticos.....	91.6	8.4	452
Jarabes para la tos, expectorantes.....	93.5	6.5	340
Calmantes del dolor, analgésicos, antiespasmódicos.....	91.7	8.3	1314
Remedios para regular el apetito.....	91.5	8.5	106
Sedantes de nervios.....	90.1	9.9	373
Insulina.....	85.7	14.3	14
Cortisona, deltisona u otros corticoides.....	95.3	4.7	43
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas.....	100.0	-	57
Laxantes, antidiarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o la digestión.....	90.1	9.9	726
Remedios para la presión, hipotensores.....	85.5	14.5	227
Otros.....	90.3	9.7	803

* Debe tenerse presente que los menores de 15 años son considerados como respuesta personal.

Resumen

- En el período de 2 semanas previas a la entrevista, el 42% de la población ha consumido medicamentos.
- Es alta la proporción de consumidores por automedicación especialmente en los medicamentos más habituales.
- El consumo de medicamentos aumenta con la edad.
- La proporción de consumidores es más alta en las mujeres aunque en este

hecho puede estar influyendo la condición de entrevista personal que en las mujeres es del 93.0% mientras en los hombres es del 77.0%.

- Cuanto más alto es el nivel de ingresos mayor es la proporción de consumidores.
- A mayor especificidad de los medicamentos, menor proporción de automedicación.

UTILIZACION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Dadas las características de estos recursos y al ser ésta una información obtenida de la población, se analiza en este subtema las personas que toman contacto con estos servicios, pero no se investiga las características de complejidad del recurso utilizado.

Para considerar que la autodecisión del uso de radiología y laboratorio es excepcional, es que se obvia en este estudio el conocimiento de quién indicó su utilización. Por la definición misma de servicios auxiliares de diagnóstico, están de alguna manera ligados a la utilización de otros recursos de atención médica (consulta médica, odontológica, etcétera).

Es esta relación con otros recursos utilizados lo que posibilita relacionar los usuarios de servicios complementarios con los que utilizaron, por ejemplo, la consulta médica. Al hacer estas relaciones se hace notar que los individuos que utilizaron radiología y laboratorio en las dos últimas semanas pueden no haber realizado la consulta médica en ese período, ya que su indicación en una consulta médica puede haber sido anterior a esa fecha; de igual manera que los individuos que tienen consulta médica en las mismas dos semanas, pueden tener indicada la utilización de servicios auxiliares para una fecha posterior a la entrevista. Sin embargo, es importante relacionar ambas poblaciones de usuarios a efectos de estimación y proyección de utilización del recurso como conjunto.

Así demarcado el problema, la línea analítica tiene los siguientes estimadores globales:

1. Proporción de usuarios de laboratorio en las dos últimas semanas

Estima la probabilidad de los individuos de la población de tomar contacto con un servicio de laboratorio para el período. Surge del cociente:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que manifestaron haber utilizado servicios de laboratorio en las últimas dos semanas}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor observado en el estudio es de 3.1%, que indica que aproximadamente 1 de cada 33 personas toman contacto con laboratorio en dos semanas.

2. Razón entre usuarios de laboratorio y de la consulta médica

Es la siguiente relación:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que manifestaron haber utilizado laboratorio en las últimas dos semanas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que manifestaron haber consultado médico en las últimas dos semanas}} \times 100$$

El valor hallado en el estudio es de 23.7% que indica que por cada 100 individuos que consultaron al médico hubo 25 que utilizaron los servicios de laboratorio. Esta razón resulta de utilidad ya que conociendo para el área el número de consultantes a médico puede estimarse el número de personas que tuvo al menos un contacto con el servicio de laboratorio en dos semanas.

3. Proporción de usuarios de radiología

Presenta las mismas características que la tasa de utilizadores de laboratorio y surge del siguiente cociente:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas que manifestaron haber utilizado Rx en las últimas dos semanas}}{\text{Población encuestada}} \times 100$$

El valor hallado en el estudio es de 1.5% 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:

Nº de personas que manifestaron haber utilizado Rx en las últimas dos semanas

x 100

Nº de personas que manifestaron haber consultado al médico en las últimas dos semanas

El valor hallado 11.8% permite estimar el número de personas que utilizarán el recurso radiológico en función del conocimiento de los consultantes a médico en el área, en el período de referencia.

Laboratorio

La proporción de usuarios de laboratorio fue de 3.1%. Al analizar el comportamiento de este indicador según edad se observa que la proporción de usuarios crece a medida que aumenta la edad.

CUADRO 52
PROPORCIÓN DE UTILIZADORES SEGUN SEXO Y EDAD.

Edad	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	3.1	2.4	3.6
0 - 9.....	2.0	1.9	2.1
10 - 24.....	2.2	1.5	2.9
25 - 44.....	3.5	2.3	4.7
45 - 64.....	3.9	3.8	3.9
65 y más.....	5.7	5.6	5.7

No sigue estrictamente el mismo comportamiento al analizar según sexo y edad. Como se observa en el cuadro anterior, la proporción de usuarios es

mayor dentro de las mujeres, debiéndose ésto a la marcada diferencia según sexo en los grupos de 10 a 24 y 25 a 44 años.

Si se caracteriza a la población según condición de afiliación y su relación al contacto con un servicio de laboratorio, puede decirse que la afiliación pareciera diferenciar a la población en el uso de este servicio, ya que se obtuvieron los siguientes valores:

- afiliados: 3.7%
- no afiliados: 2.4%

Si se analiza la proporción de usuarios según nivel de ingreso se tiene:

- nivel I: 2.2%
- nivel II: 3.4%
- nivel III: 4.6%

Es decir, la proporción de usuarios aumenta a medida que el nivel de ingreso crece.

Interesa estudiar cuál es la relación entre la magnitud de consultantes a médico y usuarios de laboratorio, ambos tomados en el período de 2 semanas.

CUADRO 53
RAZON ENTRE USUARIOS DE LABORATORIO Y CONSULTA MEDICA POR SEXO Y EDAD. (%).

Edad en años	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	23.7	20.0	26.7
0 - 24.....	15.8	12.0	19.6
25 - 44.....	31.9	25.9	35.6
45 - 64.....	29.8	32.3	28.1
65 y más.....	35.9	41.7	32.5

Si esta razón se analiza según nivel de ingreso, se tiene que aumenta a medida que el nivel crece:

- nivel I: 19.2
- nivel II: 25.0

- nivel III: 31.0

Otro aspecto importante de conocer, es la utilización que se hace de los distintos servicios de laboratorio del área. Se han obtenido los siguientes valores:

CUADRO 54

PROPORCION DE USUARIOS DE LABORATORIO SEGUN LUGAR DE ATENCION (o/o)

Lugar de atención	Proporción de usuarios
Total	100.0 (210)
Servicios Oficiales	28.1
Servicios de una obra social o mutual.....	9.0
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	26.2
Servicios privados por cuenta propia.....	28.6
Otros o no identificados.	8.1

Si se estudia la distribución de prestaciones por forma de pago, de acuerdo a los valores obtenidos en la tabla anterior, resulta que el 35.2 % de los usuarios hicieron uso de algún sistema de seguro de atención médica y en magnitud pareja en servicios oficiales y privados por cuenta propia.

Si se agrupan las categorías de servicios privados por cuenta de una obra social o mutual y servicios privados por cuenta propia, se ve que el 55 % de las prestaciones corresponden al sector privado.

Es interesante averiguar si el nivel de ingreso influye en el lugar donde se efectúa la atención.

A medida que aumenta el nivel de ingreso se cumple que disminuye la proporción de usuarios en servicios oficiales y aumenta la proporción que utiliza servicios financiados por obras sociales o sistemas privados con cobertura.

Si se considera la relación entre

lugar de atención y condición de afiliación se tiene:

CUADRO 55
PROPORCION DE USUARIOS DE LABORATORIO SEGUN LUGAR Y AFILIACION (o/o)

Lugar de atención	Afiliados	No Afiliados
Total	100.0 (130)	100.0 (79)
Servicios Oficiales.....	16.9	46.8
Servicios de una obra social o mutual.....	13.8	1.3*
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	40.0	3.8*
Servicios privados por cuenta propia.....	23.1	36.7
Otros.....	6.2	11.4

Se destaca la importancia que adquieren los servicios oficiales para los no afiliados. Llama la atención por otro lado que sólo el 54% de los usuarios afiliados han hecho uso de su afiliación en servicios de laboratorio.

Radiología

La proporción total de usuarios de radiología fue de 1.5%. Este indicador se mantiene alrededor del valor promedio para todos los grupos de edad, tomando los valores más bajos para los menores de 10 y los mayores de 65 años

CUADRO 56

PROPORCION DE UTILIZADORES DE RADIOLOGIA SEGUN SEXO Y EDAD.

Edad	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	1.5	1.5	1.5
0 - 9.....	1.1	1.8	0.4
10 - 24.....	1.5	1.6	1.4
25 - 44.....	1.7	1.2	2.2
45 - 64.....	1.7	1.3	2.0
65 y más.....	1.2	1.7	0.9

Tampoco se aprecian diferencias por sexo. (Es necesario no perder de vista los valores absolutos).

La proporción de usuarios de radiología es algo mayor para los afiliados que para los no afiliados.

- afiliados: 1.8%
- no afiliados: 1.2%

Al igual que para laboratorio, la proporción de usuarios de radiología aumenta a medida que el nivel de ingreso crece:

- nivel I: 0.9%
- nivel II: 2.0%
- nivel III: 2.3%

Al relacionar el número de usuarios de radiología con el número de consultantes a médico (ambos en 2 semanas) se obtuvieron los siguientes valores:

CUADRO 57
RAZON ENTRE USUARIOS DE RADIOLOGIA
Y CONSULTA MEDICA POR SEXO Y EDAD
(en porcentajes)

Edad	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	11.8	12.2	11.4
0 - 24.....	9.9	12.0	7.8
25 - 44.....	15.7	13.6	17.0
45 - 64.....	13.0	10.8	14.6
65 y más	7.8	12.5	5.0

Si se observa como varía esta razón según nivel de ingreso se tiene que aumenta a medida que el nivel crece.

- nivel I: 7.6
- nivel II: 14.3
- nivel III: 15.5

En el nivel I, la razón es prácticamente la mitad de los niveles II y III

La diferente utilización que se hace de los servicios de radiología es otro punto a investigar.

CUADRO 58
PROPORCION DE USUARIOS DE RADIOLOGIA
SEGUN LUGAR DE ATENCION (o o)

Lugar de atención	Proporción de usuarios
Total.....	100.0 (105)
Servicios Oficiales.....	28.6
Servicios de una obra social o mutual.....	19.0
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	19.0
Servicios privados por cuenta propia.....	21.9
Otros o no identificados..	11.5

Considerando los valores de la tabla anterior se obtiene que el 38% de los usuarios se atendieron haciendo uso de algún sistema de seguro de atención médica; el 29% en servicios oficiales es decir con la prestación financiada esencialmente por el Estado y el 22% en servicios privados a cargo del usuario.

Agrupando las categorías de servicios privados por cuenta de una obra social o mutual y servicios privados por cuenta propia, resulta que hacia el sector privado se canalizan aproximadamente el 40% de las prestaciones.

Si se estudia la distribución de usuarios según nivel de ingreso y lugar de atención se obtienen los siguientes valores:

Como se cumplía con servicios de laboratorio, a medida que aumenta el nivel de ingreso, disminuye la proporción de usuarios en servicios oficiales y aumenta la proporción que utiliza servicios financiados por obras sociales o sistemas privados con cobertura. Para el primer tramo de ingreso son marcadamente diferentes las proporciones de usuarios en los distintos servicios, destacándose un porcentaje alto para los servicios oficiales, intermedio para los financiados por obra social o

mutual y más bajo para privado por cuenta propia.

CUADRO 59

PROPORCIÓN DE USUARIOS DE RADIOLOGÍA SEGUN NIVEL DE INGRESO Y LUGAR DE ATENCIÓN (o/o)

Lugar de atención	Nivel de Ingreso		
	I	II	III
Total.....	100.0 (28)	100.0 (37)	100.0 (35)
Servicios Oficiales...	42.9	24.3	20.0
Servicios de una obra social o mutual.....	21.4	16.3	20.0
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	10.7	24.3	22.9
Servicios privados por cuenta propia.....	17.9	24.3	22.9
Otros.....	7.1	10.8	14.2

Si se considera la distribución de usuarios según condición de afiliación y lugar de atención se tiene:

CUADRO 60

PROPORCIÓN DE USUARIOS DE RADIOLOGÍA SEGUN LUGAR Y CONDICION DE AFILIACION (o/o)

Lugar de atención	Afiliados	No afiliados
Total	100.0 (66)	100.0 (39)
Servicios Oficiales.....	16.7	48.7
Servicios de una obra social o mutual.....	30.3	-
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	27.3	5.1*
Servicios privados por cuenta propia.....	16.7	30.8
Otros.....	9.0	15.4

* Las 2 personas no afiliadas que se radicaron en la 3ª categoría definida se deberá a error en la respuesta, o a que hicieron uso de la afiliación de un familiar, etc.

De la tabla anterior surge que la población no afiliada utiliza preponderantemente los servicios oficiales. Llama la atención que sólo el 58% de

los usuarios afiliados utilizaron su cobertura en la utilización de estos servicios.

En resumen:

- La proporción de usuarios de laboratorio es mayor que la proporción de usuarios de radiología.
- Ambos indicadores toman valores crecientes con el nivel de ingreso, al igual que la razón entre usuarios de servicios auxiliares y consultantes a médico.
- A medida que crece el nivel de ingreso, disminuye la proporción de usuarios en servicios oficiales y aumenta la de servicios financiados por obras sociales y sistemas privados con cobertura.

UTILIZACION DEL RECURSO FARMACEUTICO Y DE ENFERMERIA

El estudio de la demanda atendida por problemas de salud por parte de un farmacéutico o enfermera tiene connotaciones distintas para cada caso. La manifestación del encuestado de haber consultado a un farmacéutico por problemas de salud nos da una medida de la influencia de este profesional en la atención de la población y la relación con la utilización de medicamentos.

Debe destacarse, sin embargo, que la consulta por salud al profesional farmacéutico se da casi generalmente en la farmacia y en relación con un consejo para recibir un medicamento. Esta situación hace que si bien denominemos consulta para definir el contacto con un médico o farmacéutico, ambos seguramente difieren en su contenido y motivaciones.

La utilización del recurso farmacéutico, medido como proporción de la población encuestada que consultó en el período de dos semanas previas a la entrevista, da un valor de 0.53% que es notablemente inferior a la proporción de la población que consultó a médico (15.3%). Por cada 30 consultan-

tes a médico hay un consultante farmacéutico.

La manifestación de haber consultado a una enfermera por problemas de salud, medida como "consulta enfermera", puede incluir el consejo sobre aspectos de salud que la población solicita a este personal sanitario como también alguna práctica propia de la enfermería como aplicación de inyecciones, nebulizaciones, etc., situaciones no diferenciadas en el cuestionario.

Para el área metropolitana, la estimación de la tasa de consultantes a enfermera es de 0.53%, igual valor que para farmacéutico.

Análisis de los indicadores

Frente a lo esperado que era una alta frecuencia en la utilización de este recurso, se encuentra que la población manifiesta una mínima proporción de demanda atendida por farmacéutico y enfermera, cuyo valor es menor del 1% de los encuestados.

Ante probabilidades tan bajas buscar características condicionantes parece ser no productivo como conocimiento; de cualquier forma como sistematización metodológica se trabajará con las variables habituales en este estudio, pero exclusivamente en forma aislada y se referirán las tasas por mil individuos.

Al trabajar con frecuencias tan bajas ocurren hechos como que se presente un grupo con una frecuencia relativa alta que distorsione una distribución y muestre irregularidades que pueden no ser reales.

CUADRO 61
PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA EN 2 SEMANAS (o/o)

Edad en años	Proporción de consultantes	
	Farmacéutico	Enfermera
Total.....	1.0	1.2
Menos de 15.....	0.4	0.7
15 - 44.....	1.3	1.1
45 y más.....	1.1	2.1

Las proporciones de consultantes a farmacéutico y a enfermera toman valores bajos.

Si se relacionan los consultantes a farmacéutico y enfermera con los consultantes a médico se obtienen los siguientes valores:

CUADRO 62

CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA SEGUN SI CONSULTARON A MEDICO EN IGUAL PERIODO (o/o)

Consulta Médica	Consultantes a	
	Farmacéutico	Enfermera
Total.....	100.0 (67)	100.0 (83)
Consultaron a médico..	14.9	47.0
No consultaron a médico.....	85.1	53.0

Si se relaciona la consulta paramédica y la condición de afiliación se obtiene:

CUADRO 63

PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERAS SEGUN AFILIACION (o/o)

Afiliación	Farmacéutico	Enfermera
	(o/o)	(o/o)
Afiliados.....	0.8	1.2
No Afiliados.....	1.1	1.2

Al considerar cómo varía la consulta paramédica con el nivel de ingreso se tiene:

CUADRO 64

PROPORCIÓN DE CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA SEGUN NIVEL DE INGRESO (o/o)

Nivel de ingreso	Farmacéutico	Enfermera
	(o/o)	(o/o)
I	0.9	1.1
II	1.1	1.2
III	1.0	1.4

Dado el bajo número de consultantes a farmacéutico y enfermera, no se profundiza el análisis de este tema.

INDIVIDUOS AFILIADOS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (INCLUIDOS AFILIADOS PENSIONADOS Y RETIRADOS) RESPUESTA PERSONAL E INFORMANTE

TABLA 1
POBLACION ENCUESTADA SEGUN TIPO DE AFILIACION Y SEXO.

Afiliación	Sexo		
	Total	Varones	Mujeres
Total.....	6855	3244	3611
No afiliados.....	3317	1513	1804
Afiliados a Obra social.....	1466	746	720
Afiliados a Sistema Privado.....	1768	839	929
Afiliados a ambos sistemas.....	286	140	146
Tipo de afiliación desconocido.....	18	6	12
Desconocido condición de afiliación....	19	12	7

TABLA 3
ENCUESTADOS SEGUN CONDICION DE AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

Ingreso	Condición de Afiliación		
	Afiliados	No Afiliados	Sin información
Total.....	3406	3166	18
Subtotal.....	1334	1868	9
1.....	229	574	2
2.....	328	494	3
I 3.....	318	375	2
4.....	459	425	2
Subtotal.....	1079	762	4
5.....	273	246	1
II 6.....	543	350	2
7.....	263	166	1
Subtotal.....	993	536	5
8.....	365	201	1
9.....	338	174	2
III 10.....	142	97	2
11.....	148	64	-
Sin Información.....	132	151	1

TABLA 2
ENCUESTADOS SEGUN EDAD Y SEXO Y CONDICION DE AFILIACION

Edad	Afiliación								
	Afiliados			No Afiliados			Sin Información		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
menos de 1	41	26	67	40	47	87	-	-	-
1 - 4	125	118	243	144	146	290	-	-	-
5 - 14	309	308	617	330	340	670	-	1	1
15 - 24	272	292	564	326	403	729	3	1	4
25 - 34	271	275	546	227	249	476	3	-	3
35 - 44	259	298	557	173	203	376	3	-	3
45 - 64	359	379	738	191	302	493	1	3	4
65 y más	95	111	206	82	114	196	2	2	4
Total	1731	1807	3538	1513	1804	3317	12	7	19

TABLA 4
INDIVIDUOS AFILIADOS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL (INCLUIDOS JUBILADOS PENSIONADOS Y RETIRADOS) RESPUESTA PERSONAL E INFOR.

Nivel Ocupacional	Respuesta personal	Por Informante
Total.....	1389	271
1.....	251	56
2.....	442	83
3.....	372	74
4.....	189	34
5 y 6.....	102	20
Otro desconocido.....	33	4

TABLA 5
INDIVIDUOS AFILIADOS SEGUN CATEGORIAS DE NO OCUPADOS (INCLUYE JUBILADOS PENSIONADOS Y RETIRADOS) RESPUESTA PERSONAL Y POR INFORMANTE

Categorías de no ocupados	Respuesta personal	Por informante
1.....	665	21
2.....	11	5
3.....	14	3
4.....	183	17
5 y 6.....	7	8
7 y 8.....	160	19
Otro.....	19	4

TABLA 6
CONSULTA MEDICA- POBLACION ENCUESTADA SEGUN SI CONSULTO O NO AL MEDICO EN 1 AÑO SEGUN EDAD Y SEXO

Grupos de edad en años	Consultantes			No Consultantes			Sin información de consulta en el año		
	Total	Varón	Mujer				Total	Varón	Mujer
Total.....	4467	2039	2428	2397	1211	1186	10	6	4
menos de 1.....	154	81	73	-	-	-	-	-	-
1 - 4.....	461	231	230	72	38	34	-	-	-
5 - 14.....	810	412	398	474	224	250	4	3	1
15 - 24.....	783	351	432	512	250	262	2	-	2
25 - 34.....	652	285	367	373	216	157	-	-	-
35 - 44.....	533	228	305	402	206	196	1	1	-
45 - 64.....	783	333	450	449	216	233	3	2	1
65 y más.....	291	118	173	115	61	54	-	-	-

TABLA 7
CONSULTA MEDICA - CONSULTANTES EN 2 SEMANAS, NUMERO DE CONSULTAS EN 2 SEMANAS Y POBLACION ENCUESTADA SEGUN EDAD Y SEXO

Grupos de edad en años	Consultantes			Consultas			Población Encuestada		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total.....	885	395	490	5989	2861	3128	6874	3256	3618
menos de 1.....	76	40	36	78	41	37	154	81	73
1 - 4.....	122	70	52	411	199	212	533	269	264
5 - 14.....	127	67	60	1161	572	589	1288	639	649
15 - 24.....	119	48	71	1178	553	625	1297	601	696
25 - 34.....	129	51	78	896	450	446	1025	501	524
35 - 44.....	87	30	57	849	405	444	936	435	501
45 - 64.....	161	65	96	1074	486	588	1235	551	684
65 y más.....	64	24	40	342	155	187	406	179	227

TABLA 8
CONSULTA MÉDICA- CONSULTANTES A MEDICO
EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN NIVEL DE
INGRESO Y MOTIVO DE LA CONSULTA

Ingreso	Motivo		
	Por proble- mas de salud	Por con- trol de salud	Sin infor- mación de motivo
Total.....	711	134	3
I.....	310	60	-
II.....	215	34	3
III.....	186	40	-
Sin información de ingreso.....	32	5	-

TABLA 9
CONSULTA MEDICA- CONSULTANTES A MEDICO
EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN AFILIACION
Y MOTIVO DE LA CONSULTA

Afiliación	Motivo		
	Por proble- mas de salud	Por con- trol de sa- lud	Sin infor- mación de motivo
Total.....	743	139	3
Afiliados.....	423	79	2
No Afiliados.....	320	60	1
Sin información de ingreso.....	-	-	-

TABLA 10
CONSULTA MEDICA- CONSULTANTES EN 2 SEMANAS SEGUN LUGAR DE ATENCION POR NIVEL
DE INGRESO Y AFILIACION

Lugar de atención	Afiliados					No Afiliados				
	Ingreso					Ingreso				
	Total	I	II	III	S	Total	I	II	III	S.I.
Total.....	517	176	181	160	23	380	216	86	78	15
Consultorio particu- lar.....	101	29	36	36	4	100	42	27	31	6
Domicilio paciente.	82	17	43	22	5	48	17	7	24	1
Consultorio Inst. privada.....	57	19	16	22	4	23	7	9	7	-
Consultorio Inst. OFicial.....	69	39	15	15	1	165	118	37	10	8
Consultorio Médico de O. Social o Mutual	176	65	55	56	9	-	-	-	-	-
Trabajo o Escuela	20	4	10	6	-	8	6	1	1	-
Por teléfono , en otro lugar	3	-	1	2	-	4	-	2	2	-
No recuerda/no sabe	9	3	5	1	-	32	26	3	3	-

TABLA 11
CONSULTA MEDICA · CONSULTAS EN 2 SEMANAS SEGUN LUGAR POR NIVEL DE INGRESO Y AFILIACION DEL CONSULTANTE

Lugar de atención	Afiliados					No Afiliados				
	Ingreso					Ingreso				
	Total	I	II	III	S.I	Total	I	II	III	S.I
Total.....	737	238	267	232	34	575	332	111	132	28
Consultorio particu- lar.....	138	34	51	53	4	137	61	34	42	16
Domicilio paciente..	131	19	75	37	5	79	20	8	51	1
Consultorio Inst. privada.....	95	31	21	43	13	40	15	12	13	-
Consultorio Inst. OFicial.....	97	55	21	21	2	267	198	50	19	11
Consultorio O.Soc. o Mutual.....	237	91*	78	68*	10	-	-*	-	-*	-
En el trabajo o en la escuela.....	25	4	15	6	-	10	7	1	2	-
Por teléfono.....	4	-	1	3	-	4	-	2	2	-
Otro Lugar.....	10	4	5	1	-	38	31	4	3	-
No recuerda, no sabe.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 12
CONSULTA MEDICA- ENCUESTADOS QUE NUNCA CONSULTARON A MEDICO SEGUN EDAD Y SEXO

Grupos de edad en años	Sexo		
	Total	Varón	Mujer
Total.....	113	61	52
menos de 15.....	48	21	27
15 - 44.....	47	28	19
45 y más.....	18	12	6

TABLA 13
NUMERO DE INTERNADOS Y DE EGRESOS POR TIPO DE INTERNACION SEGUN EDAD Y SEXO

Edad en años	Tipo de Internación									
	General						Parto		Todas las causas	
	Total		Varones		Mujeres					
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E
Total.....	324	365	140	153	184	212	156	156	470	521
0-4.....	33	44	19	20	14	24	-	-	33	44
5-14.....	34	36	19	21	15	15	-	-	34	36
15-24.....	54	58	17	19	37	39	53	53	104	111
25-34.....	45	53	16	19	29	34	76	76	114	129
35-44.....	43	46	12	12	31	34	27	27	70	73
45-64.....	76	86	32	36	44	50	-	-	76	86
65 y más.....	39	42	25	26	14	16	-	-	39	42

TABLA 14
NUMERO DE INTERNADOS SEGUN TIPO DE INTERNACION Y CONDICION DE AFILIACION

Tipo de información	Afiliados	No afiliados
Todas las causas.....	273	273
Partos (*).....	87	69
Causas Generales.....	192	131

(*) No figura un parto sin información de afiliación

TABLA 15
EGRESOS SEGUN EFECTOR Y TIPO DE INTERNACION (*)

Tipo de Internación	Sistema de financiación			Total
	Público	O Social	Privado	
Causas Generales.....	144	30	178	352
Partos.....	78	3	74	155
Todas las causas.....	222	33	252	507

TABLA 16
EGRESOS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y CAUSAS DE INTERNACION (1)

Causas	Sistema de financiación				
	Total	Público	Obra Social	Privado con cobertura	Privado sin cobertura
Todas las causas.....	507	222	162	63	60
Causas generales.....	352	144	124	46	38
Parto.....	155	78	38	17	22

(1) Se han eliminado los egresos fuera del área.

TABLA No. 17
CONSULTANTES Y NO CONSULTANTES A ODONTOLOGO EN UN MES SEGUN SI PERCIBIERON O NO PROBLEMA DENTAL EN EL MISMO PERIODO POR EDAD Y SEXO.

Edad en años		Sin problema dental		Con problema dental		Total	Sin información de problema dental NO
		Consultantes	No Consultantes	Consultantes	No Consultantes		
menos de 1	V	-	67	-	14	81	
	M	-	60	1	12	73	
1 - 4	V	1	242	3	23	269	
	M	1	240	4	19	264	
5 - 14	V	16	488	57	78	639	
	M	10	484	53	101	648	1
15 - 24	V	8	470	43	80	601	
	M	2	475	72	146	695	1
25 - 34	V	8	392	36	65	501	
	M	7	359	57	101	524	
35 - 44	V	3	349	28	55	435	
	M	7	359	58	77	501	
45 - 64	V	7	460	27	57	551	
	M	3	534	51	96	684	
65 y más	V	-	166	6	7	179	
	M	-	201	6	20	227	
Total		73	5346	502	951	6872	2

TABLA 18
CONSULTANTES Y NO CONSULTANTES A ODONTOLOGO EN 1 MES SEGUN AFILIACION Y NIVEL DE INGRESO

Ingreso	No consultantes			Consultantes		Total
	Afiliados	No Afiliados	Sin infor. de Afiliación	Afiliados	No Afiliados	
I						
1.....	218	550	2	11	24	805
2.....	311	473	3	17	21	825
3.....	301	349	2	17	26	695
4.....	418	395	2	41	30	886
II						
5.....	247	224	1	26	22	520
6.....	487	324	2	56	26	895
7.....	236	152	1	27	14	430
8.....	334	171	1	31	30	567
9.....	287	160	2	51	14	514
III						
10.....	118	84	2	24	13	241
11.....	128	56	-	20	8	212
Sin información de ingreso.....	120	137	1	12	14	284
Total.....	3205	3075	19	333	242	6874

TABLA 19
NUMERO DE CONSULTAS A ODONTOLOGO EN 1 MES POR EDAD Y SEXO SEGUN LUGAR

Edad	Sexo	LUGAR					Total
		Servicios Oficiales	Servicios de una O. Social o Mutual	Servicios privados por cuenta de O. Social o Mutual	Servicios privados por cuenta propia	Otro	
menos de 1	V	-	-	-	-	-	-
	M	1	-	-	-	-	1
1 - 4	V	-	-	2	12	-	14
	M	13	-	-	15	-	28
5 - 14	V	61	10	21	88	8	188
	M	34	6	12	69	8	129
15-24	V	9	10	8	104	2	133
	M	23	6	4	138	4	175
25-34	V	4	11	4	48	2	69
	M	27	6	28	88	-	149
35-44	V	5	7	16	38	2	68
	M	18	17	37	122	7	201
45-64	V	3	12	17	63	-	95
	M	14	9	6	98	-	127
65 y más	V	1	-	2	8	-	11
	M	-	-	-	15	-	15
Total		213	94	157	906	33	1403

TABLA 20

NUMERO DE CONSULTAS A ODONTOLOGO EN 1 MES SEGUN NIVEL DE INGRESO DEL CONSULTANTE Y LUGAR DE LA CONSULTA

Nivel de Ingreso	Lugar					Total	
	Servicios Oficiales	Servicios de una Obra Social o Mutual	Servicios privados por cuenta de una O. Social o Mutual	Servicios privados por cuenta propia	Otro		
I	1	32	3	7	34	2	78
	2	37	11	6	40	3	97
	3	34	6	2	39	2	83
	4	17	25	15	126	7	190
	5	11	7	25	74	-	117
II	6	10	8	53	123	3	197
	7	1	7	9	80	8	105
	8	44	6	16	117	3	186
III	9	7	8	6	115	0	136
	10	1	6	2	69	1	79
	11	-	1	16	50	4	71
Sin información de ingreso		19	6	-	39	-	64
Total		213	94	157	906	33	1403

TABLA 21

PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSULTARON AL ODONTOLOGO SEGUN AFILIACION Y LUGAR EFECTOR DE LA CONSULTA (%).

Lugar	Afiliación		
	Total	Afiliados	No afiliados
Total.....	573	333	240
Servicios privados por cuenta Obra social o mutual.....	68	68	-
Servicios privados pagando consulta por su cuenta	340	180	160
Servicio Hospital Público o Instituto Odont. Municipal provincial o nacional.....	100	29	71
Servicio obra social o mutual.....	41	41	-
Otros.....	24	15	9

TABLA No. 22

UTILIZADORES Y NO UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO.

Grupos de edad en años	Consumidores			No Consumidores			Sin información de consumo		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Menos de 10	303	261	564	376	418	794	-	-	-
10 - 24	266	352	618	643	650	1293	2	1	3
25 - 44	313	477	790	622	547	1169	1	1	2
45 - 64	255	386	641	295	297	592	1	1	2
65 y más	92	173	265	87	54	141	-	-	-
	1229	1649	2878	2023	1966	3989	4	3	7

TABLA 23

UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS SEGUN NIVEL DE INGRESO POR CONSULTANTE Y NO CONSULTANTE A MEDICO

Ingreso	Consulta a médico			
	Total	Consultó	No Consultó	Sin información
Total.....	2743	708	2035	1
1.....	276	73	203	
2.....	278	69	209	
3.....	265	63	202	
4.....	336	101	235	
5.....	218	61	157	
6.....	400	107	293	1
7.....	194	43	151	
8.....	273	70	203	
9.....	257	63	194	
10.....	139	35	104	
11.....	107	23	84	
Sin información.	134	29	105	

TABLA 24

UTILIZADORES DE MEDICAMENTOS SEGUN TIPO

Tipo	Numero de consumidores		
	Total	Por respuesta Personal	Informante
Total.....	803	725	78
1.....	769	701	68
2.....	452	414	38
3.....	340	318	22
4.....	1314	1205	109
5.....	106	97	9
6.....	373	336	37
7.....	14	12	2
8.....	43	41	2
9.....	57	57	-
10.....	726	654	72
11.....	227	194	33
Sin información.....	803	725	78

TABLA 25
CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS POR TIPO SEGUN QUIEN LO INDICO

Tipo	Médico personalmente			Médico por teléfono	Farmacéutico	Automedicado	Sin información	Otro
	En esta oportunidad	En otra oportunidad con indicación de repetición	En otra oportunidad sin indicación de repetición					
Vitaminas, reconstituyentes tónicos.....	257	354	27	2	13	87	1	32
Antibióticos.....	270	102	11	3	15	29	-	25
Jarabe para la Tos, expectorantes.....	132	71	19	3	21	73	-	22
Calmanes del dolor analgésicos, antiespasmódicos...	198	233	27	2	29	744	1	100
Remedios para regular el apetito.....	30	40	6	-	5	9	1	9
Sedantes de nervios.....	94	223	15	-	2	26	-	15
Insulina.....	2	11	-	-	1	-	-	-
Cortisona, deltisona u otros corticoides.....	12	29	1	-	-	1	-	-
Remedios para regular el período, píldoras anticonceptivas.....	10	28	2	-	3	10	-	4
Laxantes, anti-diarreicos, antiácidos, remedios para el hígado o la digestión.....	124	314	24	2	22	204	4	50
Remedios para la presión Hipotensores.....	48	172	1	-	-	-	-	6
Otros.....	253	333	23	7	34	99	1	73

TABLA 26
UTILIZACION DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO

Edad en Años	Sexo	Utilización			
		Total	Usuarios	No Usuarios	Sin información de Utilización
menos de 10	V	679	13	666	
	M	679	14	665	
10-24	V	911	14	897	
	M	1003	29	974	
25-44	V	936	21	915	
	M	1024	48	976	1
45-64	V	551	21	530	
	M	684	27	657	
65 y más	V	179	10	169	
	M	227	13	214	
Total		3256	79	3177	
		3617	131	3486	1

TABLA 27
USUARIOS DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN AFILIACION Y NIVELES DE INGRESO

Afiliación	Ingreso				
	Total	I	II	III	Sin información
Total.....	210	71	63	70	6
Afiliados.....	130	27	44	54	5
No Afiliados...	79	44	18	16	1
Sin información de afiliación.....	1	-	1	-	-

TABLA 28
USUARIOS DE LABORATORIO EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

Lugar	Ingreso				Sin información
	Total	I	II	III	
Total.....	210	71	63	70	6
Servicios Oficiales.....	59	32	16	9	2
Servicios de una Obra social o mutual.....	19	6	5	7	1
Servicios privados por cuenta de una O.Soc. o Mutual.....	55	11	14	28	2
Servicios privados por cuenta propia.....	60	14	24	22	-
Otros.....	17	8	4	4	1

TABLA 29
USUARIOS DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN LUGAR Y AFILIACION

Lugar	Afiliación			Total
	Afiliados	No afiliados	Sin información	
Servicios Oficiales	22	37	-	59
Servicios de una O.Social o Mutual.	18	1	-	19
Servicios privados por cuenta de una O.Social o Mutual.	52	3	-	55
Servicios privados por cuenta propia.	30	29	1	60
Otros.....	8	9	-	17
Total.....	130	79	1	210

TABLA 30
UTILIZACION DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO

Edad en Años	Sexo	Utilización			
		Total	Usuarios	No Usuarios	Sin información de Utilización
menos de 10	V	679	12	667	
	M	679	3	676	
10-24	V	911	15	896	
	M	1003	14	989	
25-44	V	936	11	925	
	M	1024	23	1001	1
45-64	V	551	7	544	
	M	684	14	670	
65 y más	V	179	3	176	
	M	227	2	225	
Total		3256	48	3208	
		3617	56	3561	1

TABLA 32
USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN LUGAR Y NIVEL DE INGRESO

Lugar	Ingreso				
	Total	I	II	III	Sin información
Total.....	28	35	35	5	103
Servicios Oficiales.....	12	9	7	2	30
Servicios de una Obra Social o Mutual.....	6	5	7	1	19
Servicios privados por cuenta de una O.Social o Mutual	3	9	8	-	20
Servicios privados por cuenta propia	5	8	8	1	22
Otros.....	2	4	5	1	12

TABLA 31
USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN AFILIACION Y NIVELES DE INGRESO

Afiliación	Ingreso				
	Total	I	II	III	Sin información
Total.....	104	28	36	35	5
Afiliados.....	65	13	26	24	2
No Afiliados.....	39	15	10	11	3

TABLA 33
USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN LUGAR Y AFILIACION

Lugar	Afiliación		
	Total	Afiliados	No Afiliados
Total.....	64	39	103
Servicios Oficiales.....	11	19	30
Servicios de una obra social o mutual.....	19	-	19
Servicios privados por cuenta de una obra social o mutual.....	18	2	20
Servicios privados por cuenta propia.....	10	12	22
Otros.....	6	6	12

TABLA 34
CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

Edad en años	Consultantes a Farmacéutico	Consultantes a Enfermera
Total.....	67	83
0 - 4.....	8	9
5 - 14.....	-	5
15- 44.....	41	35
45 y más.....	18	34

TABLA 31
USUARIOS DE RADIOLOGIA EN LAS ULTIMAS
2 SEMANAS SEGUN AFILIACION Y NIVELES
DE INGRESO Y DATOS DE INGRESO

Afilación	Ingreso				Total
	I	II	III	Sin información	
Total	28	36	32	2	104
Afilados	17	26	24	2	69
No Afilados	11	10	8	0	29

TABLA 30
UTILIZACION DE LABORATORIO EN LAS ULTIMAS
2 SEMANAS SEGUN EDAD Y SEXO

Edad en años	Sexo	Utilización			Total
		Usarios	No Usarios	Sin información	
menor de 10	M	3	3	0	6
10-24	V	1	1	0	2
25-44	M	1	1	0	2
45-64	V	1	1	0	2
65 y más	M	1	1	0	2
Total		7	7	0	14

TABLA 35
CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA POR NIVEL DE INGRESO SEGUN CONSULTA AL MEDICO EN EL PERIODO DE REFERENCIA

Ingreso	Consultantes a Farmacéutico		Consultantes a Enfermera	
	Consultó a médico	No consultó a médico	Consultó a médico	No consultó a médico
Total	10	57	39	44
I	5	20	16	21
II	2	18	13	10
III	3	13	9	13
Sin información		3	1	-

V	679	12	667
M	679	3	676
V	911		
M	1003		
V	936		
M	1024		
V	221		
M	684		
V	179		
M	227		
Total	3226		

TABLA 36
CONSULTANTES A FARMACEUTICO Y ENFERMERA EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS SEGUN AFILIACION

Afilación	Consultantes a Farmacéutico		Consultantes a Enfermera	
	Total	Afilados	Total	Afilados
Total	67	29	83	44
Afilados	29	10	44	12
No Afilados	38	19	39	32

Lugar	Ingreso				Total
	I	II	III	Sin información	
Total	28	32	32	103	103
Servicios Oficiales	12	9	7	30	30
Servicios de una Opra Social o Mutual	6	2	7	15	15
Servicios privados por cuenta de una O Social o Mutual	3	9	8	20	20
Servicios privados por cuenta propia	2	8	8	18	18
Otros	2	4	2	8	8

Edad en años	Consultantes a Farmacéutico		Consultantes a Enfermera	
	Total	Afilados	Total	Afilados
Total	67	29	83	44
0-4	8	0	8	0
5-14	-	2	-	2
15-44	41	18	41	34
45 y más	18	7	34	2

INTRODUCCION

El gasto privado realizado por las familias para obtener prestaciones de servicios médicos, constituye la información más específica sobre el consumo y una de las más difíciles de lograr. Tanto en la información a la capacidad o monto de gasto total y, consecuentemente, a su peso relativo en el financiamiento global del sector salud, como en la relación existente con la estructura de los gastos y su distribución en los distintos servicios que las distintas unidades médicas en el país. No obstante, se trata de datos fundamentales para un estudio riguroso del financiamiento de ese importante campo de actividad en salud. En especial, cuando se desea conocer la forma de dedicación sobre el o los sistemas de financiamiento de la atención médica, cuya implementación depende de los recursos de todo el sector durante los próximos diez años.

La técnica más práctica que se lleva a cabo, en base a la información proporcionada por la encuesta, los temas que se abordan en esta publicación son:

Gasto en salud de las familias: Comprende las relaciones entre las distintas tipos de gasto y la estructura del gasto y el comportamiento de esa estructura del gasto en función de variables sociodemográficas.

Gastos por prestaciones de servicios médicos: En este ítem se ve el gasto según distintos servicios por los que se financian los servicios de atención médica e información, finalmente en qué forma, niveles, las unidades donde se obtienen las prestaciones.

ANÁLISIS INTRODUCTIVO DE LA ENCUESTA: CON UN SISTEMA DE VARIABLES, PARA

DE LA INFORMACIÓN, LIMITACIONES

1.1. **¿CÓMO PERCEBEN LAS FAMILIAS, EN MÉXICO, LA DELICIA COMO GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS?**, a cada decena de familias entrevistadas por los miembros de la misma familia.

- Medicamentos.
- Operación médica.
- Laboratorio.
- Análisis de laboratorio y radiología.
- Prestaciones odontológicas.
- Fisiología.

La información sobre estos gastos se obtiene de la encuesta a partir de las preguntas 74, 75, 76 y 77 del cuestionario individual.

Se recuerda que la pregunta 74 de la encuesta indaga a cada decena el monto que se ha pagado por las prestaciones médicas recibidas en las dos últimas semanas de tanto que las preguntas 75 y 76 recababan información sobre el monto pagado y atendido por este tipo de las encuestados que tuvieron alguna interacción durante el último año.

Finalmente, en la pregunta 77 se recaban 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 incluyen los siguientes gastos:

- Gastos pagados por interacciones no comprendidos en las preguntas 75 y 76.

1.2. **¿CÓMO PERCEBEN LAS FAMILIAS EN MÉXICO LA DELICIA COMO GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS?**

1.3. **¿CÓMO PERCEBEN LAS FAMILIAS EN MÉXICO LA DELICIA COMO GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS?**

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 factores 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, FUEN

TE DE INFORMACION, LIMITACIONES

2.1. *Gasto privado de las familias, en salud:* Se define como gasto en salud de las familias¹, a todo desembolso efectuado por los miembros de la misma en:

- Medicamentos.
- Consulta médica.
- Internación.
- Análisis de laboratorio y radiología.
- Prestaciones odontológicas.
- Prótesis.

La información sobre estos gastos se obtiene de la encuesta a partir de las preguntas 24, 57, 58 y 76 del cuestionario individual².

Se debe recordar que la pregunta 24 -de referencia- indagaba a cada encuestado acerca del monto que éste había pagado por las consultas médicas realizadas en las dos últimas semanas. En tanto que las preguntas 57 y 58 recababan información sobre el monto pagado y adeudado por cada uno de los encuestados que tuvieron alguna internación durante el último año.

Finalmente, en la pregunta 76 se toman todos los gastos que el encuestado realizó para el cuidado de su salud o la de algún otro miembro de su familia durante el período de referencia de dos semanas. Aquí se incluyeron los siguientes rubros:

- Otros pagos por internaciones no comprendidos en las preguntas 57 y 58.

1 Según la definición de familias dada en el capítulo correspondiente.

2 Publicación N° 2, Serie N° 7, Estudio sobre Salud y Educación Médica.

- 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.
- Gastos en análisis o radiografías.
- Gastos en prótesis, aparatos, audífonos, lentes.
- Otros gastos en salud no comprendidos en los rubros anteriores.

Las preguntas señaladas -como fuente de información- exigen que se aclaren el alcance y contenido de las mismas, como medio de explicitar las limitaciones y condicionamientos con que deben considerarse los datos elaborados en base a ellas³.

La pregunta 24 señala específicamente que el pago se refiere "a lo que la persona ha pagado de su bolsillo por las consultas registradas"; de hecho en esta definición y en la pregunta misma se dejan de lado, tanto el monto de lo que el *encuestado* puede quedar adeudando por la consulta de referencia, como los pagos efectuados por terceros -familiares, préstamos, etc.-. (Esta información se complementa con la de la pregunta 76).

La pregunta 76 resulta la más compleja desde el punto de vista de la interpretación del gasto privado en salud, por la diversidad de rubros que engloba. En primer lugar, se eliminó como dato utilizable en el análisis del gasto privado, lo referente al gasto en internaciones, debido a que en las preguntas 57 y 58 se toma-

3 Teniendo en cuenta los condicionamientos generales para toda la información derivada de la encuesta -técnica de entrevista a la familia- por informante, analizadas en otra parte y que deben tenerse presente en cuanto a la calidad de los datos de gasto aquí expuestos.

ban los gastos efectuados por cada uno de los encuestados en sus internaciones del último año, y se comprobó que los elementos aportados como "gasto por internación en las últimas semanas", contenidos en la pregunta 76, se reiteraban con los anteriores en un buen número de casos. Por lo tanto, y vista la escasa significación numérica⁴ de los individuos que manifestaron haber gastado en internación en las dos semanas anteriores a la encuesta, se decidió no tomar en cuenta dichos gastos.

2.2. Gasto por prestaciones de atención médica: Este ítem comprende dos subtemas de análisis:

- Gasto por internación.
- Pago por consulta médica.

El gasto efectuado "por pagos al dentista", se refiere a las prestaciones odontológicas "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 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.

Para cada individuo encuestado, que ha tenido alguna internación durante el período de referencia, se define -

4 Doce encuestados sobre un total de 6.409 en el área metropolitana.

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 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 pagos 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, aquéllas 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 aquéllas se realicen. Por obras sociales se entenderá a los organismos de acción social, sin fines de lucro, financiados por el aporte obligatorio de sus afiliados y administrados por el Estado, los sindicatos, o - ambos simultáneamente.

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 sin cobertura..	Privado

Una de las limitaciones de la información para categorizar las consultas médicas y las internaciones por efector, es que no siempre las personas entrevistadas interpretaron correctamente las alternativas de lugar de las prestaciones; el error en algunas respuestas surgió confrontando la pregunta 22 con la 28 y la 56 con la 62 del cuestionario individual. En el caso de internación, las discordancias fueron corregidas sobre la base de los datos volcados en la pregunta 62 (nombre y dirección del establecimiento en el cual la persona estuvo internada)⁵.

Por otra parte, es de notar que las preguntas del cuestionario referentes a consultas médicas no permiten clasificar por efector las consultas realizadas en un domicilio particular; en razón de esta limitación, estas prestaciones se consideran por separado en el análisis del 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

5 En razón de estas correcciones el monto total de gasto en internación que se analiza en el capítulo 4, no coincide exactamente con el monto de gasto que se analiza a nivel de las familias (capítulo 3), dado que, por ejemplo, los gastos efectuados por egresos realizados fuera del país no fueron tenidos en cuenta en el primer caso.

3. ANALISIS DEL GASTO DE LAS FAMILIAS

A) Monto total de lo gastado

El monto total de lo gastado en salud por las familias encuestadas en la ciudad de Córdoba resultó de la suma del gasto efectuado -en el año- en los siguientes rubros: medicamentos, consulta, internación, laboratorio y radiología, prestaciones odontológicas y prótesis. Considerando estos ítems el total de lo gastado en este área en salud es la suma de \$ (ley) 1.129.634,2.- Esto representa un gasto anual de 132.054.238 de pesos ley para toda la población de la ciudad de Córdoba en el período 1969/70.

B) Estructura del gasto

CUADRO 1

GASTOS EN EL ULTIMO AÑO, SEGUN RUBROS (o/o)

Rubros	Gasto
Total.....	100.0
Medicamentos.....	53.0
Consulta médica.....	14.1
Internación.....	6.3
Laboratorio y radiología....	7.6
Prestación odontológica....	14.6
Protésis.....	4.4

En el cuadro 1, podemos observar la distribución por rubros del gasto total en salud, mencionado en el ítem anterior.

Resulta notorio el peso desigual (incidencia) que los distintos rubros tienen en el gasto total. Así el gas-

to en medicamentos significa más de la mitad de lo gastado en salud, mientras que en prestaciones odontológicas y consulta médica, el nivel del mismo no llega al 15%. En los restantes, internación, laboratorio y radiología y prótesis, es aún mucho menor no superando en ningún caso el 8%.

C) Análisis de la incidencia del nivel ocupacional para los distintos tipos de gasto

Con la visión general que ya tenemos del gasto privado y su estructura, resulta indispensable conocer la relación del mismo con factores que como los socio-económicos no es difícil pensar que condicionan directa o indirectamente los distintos niveles de gasto en la población.

Entre estos factores el primero que hemos de analizar es el ocupacional. Para esto, clasificamos a las familias según las categorías ya definidas por el Estudio, tomando como criterio el nivel ocupacional de sus jefes, en seis grandes grupos ocupacionales -1 a 6, siendo 1 el nivel más bajo y 6 el más alto de clasificación-.

En el cuadro siguiente se puede observar la participación de cada nivel así definido en el gasto total.

Del simple análisis del cuadro 2, no se extraen tendencias definidas, puede verse allí que los niveles 2, 3 y 4 son los que concentran la mayor parte del gasto, mientras que el nivel ocupacional más alto (6) y el más bajo son los que tienen menor peso relativo en el gasto total. Pero si la información proporcionada en el cuadro 2 la reconsideramos teniendo en cuenta la distribución (número) de familias en cada nivel ocupacional, las conclu-

siones cambian.

CUADRO 2

GASTO ANUAL EN EL ULTIMO AÑO, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE FAMILIA (0/o)

Nivel ocupacional	Gasto
Total.....	100.0
1.....	10.9
2.....	31.6
3.....	21.2
4.....	18.2
5.....	13.8
6.....	4.3

En efecto, el cuadro 3 nos muestra que mientras el 58.8% de la población está situado en los niveles ocupacionales más bajos (1 y 2) y gastan en salud el 42.5% del total, el 8.2% de la población situada en los niveles ocupacionales más altos concentra el 18.2% del gasto total en salud (cuadro 2).

En el cuadro 4 podemos observar que la estructura del gasto tiene variaciones según el nivel ocupacional. Así vemos que a medida que aumenta el mismo

CUADRO 3

FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE (0/o).

Nivel ocupacional	Familias
Total.....	100.0
1.....	25.8
2.....	33.0
3.....	20.4
4.....	12.6
5.....	6.5
6.....	1.7

disminuye el peso relativo del rubro medicamentos a pesar de que para todos los niveles es el ítem de mayor significado, por otro lado podemos ver que los niveles ocupacionales superiores (5 y 6) están muy por debajo del promedio de lo gastado en medicamentos por el total de la población (cuadro 2). Por otro lado puede verse que salvo la disminución entre los niveles 1 y 2, en consulta médica, puede marcarse una tendencia a aumentar el peso de la misma a medida que aumenta el nivel ocupacional.

CUADRO 4.

GASTO ANUAL SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE FAMILIA (0/o).

Rubro gasto	Nivel ocupacional					
	1	2	3	4	5	6
Total.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Medicamentos.....	62.8	61.8	52.0	49.7	36.0	34.6
Consulta médica.....	19.2	14.4	13.2	10.5	15.5	23.8
Internación.....	4.2	3.1	6.6	9.6	5.9	7.3
Laboratorio y radiología.....	2.2	8.3	6.2	11.4	8.1	6.9
Odontología.....	8.6	8.4	13.2	18.1	33.6	21.2
Protesis.....	3.0	4.0	8.8	0.7	0.9	6.2

Por otra parte, en el rubro presta-

ción odontológica podemos señalar una

tendencia similar a la descripta para consulta médica.

CUADRO 5
GASTO PROMEDIO SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE (PESOS LEY)

Nivel ocupacional	Gasto promedio
Total.....	607.0
1.....	262.7
2.....	592.8
3.....	645.2
4.....	899.9
5.....	1309.6
6.....	1607.3

El lógico incremento del gasto promedio en salud, a medida que aumenta el nivel ocupacional, si bien mantiene una tendencia regular tienen variaciones de un nivel a otro. Así, mientras el gasto promedio del nivel 2 respecto al 1 incrementa en un 126%, el del 3 respecto al 2 sólo lo hace en un 9%. Por otra parte en los niveles ocupacionales más altos (respecto al 5) el incremento es del 23%.

Si consideramos el incremento del nivel 6 respecto al nivel ocupacional 1 encontramos que el primero quintuplica el gasto promedio (aumenta en un 512%).

Profundizando la información aquí

CUADRO 6
GASTO PROMEDIO SEGUN RUBROS Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE (PESOS LEY).

Rubro gasto	Nivel ocupacional						
	Total	1	2	3	4	5	6
Medicamento.....	321.8	164.8	366.1	335.1	446.0	472.1	556.0
Consulta médica.....	85.7	50.5	85.4	84.8	94.6	203.3	383.0
Internación.....	38.1	11.0	8.6	42.8	86.3	76.8	117.3
Laboratorio y radiología	46.3	5.9	49.4	40.3	103.1	106.1	111.0
Odontología.....	88.5	22.6	49.7	85.4	163.2	439.7	340.0
Protisis.....	26.6	7.9	23.6	56.8	6.7	11.6	100.0

expuesta, es necesario analizar el gasto promedio por nivel ocupacional, distribuido por rubros.

Podemos ver aquí que la tendencia general señalada para el gasto promedio en salud -total- : los niveles ocupacionales más altos quintuplican o sextuplican los gastos promedio efectuados por los niveles inferiores. Esta característica sin embargo tiene diferencias para cada rubro; mientras que en medicamentos el gasto promedio del nivel 6 respecto al 1 es 3.4 veces mayor, en consulta médica esta diferencia se duplica (es 7.6 veces mayor) y en consulta odontológica el gasto promedio del nivel 6 respecto al 1 se incrementa 15 veces. Pero es sin embargo en

laboratorio y radiología el rubro donde el nivel superior tiene mayores diferencias con el nivel ocupacional más bajo, allí aumenta 19 veces.

En general del examen de este cuadro, podemos concluir que la tendencia de mayor gasto promedio, a medida que aumenta el nivel ocupacional, se verifica nítidamente para los rubros de medicamentos y consulta médica siguiendo en los restantes igual orientación aun que con ciertos desniveles.

El cuadro 7 muestra la propensión media al gasto, según nivel ocupacional. Esta expresa la relación entre el gasto en salud, efectuado por las familias, con su ingreso, para los distintos niveles ocupacionales de sus je-

fes, de modo que esta información da para cada uno de los seis grupos ocupacionales considerados, la cantidad de dinero destinado al gasto en salud, por cada cien pesos de su ingreso.

CUADRO 7.

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (°/o).

Nivel ocupacional	Propensión media
Total.....	7.6
1.....	5.7
2.....	7.5
3.....	6.7
4.....	8.2
5.....	7.3
6.....	7.9

Aquí puede verse que la propensión no guarda una relación definida con el nivel ocupacional y que por el contrario varía irregularmente al compararlos entre sí; resulta útil destacar de todos modos la relación -total- de que cada 7.6 pesos de ingresos percibidos por las familias son derivadas al Sector Salud. La tendencia general señalada se observa más específicamente si analizamos la propensión media al gasto por nivel y por rubro.

En primer lugar podemos ver que para todos los niveles (y por lógica para el total de la población) una parte considerable del ingreso (4 pesos de cada 100 percibidos) son dirigidos al sector medicamentos, estando los restantes rubros muy por debajo de la mencionada relación.

En los distintos niveles ocupacionales puede verse -para el rubro medica-

CUADRO 8

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD, POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL DE SUS JEFES (°/o).

Rubros de gastos	Nivel ocupacional de los jefes						
	Total	1	2	3	4	5	6
Medicamentos.....	4.0	3.6	4.7	3.5	4.0	2.6	2.7
Consulta médica.....	1.1	1.1	1.1	0.9	0.9	1.1	1.9
Internación.....	0.5	0.2	0.2	0.4	0.8	0.4	0.6
Laboratorio y radiología.....	0.6	0.1	0.6	0.4	0.9	0.6	0.5
Odontología.....	1.1	0.5	0.6	0.9	1.5	2.5	1.7
Prótesis.....	0.3	0.2	0.3	0.6	0.1	0.1	0.5

mentos- que no existe una tendencia definida en relación a los mismos, salvo que contraponamos los niveles extremos (5 y 6 respecto a 1 y 2) donde notamos que los más bajos superan la propensión media de los primeros.

Pero en esta comparación de niveles ocupacionales extremos la característica señalada para medicamentos se invierte y aumenta en cuanto a diferencias inter-nivel, para los rubros Laboratorio y Radiología, Internación y

Prestaciones Odontológicas. En efecto, en estos podemos ver como la propensión media es mayor en los niveles ocupacionales inferiores triplicando a veces la propensión de los niveles más bajos (1 y 2).

D) Incidencia del nivel educacional para los distintos tipos de gasto

El cuadro siguiente (9) muestra la participación -porcentual- de cada nivel educacional en el gasto total.

Recordemos que en este punto, las familias encuestadas se clasifican según el nivel educacional de los jefes de las mismas.

CUADRO 9

GASTOS EFECTUADOS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL (%).

Nivel Educacional	Gasto
Total.....	100.0
Sin educación.....	3.5
Primaria incompleta.....	24.6
Primaria completa.....	29.0
Secundaria incompleta.....	18.7
Secundaria completa.....	7.2
Universitaria incompleta.....	8.4
Universitaria completa.....	8.6

Puede observarse que el gasto por nivel educacional tiene una tendencia creciente a partir del nivel inferior que es el de menor gasto hasta alcanzar su punto máximo en el grupo de educación primaria completa (2), comienza a decrecer hasta alcanzar un punto mínimo en el grupo con educación universitaria completa (6).

En general sin embargo podemos afirmar que es difícil determinar tendencias definidas en función de la información aquí expuesta, pudiéndose afirmar que son los individuos con educación primaria o secundaria incompleta los que tienen mayor participación en el gasto.

La información expuesta en el cuadro 10 relativiza los datos anteriormente expuestos. En efecto, observóse que la población (familias) agrupadas en los niveles 0, 1 y 2 (sin educación o con educación primaria incompleta o completa) suma el 64.7% de las familias encuestadas mientras que las de los niveles superiores 4, 5 y 6 (con educación secundaria completa, universitaria incompleta o completa) significa el 17.2% de los encuestados, los 3 primeros grupos educacionales participan

apenas con un 56.9% del gasto total en salud mientras que los 3 superiores 5 y 6 (con educación secundaria completa, universitaria incompleta o completa) significa el 17.2% de los encuestados, los 3 primeros grupos educacionales participan apenas con un 56.9% del gasto total en salud mientras que los 3 superiores (4, 5 y 6) absorben el 24.2% del mismo. Estas cifras nos permiten tener una idea más acabada de la desigual distribución del gasto en función de los niveles educacionales de la población.

CUADRO 10

FAMILIAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES (%).

Nivel educacional	Familias
Total.....	100.0
Sin educación.....	6.1
Primaria incompleta.....	32.0
Primaria completa.....	26.6
Secundaria incompleta.....	15.0
Secundaria completa.....	4.7
Universitaria incompleta.....	8.3
Universitaria completa.....	4.2

El cuadro 11 proporciona información acerca de la distribución porcentual del gasto, por rubros y nivel educacional de los jefes de familia. Puede verse que las tendencias generales (variaciones) al comparar los niveles entre sí mantienen la característica general señalada al analizar ya las diferencias según nivel ocupacional, aun que menos acentuada que en ese caso.

En el rubro medicamentos (el de mayor significado) puede observarse que el nivel 0 ("sin educación") es el que tiene mayor gasto, descendiendo a medida que aumenta el nivel educacional -aunque en forma sumamente irregular- para alcanzar el punto mínimo en el nivel con educación universitaria completa (6) que gasta sólo el 42.7% en medicamentos.

En consulta médica no puede señalar se tendencia alguna, pero conviene destacar que las diferencias inter-nivel son mucho menores que en el rubro anterior.

Radiología y Laboratorio, e Internaciones tienen en todos los niveles un peso menor que los rubros anteriores, y que por otro lado la tendencia

que puede señalarse es inversa a la de medicamentos, el gasto en ambos rubros crece a medida que aumenta el nivel educacional.

Finalmente, con las irregularidades anotadas para los ítems anteriores podemos señalar iguales características para la prestación odontológica en que el gasto crece al aumentar el nivel.

CUADRO 11

GASTOS ANUALES SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES.

Gastos	Nivel Educa-cional							
	Total	Sin edu-cación	Primaria in-compl.	Primaria compl.	Secundar. in-compl.	Secundar. compl.	Univ. in-compl.	Univ. compl.
Total.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Medicamen-tos.....	73.6	62.9	48.9	51.5	51.8	47.1	42.7	
Consulta mé-dica.....	19.7	15.3	10.4	12.6	18.4	13.9	17.8	
Internación	2.4	3.2	4.0	9.5	5.3	14.4	7.1	
Laborato-rio y radio-logía.....	1.6	7.8	8.9	8.8	9.5	4.5	6.8	
Odontología	2.7	6.9	21.6	14.8	10.7	10.8	25.6	
Prótesis.....	-	3.9	6.2	2.8	4.3	9.3	-	

CUADRO 12

GASTO PROMEDIO SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DEL JEFE

Nivel educacional	Gasto promedio
Total.....	607.0
Sin educación.....	340.2
Primaria incompleta.....	453.3
Primaria completa.....	637.9
Secundaria incompleta...	732.2
Secundaria completa.....	900.0
Universitaria incompleta	596.1
Universitaria completa...	1186.2

El cuadro 12 nos muestra las variaciones del gasto promedio en salud, al comparar los distintos niveles educa-

cionales. Una primera conclusión es la de que éste se incrementa a medida que aumenta el nivel educacional salvo en el nivel 5 en que esta observación general no se cumple.

De todos modos, hay que aclarar que las diferencias en el incremento entre niveles no son las mismas para todas las categorías. Así podemos ver que mientras el grupo 1 aumenta su gasto promedio respecto al 0 en un 33.0% y el 2 respecto al 1 en un 41%, el grupo 3 incrementa sobre el 2 solamente un 15%; y el 4 respecto al nivel educacio-nal 3 lo hace en un 23%. El grupo 5 que agrupa a las familias cuyos jefes tienen educación universitaria incompleta, rompe con la tendencia descripta y disminuye su gasto promedio respecto

al nivel 4 (secundaria completa) en un 34%. Finalmente el nivel 6 es el de mayor incremento ya que lo hace respecto

al 4 en un 99%. Por otro lado hay que agregar que el gasto promedio del grupo 6 triplica el del nivel 1 (1).

CUADRO 13

GASTO PROMEDIO ANUAL EN SALUD POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS, SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE SUS JEFES (\$ Ley).

Gastos	Nivel educacional							
	Total	Sin educación	Primaria incompl.	Primaria compl.	Secundar. incompl.	Secundar. compl.	Univers. incompl.	Univers. compl.
Medicamentos.....	321.8	250.1	285.1	311.9	376.6	466.2	280.6	505.8
Consulta médica.....	85.7	67.1	69.5	66.6	92.5	165.7	83.1	210.8
Internación.....	38.1	8.3	14.5	25.7	69.8	47.7	86.0	84.5
Laboratorio y radiología.....	46.3	5.5	35.6	57.0	64.3	85.7	26.8	81.3
Odontología.....	88.5	9.2	31.1	137.5	108.4	96.3	64.4	303.8
Prótesis.....	26.6	-	17.5	39.2	20.6	38.4	55.2	-

El análisis del cuadro anterior(12) sigue siendo válido al considerar el gasto promedio por rubros en el cuadro 13, aunque las relaciones enunciadas aquí se especifican más. Si bien el gasto crece al aumentar los niveles - en casi todos los rubros el incremento es diferencial al considerar cada uno de estos. Puede notarse que los incrementos en medicamentos y consulta médica son menores que los que podemos encontrar en internación, laboratorio y radiología o en su prestación odontológica. Si contraponemos los niveles extremos -sin educación, con educación universitaria completa, vemos que el grupo 6 respecto al 0 duplica el gasto en medicamentos; mientras en consulta médica es un 214% mayor, en internación crece un 918%, en laboratorio y radiología aumenta 13 veces y en prestaciones odontológicas 32 veces.

Podemos ver que en este caso las diferencias ya señaladas para el gasto promedio por rubros según nivel ocupacional (cuadro 6) se hacen en algunos mayores, confirmando la desigual estructura y distribución del gasto en salud.

CUADRO 14

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES (%).

Nivel educacional	Propensión media al gasto en salud
Total.....	7.6
Sin educación.....	7.0
Primaria incompleta.....	6.7
Primaria completa.....	7.9
Secundaria incompleta.....	8.1
Secundaria completa.....	7.5
Universitaria incompleta.....	7.0
Universitaria completa.....	6.9

(1) Puede verse como en general la tendencia, ya analizada en el cuadro 5, se mantiene aunque más irregular y atenuada.

El cuadro 14 nos informa acerca del gasto en salud por cada cien pesos de ingresos percibidos que realizan las familias encuestadas, según nivel educacional de sus jefes. Puede verse que éstos no guardan relación definida, ya que varían irregularmente de uno a o-

tro nivel, con características similares a las señaladas en el cuadro 7. Puede señalarse como característica general, tomando las categorías educacionales extremas (0 y 6) que ambas prácticamente coinciden en cuanto a su propensión media.

CUADRO 15

PROPENSION MEDIA AL GASTO EN SALUD, POR RUBROS, DE LAS FAMILIAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL DE LOS JEFES (o/o).

Rubros	Nivel educacional							
	Total	Sin educación	Primaria incomp.	Primaria compl.	Secund. incomp.	Secund. compl.	Univers. incomp.	Univers. compl.
Medicamentos.....	4.0	5.1	4.2	3.9	4.2	3.9	3.3	2.9
Consulta médica.....	1.1	1.4	1.0	0.8	1.0	1.4	1.0	1.2
Internación.....	0.5	0.2	0.2	0.3	0.8	0.4	1.0	0.5
Laboratorio y radiología.....	0.6	0.1	0.5	0.7	0.7	0.7	0.3	0.5
Odontología.....	1.1	0.2	0.5	1.7	1.2	0.8	0.8	1.8
Prótesis.....	0.3	-	0.3	0.5	0.2	0.3	0.6	-

Respecto al contenido del cuadro 15, se puede advertir que aquí también es difícil señalar tendencias definidas ya que en todos los rubros se notan oscilaciones. Sin embargo las características apuntadas en otros cuadros se mantienen, los niveles más bajos 0 y 1 tienen una propensión mayor que los niveles altos 5 y 6 en medicamentos y consulta médica, mientras que estos últimos superan la propensión al gasto de los primeros en los rubros de internación, laboratorio y radiología y prestación odontológica.

E) *Incidencia de la cobertura en los distintos tipos de gasto*

Conviene recordar que la definición operacional que en este capítulo tomamos de "familia cubierta" (*) es la si

(*) Afiliación de los miembros a alguno de los distintos sistemas de financiación de la atención médica.

guiente: familia cubierta es aquélla en la que la totalidad de sus miembros son beneficiarios de alguno de los distintos sistemas de financiamiento, considerando por otro lado como familias no cubiertas aquéllas que no tienen ningún miembro cubierto por alguno de los sistemas de protección. Conviene aclarar que de la definición aquí adoptada deriva una limitación en el análisis; ésta se refiere a los casos "intermedios", es decir aquellas familias con algunos de sus miembros cubiertos y otros no. Dada la complejidad de análisis previo y la difícil clasificación de estas familias, se ha tomado la decisión de excluirlas del análisis del gasto en función de su cobertura. De este modo es necesario considerar que sólo se toman en cuenta para este análisis a los dos grupos inicialmente definidos los que engloban al 76% de las familias encuestadas.

En el cuadro 16 tenemos la distribución del gasto en salud en función de

la cobertura de las familias, conside-

rando como anticipáramos a los cubier-
tos y no cubiertos.

CUADRO 16

GASTO EN SALUD DE LAS FAMILIAS SEGUN RUBROS DE GASTO Y COBERTURA DE LAS MIS-
MAS (°/o).

Rubros de gastos	Cobertura	
	Familias cubiertas	Familias no cubiertas
Total (1)	467480,4 \$Ley (100.0%)	339248,9 \$Ley (100.0%)
Medicamentos.....	53.9	44.9
Consulta médica.....	12.8	14.8
Internación.....	4.9	7.9
Laboratorio y radiología.....	6.7	6.8
Prest. Odontológica.....	14.2	17.9
Protesis.....	5.5	4.3

(1) El rubro otros gastos que en ambas categorías representa el 3.4 y el 20 °/o ha sido eliminado.

Puede verse que ambas tienen una distribución desigual: las cubiertas tienen un gasto mayor en los rubros de prótesis y medicamentos, mientras que los no cubiertos superan a las primeras en consulta médica, internación, laboratorio y radiología y prestaciones odontológicas aunque en los dos grupos el peso de los rubros (en cuanto a importancia) es similar. Finalmente conviene destacar que la diferencia más significativa puede visualizarse en el rubro medicamentos.

La primer conclusión que puede extraerse del cuadro 17 es que el gasto promedio total de las familias cubiertas es mayor que el de las no cubiertas y que esta afirmación es válida para todos los rubros expuestos salvo para el de internación. Puede así verse que el gasto promedio total de los primeros es un 31% mayor que el de los no cubiertos, siendo las diferencias más acentuadas las de: medicamentos (un 57% mayor el gasto de los cubiertos), prótesis (69% mayor) y las de laboratorio y radiología (un 28%).

CUADRO 17

GASTO PROMEDIO EN SALUD POR RUBROS
SEGUN COBERTURA DE LAS FAMILIAS
(\$ LEY).

Rubros de gastos	Familias cubiertas	Familias no cubiertas
Total.....	642.1	489.0
Medicamentos.....	345.5	219.8
Consulta médica.....	82.3	72.3
Internación.....	31.5	38.5
Lab. y radiología.....	42.5	33.5
Prest.odontológica..	91.5	87.5
Prótesis.....	35.4	20.9

F) Hallazgos más importantes

- 1 - El monto total del gasto privado, realizado por la población de la ciudad de Córdoba en el año 1969/70 fue de 132.054.238 de pesos ley
- 2 - El rubro de mayor gasto es el de medicamentos. Representa el 53% del

gasto total en salud, seguido por el gasto en consultas médicas y prestaciones odontológicas, que representan en cada caso aproximadamente un 14% del total.

- 3 - La estructura del gasto de las familias varía con el nivel ocupacional del jefe.
- 4 - El nivel educacional del jefe de familia tiene menor incidencia que el ocupacional en el gasto en salud.
- 5 - La cobertura incide en el gasto en salud acentuándose el gasto de los cubiertos en el rubro de medicamentos y siendo menor al de los no cubiertos en los restantes rubros. Por otro lado el gasto promedio por rubro de los cubiertos es mayor que el de los no cubiertos.

GASTO EN INTERNACION

Para el siguiente análisis, se entiende por GASTO EN INTERNACION lo declarado en la Encuesta como pago efectuado por internaciones del último año, más lo adeudado por las mismas. Se analizará entonces la erogación que significa para el usuario este tipo de prestación, con independencia del momento en que resulte abonada.

Se recuerda que el gasto recogido

por la encuesta incluye pagos por derecho de internación, servicio de hotelaría, honorarios médicos, medicamentos, materiales de curación, análisis y otros gastos que el usuario debió afrontar durante su internación.

Para Córdoba, el Gasto Total en Internaciones efectuado por el total de individuos encuestados durante un año es de 76.730,18 Pesos ley. Esto permite estimar el gasto de la totalidad de la población del Area durante el año en 8.319.417 Pesos ley. Independientemente del error de muestreo, existe un error de subestimación en la encuesta de información referida al gasto correspondiente a internaciones de personas fallecidas durante el año y con anterioridad al relevamiento de la información en su domicilio, y también proviene de la omisión de los datos de las personas internadas en el momento de realizarse la encuesta en sus hogares.

En el cuadro 1 se presentan los datos muestrales de Gasto y N° de Egresos (Total y con Gasto No Nulo) según el lugar de internación. Este agrupamiento responde casi en su totalidad a las alternativas planteadas en la encuesta, haciéndose en algunos casos subclasificaciones más finas.

CUADRO 1

NUMERO DE EGRESOS, NUMERO DE EGRESOS CON PAGO Y MONTOS DE GASTO POR LUGAR DE INTERNACION EN LA POBLACION ENCUESTADA.

Lugar	Número total de egresos	Número de egresos con pago	Monto de gasto (\$a)
Público.....	219	104	2837,80
Obra Social o Mutual	33	16	478,84
Privado.....	254	163	71850,54
Sub-Total.....	506	283	75167,18
Fuera del área			
- Dentro del país.....	7	3	293,00
- Fuera del país.....	-	-	-
Total.....	523	292	76730,18

La presentación del cuadro 1 es operativo para el presente análisis, pues se omitirán de éste:

Un 1.34% de los Egresos, que acumulan un 0.38% del gasto total, por haberse realizado fuera del Área las respectivas internaciones.

Un 0.57% de los Egresos (0.06% del gasto total) por omitir las encuestas correspondientes los datos de lugar de internación.

Un 1.34% de los Egresos (1.59% del gasto total) correspondientes a Instituciones de Fuerzas Armadas o de Seguridad y Otro lugar por no ser en estos casos claramente identificable el sistema de financiación o el efector a que correspondan los egresos.

Como resultado de esta discriminación se analizará el 96.75 % de los Egresos para los que se acumula el 97.97% del gasto. Para una mayor información sobre las características de los egresos excluidos se pueden consultar las tablas correspondientes del Anexo.

En la Introducción del capítulo, se

CUADRO 2

NUMERO TOTAL DE EGRESOS, EGRESOS PAGOS Y MONTO TOTAL DE GASTO EN LA POBLACION ENCUESTADA. PORCENTAJE DE EGRESOS PAGOS DENTRO DE CADA SISTEMA.

Sistema de financiación	Monto total de gasto (\$a)	Número total de de egresos	Número de egresos pagos	O/o de egresos pagos
Total.....	75167,18	506	283	55.9
Público.....	2837,80	219	104	47.5
Obra Social.....	9982,38	162	77	47.5
Privado con cobertura.....	21289,00	64	43	67.2
Privado sin cobertura	41058,00	61	59	96.7

En relación a los porcentajes de egresos pagos es observable una profunda variación con extremos para los Sistemas Público y de Obra Social por abajo y Privado Sin Cobertura por arriba.

En los Sistemas Público y de Obra Social, una de cada 2 consultas requiere erogaciones para el paciente.

En el primero de estos sistemas se

menciona que el supuesto básico para este análisis es que los gastos por internación están fuertemente condicionados por la forma en que se financian las prestaciones correspondientes, y por el lugar en que éstas se realizan. Esto determina dos criterios principales de análisis:

- I) por Sistema de Financiación.
- II) por Efector de las Prestaciones.

Dentro de cada uno de dos análisis principales, se toman en cuenta otros condicionantes importantes del gasto:

- el Número de días de estada,
- la Patología del internado.

Con el propósito de impedir una distorsión del análisis por la incidencia de estos dos últimos factores, se incluyen los Promedios de Gasto por Día de Internación y el tratamiento de los datos para una causa que tiene una importante frecuencia y supone condiciones bastante homogéneas: el Parto.

- I) Gasto de Internación según Sistema de Financiación

supone que los gastos incluyan primordialmente medicamentos, radiografías, análisis y contribuciones a las Cooperadoras.

Para el Sistema Privado Con Cobertura, 2 de cada 3 internaciones representarán erogación para el paciente, y en el Privado Sin Cobertura prácticamente toda internación origina gasto para el

paciente.

La distribución de los porcentuales correspondientes a la 1ra. y 2da. columna del cuadro 2, se ofrece en él a continuación:

DISTRIBUCION DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A LA 1o Y 2o COLUMNA DEL CUADRO 2.

Sistema	o/o Gasto	o/o Egresos (total)
Público.....	3.8	43.3
Obra Social..	13.3	32.0
Privado con cobertura.....	28.3	12.6
	82.9	24.7
Privado sin cobertura.....	54.6	12.1

El sector Público atiende la mayoría de las prestaciones y recibe la menor proporción de los Pagos. Esta inversión se mantiene con el resto de los valores. Mientras la columna de Egresos decrece, la de Gastos crece, reflejando el comportamiento de los costos promedios que se verá a continuación.

CUADRO 3.

GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA PARA INTERNACIONES CON PAGO SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION (*)

Sistema de financiación	Gasto promedio por egreso pago (\$ ley)	Gasto promedio por día internación con pago (\$ ley)
Total.....	276.4	29.4
Público.....	27.3	1.9
Obra Social..	138.6	26.3
Privado con cobertura.....	545.9	73.2
Privado sin cobertura.....	720.3	96.4

El crecimiento más rápido de la segunda columna, está diciendo que los crecientes costos por día de internación en la escala de sistemas expues-

ta, son en parte compensados por un menor período de internación. Más concretamente: un día de internación con el Sistema Privado sin Cobertura cuesta al paciente (en promedio) 49.9 veces más que en el sector Público. Una internación no mantiene la misma proporción de costos porque (en promedio) una internación con el Sistema Privado es más breve que con el Sistema Público.

A continuación se muestran los mismos costos promedios al considerar sólo los Egresos por Partos:

Sistema de Financiación	Gasto Promedio por egreso 1: 27,3 \$ ley PAGO	Gasto Promedio por día de internación 1: 1,9 \$ ley
Público.....	1	1
Obra Social.....	5.8	13.6
Privado con cobertura.....	20.0	37.9
Privado sin cobertura.....	26.4	49.9

CUADRO 4

INTERNACIONES POR PARTO, GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA PARA INTERNACIONES PAGAS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION (\$ ley).

Sistema de Financiación	Gasto promedio por egreso pago (\$ ley)	Gasto promedio por día internación paga. (\$ ley)
Total.....	158.7	37.7
Público.....	9.4	2.2
Obra Social.....	62.8	17.2
Privado con cobertura.....	319.4	55.4
Privado sin cobertura.....	389.3	109.8

De la comparación de estos resultados con los del cuadro 3 surge que el costo promedio por día resulta para las partes mayor que para el mismo promedio por totalidad de causas en los Sistemas Público y Privado Sin Cobertu

ra y menor en Obra Social y Privado Con Cobertura.

Relativizando las cifras a los costos promedios en el Sector Público surge:

Sistema de Financiación	Gasto promedio por egreso (1.9.4\$ley)	Gasto promedio por día de internación con pago(1.2.2\$ley)
Público.....	1	1
Obra Social.....	6.7	7.8
Privado con cobertura.....	34.1	25.1
Privado sin cobertura.....	41.5	49.9

CUADRO 5

NUMERO TOTAL DE EGRESOS, EGRESOS Y MONTOS DE GASTOS (\$ ley) SEGUN LUGAR EFECTOR. PORCENTAJE DE EGRESOS PAGOS PARA CADA EFECTOR.

Efector	Monto de gasto	Número total de egresos	Número de egresos pagos	O/o de egresos pagos.
Total.....	75167,18	506	283	55.9
Público.....	2837,80	219	104	47.5
Obra Social.....	478,84	33	16	48.5
Privado.....	71850,54	254	163	64.2

Dado que el Sistema de Financiación Público, tiene como único efector a los Establecimientos Públicos, los datos para Efector Público coinciden con los ya analizados anteriormente.

La proporción de Egresos Pagos es a proximadamente 1 de cada 2 para Efector Público y Obra Social y 2 de cada 3 para Efector Privado.

La distribución porcentual del Gasto y el Total de Egresos es como sigue:

Efector	O/o Gasto	O/o de Egreso
Privado.....	95.6	50.2
Público.....	3.8	43.3
Obra Social.....	0.6	4.5

Comparando con el análisis para la totalidad de las patologías surge que:

- El gasto promedio por egreso crece en la escala de sistemas más rápidamente para los Partos.

- El gasto promedio por día crece al comienzo de la escala más lentamente (Obra Social y Privado con Cobertura) pero alcanza las mismas proporciones al llegar al Sistema Privado Con Cobertura.

- Dado que los Partos requieren un tiempo de internación homogéneo independientemente del Sistema, no surge uniformemente una absorción del mayor gasto Promedio por Día por un menor Tiempo de Internación.

II) Gasto en Internación según Efector

El establecimiento privado (en el que como sugiere la distribución porcentual del gasto y se confirma más atiende la mayor proporción de prestaciones (una de cada 2). En tanto, el Efector Obra Social tiene un peso muy reducido en ambos sentidos (gasto y egresos).

CUADRO 6.- GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA DE ESTADA DE INTERNACIONES PAGAS SEGUN EFECTOR (\$ ley).

Efector	Gasto promedio por egreso pago.	Gasto promedio por día de internación c/pago.
Total.....	276,4	24,9
Público.....	27,3	1,9
Obra Social.....	29,9	3,5
Privado.....	427,7	74,8

Efector	Gasto promedio por egreso 1: 27,3 \$ ley PAGO	Gasto Promedio por día de internación 1: 1,9 \$ ley PAGO
Público.....	1	1
Obra Social.....	1,1	1,8
Privado.....	17,3	38,7

Ocurre con los crecimientos de estos valores un fenómeno similar al visto para Sistemas, el mayor Gasto Promedio por día es absorbido en parte por un menor promedio de días de internación por egreso.

Los Gastos Promedios para Partos se muestran en el cuadro 7:

CUADRO 7

INTERNACIONES POR PARTO. GASTO PROMEDIO POR EGRESO Y POR DIA DE ESTADA PARA INTERNACIONES PAGAS SEGUN LUGAR EFECTOR (\$ ley).

Lugar efector	Gasto promedio por egreso pago	Gasto promedio por día de estada para egresos pagos
Total.....	158,7	37,8
Público.....	9,4	2,2
Obra Social.....	20,0	1,4
Privado.....	282,8	71,5

Que relativizados sobre los Promedios Públicos se convierte en:

Efector	Gasto promedio por egreso pago (1=9,4\$ley)	Gasto promedio por día de estada para egresos pagos (1=2,2\$ley)
Público.....	1	1
Obra Social.....	2,1	0,7
Privado.....	30,2	32,5

Nuevamente las conclusiones no son tan claras como bajo la consideración de la totalidad de las patologías. Esto es explicable por la discriminación del N° de casos, que por ejemplo, para efector Obra Social se reduce a uno.

Comparando el cuadro 3 con el cua-

dro 6 parece poder inferirse (dejando de lado la eventual incidencia de las patologías) que el gasto para el Afiliado de la Obra Social crece cuando debe internarse en establecimientos privados. La misma conclusión se desprende de los cuadros 4 y 7, pero debilitada por el escaso N° de casos.

ANALISIS DEL PAGO POR CONSULTA MEDICA

Los datos recogidos por la encuesta señalan que el total muestral de los pagos efectuados en las dos últimas semanas asciende a pesos ley 6.133 desglosados como sigue:

Pagos efectuados en las 2 últimas semanas por consultas realizadas durante el mismo lapso.....	3171,90 \$Ley
Pagos efectuados en las 2 últimas semanas por consultas anteriores (al mismo lapso).....	2961,10 \$Ley
TOTAL	6133,00 \$Ley

Este total muestral indica que para la Población Global de Córdoba el monto gastado asciende a 159.458,00 \$ Ley, y que un 48.3% de este monto corresponde a pagos diferidos. Este porcentaje notable por su magnitud constituye sólo una cota mínima para la estimación de los pagos no diferidos, que en los \$Ley 3.171,90.- por consultas de "las últimas dos semanas" puede estar incluido el pago de consultas adeudadas realizadas dentro de dicho lapso y abonadas antes de realizarse la entrevista.

Los datos que se analizan en adelante toman en cuenta únicamente los pagos efectuados durante las 2 últimas semanas por consultas realizadas durante el mismo lapso.

1. Pago según el tipo de consulta

El primer criterio de análisis se basa en una clasificación de las consultas que admite 3 categorías;

- *Consultas ambulatorias*: consultas realizadas en consultorios de Instituciones Públicas o Privadas, Obras Sociales o consultorios particulares de médicos.
- *Consultas domiciliarias*: consultas realizadas fuera de los consultorios y en domicilios particulares.

- *Otras consultas*: consultas realizadas en el lugar de trabajo del consultante, en la escuela, por teléfono o en lugares no especificados.

Esta clasificación está justificada sólo en función de la operatividad del presente análisis y consideraciones implícitas en el mismo.

CUADRO 1

NUMERO DE CONSULTAS SEGUN TIPO Y PAGO. MONTOS Y PAGO PROMEDIO POR CONSULTA (\$ LEY).

Tipo de consulta	Número de consultas	No. de consultas con pago declarado	No. de consultas "no sabe cuanto pago"	Montos pagados	Pago promedio por consultas pagadas
Total.....	1382	511	44	3974,01	7.78
Ambulatorias.....	1075	413	20	3171,90	7.68
Domiciliarias.....	216	83	24	791,90	9.54
Otras.....	91	15	-	10,21	6.81

En cuanto a los promedios de la última columna, el cuadro confirma el ordenamiento esperado de los mismos.

Paralelamente a estas cifras absolutas, es importante prestar atención simultánea a la distribución porcentual de la 1ra. y 3ra. columna.

Tipo de consulta	O/o de Consultas (total)	O/o de Pago
Ambulatorias.....	77.8	79.8
Domiciliarias.....	15.6	19.9
Otras.....	6.6	0.3

Pese a una aparente homogeneidad de ambas distribuciones, se refleja el efecto del pago promedio por consulta con toda claridad: para el mayor pago promedio (Domiciliarias) se registra la mayor variación creciente entre el porcentaje de Consultas y el porcentaje de Montos Pagados; para el pago promedio intermedio (Ambulatorias) se da aún una variación positiva aunque de

menor importancia que la anterior y para el menor de los pagos promedios (Otras Consultas), la variación ya es de signo decreciente.

En adelante se analizan sólo las consultas Ambulatorias. Esta parcialización corresponde a la imposibilidad de discriminar mediante la información recogida por la encuesta el mismo tipo de atributos que servirán para clasificar en los siguientes análisis a las consultas Ambulatorias. Esta parcialización corresponde a la imposibilidad de discriminar mediante la información recogida por la encuesta el mismo tipo de atributos que servirán para clasificar en los siguientes análisis a las consultas Ambulatorias, a las restantes consultas.

1) *Consultas Ambulatorias según Sistema de Financiación*

En el siguiente cuadro se sintetiza parte de la información obtenida para estas consultas.

CUADRO 2

NUMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAS SEGUN SISTEMA DE FINANCIACION Y PAGO. MON-
TOS Y PAGO PROMEDIO POR CONSULTA (\$ LEY).

Sistema	No. de con- sultas	No. de con- sultas con pa- go declarado	No. de con- sultas "no sa- be cuanto pag	Montos pagados	Pago prome- dio por con- sultas pagas.
Total.....	1075	413	20	3171,90	7.68
Público.....	372	126	-	102,20	0.81
Obra Social.....	178	48	-	119,38	2.49
Privado con cobertura.....	198	46	2	190,22	4.14
Privado sin cobertura.....	312	191	18	2759,10	14.46
Sin información.....	51	2	-	1,00	0.50

En el rubro sin información se incluyen 5 consultas que de acuerdo a la información de las respectivas encuestas serían consultas efectuadas en Instituciones Públicas con Cobertura de Obra Social, lo que hace poco con- fiable a la totalidad de la información.

Dejando de lado las consultas sin In- formación de Sistema, la columna de Pa- gos Promedios muestra que para las con- sultas en las que el paciente debió pa- gar, el menor pago promedio corresponde al sector Público, donde los pagos tien- en en general la forma de contribucio- nes a las cooperadoras. Este primer pro- medio crece tres veces para las Obras Sociales, 5 veces para el sistema de Co- bertura Privada y 18 veces para las prestaciones privadas Sin Cobertura.

Las distribuciones porcentuales de los Totales de Consultas y Montos Paga- dos son como sigue:

CUADRO 3

PROPORCION DE CONSULTAS Y DE MONTO
PAGADO SEGUN SISTEMA

Sistema	o/o de consultas	o/o de gasto
Privado sin cobertura.....	29.4	87.0
Privado con cobertura.....	18.7	6.0
Obras Sociales.....	16.8	3.8
Público.....	35.6	3.2

Se destaca que caen bajo el sistema Privado (sin o con cobertura) el 48.1 % de las consultas, derivándose hacia el mismo sistema el 93.0% de los pagos.

Además es interesante observar que en consultas, la relación entre el sis- tema Privado con Cobertura y Obras So- ciales es de 18.7 a 16.8 (1.11 veces ma- yor) mientras que la relación porcen- tual de Montos Pagados es 6.0 a 3.8 (1.53 veces mayor).

II) Consultas Ambulatorias según tipo de Efector

Se expone inmediatamente en cuadro similar al del apartado anterior, pero clasificando ahora las consultas por ti- po de efectore. (Cuadro 4)

Dejando nuevamente de lado las consul- tas sin Información (entre las que se vuelven a incluir las 5 consultas antes mencionadas de Efectore Público y Cober- tura de Obra Social) el Sector Público mantiene su condición de sector menos costoso para el paciente. En relación al pago promedio en el Efectore Público re- sulta:*

CUADRO 4.

NUMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAS SEGUN EFECTOR. MONTOS PAGADOS Y PAGO PROMEDIO POR CONSULTA (\$ LEY).

Efector	Número de consultas	No. de consultas con pago declarado	No. de consultas "no sabe cuanto pag	Montos pagados	Pago promedio por consulta paga
Total.....	1075	413	20	371,90	7.68
Público.....	372	126	-	102,20	0.81
Instituciones de Obras Sociales	132	25	-	37,26	1.49
Privado:					
Instituciones privadas.....	268	68	13	512,09	7.53
Consultorio particular de médico.....	295	192	7	2519,35	13.12
Sin información.....	8	2	-	1,00	0.50

* Pago Promedio en Instituciones de Obras Sociales... 1.84 veces mayor

Pago Promedio en Instituciones Privadas 9.30 " "

Pago Promedio en Consultorios Particulares Médicos..16.20 " "

Como se ve el Efector Privado se comporta muy diferenciadamente en cuanto a costo a cargo del paciente según se trate de consultas en Instituciones o Consultorios Particulares. Esta diferencia podría explicarse observando que para las Instituciones privadas el 82.2 % de las consultas reciben cobertura de algún sistema mientras que para los consultorios Particulares este porcentaje se reduce a 15.9.

CUADRO 5

PROPORCION DE CONSULTAS Y MONTOS DE PAGO SEGUN LUGAR EFECTOR.

Efector	o/o de consultas	o/o de gasto
Privado:		
Consultorio particular de médico.....	27.6	79.5
Instituciones privadas.....	25.1	16.1
Público.....	34.9	3.2
Instituciones Obras Sociales.....	12.4	1.2

Se aclara en este cuadro de porcentajes la importancia del volumen de prestaciones hechas por médicos que atienden en consultorios particulares, importancia que se acrecienta bajo la hipótesis de que la mayoría de las consultas domiciliarias pertenecen a este tipo de efector.

TABLA 3

EXISTENTES ANUALES DE LAS FAMILIAS ENCUENTRADAS SEGUN FUENTES Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA (FRECUENCIA)

Categoría	Nivel Ocupacional						Total	
	1	2	3	4	5	6		
Total	112956,7	10509,6	303478,5	203590,6	176636,6	133227,5	11790,0	167605,9
Medios	6910	63916	187434	103958	20479	47884	1436	90532
Cuadros	75755,0	10181,2	43739,5	26886,0	12636,6	20527,8	3938,0	19806,5
Industria	10519,2	4608,0	9510,7	13329,6	13838,0	7553,8	250,0	15930,3
Comercio	7930	2790	2572	0	10084	10713	2888	12116
Construcción	4608	9048	25428	35	3124	6698	8840	18143
Profesiones	7146	12090	0	0	1309	1170	2600	11232

ANEXO TABLAS

TABLA 4
EXISTENTES ANUALES DE LAS FAMILIAS ENCUENTRADAS SEGUN FUENTES Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA (FRECUENCIA)

Categoría	Total	Fuente	Nivel Ocupacional						Total
			1	2	3	4	5	6	
Total	112956,7	10509,6	303478,5	203590,6	176636,6	133227,5	11790,0	167605,9	
Medios	6910	63916	187434	103958	20479	47884	1436	90532	
Cuadros	75755,0	10181,2	43739,5	26886,0	12636,6	20527,8	3938,0	19806,5	
Industria	10519,2	4608,0	9510,7	13329,6	13838,0	7553,8	250,0	15930,3	
Comercio	7930	2790	2572	0	10084	10713	2888	12116	
Construcción	4608	9048	25428	35	3124	6698	8840	18143	
Profesiones	7146	12090	0	0	1309	1170	2600	11232	

TABLA 1.

GASTOS ANUALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN RUBROS Y NIVEL OCUPACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA (PESOS LEY).

Rubros de Gastos	Nivel Ocupacional							
	Total	1	2	3	4	5	6	Sin Información
Total.....	1129634,2	105081,8	303474,5	203908,6	175456,6	1332257,4	41790,0	167665,3
Medicamentos.....	598910	65936	187434	105898	86970	47684	14456	90532
Consulta Médica.....	159458,0	20181,2	43739,9	26806,0	18436,6	20529,6	9958,0	19806,8
Internación.....	70914,2	4404,6	9510,7	13536,6	15828,0	7753,8	3050,0	15830,5
Laboratorio y Radiología.....	86190	2366	2572	12740	20098	10712	2886	12116
Odontología.....	164684	9048	25428	26988	31824	44408	8840	18148
Prótesis.....	49478	3146	12090	17940	1300	1170	2600	11232

TABLA 2

GASTOS ANUALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS SEGUN RUBROS Y NIVEL EDUCACIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA (PESOS LEY)

Rubros de Gastos	Nivel educacional								
	Total	Sin Educación	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	Sin Información
Total.....	1129634,2	38455,8	269274,7	316423,2	204251,2	79200,8	92411,9	93714,4	35902,2
Medicamentos.....	598910	28262	16933	154700	105066	41028	43498	39962	17056
Consulta Médica.....	159458,0	7586,8	41298,4	33035,6	25797,2	14580,8	12880,4	16655,6	7623,2
Internación.....	70914,2	943,0	8540,3	12753,6	19464,0	4196,0	13335,5	6676,8	4905,0
Laboratorio y Radiología.....	86190	624	21138	28288	17940	7540	4160	6422	78
Odontología.....	164684	1040	18490	68198	30238	8476	9984	23998	4290
Prótesis.....	49478	--	10400	19448	5746	3380	8554	--	1950

TABLA 4
GASTOS PROMEDIO ANUALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS (\$ LEY) SEGUN RUBROS Y NIVEL DE INGRESO PER-CAPITA DEL JEFE DE LA FAMILIA

Rubros de gastos	Ingreso per-cápita												Sin Información	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
Total.....	151.7	337.0	247.9	345.0	441.3	800.2	764.5	698.4	916.3	1257.2	1567.6	820.2	621.8	
Medicamentos.....	115.3	150.4	161.1	220.6	269.5	467.7	366.0	349.3	501.1	627.0	549.1	378.1	321.8	
Consulta Médica.....	11.1	27.4	43.7	31.2	42.1	154.5	115.7	98.5	108.9	273.5	114.1	143.3	85.7	
Internación.....	3.9	79.4	13.9	11.3	19.1	73.7	39.2	38.4	37.4	60.5	48.7	59.7	38.1	
Laboratorio y Radiología..	10.6	34.3	11.4	25.6	67.2	18.5	85.0	95.8	33.7	93.8	19.1	99.8	46.3	
Odontología.....	5.7	25.4	15.6	27.3	12.5	45.4	110.2	104.5	140.7	140.8	679.4	53.4	88.5	
Prótesis.....	5.1	19.5	-	19.7	25.5	37.3	18.7	6.8	44.9	57.1	110.6	33.9	26.6	

TABLA 3
GASTOS ANUALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS (PESOS LEY) SEGUN RUBROS Y NIVEL DE INGRESO PER CAPITA DEL JEFE DE LA FAMILIA.

Rubros de gastos	Ingreso per-capita											Sin información	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Total.....	27611,0	58316,6	44126,5	61412,2	76352,2	144866,5	138382,7	120140,9	158496,4	109371,2	142656,8	75461,2	1157194,2
Medicamentos.....	20982,0	26026,0	28678,0	39260,0	46618,0	85020,0	66248,0	60086,0	86684,0	54548,0	49972,0	34788,0	598910,0
Consulta Médica.....	2028,0	4747,6	7776,2	5556,2	7290,4	27963,0	20943,0	16946,4	18834,4	23795,2	10384,4	13167,2	159453,0
Internación.....	701,0	13737,0	2469,3	2010,0	3307,8	13345,5	7095,7	6601,5	6464,0	5362,0	4430,4	2490,0	70914,2
Laboratorio y Radiología..	1924,0	5928,0	2028,0	4550,0	11622,0	3354,0	15392,0	16484,0	5824,0	8164,0	1742,0	9173,0	80190,0
Odontología.....	1040,0	4394,0	2782,0	4862,0	2158,0	8216,0	19942,0	17966,0	24336,0	12246,0	61828,0	4914,0	164684,0
Prótesis.....	936,0	3380,0	--	3510,0	4420,0	6760,0	3380,0	1170,0	7774,0	4966,0	10062,0	3120,0	45478,0

SALUD COLECTIVA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN Y CIENCIAS DE LA SALUD

TABLA 5.

NUMERO TOTAL DE EGRESOS, EGRESOS CON INFORMACION DE GASTOS Y SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR DE LAS INTERNACIONES Y COBERTURA DE LAS MISMAS

LUGAR	Egresos sin cobertura			Egresos con cobertura						Egresos sin inf. de cobertura		
	Total	Con información de gasto	Sin información de gasto	Obras Sociales			Cobertura Privada			Total	Con información de gasto	Sin información de gasto
				Total	Con información de gasto	Sin información de gasto	Total	Con información de gasto	Sin información de gasto			
Público.....	219	104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obra Social.....	-	-	-	32	15	-	1	1	-	-	-	-
Privado.....	61	57	2	130	57	5	63	38	4	-	-	-
FF.AA. o de Segur.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	-
Fuera del Area												
Otros	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dentro Pais	6	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Fuera Pais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin inform. de lugar.	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-

TABLA 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.

LUGAR	Egresos sin cobertura			Egresos con cobertura						Egresos sin inf. de cobertura		
	Total	Con información de gasto	Sin información de gasto	Obras Sociales			Cobertura Privada			Total	Con información de gasto	Sin información de gasto
				Total	Con información de gasto	Sin información de gasto	Total	Con información de gasto	Sin información de gasto			
Público.....	2828	1469	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obra Social.....	-	-	-	258	134	-	3	3	-	-	-	-
Privado.....	505	426	17	886	246	114	411	288	30	-	-	-
FF.AA. o de Seguridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	58	-
Fuera del Area												
Otros	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dentro Pais	75	9	-	10	10	-	-	-	-	-	-	-
Fuera Pais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin inf. de lugar.....	20	15	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-

TABLA 7.

MONTOS DE GASTO EN INTERNACION (\$ LEY), EN LA MUESTRA SEGUN LUGAR Y COBERTURA

Lugar	Egresos sin cobertura	Egresos con cobertura		Egresos sin Información de cobertura
		Obra Social	Cobertura Privada	
Público.....	2.837,80			
Obra Social.....		378,84	100,00	
Privado.....	41.058,00	9.603,54	21.189,00	
FF.AA. o de Seguridad.....				700,00
Otros.....	520,00			
Fuera del Area				
Dentro Pais.....	63,00	230,00		
Fuera Pais.....				
Sin información de lugar.....	50,00			

TABLA 8

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO SEGUN HAYAN SIDO PAGOS O NO Y SISTEMA DE FINANCIACION DE LAS INTERNAC.

Sistema de financiación	Egresos pagos	Egresos con inf. del monto gastado	Egresos sin pago
Total.....	9.6	9.4	9.7
Público.....	14.1	14.1	11.8
Obra Social.....	6.4	5.3	7.6
Privado con cobertura.....	7.5	7.5	4.4
Privado sin cobertura.....	7.5	7.5	31.0

TABLA 9

PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA POR EGRESO, SEGUN HAYAN SIDO PAGOS O NO Y EFECTOR DONDE SE REALIZARON LAS PRESTACIONES

Lugar efector	Egresos pagos	Egresos con inf. del monto gastado	Egresos sin pago.
Total.....	9.6	9.4	9.7
Público.....	14.1	14.1	11.8
Obra Social.....	8.6	8.6	7.3
Privado.....	6.9	6.3	7.5

TABLA 10

EGRESOS POR PARTO. NUMERO TOTAL DE EGRESOS CON INFORMACION DE GASTO Y SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR DE LAS INTERNACIONES Y COBERTURA DE LAS MISMAS.

Lugar efector	Egresos sin cobertura			Egresos con cobertura						
	Total	con inf. en gasto	sin inf. en gasto	Obra Social			Cobertura Privada			
				Total	con inf. en gasto	sin inf. en gasto	Total	con inf. en gasto	sin inf. en gasto	
Público.....	78	39	3							
Obra Social..				3	1					
Privado.....	22	22	33	13	2	17	13	2		

TABLA 11

EGRESOS POR PARTO. NUMERO TOTAL DE DIAS DE ESTADA, NUMERO DE DIAS DE ESTADA DE EGRESOS CON GASTO Y EGRESOS SIN INFORMACION DEL MONTO GASTADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR EFECTOR Y COBERTURA.

Lugar efector	Egresos sin cobertura			Egresos con cobertura						
	Total	con inf. en gasto	sin inf. en gasto	Obra Social			Cobertura privada			
				Total	con inf. en gasto	sin inf. en gasto	Total	con inf. en gasto	sin inf. en gasto	
Público.....	381	166	28							
Obra social..				22	14					
Privado.....	76	78		133	37	18	89	75	7	

TABLA 12

EGRESOS POR PARTO. MONTO DE GASTO (PESOS LEY), EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR EFECTOR Y COBERTURA.

Lugar efector	Egresos sin cobert.	Egresos con cobertura	
		Obra Social	Cob. Privada
Público....	365,50		
Obra social o mutual.....		20,00	
Privado...	8565,00	859,70	4152,00

Nro. Inventario: **3098**
 Tipo de adquisición: Compra ~~Seña/Donación~~
 Proveedor:
 Precio: S/ **15/12/03**

TABLA 13

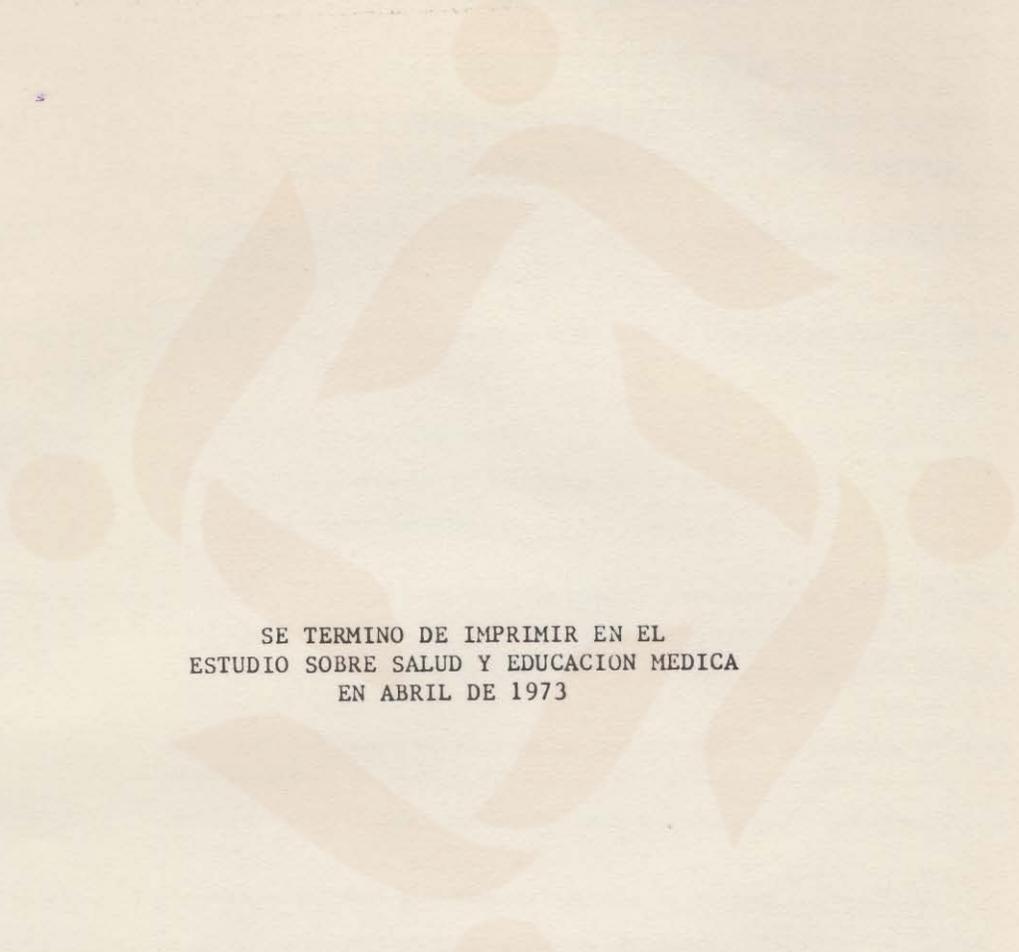
NUMERO TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS, CONSULTAS CON PAGO Y SIN INFORMACION DEL MONTO PAGADO, EN LA MUESTRA, SEGUN LUGAR EFECTOR Y COBERTURA

Lugar efector	Consult. s/cobertura			Consultas cubiertas						Cons. s/ inf. de cob.			
	Total	Con pago	Sin inf. pago	Obra Social			Cobertura Privada			Total	Con pago	Sin inf. pago	
				Total	Con pago	Sin inf. pago	Total	Con pago	Sin inf. pago				
Establecimiento Público.....	372	126											
Obras Sociales o Mutuales.....				132	25	-	120	31	2	3	-	-	
Establecimientos Privados.....	65	20	11	15	6	-	62	11	-	6	-	-	
Consultorio particular de un médico.....	247	171	7	31	17	-	16	4	-	1	-	-	
En la casa.....	166	51	24	25	13	-	17	11	-	8	8	-	
En el trabajo o en la escuela.....	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Por teléfono.....	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
En otro lugar.....	48	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sin Información de lugar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	-	

TABLA 14.

MONTO PAGADOS (PESOS LEY) POR CONSULTAS MEDICAS, LA MUESTRA, SEGUN LUGAR EFECTOR Y COBERTURA.

Lugar efector	Consultas sin cobertura	Consultas cubiertas		Consultas sin información de cobertura
		Obra Social	Cobertura Priv.	
Establecimientos públicos.....	102,20			
Obra Social o mutual.....		37,26	86,60	
Establecimientos privados.....	312,50	49,37	63,42	
Consultorio particular de médicos.....	2446,60	32,75	40,00	
En la casa.....	714,00	23,20	28,50	26,20
En otro lugar.....	10,21			
Sin Información de lugar				1,00



SE TERMINO DE IMPRIMIR EN EL
ESTUDIO SOBRE SALUD Y EDUCACION MEDICA
EN ABRIL DE 1973

INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA

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 6 - NUMERO 4: Estado de Salud de la Población del Gran Córdoba.
- 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

COMB. TE DE LOS POZOS 2133
BUENOS AIRES
REPUBLICA ARGENTINA



INSTITUTO DE
SALUD COLECTIVA