

INDEC ARGENTINA

Dirección Nacional de Estadísticas Sociodemográficas

Serie: Documentos Técnicos

Documento Nro.:17

"SEGUNDA REUNION DEL COMITE DE EXPERTOS EN
ESTADISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS"

Buenos Aires, 22 al 25 de agosto 1989

PRUEBA PILOTO DEL MODULO DE UTILIZACION
Y GASTO EN SALUD

Con la colaboración del Programa de Naciones Unidas
para Desarrollo y del Fondo de Población de
Naciones Unidas y de la Oficina Paramericana de la
Salud.

P R E S E N T A C I O N

La elaboración de este documento ha estado a cargo de: Monica Padró, Cristina del Valle, Ana Marka Gianna, Ana Maria Procel, Dardo Briques, Juana Arrechea, Eduardo Chius. El propósito del mismo es dar a conocer las características y resultado de la primera experiencia piloto sobre el tema de salud dentro del marco de la EPH.

Este documento supone un nuevo avance respecto del presentado en oportunidad del Primer Taller de Diseño de las Estadísticas Sociodemográficas.

C O N T E N I D O

	vii.
I. ANTECEDENTES.....	1
II. OBJETIVOS DEL OPERATIVO PILOTO.....	5
III. DESARROLLO CONCEPTUAL E INSTRUMENTAL.....	6
III.1. Características de la Población del Area donde se aplica la Prueba Piloto.....	6
III.2. Validación de la Muestra.....	7
III.3. Estratificación Social.....	9
III.4. Comprobación de Hipótesis Específicas.....	12
IV. CONSIDERACIONES GENERALES.....	26

I.-Antecedentes

Existen en el país antecedentes de encuestas de salud que fueron realizadas en 1969 y en 1980. La primera fue la encuesta Nacional de Salud que cubrió todo el país y relevó información sobre afluencia, percepción, y utilización en los distintos rubros (consultas, egresos, medicamentos y servicios intermedios como laboratorio, radiología, etc.). En el año 1980 se repite la experiencia en centros urbanos seleccionados manteniendo las mismas temáticas e incorporando al formulario de salud algunas variables que permitieran la estratificación social.

Estos dos antecedentes son puntales para la realización de la encuesta de salud que da lugar posteriormente a este documento de trabajo.

En la Provincia de Buenos Aires, tal como sucede en todo el país, el sector salud funciona a través de tres subsectores: el oficial, el de obras sociales y el privado. Estos adoptan distintas formas de organización institucional y de funcionamiento, según sea su dependencia administrativa, los recursos disponibles y las características sociales de la población beneficiaria, dentro del espacio de la política general y sectorial. El resultado es un conjunto de servicios de salud heterogéneo, tanto en cantidad como en calidad.

La información de los tres subsectores es necesaria para:

- Conocer su conformación estructural a lo largo del tiempo y en distintos momentos.
- Captar los cambios producidos.
- Encontrar explicaciones (parciales o totales) sobre estos cambios.
- Visualizar las áreas-problemas, tanto las coyunturales como las que tienen vigencia en el tiempo.

Éstos elementos son una base de sustentación para una gestión que permita conocer el estado total del que se parte, ubicar los problemas existentes, evaluar cambios y proponer soluciones.

Para responder a esta necesidad se utiliza información proveniente de distintas fuentes:

- A) Las que se originan en los registros permanentes.
- B) Los datos censales utilizados para el cálculo de tasas, la caracterización de los aspectos socio-demográficos, etc.

El propósito de esta encuesta sería obtener información para la discusión en los distintos niveles políticos del sector salud, que sirva para ser incorporado al proceso de gestión y en particular al de planificación sectorial, tanto de actividades asistenciales como de investigación, educación para la salud, etc.

Por resolución ministerial 1218/88 se conforma un grupo interdisciplinario con profesionales dependientes de la Subdirección de Planeamiento de la Subdirección de Información Sistematizada y de la Dirección del Centro de Cómputos. Para cumplir con la tarea encomendada el grupo se plantea los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Conocer la influencia de los factores demográficos y socio-económicos en el proceso de salud-enfermedad, medido a través de la afiliación a sistemas de salud, la percepción de la morbilidad, la demanda de atención, la utilización de los servicios, el gasto directo y la vía de financiación.

Objetivos específicos:

- Obtener información de servicios por parte de la población, con el objeto de complementar la proveniente de los registros oficiales permanentes.
- Conocer la condición de afiliación de la población; la percepción de los accidentes, malestares, enfermedades y las causas de no demanda; la demanda al sistema de salud formal (oficial, obra social y privado), al informal y la demanda no atendida.
- Conocer el gasto directo de la población en el sistema de salud y su distribución por rubro.
- Conocer la interrelación existente entre el lugar de atención, la vía de financiación y el gasto directo.
- Caracterizar la satisfacción del usuario respecto a la persona y al lugar de la atención.

Para llevar a cabo esta experiencia se efectuaron diversas entrevistas en Organismos Nacionales e Internacionales. El resultado de ellas es la relación que se establece con el Instituto de Estadísticas y Censos (INDEC), a través de la Dirección Nacional de Estadísticas Sociodemográficas (DNES). Coincidentemente, en esa dirección se estaba planteando la inclusión de la temática de salud como Módulo adicional de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

El resultado de esta relación es el abordaje conjunto de un operativo piloto a realizarse en el Área Gran La Plata (La Plata, Berisso y Ensenada), uno de los aglomerados en donde la EPH releva habitualmente la encuesta en los meses de mayo y octubre de cada año.

Por tratarse de la prueba piloto de una temática por primera vez abordada como módulo de la EPH, se resuelve realizarla fuera de la onda de relevamiento, Noviembre de 1988.

II. OBJETIVOS DEL OPERATIVO PILOTO

El objetivo general es probar como funciona la inserción del Módulo de Salud como temática específica de la EPH.

De él se desprende los siguientes objetivos específicos:

- La aceptación y el manejo del cuestionario por parte del encuestador.

- Aceptación del cuestionario por parte del encuestado.

III. DESARROLLO CONCEPTUAL E INSTRUMENTAL

En la medida en que era imperativo contar con resultados rápidos de la prueba piloto para poder aplicar el módulo de salud en mayo de 1989, se resuelve trabajar con una submuestra representativa de la muestra total de EPH del área Gran La Plata. Para ello se selecciona un grupo de rotación (25% de la muestra), lo que asegura representatividad geográfica y mecanismos de estimación ya contenidos en el diseño. Esto permite probar, de la manera mas ajustada posibles el programa de ingreso de datos, el plan de tabulados y la validación del cuestionario del módulo salud, a través de la comprobación de las hipótesis específicas de la temática de salud.

III.1.- Características de la Población del área donde se aplicó la Prueba Piloto

El Área Gran La Plata está constituida por los Partidos de La Plata, Berisso y Ensenada, con un total de población proyectada para 1988 de 650.000 habitantes, en su casi totalidad residentes en área urbana. La presencia del centro Administrativo-Gubernamental y de un centro Universitario de influencia nacional imprime caacterísticas particualres a su población, tanto en lo laboral como en su nivel de

instrucción, el acceso a la información y otros servicios.

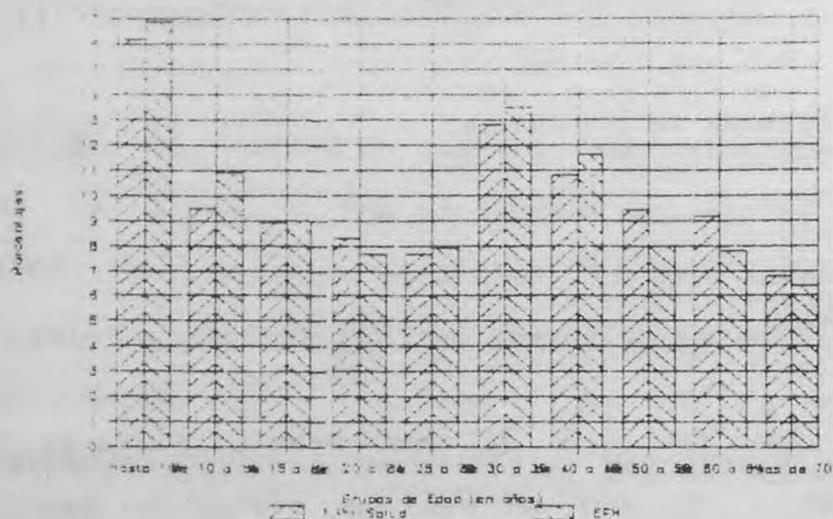
El sector salud está caracterizado por haber una infraestructura sobredimensionada para el servicio público de salud, siendo centro de derivación de toda la provincia.

III.2.- Validación de la Muestra

El diseño muestral de la EFH para el área Gran La Plata es probabilístico, estratificado y en dos etapas de selección. Las unidades de segunda etapa son las viviendas y las de primera radio-censales. La muestra total cuenta con 1275 hogares y la submuestra seleccionada en esta oportunidad con 334 hogares en los que se encuentran 944 personas.

Con el objeto de validar la muestra se analizaron el comportamiento de algunas variables básicas: Distribución por Edad y Relación por Parentesco, obtenidas en el relevamiento piloto con las correspondientes obtenidas con el relevamiento de octubre de 1988.

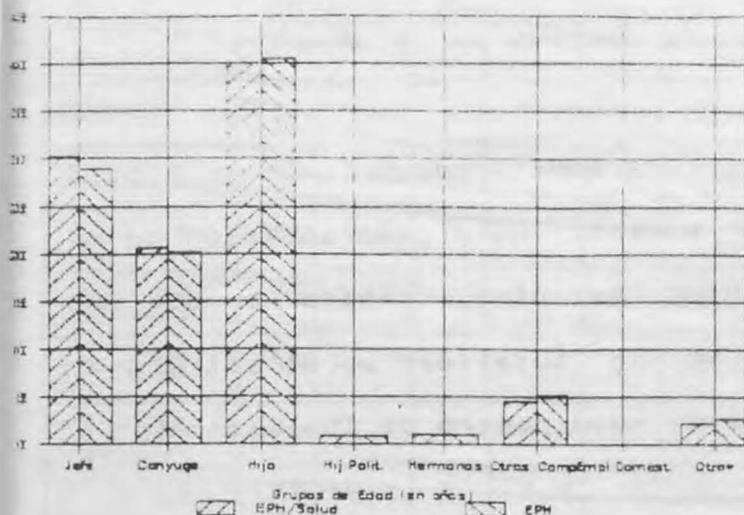
Graf 1 Distribución porcentual por grupos de edad, E.P.H. respecto al total EPH, onda Octubre de 1988. PLATA.



Se observa en el gráfico Nro.1 la correspondencia en la distribución de la población encuestada, por grupos de edad, entre la muestra total de la E.P.H. y el cuarto utilizado para la primera prueba exploratoria del módulo salud, en el área Gran La Plata, Octubre=Noviembre de 1988.

Otra variable analizada para validar la representatividad del cuarto de la muestra, es la distribución de los encuestados según relación de parentesco. Como se observa en el Gráfico Nro.2, no existen diferencias importantes.

Graf 2. DISTRIBUCION POR PARENTESCO, EPH/S, EPH.



III.3.- Estratificación Social

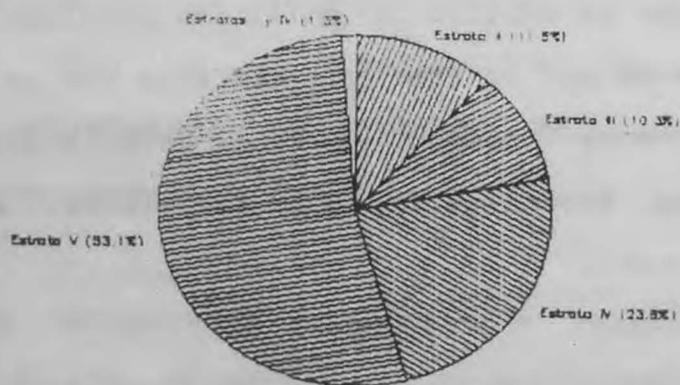
Para analizar los resultados se utilizó la propuesta provisoria de estratificación social planteada por la EPH. Los estratos son seis numerados en orden decreciente según las características socio-ocupacionales especificadas según los ingresos familiares. El sexto corresponde a "Sin Discriminar".

La composición de la Población por estratos (Graf.nro.3) nos muestra que practicamente el 80% de la población encuestada se ubica en los estratos bajos (IV y V). El estrato I al que pertenecen sólo tres (3) de los encuestados, no es representativo por lo cual en varios de los análisis, ha sido incluido en otro grupo (2).

De acuerdo a lo observado en el cuadro y gráfico adjuntos, es evidente que se trata de una población con tendencia a envejecer, con una base de pirámide reducida (27.8% de menores de 14 años).

Como consecuencia de la estructura mencionada, y la metodología utilizada para la estratificación social, esta distribución no se mantiene constante en los distintos estratos, debido a que los jubilados fueron incluidos casi en su totalidad en el estrato V, distorsionando el análisis por grupo de edad dentro de los mismos.

Gráfico 3: Composición de la población encuestada según estratos.



Cuadro I: Población encuestada por grupos de edad, sexo y estado civil

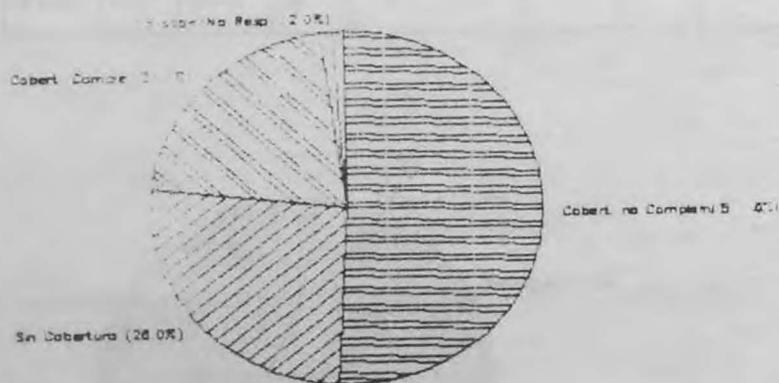
	TOTAL		Es. I		Es. II		Es. III		Es. IV		Es. V		Es. VI	
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%
TOTAL	944	100	3	100	109	100	97	100	125	100	501	100	9	100
0 - 1	17	1,8	-	-	-	1,8	2	2,0	3	1,7	10	1,7	-	-
1 - 4	51	5,4	-	-	8	7,3	6	6,1	14	6,2	23	4,5	-	-
5 - 14	195	20,6	-	-	29	26,6	28	28,8	51	22,6	85	16,9	2	22,2
15 - 24	158	16,7	-	-	20	18,3	15	15,4	33	14,6	9	18,0	-	-
25 - 44	256	27,1	2	66,6	31	28,4	27	27,8	79	36,1	113	22,5	4	44,4
45 - 64	175	18,5	1	33,3	19	16,5	16	16,4	36	16,0	101	20,1	3	33,3
65 - 74	51	5,4	-	-	1	0,9	2	2,0	2	0,8	46	9,1	-	-
75 y más	38	4,0	-	-	-	-	1	1,0	6	2,5	31	6,1	-	-

III.4.- Comprobación de hipótesis específicas

III.4.1. Afiliación

Del total de la población, el 72,6% (683 personas) tienen algún tipo de cobertura por sistema de atención de la salud. Este porcentaje es superior en los estratos I, II y III, disminuyendo marcadamente en los estratos IV y V.

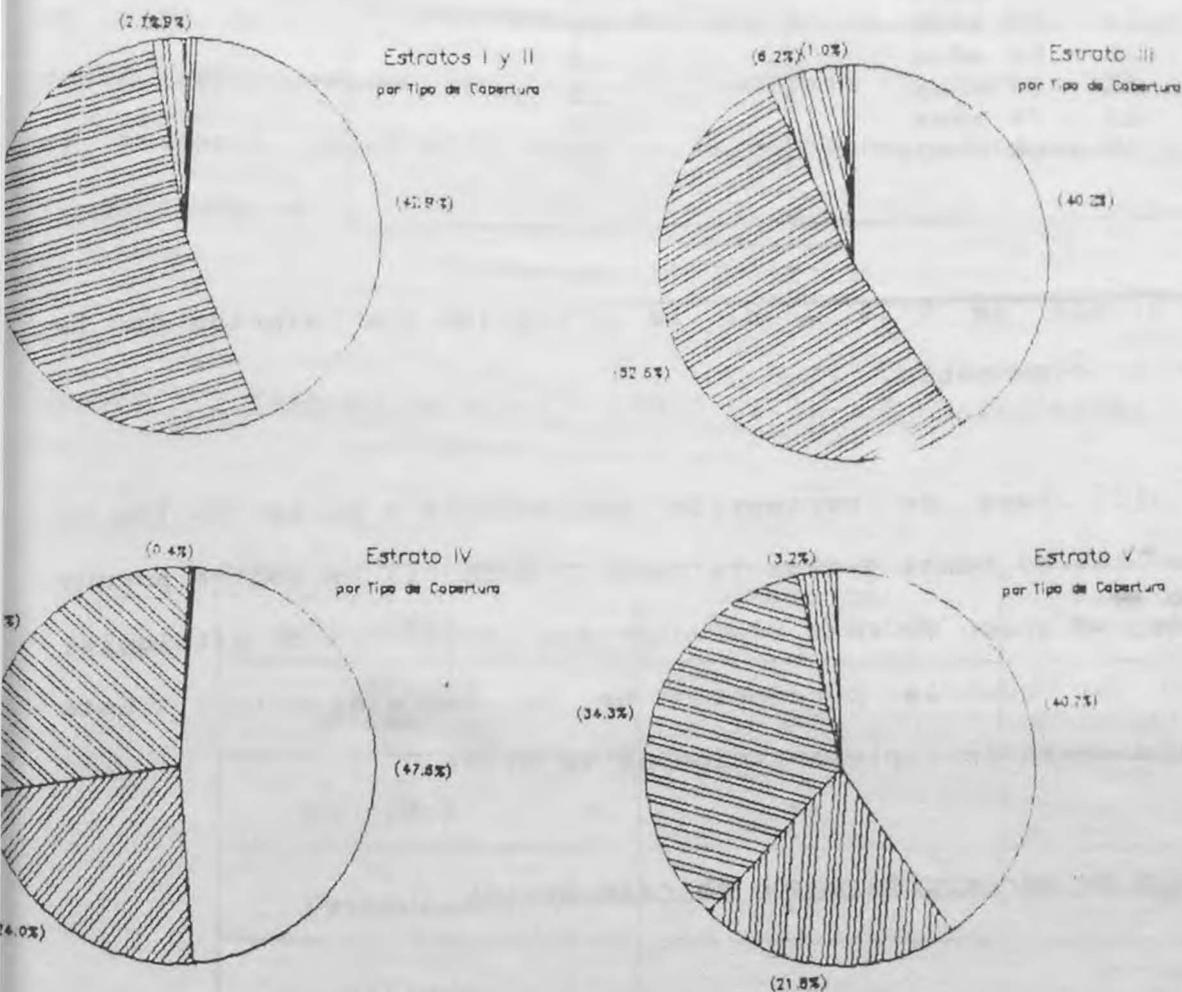
Graf. 4 TIPO DE COBERTURA DE LA POBLACION SEGUN ESTRATOS



La cobertura complementaria significa una afiliación de adhesión voluntaria adicional (co-seguro) que amplía los beneficios de las obras sociales obligatorias. La proporción de población con este tipo de cobertura disminuye notoriamente a medida que se deterioran las condiciones socioeconómicas. (Gráfico Nº 4 bis)

En este caso se comprueba la hipótesis de trabajo en la medida en que se tiene la mayor posibilidad de búsqueda de coberturas de adhesión voluntaria en niveles socio-económicos más altos.

Gráfico 4 bis: TIPO DE COBERTURA SEGUN ESTRATOS



III.4.2- Percepción

La percepción relacionada con la edad se comporta de acuerdo a lo esperado. (Cuadro Nº 2)

Cuadro 2: Tasas de percepción según grupos de edad

GRUPOS DE EDAD	TASA DE PERCEPCION
Total población	17
- de 1 año	29
1 - 4 años	22
5 - 14 años	14
15 - 24 años	11
25 - 44 años	14
45 - 64 años	22
65 - 74 años	29
75 años y más	32

En los grupos de 0-14 años, la percepción fue referida por la madre o persona responsable.

La más alta tasa de percepción se registra a partir de los 65 años. En menores de hasta 4 años la mayor frecuencia es lógica porque los niños de ese grupo de edad presentan más incidencia de patología, comprobándose así que la percepción de la madre es válida. Esta conclusión fundamenta la implementación de la misma.

Cuadro 3 -Tasas de percepción según Estrato Social

ESTRATOS	E I	E II	E III	E IV	E V
TASAS PERCEPCION	33.3	15.6	13.4	20.0	17.0

En el análisis de la percepción según estrato socioeconómico se observan diferencias. (cuadro nro.3)

Con respecto a la percepción según condición de actividad se observa una alta tasa en los jubilados que se correlaciona con la edad de este grupo ocupacional. Es llamativo el alto índice en los desocupados, respondiendo a una hipótesis de trabajo que sostiene que el fenómeno salud-enfermedad no es un hecho exclusivamente biológico. (Cuadro Nro. 4).

Cuadro 4 - Tasa de Percepción según condición de actividad.

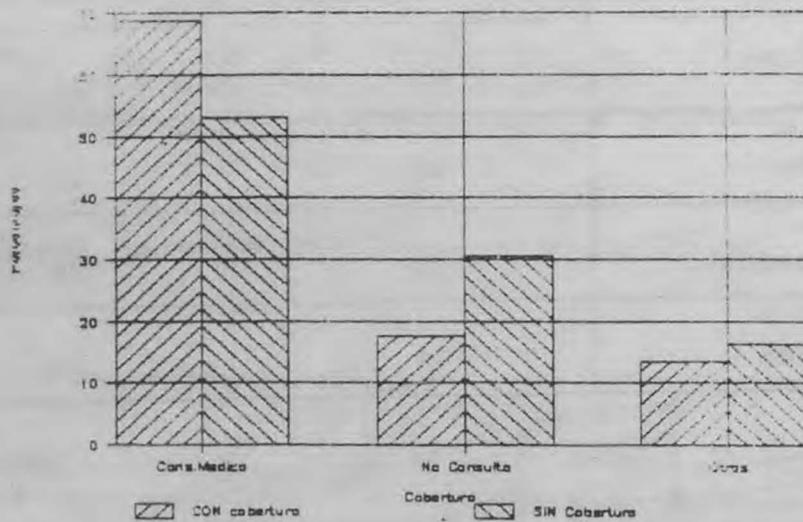
Condición Actividad	Número de Percibientes	Tasa de Percepción
Total	85	17
Ocupados	40	12
Desocupados	11	29
Jubilados	34	30

III.4.3- Consulta

Se registraron todos los contactos realizados por las personas que percibieron algún malestar, enfermedad o accidente. Se agruparon en dos grandes categorías según hayan consultado al sistema formal o informal (curanderos, vecino, familiar, etc.).

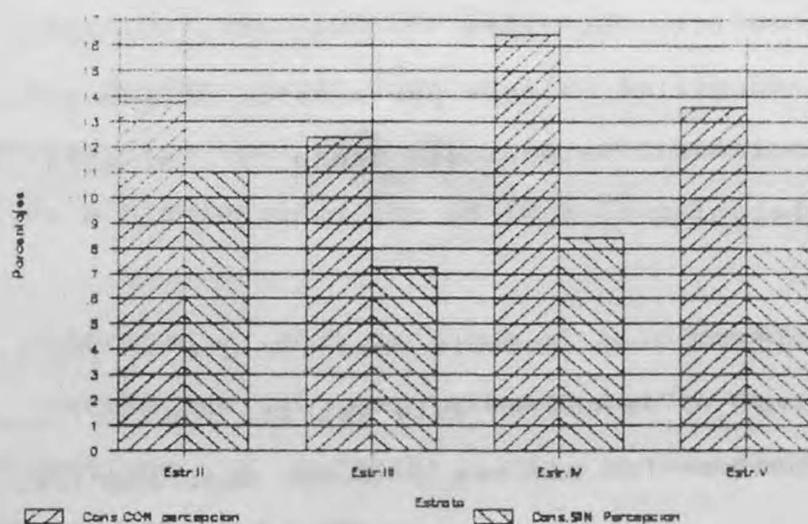
La hipótesis de trabajo en relación a una mayor utilización del sistema formal por parte de quienes tienen cobertura, se evidencia con la lectura del gráfico 5.

Gráfico 5 - Porcentaje de Percibientes por sistema consultivo según cobertura



Relacionando la consulta frente a la presencia de síntomas de salud en el periodo de referencia con el nivel socioeconómico existen diferencias importantes. Si bien esto contradice la teoría previa de trabajo en el que se sostiene que la pertenencia a un estrato social determina una actitud hacia el cuidado de la salud, el hallazgo en parte se explica por las características de la oferta del sistema de servicios de salud, que posee una sólida infraestructura y de la población del área que tiene un alto nivel de instrucción y gran posibilidad de acceso a la educación para la salud. (gráfico nro.6).

Gráfico 6 - Porcentaje de personas que consultaron habiendo percibido o no, según estrato social.



III.4.4- Diagnóstico y Tratamiento

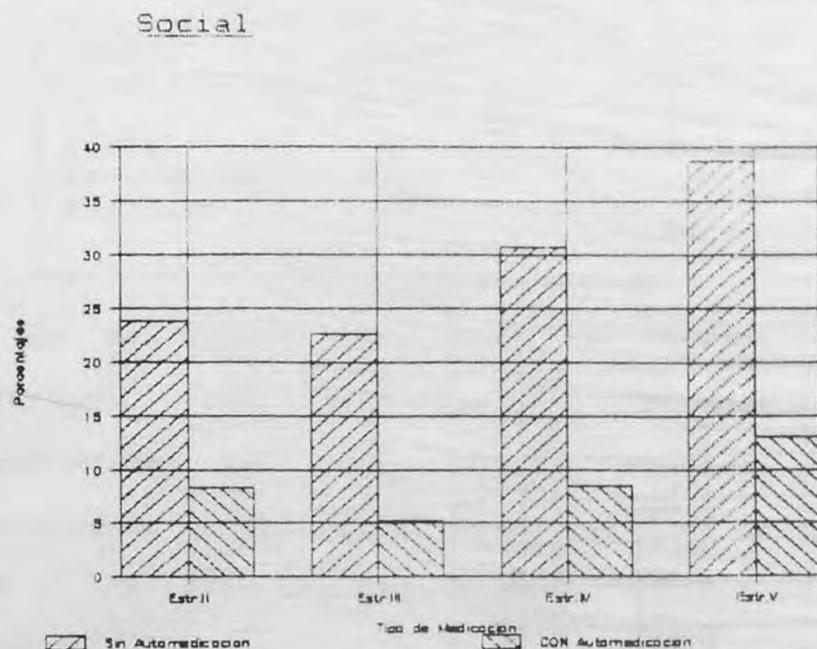
Con respecto a la utilización de servicios médicos en el diagnóstico y tratamiento, corresponden en mayor medida a la realización de análisis clínicos, radiografías y exámenes de laboratorio. Se incluyeron en este capítulo los tratamientos odontológicos, que en el período de referencia cubría el 8,3% de los encuestados, efectuándose el 74,5% de los mismos en el ámbito privado.

III.4.5- Medicamentos

El 73% de los entrevistados consume medicamentos y de estos, una tercera parte se automedica. Se considera alto el consumo de medicamentos como así también los valores captados de auto-meditación disipándose de este modo la duda metodológica sobre la inclusión de la indagación en esta variable.

Discriminando por estrato, es posible observar que el índice de consumo es mayor en nivel V, ya que en este estrato fue incluida la mayoría de los jubilados que son los que más consumen medicamentos).

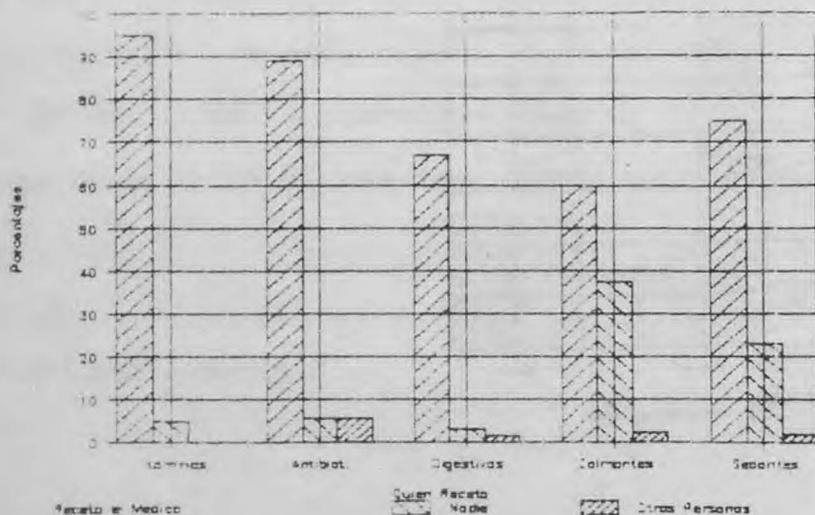
Gráfico 7 Consumo de medicamentos y automedicación, Estrato Social



En relación al tipo de medicamentos consumidos, los analgésicos ocupan el primer lugar con un 17,3 %, siguiéndole los sedantes para los nervios con un 13,6 %, los antibióticos con un 11,1 % y los digestivos e hipotensores con un 10 % aproximadamente cada uno.

Es interesante analizar que el alto consumo de calmantes para el dolor, corresponde al más elevado índice de automedicación. También los digestivos y sedantes, son consumidos sin prescripción en proporciones considerables.

Gráfico 3 Consumo de medicamentos seleccionados
aconseja



III.4.6- INTERNACION:

Se optó desde un principio por medir la internación a través de los egresos, ya que este indicador ofrece mayor comparabilidad.

La proporción de egresos cada 100 encuestados, es de 8,7, valor superior a los registrados en estudios anteriores que lo ubicaban alrededor de 6.

CUADRO Nº 5 Egresos anuales según causa

CAUSA	NUMERO	%
Parto	17	20,7
Enfermedad	59	72,0
Accidentes	5	7,3

La estructura por causa de egreso, se refleja en el cuadro anterior, con proporciones adecuadas a las características demográficas del área. De los egresos por cualquier motivo el 22% requirieron intervención quirúrgica, es decir una tasa de operados del 1,9 % de los encuestados. Esto incluye una proporción del 11,7 % de cesáreas.

Un aspecto importante relacionado con la demanda de la población es el lugar de ocurrencia del egreso. El 30,7 % de los mismos se produjo en establecimientos públicos, el 61,7 % en privados y el 2,4% en otros centros asistenciales.

III.4.7- Gasto y Financiamiento

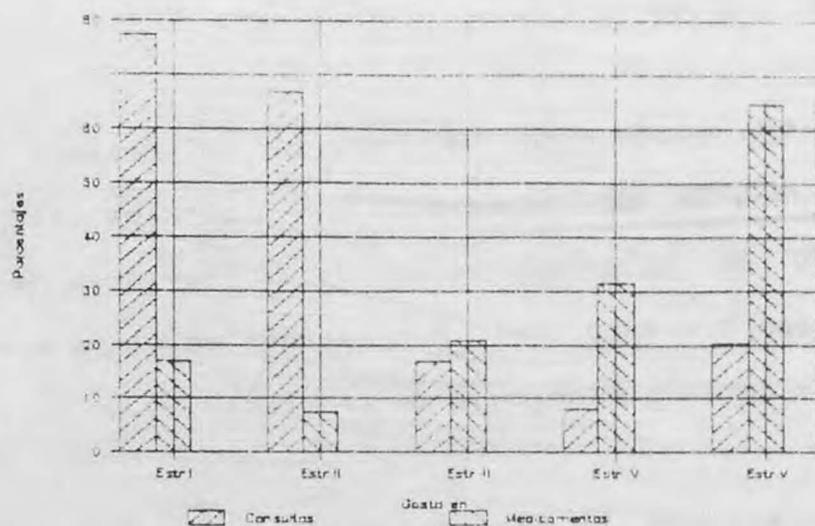
Las consultas fueron financiadas en un 54,1% por las Obras Sociales, en un 7,5% por Obra Social y Coseguro, un 8,0% lo hizo por su cuenta y en el resto la vía de financiamiento no se puede determinar.

Entre los que no tiene afiliación al Coseguro, el 12,3% se refuerza la hipótesis de que el enfermo sigue al médico.

La vía de financiación de los medicamentos fue en un 41,1% a través de Obras Sociales, en un 19,7% conjuntamente Obras Sociales y Coseguro; un 23,3% efectúa la compra por sí mismo y el resto quedó sin discriminar.

Según el estrato social el porcentaje de gasto en salud, varía para consulta de 66,8% en el estrato II; 16,8% en el Estrato III; 8,0% en el Estrato IV, y 20,1% en el Estrato V. A la inversa para los gastos en medicamentos, el porcentaje aumenta a medida que disminuyen las condiciones socio-económicas, representado para el estrato II, el 7,5%; llegando al estrato V a 54,8%.

Gráfico 9: Gasto en Consultas y Medicamentos



Mientras que el importe promedio en estos rubros significó: en consultas para el estrato II, Aust. 148; para el estrato III, Aust. 47; para el estrato IV, Aust. 37; y para el estrato V, Aust. 66; en medicamentos para el estrato II, Aust. 18; para el estrato III, Aust. 59; para el estrato IV, Aust. 62; y para el estrato V, Aust. 128 en valores vigentes a noviembre de 1988.

IV.- CONSIDERACIONES GENERALES

a) Prueba Piloto del Módulo de salud

Es importante destacar que la prueba piloto del grupo responsable es la primera experiencia descentralizada con una temática nueva que se lleva a cabo, ya que el operativo se organiza y se ejecuta bajo la dirección y responsabilidad de la EPH de la Provincia de Buenos Aires.

Como metodología de evaluación se realizó en primer término observación no participante del trabajo de campo por los integrantes del grupo responsable de la prueba piloto de la Provincia de Buenos Aires, viendo el comportamiento del encuestador en el manejo de la temática y la respuesta de la población ante la misma.

Para comparar la calidad de las respuestas obtenidas se efectuó una encuesta ciega (reencuesta) en una submuestra seleccionada, descartando los hogares donde se había realizado la observación no participante.

Se observó una disminución en el rechazo de la encuesta de la EPH, al que se le agrega el módulo de salud (3 viviendas). Esto no fue cuantificado y no se analizó la influencia (o no) de otras variables intervinientes, quedando abierta la propuesta para una investigación posterior.

b) Comprobación de Hipótesis

Si bien el objetivo de la prueba piloto no era arribar a

resultados referentes a la temática específica. Se presentan algunos comentarios indicativos a fin de orientar el trabajo de la información del módulo aplicado a mayo de 1989.

En términos generales se cumple con la hipótesis que los factores demográficos y socio-económicos influyen de manera determinante en el proceso de Salud-Enfermedad, a través de un diferente acceso a la cobertura, la percepción, la demanda y utilización de servicio.

- Se obtuvo poca información sobre la utilización de servicios de diagnóstico y tratamiento.
- El 20% de la población, no conoce cabalmente las características y alcances de su afiliación por lo que no la utiliza en su totalidad
- La accesibilidad de atención médica responde a las características socio-culturales del área estudiada.
- La investigación sobre la satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida y el cuidado de su salud no nos permitió sacar conclusiones.
- Los resultados que se presentan sirven para orientar futuras investigaciones; son indicativas no representativas. Constituyen el paso inicial en la búsqueda de explicaciones del comportamiento de la población con respecto a su salud.

BIBLIOGRAFIA

- "Estudio sobre condiciones de vida". I.P.A. - INDEC.
- "Estudio sobre Salud y Educación Médica". Secretarías de Salud Pública. Asociación de Facultades de Medicina. O.F.S.
- "Estudio de Salud Escolar". Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud. Cuerpo Médico y Odontológico Escolar. Año 1976.
- "Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Atención Médica". Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Año 1980.
- "Antecedentes Metodológicos". Encuesta de Utilización de Servicios de Salud y Gasto en Atención Médica. Secretaría de Salud en Atención Médica. Secretaría de Salud de la Nación. Año 1988.
- "Mediciones de los Niveles de Salud". Walter Holland-Johanes Ipsen-Jan Hostrzenrsky. Ed.Salvat. Año 1982.