

51/23.2.
52/2.

La salud a través de las encuestas a hogares en la Argentina



Serie Perfil de
Condiciones de Vida
n° 2



REPÚBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN
SECRETARÍA DE POLÍTICA ECONÓMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

INDEC

C. E. S.
Centro Estadístico de Servicios
DIRECCION DE DIFUSION
I.N.D.E.C.

La salud a través de las encuestas a hogares en la Argentina

Serie Perfil de
Condiciones de Vida
n° 2



REPÚBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN
SECRETARÍA DE POLÍTICA ECONÓMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

INDEC

La Serie Perfil de Condiciones de Vida ha sido diseñada en el marco del Programa MECOVI-Argentina ejecutado por INDEC con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la CEPAL.

La elaboración de este segundo número estuvo a cargo de un equipo de consultores del Programa MECOVI-Argentina coordinado por la Lic. Noemí Giosa Zuazua, de la Dirección de Difusión del INDEC.

SIGNOS CONVENCIONALES UTILIZADOS POR EL INDEC

Para la sustitución o complementación de un dato numérico el INDEC utiliza los siguientes signos, según el caso:

- * Dato provisorio
- Dato igual a cero
- 0 Dato igual a cero por redondeo de cifra positiva
- 0 Dato igual a cero por redondeo de cifra negativa
- ... Dato no disponible a la fecha de presentación de resultados
- .. Dato no significativo estadísticamente
- . Dato no existente
- %% Dato estimado con coeficiente de variación mayor al 10%
- /// Dato que no corresponde presentar debido a la naturaleza de las cosas o del cálculo
- s Dato confidencial por aplicación de las reglas del secreto estadístico
- e Dato estimado

ISSN 1667-8540

Instituto Nacional de Estadística y Censos

La salud a través de las encuestas a hogares en la Argentina.- 1ª. ed.-
Buenos Aires : INDEC, 2003.

92 p. ; 25x19 cm.- (Perfil condiciones de vida ; 2)

ISBN 950-896-340-9

1. Salud-Encuesta I. Título
CDD 001.433

Fecha de catalogación: 10-10-03

La catalogación en fuente fue realizada en base a los datos proporcionados por la editorial

Director responsable de la edición: Bib. Rosa Gemini

☉ Queda hecho el depósito que fija la Ley N° 11.723

Diseño de tapa: Mariano Ramón

Buenos Aires, 2003

PUBLICACIONES DEL INDEC

Las publicaciones editadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos se encuentran a la venta en INDEC, Centro Estadístico de Servicios, Julio A. Roca 615 P.B., C.P. (1067), Buenos Aires, Argentina.

Por cualquier consulta puede dirigirse personalmente al Centro Estadístico de Servicios, o bien comunicarse a los Tel.: 4349-9650/52/54/62, al Fax: 4349-9621, o a través de correo electrónico: ces@indec.mecon.ar, o en la página de internet: <http://www.indec.mecon.ar>
Horario de atención de 9,30 a 16,00 hs.

Índice

	Página
INTRODUCCIÓN	5
Nota Técnica: EL ROL DE LAS ENCUESTAS A HOGARES EN LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE SALUD	9
1. INDICADORES BÁSICOS DE SALUD PARA LA ARGENTINA	
Características sociodemográficas de la población	23
Indicadores de daños en la salud	25
Indicadores de salud en países seleccionados de América	31
2. ACCESO AL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	
Afiliación al sistema de salud	37
Disparidades regionales en la afiliación	45
La población activa y su acceso a los servicios de salud	49
La salud reproductiva	51
3. PERCEPCIÓN, DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
Percepción de problemas de salud	57
Demanda de atención de los problemas de salud	59
Desigualdad de ingresos y el sistema de atención de salud	61
Utilización de los servicios de diagnóstico	63
Prescripción de medicamentos y su consumo	67
4. GASTO EN SALUD DE LOS HOGARES	
Composición del gasto en salud	73
Disparidades regionales en el gasto de salud	77
ANEXO: DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD	81

Introducción

La salud a través de las encuestas a hogares en Argentina es la segunda publicación de la Serie Perfil de Condiciones de Vida. Esta serie forma parte de las actividades del Programa MECOVI-Argentina del INDEC y tiene como propósito difundir información sobre las condiciones de vida de la población argentina, entre un público calificado, aunque no necesariamente especializado en el uso de esta información. El contenido está, por lo tanto, diseñado con el propósito de que se disponga de un material informativo de referencia y consulta, sin reducir por ello su calidad técnica. En ese sentido, esta serie intenta complementar –y no sustituir– las respectivas publicaciones técnicas de información estadística, que presentan dicha información en forma completa y detallada.

El objetivo de esta publicación es presentar los usos posibles de la información que brindan las encuestas a hogares en el campo de las ciencias sociales de la salud.

El trabajo parte de la conceptualización desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. Esta perspectiva plantea la relevancia de la incidencia de factores socioambientales –nivel socioeconómico y educativo, pautas y estilos de vida y medio ambiente– sobre el estado de salud de la población. Asimismo sostiene que la operación de estos factores resulta en fuertes desigualdades en el bienestar físico, psíquico y social de los individuos.

Si bien existe amplio consenso sobre el rol de los factores determinantes de la desigualdad en el estado y acceso a la salud, no existe el mismo acuerdo con relación a las estrategias que debieran utilizarse para efectuar la medición y a los indicadores que deberían construirse para describir la situación de salud. Por esta razón, la publicación se ha concentrado en el análisis de los factores determinantes de las desigualdades más que en la descripción del estado de salud de la población.

Se ha tomado como fuente principal de datos la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida, realizada en 1997 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC– y el Programa Sistema de Información, monitoreo y evaluación de Programas Sociales –SIEMPRO–, por ser la que ofrece información más actualizada sobre condiciones socioeconómicas relacionadas con algunos aspectos de la salud de la población. Complementariamente se utilizó la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, desarrollada entre 1996 y 1997 por el INDEC, que aporta información sobre el gasto en salud.

La publicación está organizada con una nota introductoria y cuatro capítulos de análisis de la información sobre salud.

En la nota introductoria se describen los indicadores que se utilizan tradicionalmente para dar cuenta del estado de salud de la población y se examina el uso y potencialidades de las encuestas a hogares para el análisis de la problemática de salud.

El capítulo uno tiene el objetivo de presentar, sintéticamente, los principales indicadores del estado de salud de la población argentina, como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad – generales y específicas– y analizar sus disparidades regionales. Estos indicadores se elaboran a partir de las estadísticas vitales y los registros de los servicios y establecimientos de salud. Por esta razón, este es el único caso donde se utilizó información no proveniente de las encuestas citadas precedentemente. Las fuentes de datos son el Ministerio de Salud y Acción Social y la Organización Panamericana de la Salud.

El capítulo dos inicia la presentación de información proveniente de la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida. En este caso se describen y analizan las desigualdades en la afiliación de la población al sistema de salud, según niveles de ingreso, inserción ocupacional y características sociodemográficas.

El capítulo tres analiza el comportamiento de la población frente a problemas de salud y su relación con diferentes condiciones de acceso al sistema de salud.

El último capítulo describe la composición del gasto en salud de los hogares y las disparidades según el nivel de ingreso.

Nota técnica

El rol de las encuestas
a hogares en la cons-
trucción de indicadores
de salud

Tradicionalmente la salud era entendida como la mera ausencia de enfermedad. En las últimas décadas se fueron produciendo cambios en esta concepción, incorporándose nuevas dimensiones para el análisis. En principio se reconoció que los factores que hacen al bienestar social actúan como condicionantes del estado de salud. No obstante, este reconocimiento no llegaba a modificar la concepción de salud tradicional, pues dichos factores sólo eran considerados como limitantes para instrumentar acciones de salud. Actualmente y según lo expresa la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad o dolencias".

En este marco, se considera que para aspirar a un estado saludable, la población debe tener acceso a una economía próspera, una inserción laboral con ingresos adecuados, y un acceso a servicios públicos de calidad en salud, educación y saneamiento ambiental. Es por ello que dentro de los determinantes que influyen en la pérdida de salud se incluyen, además de los **biológicos**, los **socioeconómicos** como pobreza, aislamiento, problemas de inserción laboral, las **pautas y estilos de vida** como malnutrición, adicciones o sedentarismo y los determinantes **medio-ambientales** como calidad del agua, del aire, o de la vivienda.

En consonancia con los cambios conceptuales se fueron produciendo transformaciones en los indicadores necesarios para medir y evaluar la situación de salud de la población. El concepto tradicional de salud se correspondía con indicadores que medían pérdidas de salud, como muerte o enfermedad, para cuya construcción se utilizaba la información proveniente de los servicios de salud y estadísticas vitales. La ampliación del concepto de salud requiere contar con nueva información para su análisis. Ya no alcanza conocer solo la mortalidad y la enfermedad, sino que además es necesario contar con información que permita elaborar indicadores para estimar las desigualdades en las condiciones de vida que determinan diferencias en el estado de bienestar de los individuos.

Es en este contexto que las encuestas a hogares van adquiriendo mayor importancia para el sistema de estadísticas de salud. Cabe señalar que si bien existe consenso en el sector salud sobre la conveniencia de utilizar este instrumento de relevamiento, por su probada eficacia para medir y analizar heterogeneidades socioeconómicas, tal consenso aún no se ha logrado al momento de definir los indicadores. En este sentido puede sostenerse que el rol de las encuestas a hogares en el área de salud es un campo de análisis todavía en construcción.

Uno de los ejes del debate radica en que la incorporación de las encuestas a hogares supone aceptar la *autoevaluación* o el *autoreporte* como información válida del estado de salud de los individuos, sin que medie la intervención de un diagnóstico médico.

Algunas encuestas combinan este método con controles que efectúan profesionales de la salud en las mismas entrevistas o en evaluaciones clínicas a posteriori, lo cual eleva sustancialmente

los costos del operativo. Por ello, en la mayor parte de las encuestas de salud efectuadas en los países, prevalece la alternativa de considerar el denominado *autoreporte* como punto de partida de la información relevada. En esta línea existen tres modalidades:

- la evaluación general del estado de salud del entrevistado, aplicando una escala valorativa que va de muy bueno a muy malo;
- la morbilidad percibida por el individuo en un período de referencia establecido, para el cual se le consulta sobre la percepción de problemas de salud, síntomas o accidentes;
- la declaración del individuo de enfermedades crónicas o discapacidades, por medio de preguntas que guían al entrevistador sobre patologías factibles de ser estandarizadas como por ejemplo, diabetes, hipertensión, hipoacusia.

Otro de los ejes del debate se vincula con los contenidos de las encuestas. Dada la complejidad de la temática de salud, se discute cuáles son los aspectos o dimensiones principales que pueden ser evaluados satisfactoriamente a través de este instrumento de medición y su orden de prioridad para el análisis del estado de salud de la población.

1. Los indicadores básicos del estado de salud de la población

Los indicadores básicos del estado de salud apuntan a medir la esperanza de vida, la mortalidad y sus causas y los principales problemas de salud y enfermedades que afectan a la población. Las fuentes tradicionales de información son las denominadas estadísticas vitales y de población y las estadísticas basadas en los registros de los servicios y establecimientos de salud.

Las estadísticas vitales: fuentes e indicadores

Las **estadísticas vitales** constituyen un método de registro estadístico continuo de los nacimientos y defunciones que ocurren en un país a partir de la inscripción legal obligatoria de los mismos. El sistema tiene carácter universal ya que su objetivo es captar la información de todos y cada uno de los hechos que se producen. En general proporcionan antecedentes sobre el hecho vital y algunas características involucradas en el mismo. Por ejemplo, en el caso de los nacimientos, pueden registrarse datos sobre el recién nacido como: la fecha de ocurrencia e inscripción, orden de nacimiento, tiempo de gestación, lugar del parto, tipo de atención del parto, sexo, peso, talla y edad gestacional. Asimismo, recaban información sobre la madre como: lugar de residencia, nacionalidad, edad, nivel de instrucción y actividad económica. En el caso de las defunciones, se indaga especialmente sobre las causas de mortalidad y tipo de asistencia médica recibida y datos demográficos de la persona fallecida, como edad y sexo.

Estos registros, junto a la información proveniente de los censos de población, proporcionan los datos para el cálculo de la esperanza de vida y la elaboración de los indicadores de mortalidad y de natalidad de la población.

La **esperanza de vida** expresa el número de años promedio que una persona puede esperar vivir. Este indicador es reflejo de diferentes influencias sociales, económicas y ambientales. Está estrechamente relacionado con otras variables demográficas, en particular con la edad y el sexo de la población y con la fecundidad.

Los **indicadores de mortalidad** son ampliamente utilizados para efectuar comparaciones en niveles de salud, sea de diferentes poblaciones en un mismo momento del tiempo, o de una misma población en distintos momentos. La más difundida es la **tasa bruta de mortalidad**, que relaciona el número de defunciones con la población total, y expresa el riesgo de muerte para el conjunto de la población. Esta tasa suele acompañarse con tasas específicas discriminadas por edad, sexo y causas de muerte, con el objetivo de facilitar la comparabilidad entre poblaciones. La **tasa de mortalidad según causas** es la más utilizada para la evaluación de los programas de salud y también para analizar la mortalidad según criterios de reducibilidad, esto es, identificar aquellas muertes cuya frecuencia podría disminuirse por medio de acciones realizadas por los servicios de salud.

La **natalidad** es otra dimensión de análisis en el estudio de la salud de la población. El desarrollo económico, la disponibilidad y empleo de anticonceptivos, el nivel de educación de las mujeres y la estructura por edad y sexo de la población son factores que inciden en el número de nacidos vivos en una población. Este número es utilizado para el cálculo de la tasa de natalidad y la tasa de fecundidad: la primera relaciona el número de nacidos vivos con la población total y la segunda expresa el número promedio de hijos por mujer. Ambos son indicadores de futuros cambios demográficos, los cuales inciden en demandas futuras de servicios de salud.

Entre los indicadores más importantes basados en natalidad y mortalidad se destacan los que reflejan el estado de la salud materno-infantil. Existen muchos factores de riesgo que afectan a las madres y que se asocian frecuentemente con daños del niño (muerte o enfermedad); conocerlos permite establecer medidas preventivas para el grupo que más lo necesite –alto riesgo– y de esta forma optimizar la distribución de los recursos disponibles para la atención de la salud, con las consiguientes mejoras en los resultados. En esta línea, los dos indicadores más utilizados son la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad materna.

La **tasa de mortalidad infantil** mide la probabilidad de morir del niño durante el primer año de vida. Este indicador es considerado –junto con la esperanza de vida– uno de los más importantes para la planificación en salud. La **tasa de mortalidad materna** refleja el riesgo de morir de la mujer durante la gestación y el parto y sufre las influencias de condiciones socioeconómicas generales, del estado de salud insatisfactorio antes del embarazo, de diversas complicaciones durante el embarazo y el parto y de la disponibilidad y utilización de servicios de atención de la salud, incluida la asistencia prenatal y obstétrica.

En síntesis, son indicadores muy sensibles a las condiciones de salud de las mujeres y de los niños, del desarrollo social, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad y resultan especialmente útiles para la formulación de políticas y la adopción de decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia prenatal, obstétrica y pediátrica.

Las estadísticas sobre morbilidad: fuentes e indicadores

Otro de los aspectos o dimensiones para evaluar el estado de salud de la población es la morbilidad, entendiendo como tal al conjunto de condiciones patológicas (síntomas, enfermedades o discapacidades) que pueden experimentarse y que normalmente son clasificadas de acuerdo con su gravedad, consecuencias y duración. Las **tasas de morbilidad** expresan la relación entre el número de personas que sufren determinada patología con la población total.

Estas tasas dan cuenta de problemas de salud diferentes de los que indican las tasas de mortalidad por causas, ya que las enfermedades más frecuentes que afectan a una población no son, necesariamente, las que producen la mayor mortalidad. No obstante medir fenómenos diferentes, el uso de indicadores de morbilidad para analizar y evaluar el estado de salud es menos frecuente porque su construcción plantea mayores dificultades.

Los países no cuentan, por lo general, con un registro de morbilidad comparable al que se exige para la mortalidad. Excepto para las enfermedades que necesariamente deben ser denunciadas, no existe la obligatoriedad del registro, por lo cual la información queda supeditada a la que puedan brindar los servicios de salud o algunos programas específicos. Los establecimientos y servicios de salud constituyen la fuente de datos sobre cantidad de pacientes internados y diagnóstico de enfermedades para las cuales se ha dado tratamiento. Solo algunos países llevan un registro de patologías que, aunque no sean de denuncia obligatoria, son consideradas de interés para la planificación de algunos programas, como por ejemplo cáncer o anomalías congénitas.

Ventajas y limitaciones de los indicadores básicos de salud

Los indicadores básicos para medir el estado de salud de la población tienen ventajas y limitaciones, vinculadas con la comparabilidad y la calidad de la información que se produce, con sus costos y con la posibilidad de utilizar dicha información con fines de análisis o de planificación.

Con relación a la comparabilidad, la información que proviene de estadísticas vitales y servicios de salud tiene la ventaja de responder a definiciones y modalidades de cálculo homogéneas, acordadas entre países, garantizando de este modo comparabilidad internacional. Por su parte, estos registros son exhaustivos y se presentan con desagregación territorial.

Esta información también tiene la ventaja de su menor costo relativo pues, su producción, si bien persigue distintos propósitos (administrativos, legales, médicos) es aprovechada paralelamente con fines de evaluación de la situación de salud. Esta ventaja se transforma, en algunas ocasiones, en una limitación, pues el hecho de que la información sea elaborada principalmente con el fin de apoyar la gestión se traduce en que no siempre consigue brindar los elementos necesarios para construir los indicadores de salud requeridos para el análisis y el diagnóstico. Por ejemplo, puede alterarse en el tiempo el tipo de información que se elabora, o producirse cambios en las nomenclaturas o variables de clasificación que, si bien son necesarios para la gestión, genera una ruptura de las series estadísticas.

Con relación a la calidad, la información que brindan estos registros puede estar afectada por omisión, subregistro o problemas en la clasificación. Un ejemplo de omisión puede presentarse en las estadísticas de nacimientos, pues si bien existe la obligatoriedad del registro, en algunos países no se llega a anotar la totalidad de los niños que nacen porque los padres no logran acceder al registro civil por problemas geográficos o económicos, o porque no efectúan la anotación por cuestiones culturales. Esta omisión afecta, no solo a los indicadores de natalidad, sino también a los de mortalidad. Problemas de certificación y clasificación se observan en el registro de causas de muerte, particularmente en aquellos casos donde: a) la persona fallecida no ha recibido atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte; b) no existen servicios de salud

con capacidad adecuada de diagnóstico en el área donde ocurrió la defunción; c) las causas de muerte son pasibles de sanciones legales —como en el caso de suicidios, o abortos ilegales—, o existen prejuicios en contra de la enfermedad —como en las muertes por SIDA o tuberculosis—.

Por su parte, estos registros presentan limitaciones a la hora de pretender vincular indicadores diferenciales del estado de salud de las personas con desigualdades sociales o económicas. Esta fuente de datos no suele incluir información sobre los factores sociales, económicos, culturales o ambientales que determinan el estado de salud y que permiten analizar las disparidades en salud. No obstante, aunque fuese factible incluirla, dada la naturaleza de esta fuente, solo se llegaría a conocer las características de la población que ha participado de alguno de los hechos vitales como nacimiento o muerte, o que ha asistido a algún servicio de salud por enfermedad o prevención. En otros términos, se desconocería qué ocurre con la población que no ha accedido al sistema de salud.

2. Las encuestas a hogares como fuente de información para analizar la problemática de la salud

A diferencia de otras fuentes de información, las encuestas a hogares en salud son un instrumento apto para conocer y evaluar las características socioeconómicas, medioambientales o culturales que inciden en el estado de salud de la población y que colocan en situación de riesgo desigual la salud de los individuos.

Estas encuestas vienen realizándose desde los años 60, pero recién en la última década han adquirido cierta regularidad, principalmente en los países desarrollados. Derivado de su reciente aplicación y de su mayor complejidad técnica, las encuestas no cuentan aún con un marco teórico y metodológico consensuado internacionalmente, a diferencia de lo que sucede con los indicadores básicos de salud.

En virtud de ello, los países fueron encarando distintas estrategias en sus encuestas. En los objetivos, algunos priorizan la identificación de problemas de salud y la evaluación de políticas o programas de promoción o prevención; otros avanzan en la medición de determinantes que condicionan el estado de salud, como hábitos, actitudes frente a problemas de salud específicos y acceso a la atención. En los contenidos, algunos se limitan al autoreporte de la población encuestada y otros lo combinan con la presencia de personal del equipo de salud que desarrolla algún examen clínico o de diagnóstico. Por su parte, algunos incorporan los módulos de salud en el marco de encuestas más amplias sobre condiciones de vida y otros desarrollan encuestas destinadas específicamente a temáticas de salud.

Algunas experiencias internacionales

En los países desarrollados, la recolección regular de información sobre enfermedad y discapacidad con base en las respuestas individuales, es una práctica de larga tradición. Por

ejemplo, en **Estados Unidos** se produce desde 1956, en **Inglaterra** desde 1971 y en **Finlandia** desde 1964. Por lo general, este tipo de encuestas recolecta información sobre:

- la morbilidad percibida por el individuo en un período de referencia establecido, para el cual se le consulta si percibió problemas de salud, síntomas, o tuvo algún accidente. Se distingue entre las enfermedades agudas o accidentes que requirieron consulta médica, o que produjeron restricciones en las actividades diarias o en la asistencia al trabajo o la escuela, y las enfermedades agudas o accidentes que requirieron internación o tratamiento;
- el autoreporte de enfermedades crónicas y discapacidades.

Estudios recientes, si bien reflejan el modelo de encuesta sobre morbilidad, incorporan, además, un enfoque sobre pautas y estilos de vida, indagando sobre consumo de alcohol o tabaco, pautas nutricionales. Estas preguntas son de especial relevancia para el diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud.

Los indicadores propuestos para monitorear las condiciones de salud dan cuenta de cinco dimensiones, cuatro de las cuales son extraídas directamente de las respuestas del entrevistado:

- percepción de salud: clasificación del estado general de salud como muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo;
 - incapacidad temporal: número de días que se suspendieron las actividades usuales por incapacidad física o mental;
 - incapacidad de largo plazo: preguntas referidas a confinamiento en cama, silla o casa; dificultad para caminar, vestirse, bañarse, alimentarse, escuchar, ver y similares;
 - prevalencia de condiciones crónicas en salud física o mental;
 - bienestar emocional: cuestionario general de salud que aborda preguntas referidas a preocupación, concentración, sensación de felicidad, confianza en sí mismo y similares.
- En **Inglaterra**, sobre la base del desarrollo de un estudio sobre salud y estilos de vida, se identificaron y midieron cuatro componentes de la salud, construyendo luego un índice de salud general por medio de su combinación. Los componentes fueron:
- presencia o ausencia de enfermedades: medida por la respuesta a una lista de 16 síntomas como dolores de cabeza, resfrios, gripe, etc.;
 - malestar o bienestar psicosocial: medido por una lista de ocho síntomas, tales como nerviosismo, cansancio permanente y sensación de soledad;
 - presencia o ausencia de discapacidad: medida a través de una serie de preguntas referidas al tiempo y la severidad de la discapacidad;
 - estado de salud: operacionalizado mediante un examen físico dirigido por una enfermera, que incluía: presión arterial, índice de masa corporal y función respiratoria.

Este diseño tiene la particularidad de combinar, no sólo los distintos componentes de la salud, sino también la autodeclaración con un exámen médico, lo que debiera resultar altamente atractivo para los profesionales ligados a la atención directa de salud. Sin embargo, eleva significativamente los costos, dificultando sus posibilidades de implementación.

- En **América Latina** la experiencia en encuestas a hogares que incluyen el tema salud fue dispar. Según se desprende de un estudio¹ que analiza las encuestas multipropósito realizadas en la región en los últimos años, la incorporación del tema salud no ha sido universal en estas encuestas y, cuando se incluye, su extensión es diversa. Los principales contenidos y déficit de información de dichas encuestas son:
 - en la mayor parte de los casos se aborda el tema de percepción de salud y el tipo de conducta adoptada. Se identifican episodios de enfermedad o accidente basándose, generalmente, en el autoreporte;
 - se investiga sobre el acceso al sistema de salud, medido por el nivel de afiliación de la población, la demanda de servicios y su utilización efectiva y el acceso físico a los centros de salud;
 - algunas encuestas incluyen el costo de la atención, si se recetaron medicamentos, si fueron obtenidos y cómo fueron financiados;
 - es reducida la inclusión de preguntas que permitan analizar la salud reproductiva y los aspectos nutricionales, incluso desde la perspectiva del autoreporte;
 - los temas de enfermedades crónicas, de discapacidades y de hábitos y comportamientos, no suelen incluirse mayormente;
 - el tema de la calidad de atención, en base a la percepción del entrevistado, también tiene una presencia menor en estas encuestas.

3. La experiencia argentina

Los indicadores básicos de salud

En nuestro país, la información para la elaboración de los indicadores básicos es relevada a través del Sistema Estadístico de Salud, del Ministerio de Salud ².

En el caso de los nacimientos, se registra: lugar y tipo de atención del parto; datos del niño, como sexo, peso al nacer y tiempo de gestación; datos de la madre como edad, número de embarazos e hijos nacidos vivos, nivel de instrucción y actividad económica.

¹ Marcela Ferrer (2000). Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y El Caribe. Un análisis de cuestionarios recientes. OPS.

² Para mayor detalle ver el recuadro *Información disponible sobre indicadores de salud en Argentina*.

En las defunciones, se recogen datos sobre las causas de muerte, lugar y tipo de atención médica recibida, edad, sexo, nivel de instrucción, situación conyugal y actividad económica del fallecido. En el caso de muertes de niños menores de 1 año, se incorpora información relacionada con las características del parto y con algunas características de la madre, similares a las relevadas en el momento del nacimiento.

Los datos recogidos permiten calcular, para el total del país y por jurisdicción, la esperanza de vida, las tasas de mortalidad –total, por edad, sexo y por causas específicas– y las tasas brutas y específicas de natalidad. Los principales inconvenientes que tiene el sistema son similares a los que se presentan en otros países y se vinculan con el subregistro de hechos y los problemas de calidad de algunos datos, en especial en la certificación de las causas de muerte para algunos grupos de causas o subgrupos de población. En este sentido, el Sistema Estadístico de Salud lleva adelante distintos programas y actividades para el mejoramiento de la oportunidad, la cobertura y la calidad de los datos. A modo de ejemplo, en el año 2000 se desarrolló, en colaboración con el INDEC, un estudio sobre omisión en el registro de nacimientos y defunciones infantiles.

La información sobre morbilidad, que no es de denuncia obligatoria, proviene del Subsistema de Estadísticas de Rendimiento, Prestaciones y Morbilidad Hospitalaria, e incluye el registro de pacientes internados según edad, sexo y diagnóstico. La principal dificultad de este subsistema de información es su cobertura, pues la misma alcanza sólo al subsector oficial. Actualmente el Ministerio de Salud ha implementado un proyecto orientado a mejorar el relevamiento de esta información.

Los datos sobre enfermedades de denuncia obligatoria y de seguimiento por programas especiales (paludismo, malaria, cólera, encefalitis, tuberculosis, SIDA) se obtienen a partir del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre SIDA. Ambos sistemas tienen problemas de cobertura, como en la mayoría de los países.

Las encuestas a hogares vinculadas a la problemática de la salud

En Argentina, las encuestas a hogares vinculadas a la temática de salud se focalizaron en los temas de cobertura o acceso, demanda de atención, utilización de los servicios de salud y gastos en salud efectuados por la población. En todos los casos se relevaron datos socioeconómicos y demográficos que permitieron evaluar, posteriormente, la vinculación de dichos factores con accesos diferenciales de los individuos al sistema de salud. La inclusión de preguntas sobre enfermedades o sobre discapacidades fue menos frecuente y en los casos en que se incorporaron se optó, en general, por el autoreporte.

- La investigación más amplia, tanto por la diversidad temática como por el alcance geográfico, fue la **Encuesta Nacional de Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica de la República Argentina**, de 1969, realizada por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Este relevamiento abarcó seis grandes centros urbanos –Capital Federal y Gran Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Rosario y Tucumán– y las regiones Patagonia, Comahue, Cuyo, Pampa Húmeda, Centro, Noroeste y Noreste. Los contenidos temáticos fueron:

- cobertura del sistema, medido por el nivel de afiliación de la población;

- autoreporte de accidentes o patologías ocurridas en un período de tiempo definido;
- demanda de atención de salud;
- morbilidad, medida por un estudio de evaluación técnica realizado por personal de la salud;
- gasto en salud efectuado por la población.

Cabe destacar que, hasta la actualidad, esta fue la única encuesta en Argentina que incluyó la temática de morbilidad como una dimensión específica de análisis. De este modo, los problemas de salud y enfermedades "percibidos" fueron también estudiados a través de evaluaciones clínicas y encuestas de seguimiento retrospectivo realizados por profesionales de salud. Ello posibilitó la construcción de estimadores de morbilidad, tanto percibida por la población encuestada (subjetiva) como diagnosticada por las evaluaciones clínicas (objetiva).

- En el año 1980 se desarrolló la **Encuesta de Utilización de Servicios y Gastos en Atención Médica**. Este relevamiento se incluyó como un módulo especial de la Encuesta Permanente de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Su cobertura geográfica se extendió a tres grandes centros urbanos: Área Metropolitana de Buenos Aires, Gran Rosario y Gran Mendoza. Sus contenidos temáticos fueron:

- cobertura del sistema, medido por el nivel de afiliación de la población;
- autoreporte de accidentes o patologías ocurridas en un período de tiempo definido;
- demanda de atención de salud;
- gasto en salud efectuado por la población.

- En el año 1989 se desarrolló la **Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud**, también como un módulo de la Encuesta Permanente de Hogares. Este relevamiento fue similar en contenidos a la encuesta anterior, solo que amplió su cobertura geográfica a un total de diez centros urbanos: Capital Federal y partidos del Gran Buenos Aires, Bahía Blanca, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Mendoza, Neuquén, Gran Resistencia y Gran Tucumán. En 1993 se aplicó la misma encuesta solo en Gran Rosario. Sus contenidos fueron:

- cobertura del sistema, medido por el nivel de afiliación de la población;
- autoreporte de accidentes o patologías ocurridas en un período de tiempo definido;
- demanda de atención de salud;
- utilización de los servicios de salud;
- gasto en salud efectuado por la población.

- En 1995 se efectuó la **Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud**, como parte de una encuesta comparativa sobre estratificación social y movilidad ocupacional del Área Metropolitana de Buenos Aires, realizada por Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. Los contenidos fueron:

- cobertura del sistema, medido por el nivel de afiliación de la población;

- autoreporte de accidentes o patologías ocurridas en un período de tiempo definido;
 - autoevaluación del entrevistado sobre su estado de salud en base a categorías predefinidas: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo;
 - demanda de atención de salud;
 - utilización de los servicios de salud;
 - gasto en salud efectuado por la población.
- En 1996 fue desarrollada la **Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares** por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Su cobertura fue nacional, presentándose también estimaciones para las 6 regiones del país: Metropolitana, Pampeana, Noroeste, Noreste, Cuyo y Patagonia. En lo que se refiere al tema salud, sus contenidos fueron:
 - cobertura del sistema;
 - gasto en salud efectuado por la población.
- En el año 1997 se realizó la **Encuesta de Desarrollo Social**. Este relevamiento se realizó en el marco del Sistema de Información, Evaluación, y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), y estuvo a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social y del Instituto Nacional de Estadística y Censos, en forma conjunta. Sus contenidos fueron:
 - cobertura del sistema, medido por el nivel de afiliación de la población;
 - autoreporte de accidentes o patologías ocurridas en un período de tiempo definido;
 - demanda de atención de salud;
 - Utilización de los servicios de salud;

Como puede observarse de la reseña anterior, en Argentina se han aplicado distintas encuestas, las cuales representan una fuente de información de suma importancia para conocer las disparidades socioeconómicas de la población que se vinculan con accesos diferenciales a los servicios de salud.

Si bien existió continuidad en la mayor parte de los contenidos de las diferentes encuestas, no ha ocurrido lo mismo con la cobertura geográfica, ni con la periodicidad de los relevamientos. Con excepción de la encuesta de 1969, todos los relevamientos posteriores fueron llevados a cabo como módulos de encuestas de objetivos más amplios.

Pese a estos desarrollos, es necesario destacar que aún queda pendiente avanzar en el relevamiento de información que permita construir indicadores sobre el estado de salud de la población que vinculen los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales con el estado de salud, la morbilidad y la utilización de los servicios de salud.

María de las Mercedes FERNÁNDEZ

NUEVOS DESAFÍOS PARA LOS SISTEMAS ESTADÍSTICOS DE SALUD

Los sistemas vigentes de estadísticas de salud constituyen una fuente invaluable e insustituible para el cálculo de indicadores de tendencias en salud pública, desde la perspectiva de los daños en salud. Sin embargo, estos sistemas no han acompañado los cambios ocurridos en las últimas décadas del siglo XX, tanto conceptuales como metodológicos y tecnológicos en la información.

Las fuentes principales de alcance nacional siguen siendo aquéllas basadas en los sistemas tradicionales de registros permanentes (estadísticas vitales y hospitalarias). No se han producido avances en el diseño e implementación de estudios sanitarios y epidemiológicos, ya sea en poblaciones o en servicios de salud.

La falta de desarrollo de los sistemas estadísticos ha llevado a la sobreutilización de los datos disponibles, tanto para el análisis de situación de salud como para la evaluación de impacto de programas o medición del cumplimiento de metas de corto plazo que están dirigidas, principalmente, a los grupos de menores recursos.

En el análisis de las desigualdades en salud es habitual la diferenciación de la mortalidad según zonas geográficas y determinantes sociodemográficos como el sexo y la edad. En lo que respecta a los determinantes socioeconómicos, si bien se ha introducido y reconocido la importancia de la desagregación según nivel de educación, no ha habido avances en la caracterización de condiciones de salud por estratos sociales o niveles socioeconómicos.

Los modelos que se basan en la vinculación de indicadores de mortalidad con indicadores de condiciones de vida o socioeconómicos, utilizando como unidades observacionales y de análisis agregados geográficos (comúnmente provincias) como intentos de medir las desigualdades en la salud, no son suficientes y el desarrollo de políticas de salud basadas en la equidad requiere de nuevas metodologías de producción y análisis de la información.

Por ejemplo, se han realizado numerosos análisis sobre brechas de mortalidad infantil y desigualdades con respecto al porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) o al ingreso per cápita de las provincias. Sin embargo, no se ha avanzado en la búsqueda de respuestas a preguntas cruciales:

- ¿Cuáles son los diferenciales de mortalidad infantil, en causas de muerte o en la estructura de la morbilidad entre la población NBI y la no NBI?
- ¿Estas diferencias son constantes en las distintas provincias?
- ¿Cuáles son las necesidades de atención de la salud de la población que tiene cobertura y de la que no la tiene?
- ¿Cuál es el perfil de salud, la disponibilidad y acceso a los servicios según niveles de ingreso o grados de urbanización?

La incorporación en los sistemas estadísticos de salud de nuevas metodologías de producción y análisis de datos que permitan aproximar respuestas a éstos y otros interrogantes constituye un desafío en el inicio de esta etapa.

Es por esto que resulta importante la puesta en marcha y concreción de distintos proyectos tendientes a actualizar y modernizar los sistemas de estadísticas de salud, que posibiliten avances en el estudio de la salud.

Lic. Carlos GUEVEL

CAPÍTULO 1

Indicadores básicos de salud para la Argentina

1.1. Características sociodemográficas de la población

- ◆ *La esperanza de vida al nacer estima el número de años que, en promedio, puede esperar vivir un nacido vivo –en una población y año determinados– si se mantuvieran constantes durante su vida las pautas de mortalidad imperantes en el momento de su nacimiento.*
- ◆ *La tasa global de fecundidad es el promedio de hijos vivos que tendría una mujer durante toda su vida reproductiva, de acuerdo con las tasas de fecundidad imperantes.*

- El estudio de las condiciones de salud de la población requiere tener en cuenta las características sociodemográficas más importantes como uno de los ejes principales de análisis.

Entre estas características se encuentra la esperanza de vida al nacer, que es considerada uno de los principales indicadores para describir, de manera sintética, las condiciones de vida de la población.

Por su parte, la estructura etárea aporta información sobre los patrones de fecundidad y mortalidad, indicando también demandas diferenciales de atención de la salud, pues la población infantil y la población añosa suelen ser los grupos más demandantes de servicios de salud.

Al analizar estos indicadores es importante constatar si existen disparidades regionales con el objetivo de identificar aquellas áreas que acusan mayor riesgo en materia de salud.

Como se observa en el cuadro 1.1, las provincias de la región Centro presentan la mejor situación relativa con respecto a la esperanza de vida, la cual supera en la mayoría de los casos los 72 años. Por su parte, también poseen las tasas de fecundidad más bajas. En consecuencia, la estructura etárea de la población se caracteriza por el mayor peso de personas de 65 y más y menor incidencia del grupo de menores de 15 años. La Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción que presenta la población más envejecida: las personas menores de 15 años alcanzan la menor incidencia –17,9%– y el grupo de 65 y más presenta la mayor proporción –16,8%–.

En el otro extremo, se ubican las provincias de las regiones Noreste y Noroeste. En general, en este grupo se observan las peores situaciones relativas en términos de esperanza de vida, alcanzando un mínimo de 68 años para la población residente en Jujuy. La tasa de fecundidad en estas regiones supera, en la mayoría de los casos, los tres hijos promedio por mujer. Como consecuencia la estructura etárea se caracteriza por una importante presencia de menores de 15 años y menor peso relativo de la población de 65 y más. Misiones es la provincia que presenta los valores extremos, con un mínimo de 5,1% de población mayor y un máximo de 37% de población joven.

Cuadro 1.1 El perfil sociodemográfico de la población

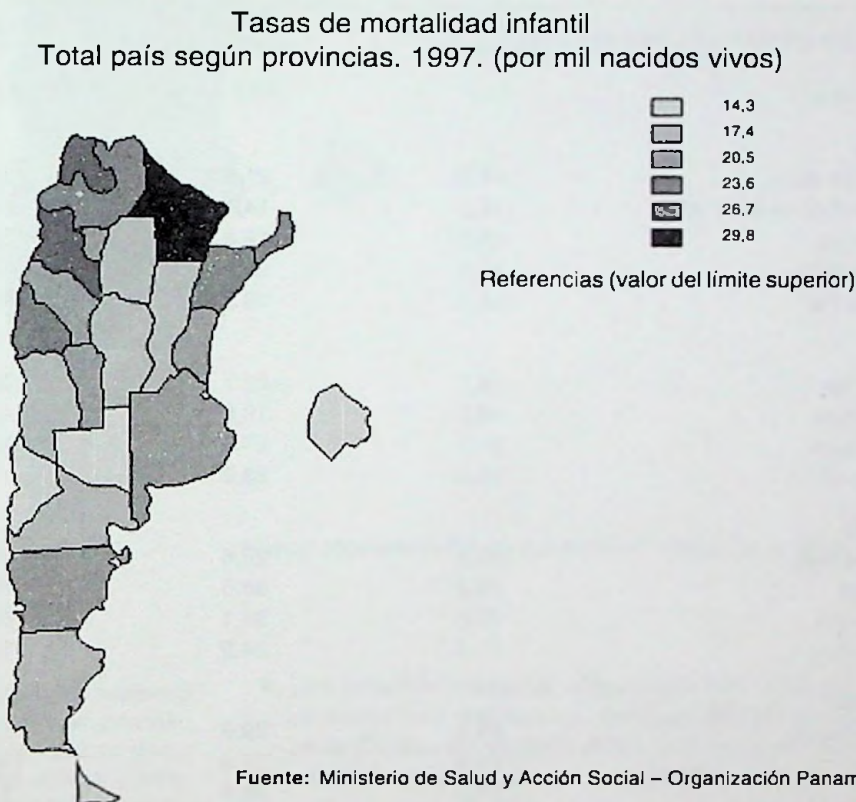
Características sociodemográficas
Total país según provincias

Provincias	Población menor de 15 años (% del total de población de la provincia) 1997	Población de 65 años y más (% del total de población de la provincia) 1997	Tasa global de fecundidad (hijos promedio por mujer) 1990-1995	Esperanza de vida al nacer (en años) 1990-1992
Total país	28,3	9,6	2,6	71,9
Centro				
Buenos Aires	26,8	10,1	2,5	72,1
Ciudad de Buenos Aires	17,9	16,8	1,6	72,7
Córdoba	26,8	10,2	2,5	72,8
Entre Ríos	30,0	9,5	2,9	71,6
Santa Fe	27,3	11,1	2,6	72,3
Cuyo				
La Rioja	33,3	6,7	3,1	70,4
Mendoza	29,6	8,7	2,8	72,7
San Juan	30,3	7,9	2,8	71,1
San Luis	30,9	7,3	2,9	70,8
Noreste				
Corrientes	34,6	6,7	3,2	70,1
Chaco	35,3	5,8	3,4	69,0
Formosa	36,6	5,3	3,5	69,4
Misiones	37,2	5,1	3,6	69,5
Noroeste				
Catamarca	33,3	7,2	3,2	70,6
Jujuy	34,4	5,6	3,1	68,4
Salta	34,9	5,8	3,3	68,9
Santiago del Estero	34,7	7,4	3,4	69,8
Tucumán	31,1	7,1	2,8	71,0
Patagonia				
Chubut	31,8	5,8	2,9	70,6
La Pampa	29,3	9,3	2,9	71,6
Neuquén	29,6	4,5	3,1	71,4
Río Negro	32,0	6,1	3,0	70,9
Santa Cruz	32,8	4,5	3,1	70,4
Tierra del Fuego	36,8	1,9	3,3	70,2

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social - Organización Panamericana de la Salud

1.2. Indicadores de daños en la salud

Gráfico 1.1 La mortalidad infantil



◆ **La tasa de mortalidad Infantil** comprende la mortalidad de menores de un año y se calcula como el cociente entre las defunciones de menores de un año y la cantidad de nacidos vivos por 1.000.

- La tasa de mortalidad infantil es un indicador, no solo de las condiciones socioeconómicas y de vida de la población, sino también de la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Como puede observarse, este indicador presenta importantes diferencias regionales, con tasas que varían desde 12,2 muertes por 1.000 nacidos vivos en la Ciudad de Buenos Aires, hasta un máximo de 29,8 muertes en Formosa.

La mayor mortalidad infantil se concentra en las regiones de Noreste y Noroeste, que en general superan los 19,6 muertes por 1.000 nacidos vivos. Por el contrario, en ninguna de las provincias de la Patagonia y de la región Centro las tasas alcanzan dicho valor.

Cuadro 1.2 La mortalidad en grupos de riesgo

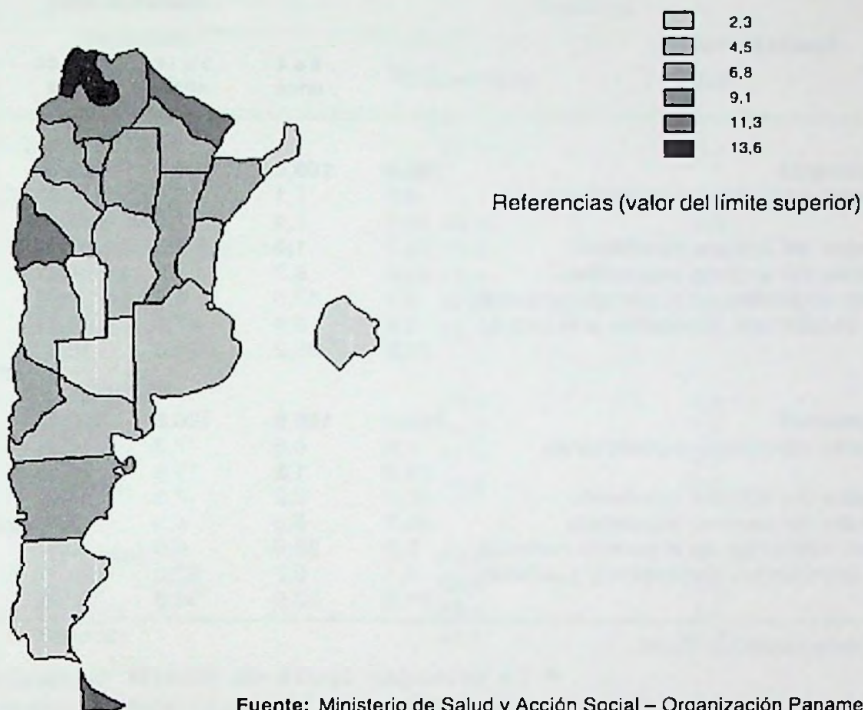
Indicadores de mortalidad
Total del país según provincias. 1997

Provincias	Tasas de mortalidad		
	Infantil	Menores de 5 años	Materna
	por 1.000 nacidos vivos	por 1.000 nacidos vivos	por 10.000 nacidos vivos
Total del país	18,8	22,0	3,8
Centro			
Buenos Aires	18,8	21,6	2,6
Ciudad de Buenos Aires	12,2	14,2	0,2
Córdoba	16,3	19,8	3,0
Entre Ríos	19,6	22,0	3,0
Santa Fe	16,3	18,3	4,9
Cuyo			
La Rioja	19,3	22,1	3,0
Mendoza	16,7	19,6	4,3
San Juan	21,5	24,4	11,1
San Luis	19,9	23,9	1,2
Noreste			
Corrientes	22,8	26,6	5,7
Chaco	28,2	35,6	5,8
Formosa	29,8	36,1	9,9
Misiones	21,3	24,9	0,8
Noroeste			
Catamarca	25,6	29,9	5,1
Jujuy	24,0	29,4	13,6
Salta	20,5	26,5	7,3
Santiago del Estero	16,6	19,6	5,4
Tucumán	19,6	22,5	5,2
Patagonia			
Chubut	19,1	22,0	4,6
La Pampa	12,1	15,7	-
Neuquén	13,8	17,1	4,6
Río Negro	15,5	18,2	2,5
Santa Cruz	16,0	19,1	-
Tierra del Fuego	11,2	12,6	9,3

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Dirección de Estadística e Información de Salud

Gráfico 1.2 La mortalidad materna

Tasas de mortalidad materna.
Total país según provincias. 1997. (por diez mil nacidos vivos)



Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social – Organización Panamericana de la Salud

◆ **La tasa de mortalidad materna** refleja los riesgos del proceso reproductivo y se calcula como el cociente entre el total de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio y los nacidos vivos, por 10.000 (ó 100.000 para datos de países).

● La mortalidad materna, al igual que la mortalidad infantil, también presenta una distribución desigual por provincias. Mientras que en la Ciudad de Buenos Aires mueren dos mujeres cada 10 mil nacidos vivos, en Jujuy la mortalidad alcanza a 13,6 mujeres.

Cabe destacar que según información del Ministerio de Salud, más de la mitad de las muertes infantiles y maternas obedecen a causas reducibles o evitables.

Cuadro 1.3 Las causas de muerte según edad y sexo

Defunciones por causas seleccionadas según grupos de edad y sexo
Total país. 1997. (%)

Causas de muerte	Grupos de edad					
	Total	0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más
Total de defunciones	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Varones						
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,7	7,1	5,7	10,8	3,8	3,7
Tumores	19,8	1,4	13,0	10,4	25,5	21,1
Enfermedades del sistema circulatorio	32,7	1,7	6,3	12,7	33,2	39,4
Enfermedades del sistema respiratorio	10,6	8,2	5,3	4,7	7,4	13,2
Ciertas afec. originadas en el periodo perinatal	2,4	42,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Violencias (Accidentes, homicidios y suicidios)	9,6	9,9	47,1	46,4	8,9	2,8
Otras	20,2	29,2	22,6	15,0	21,2	19,7
Total de defunciones	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres						
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,6	6,8	7,3	10,4	4,2	4,0
Tumores	20,2	1,3	15,5	26,7	38,2	17,4
Enfermedades del sistema circulatorio	36,7	2,2	7,5	14,0	27,9	43,5
Enfermedades del sistema respiratorio	10,7	8,6	6,3	6,0	6,5	12,2
Ciertas afec. originadas en el periodo perinatal	2,2	39,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Violencias (Accidentes, homicidios y suicidios)	4,1	8,7	32,6	20,7	4,6	1,9
Otras	21,5	32,6	30,8	22,2	18,7	21,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social.

- La principal causa de muerte en la población son las enfermedades del sistema circulatorio, que representan más de un 30% de las defunciones producidas. No obstante, al analizar la mortalidad es importante considerar sus diferencias según la edad y el sexo.

Como puede observarse, entre los menores de cinco años las afecciones originadas en el periodo perinatal explican más del 40% de las muertes. Es necesario señalar que estas patologías afectan sólo a los menores de un año, y en especial a los menores de un mes, pues a partir del primer año de vida las causas de muerte más importantes son las de origen respiratorio y las causas violentas. Por su parte, en el grupo de 5 a 14 años, el mayor riesgo de mortalidad se vincula con causas violentas (principalmente accidentes).

Entre los 15 y 64 años se acentúan las diferencias entre las causas de muerte según sexo. En las mujeres la principal causa son los tumores, que explica más de una cuarta parte de las defunciones entre los 15 a 44 años, mientras que en los varones las muertes violentas alcanzan el 46%. En el tramo de 45 y 64 años, si bien para ambos sexos las principales causas son los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio, en las mujeres tiene mayor peso la primera y en los varones la segunda. Finalmente, entre la población de 65 y más, las causas principales responden a enfermedades del sistema circulatorio y tumores.

Cuadro 1.4 Incidencia de algunas enfermedades

Población afectada por tuberculosis o SIDA
Total país según provincias. 1997. (casos por 100.000 habitantes)

Provincias	Patología	
	Tuberculosis	SIDA
Total País	35,4	5,3
Centro		
Buenos Aires	39,9	7,3
Ciudad de Buenos Aires	26,5	14,3
Córdoba	15,2	2,7
Entre Ríos	42,8	1,9
Santa Fe	24,1	2,8
Cuyo		
La Rioja	20,4	4,2
Mendoza	16,2	1,9
San Juan	27,3	2,3
San Luis	13,0	0,6
Noreste		
Corrientes	48,6	0,5
Chaco	58,6	3,3
Formosa	49,4	1,1
Misiones	26,9	5,3
Noroeste		
Catamarca	22,6	1,0
Jujuy	105,5	1,4
Salta	103,4	2,4
Santiago del Estero	18,4	1,1
Tucumán	17,8	1,8
Patagonia		
Chubut	43,2	3,3
La Pampa	22,6	0,0
Neuquén	23,6	2,0
Río Negro	31,2	1,9
Santa Cruz	60,1	2,6
Tierra del Fuego	31,0	7,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social - Organización Panamericana de la Salud

- La disponibilidad de información sobre enfermedades es limitada. Los datos que se presentan provienen principalmente de programas de salud orientados al control o erradicación de algunas patologías, y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que elabora información sobre una amplia gama de patologías de denuncia obligatoria.

Las enfermedades transmisibles aparecen como un problema importante de salud pública, ya que para muchas de ellas existen

medidas de prevención. La tuberculosis y el SIDA son también objeto de programas de vigilancia y seguimiento y afectan principalmente a las edades activas.

Los indicadores por provincia y región muestran una gran heterogeneidad debido, tanto a los diferentes contextos socioeconómicos y sanitarios, como a las posibilidades diagnósticas.

La tuberculosis registra las tasas más altas en Jujuy y Salta, con valores que triplican el promedio nacional. El SIDA presenta la mayor incidencia en Ciudad de Buenos Aires, provincia de Buenos Aires y Tierra del Fuego.

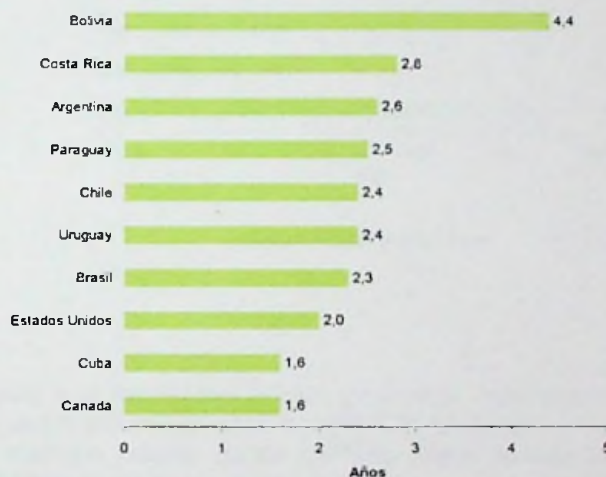
1.3. Indicadores de salud en países seleccionados de América

Gráfico 1.3 Los indicadores sociodemográficos

Esperanza de vida
1997. (años promedio)



Tasa de Fecundidad
1997. (promedio de hijos por mujer)



Fuente: Organización Mundial de la Salud

♦ **La esperanza de vida al nacer** estima el número de años que en promedio puede esperar vivir un nacido vivo si se mantuvieran constantes durante su vida las pautas de mortalidad imperantes en el momento de su nacimiento.

♦ **La tasa global de fecundidad** es el promedio de hijos vivos que tendría una mujer durante toda su vida reproductiva, de acuerdo con las tasas de fecundidad imperantes en cada edad.

- Comparar los indicadores de salud de distintos países es relevante pues, según sostiene la Organización Mundial de la Salud: "entre países con niveles similares de ingreso sigue habiendo diferencias inadmisiblemente amplias en los resultados sanitarios. Persisten las desigualdades en la esperanza de vida y estas guardan una estrecha relación con la situación socioeconómica, incluso en los países que por término medio disfrutaban de una buena salud" (Informe sobre la salud en el mundo. OMS.2000).

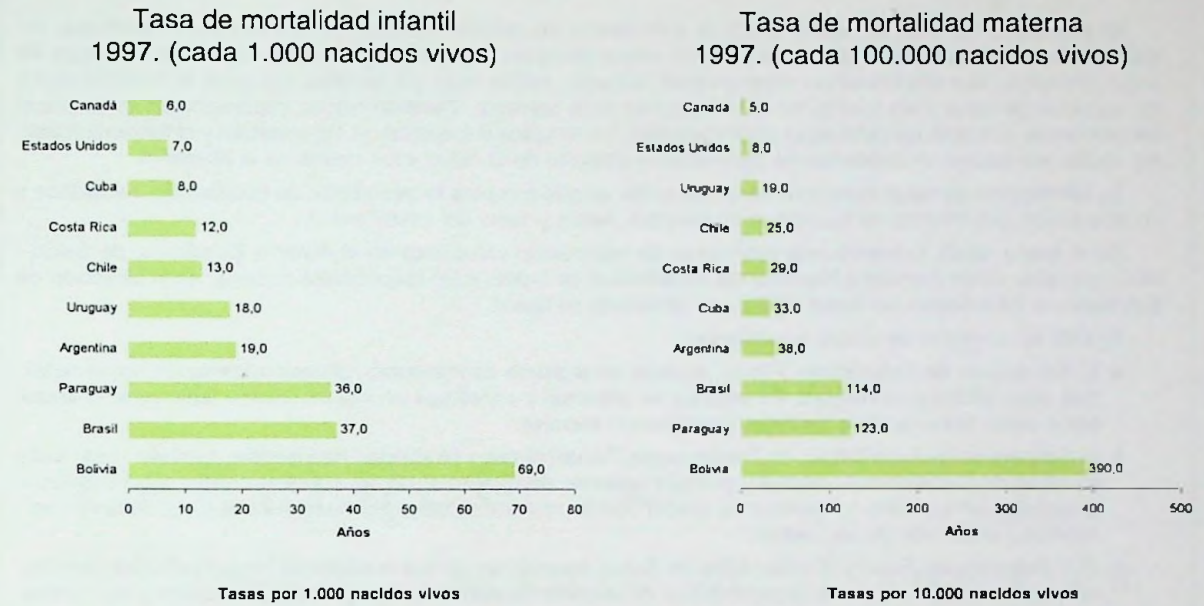
Los indicadores seleccionados para un conjunto de países de América, permiten comparar la posición de Argentina con relación a los países integrantes y adherentes al Mercosur, a Cuba, a Costa Rica, a Canadá y a EE.UU.

Estos indicadores posibilitan una descripción de cómo, a partir de distintas condiciones sociodemográficas y de recursos del

sistema de atención de la salud, los países logran condiciones de salud más favorables o desfavorables.

En los gráficos puede apreciarse, por ejemplo, que Cuba, EE.UU. y Costa Rica, con diferentes pautas de fecundidad, alcanzan niveles similares y altos de esperanza de vida. En relación a los países del Mercosur, Argentina se ubica en un nivel intermedio, con una esperanza de vida levemente inferior a la de Chile y a la de Uruguay.

Gráfico 1.4 Los indicadores de mortalidad



Fuente: Organización Mundial de la Salud

- ❖ **La tasa de mortalidad infantil** comprende la mortalidad de menores de un año y se calcula como el cociente entre las defunciones de menores de un año y la cantidad de nacidos vivos por 1.000.

❖ **La tasa de mortalidad materna** refleja los riesgos del proceso reproductivo y se calcula como el cociente entre el total de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio y los nacidos vivos, por 10.000 (o 100.000 para datos de países).
- Con respecto a la mortalidad infantil y materna -indicadores frecuentemente utilizados para describir la situación de la población materno infantil- en los gráficos puede apreciarse cómo los países se ordenan en forma similar.

Entre los países seleccionados, los niveles más bajos de mortalidad infantil y materna, corresponden a Canadá y EE.UU. Las tasas más altas son las registradas en Bolivia, Brasil y Paraguay.

INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE INDICADORES DE SALUD EN ARGENTINA

El proceso de gestión en salud, desde la formulación de políticas hasta la evaluación de las acciones, requiere información que identifique cada vez con mayor precisión a grupos de población expuestos a riesgos de salud diferentes, sus determinantes demográficos, sociales, económicos y culturales, así como la accesibilidad a los servicios de salud y las formas de financiamiento de la atención. También resulta imprescindible caracterizar los problemas de salud, las patologías predominantes, los recursos disponibles, la organización y el funcionamiento del sector, las nuevas modalidades de prevención y atención de la salud y los costos de la atención.

La información de salud necesaria es, por lo tanto, amplia e implica la generación de información estadística y no estadística, proveniente de fuentes administradas dentro y fuera del sector salud.

En el sector salud, la fuente más importante de información estadística es el Sistema Estadístico de Salud - SES- conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud, cuyo responsable nacional es la Dirección de Estadística e Información de Salud -DEIS- del Ministerio de Salud.

El SES se compone de varios subsistemas:

- el Subsistema de Estadísticas Vitales -basado en registros permanentes- obtiene información sobre natalidad, nupcialidad y mortalidad. Su alcance es universal y constituye un insumo básico tanto para el sector salud como para los otros sectores y programas sociales.
- el Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria -también sustentado en registros permanentes- recoge y procesa datos de establecimientos del subsector oficial o público sobre morbilidad (en consulta e internación), producción (consultas, egresos y prestaciones de diagnóstico y tratamiento) y utilización de las camas.
- el Subsistema de Recursos y Servicios de Salud -basado en censos o catastros sin periodicidad definida- brinda información sobre las características de la oferta de servicios, incluyendo modalidades y actividades de los mismos, recursos humanos, recursos físicos y equipamiento. Este subsistema incluye a todos los establecimientos de salud de los tres subsectores de atención: oficial, privado y de obras sociales.
- el Subsistema de Cobertura, Demanda, Utilización de Servicios y Gasto directo en Salud -a través de encuestas a hogares de periodicidad no definida- obtiene información sobre percepción de problemas de salud, demanda, afiliación, acceso, utilización y gasto directo en salud de los hogares e individuos.

Otras fuentes de datos importantes sobre morbilidad a nivel poblacional son el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida del Ministerio de Salud, que producen información epidemiológica sobre casos de enfermedades de notificación obligatoria y Sida.

Fuera del sector salud, se destaca la información demográfica y socioeconómica proveniente de los censos nacionales de población y de las encuestas a hogares del INDEC, la relativa al gasto público en salud, proveniente del Sistema de Cuentas Nacionales (Secretaría de Programación Económica y Regional del Ministerio de Economía), el Índice de Desarrollo Humano (del Programa Argentino de Desarrollo Humano) y la Encuesta de "Condiciones de Vida y Acceso a los Programas y Servicios Sociales" (SIEMPRO - Ministerio de Desarrollo Social e INDEC), entre otras.

A partir de toda esta información y de otra adicional, los distintos programas de salud, los institutos nacionales de investigación, las sociedades científicas y otros usuarios expertos, realizan análisis, estudios e investigaciones cuyos productos constituyen una nueva y renovada expresión de la información disponible de salud.

Licenciada Elida Marconi
Directora

Dirección de Estadística e Información de Salud

CAPÍTULO 2

Acceso al sistema de
atención de la salud

2.1. Afiliación al sistema de salud

Cuadro 2.1 El perfil sociodemográfico de los hogares

Características de los hogares y de las viviendas que ocupan según
quintiles de ingreso per cápita familiar
Total país. 1997

Características de los hogares y de las viviendas	Quintiles de Ingreso per cápita familiar					
	Total	1	2	3	4	5
Perfil de los hogares						
Promedio de miembros por hogar (número de personas)	3,7	5,1	4,2	3,4	3,1	2,6
Hogares con jefe con primaria completa o menos (% del total de hogares)	20,4	33,3	23,9	20,6	15,9	5,5
Composición por grupos de edad (% de personas)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 a 5 años	11,0	18,0	12,0	8,3	6,8	4,4
6 a 14 años	17,2	25,2	19,0	15,1	11,0	8,5
15 a 24 años	18,7	18,7	20,5	19,4	18,3	15,1
25 a 64 años	44,1	34,5	40,4	46,6	50,6	58,0
65 y más	9,0	3,6	8,2	10,6	13,3	14,0
Perfil de las viviendas						
Viviendas con hacinamiento crítico (% del total de viviendas)	5,9	18,2	7,1	3,0	1,1	0,2
Viviendas con eliminación insalubre de excretas (% del total de viviendas)	14,0	36,5	16,8	8,5	4,5	2,0
Viviendas con origen insalubre del agua (% del total de viviendas)	3,1	8,9	2,5	2,4	0,7	0,2

Fuente: Encuesta de condiciones de Vida - EDS - (SIEMPRO/INDEC) 1997.

❖ **Ingreso per cápita familiar:** es calculado como la razón entre el ingreso total que obtienen los hogares por todo concepto, dividido por la cantidad de miembros que lo integran

- En este cuadro se presenta una caracterización de los hogares, según algunos indicadores sociodemográficos de sus miembros y algunos indicadores de las viviendas que ocupan. Los hogares se clasificaron según quintiles de ingreso per cápita familiar, lo cual permite ubicarlos según su menor o mayor disponibilidad de ingresos, desde la más baja (quintil 1) hasta la más alta (quintil 5).

La clasificación de los hogares en base a estas variables permite identificar las heterogeneidades en el perfil sociodemográfico y

- ❖ **Quintiles de ingreso per cápita familiar:** son determinados del siguiente modo: a) se ordenan los hogares en forma ascendente según su ingreso per cápita, incluyendo solo aquellos hogares que declararon en forma completa y que poseen ingresos mayores a cero, y, b) se distribuyen estos hogares en 5 grupos de igual tamaño que corresponden a los 5 quintiles. De esta forma los hogares del primer quintil representan el 20% de los hogares que cuentan con menor ingreso per cápita, mientras que aquellos pertenecientes al último quintil constituyen el 20% de los hogares que presentan mayor ingreso per cápita.
- ❖ Si bien los quintiles per cápita clasifican a los hogares en grupos de igual tamaño, como el tamaño medio de los hogares tiende a disminuir a medida que aumenta el ingreso per cápita, la distribución poblacional según quintiles no conlleva la conformación de grupos de igual tamaño.
- ❖ El hacinamiento es calculado como el cociente entre la cantidad de personas que viven en una vivienda y la cantidad de habitaciones (exceptuando baño y cocina) que posee la misma. Se considera como crítico cuando la relación supera a las tres personas por cuarto.
- ❖ Viviendas con origen insalubre de agua son aquellas que no cuentan con conexión a red pública de agua y la obtienen de perforación con bomba manual, río, acequia, etcétera.
- ❖ Viviendas con eliminación insalubre de excretas son aquellas que no cuentan con retrete con descarga de agua.

en la estructura de ingresos, las cuales están vinculadas con disparidades en la situación de salud de la población.

Los hogares que pertenecen a los quintiles de menores ingresos se caracterizan por tener mayor número de miembros y una fuerte presencia de jóvenes (el 43% de los miembros de los hogares del quintil 1 y el 31% de los del quintil 2 tienen hasta 14 años). Estos grupos etáreos son considerados de riesgo para el área de salud, y son tradicionalmente los mayores demandantes de atención, tanto de actividades preventivas como curativas. Según datos de la Encuesta de Condiciones de vida, más del 60% de los menores de 14 años vive en los hogares más pobres (quintiles 1 y 2).

Por su parte, el nivel educativo está asociado a la capacidad de obtener ingresos y también a las posibilidades de resolver problemas vinculados con la salud. En este sentido, el porcentaje de hogares cuyos jefes sólo han alcanzado a completar la escuela primaria presenta una tendencia decreciente a medida en que se incrementa el ingreso, con diferenciales muy marcados en los extremos (33,3% para el quintil 1 y 5,5% para el quintil 5).

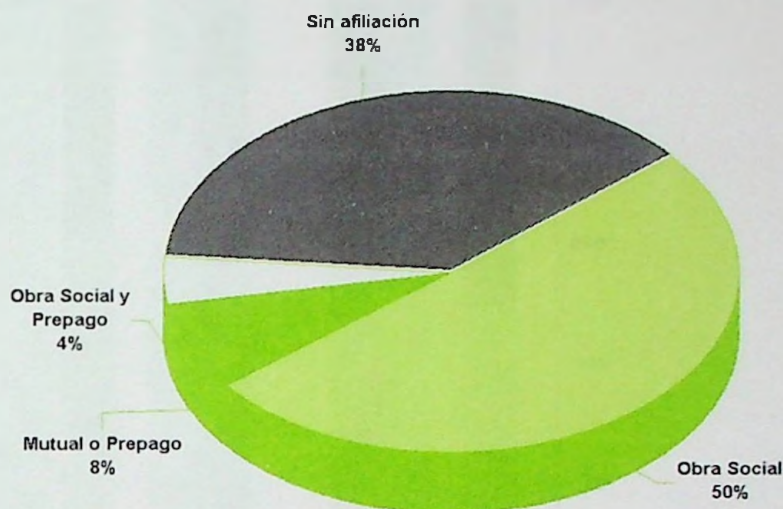
El porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico y con deficientes condiciones de saneamiento del agua -condiciones estrechamente vinculadas con la salud- también plantean situaciones comprometidas para los hogares de más bajos ingresos.

El hacinamiento crítico en las viviendas del primer quintil (18,2%) es 91 veces mayor al de las viviendas del quinto quintil. En una comparación análoga, la proporción de viviendas con desagote insalubre de excretas (36,5%) es 18 veces mayor, y la proporción que se provee de agua de fuentes insalubres (8,9%) es 44 veces mayor.

Estas características generales como el elevado tamaño de los hogares, la predominancia de jóvenes entre sus miembros, el bajo nivel de educación de los jefes de hogar, y las condiciones precarias de la vivienda, estarían señalando que aquellos hogares que cuentan con menores ingresos son los que requerirían cubrir mayores necesidades de atención de su salud, por incluirse en los mismos población perteneciente a grupos vulnerables.

Gráfico 2.1 El tipo de afiliación de la población

Población total por condición y tipo de afiliación al sistema de atención de la salud
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS- (SIEMPRO/INDEC). 1997

◆ Habitualmente se utilizan los términos **Afiliación** y **Cobertura** como sinónimos. Sin embargo, la afiliación a algún sistema de atención de la salud es uno de los aspectos de la cobertura.

◆ El sistema actual de atención de la salud, es decir, los tres subsectores de atención: oficial, obras sociales y privado, ofrece distintos servicios a la población demandante. Esto se define como **cobertura potencial**. Cuando la población accede a alguna de las distintas ofertas que brinda el sistema de salud y recibe una atención satisfactoria para su demanda, logra obtener una **cobertura real**.

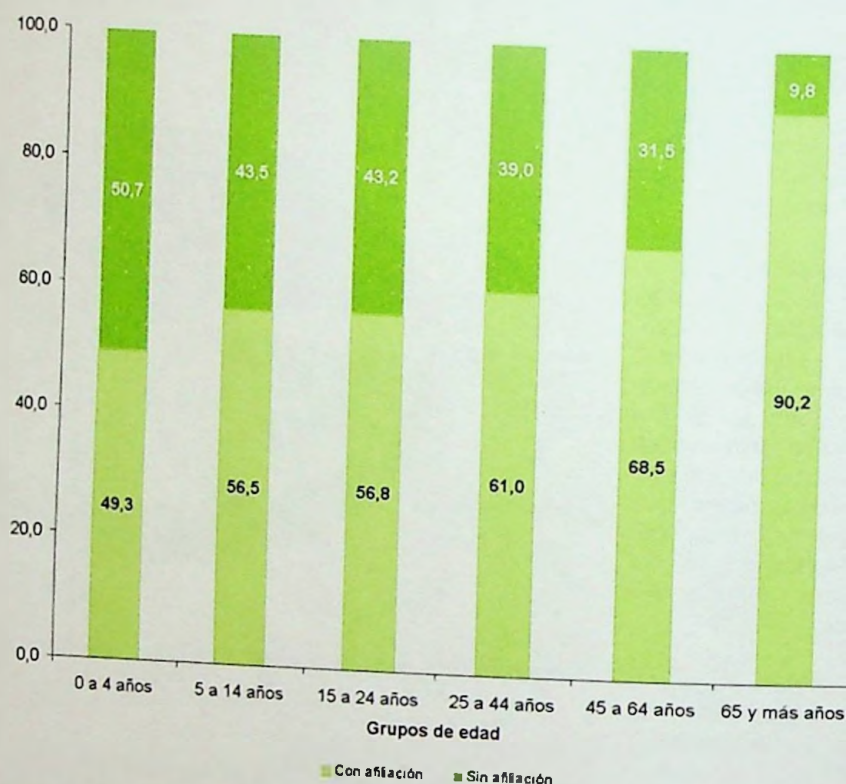
◆ La **afiliación** se define como la integración de la población a alguna institución que brinda servicios de salud. Puede ser **obligatoria** (obra social) o **voluntaria** (prepago-mutual, etc.)

◆ La afiliación sólo conduce, en algunos casos, a aumentar las vías de acceso al sistema de salud, pero no siempre implica un mejor y satisfactorio uso de los recursos ni una cobertura real. En efecto, la afiliación no siempre garantiza automáticamente la utilización de los servicios de salud cuando se necesitan. Por ejemplo, existe una serie de prestaciones, en las obras sociales y también en los prepagos, que exigen el desembolso de dinero por parte de los afiliados. Por ello, en algunos casos estos beneficiarios son demandantes del subsector oficial.

- En el año 1997, el 62,4% de la población estaba afiliada a algún sistema de atención de la salud. La mitad de la población estaba afiliada sólo a obras sociales (50,3%); la afiliada a sistemas prepagos presentaba un porcentaje pequeño (7,9%) y era escaso el grupo que contaba con afiliación mixta (4,2%). El 37,6%, es decir, cerca de 11.300.000 personas, no estaban afiliadas.

Gráfico 2.2 El nivel de afiliación en los diferentes grupos de edad

Población total por condición de afiliación según tramos de edad
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

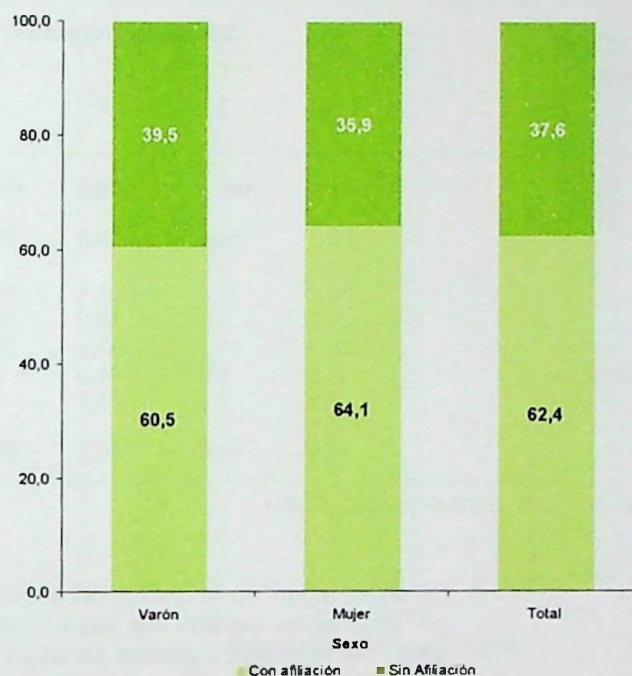
- El nivel de afiliación de la población al sistema de salud difiere según la edad. El valor mínimo de población afiliada se encuentra entre los menores de cinco años (49,3%), con una tendencia ascendente según la edad, hasta alcanzar el máximo de 90,2% entre los mayores de 64 años.

Desde el sector salud es preocupante la situación de los menores de edad por tratarse de uno de los grupos más importantes en cuanto a demanda de atención y necesidad de acceso a servicios de salud, no sólo ante situaciones de enfermedad sino también para prevención y promoción.

También debe destacarse el hecho de que el 10% de las personas de 65 años y más no se encuentra afiliada, pues esta población constituye otro grupo de riesgo por su mayor vulnerabilidad dado su edad.

Gráfico 2.3 El nivel de afiliación según el sexo

Población total por condición de afiliación según sexo
Total país. 1997.
(%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- En este gráfico puede observarse que no existen diferencias significativas en el nivel de afiliación de las mujeres en comparación con los hombres. En efecto, dentro del grupo femenino el peso de la población afiliada excede sólo en 3,6 puntos porcentuales.

Cuadro 2.2 La afiliación en los diferentes niveles de ingreso

Distribución de la población por condición de afiliación y tipo de afiliación según quintiles de ingreso per cápita familiar
Total país. 1997. (%)

Tipo de afiliación	Quintiles de ingreso per cápita familiar					
	Total	1	2	3	4	5
Población total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Afiliada	62,4	35,4	59,9	70,6	81,8	89,3
Sólo Obra Social						
Titulares	50,2	30,2	51,1	59,2	65,8	61,0
Familiares	22,0	8,9	18,2	25,7	33,4	37,2
Sólo Mutual o Prepago	28,3	21,3	32,8	33,4	32,4	23,8
Obra Social y también Mutual	7,9	3,9	6,6	7,4	10,7	16,1
Prepago	4,2	1,3	2,2	4,1	5,2	12,2
No afiliada	37,6	64,6	40,1	29,4	18,2	10,7

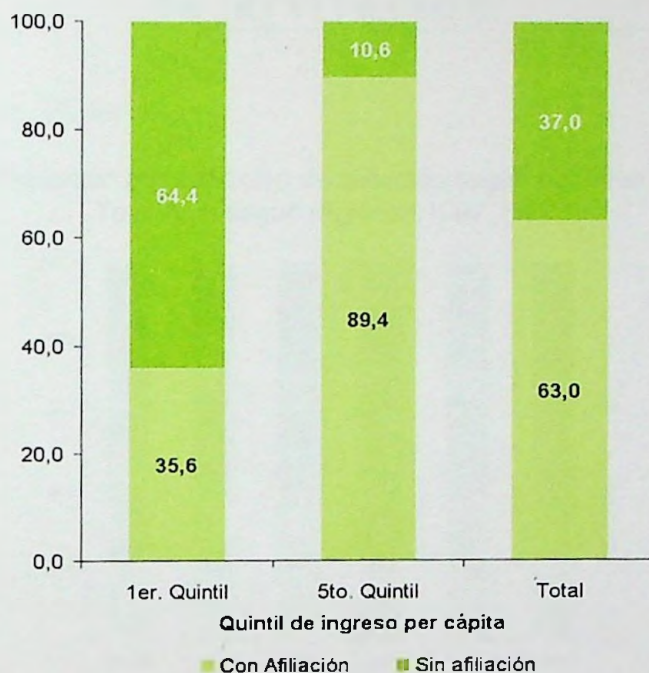
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida - EDS - (SIEMPRO/INDEC). 1997

- La distribución de la población según condición de afiliación por niveles de ingreso per cápita familiar muestra que en el quintil de menores ingresos se ubica la mayor proporción sin afiliación (64,4%). En los quintiles restantes los mayores porcentajes corresponden siempre a la población con afiliación.

El desnivel comienza a ser importante en el tercer quintil, acentuándose en el quinto quintil, donde se ubica el mayor porcentaje de población con afiliación (89,4%). A partir del tercer quintil, la población con afiliación tiene mayor peso que en la población total.

Gráfico 2.4 La afiliación en los niveles de ingreso extremos

Población total por condición de afiliación según quintiles de ingreso per cápita familiar seleccionados
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- Existen importantes disparidades en la afiliación según el nivel de ingreso. La proporción de población no afiliada del primer quintil es 6 veces la proporción no afiliada del quinto quintil.

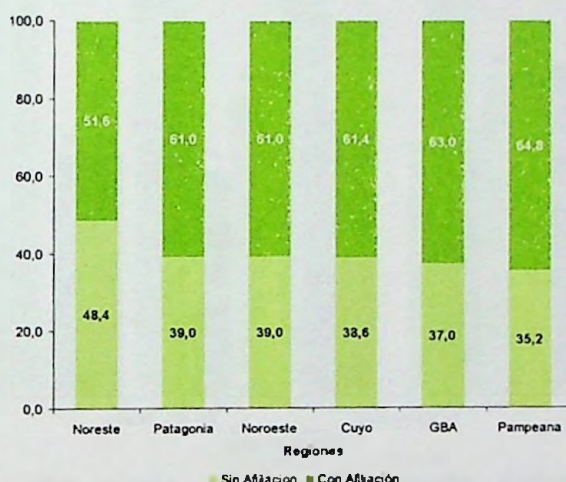
El porcentaje de no afiliados del quintil más pobre (64,4%) representa más de 5 millones de personas que no tienen afiliación a ningún sistema de salud; de ellos, 2 millones viven en el Área Metropolitana. En el quintil de mayores ingresos la falta de afiliación se extiende aproximadamente a 400 mil personas.

A pesar de la disparidad entre las proporciones de población afiliada que pertenecen a los diferentes niveles de ingreso, en ambos quintiles extremos la mayor proporción se encuentra afiliada a obras sociales (cuadro 2.2). No obstante, este tipo de cobertura tiene mayor incidencia en el primer quintil (el 85% de los afiliados pertenecen a obras sociales) que en el quinto quintil (el 68% de los afiliados pertenecen a obras sociales); esta diferencia es explicada por el mayor peso de los sistemas prepagos en poblaciones con niveles de ingreso más elevados.

2.2. Disparidades regionales en la afiliación

Gráfico 2.5 El nivel de afiliación

Población por condición de afiliación según regiones
Total país según regiones. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

Regiones:

GBA: Área Metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y partidos del Gran Buenos Aires)

Pampeana: Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires (excluidas las localidades del Área Metropolitana)

Noroeste: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero

Noreste: Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa

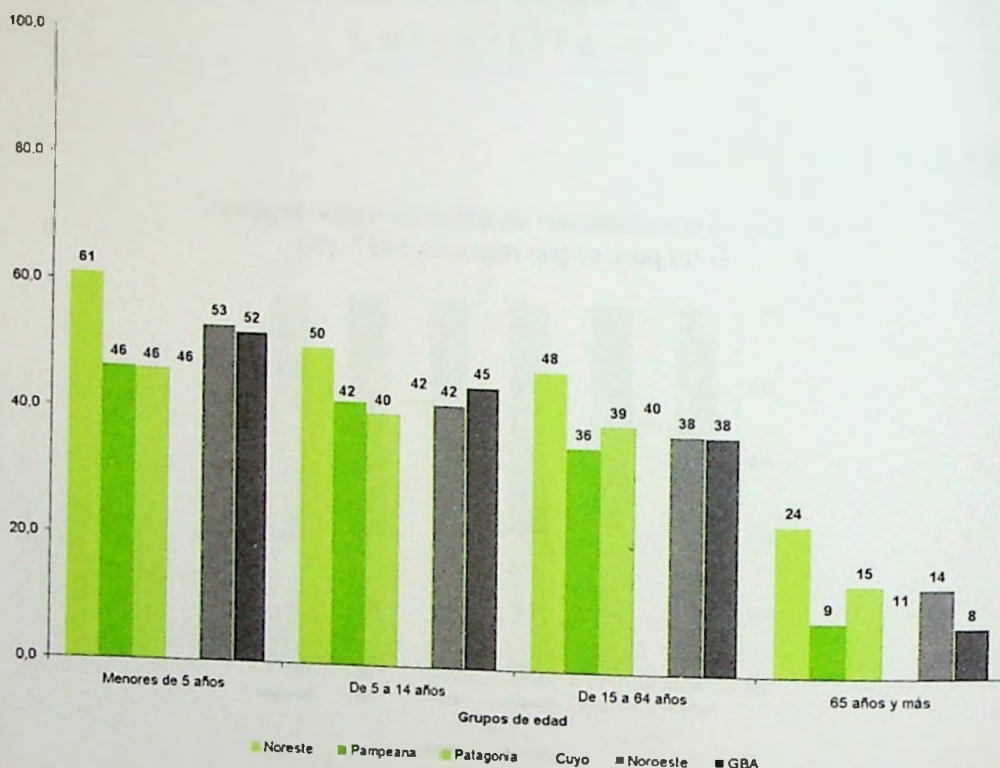
Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis

Patagonia: Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego

- Cuando se considera la población de cada región según condición de afiliación, se observan disparidades destacables. La región Noreste es la que presenta mayor porcentaje de personas sin afiliación (48,4%) mientras que la región Pampeana es la que muestra la mejor situación: sólo un 35,2% carece de afiliación. También son importantes los porcentajes de población sin afiliación en Noroeste y Patagonia, que ascienden al 40%.

Gráfico 2.6 La población sin afiliación por grupos de edad

Población sin afiliación por grupos de edad
Total país según regiones. 1997. (%)



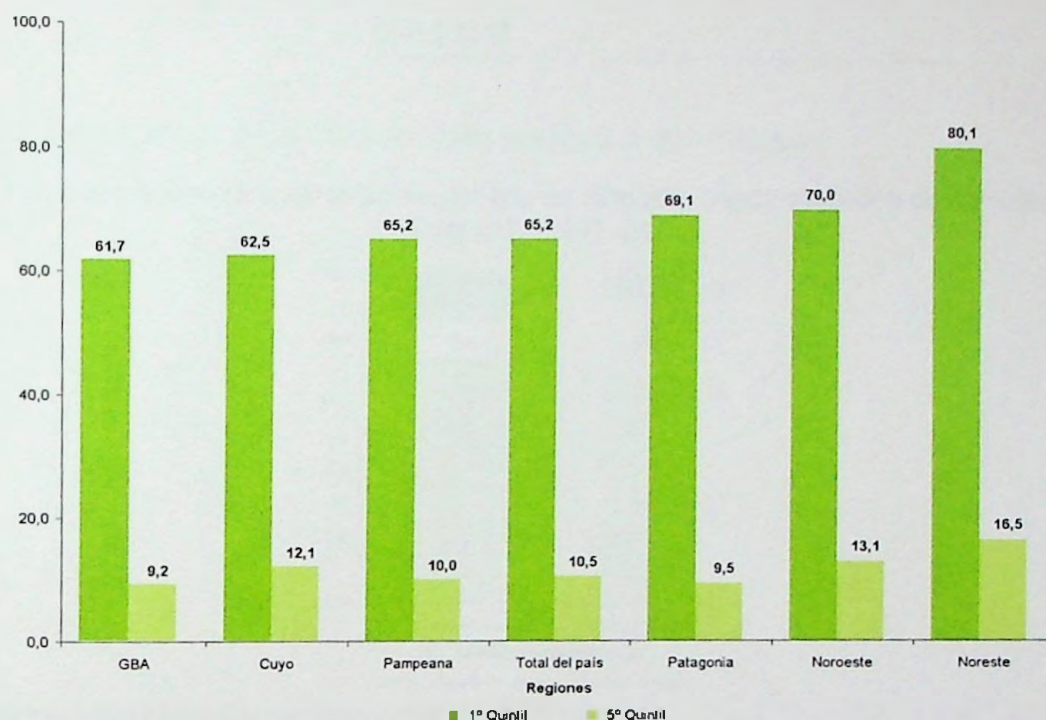
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- Al comparar las regiones se observa que, de igual manera que para el total del país, el porcentaje de población sin afiliación se reduce con la edad. En consecuencia, los menores de cinco años son los que se encuentran en la situación más desfavorable y ello se presenta en todas las regiones. Asimismo, la población de 65 y más es la que posee los mayores porcentajes de afiliación.

Las regiones Noreste y Noroeste son las que se encuentran en peor situación relativa, ya que presentan la mayor proporción de población no afiliada en todos los tramos de edad. En el otro extremo, la región Pampeana es la que presenta la mayor proporción de población con afiliación.

Gráfico 2.7 La población sin afiliación y el nivel de ingreso

Población total sin afiliación por quintiles de ingreso per cápita familiar seleccionados
Total país según regiones. 1997. (%)



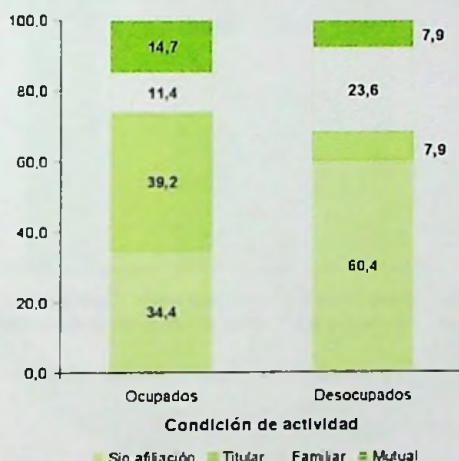
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- En este gráfico se presenta la proporción de población sin afiliación por región, en los quintiles de mayor y menor nivel de ingreso. Cabe observar que las regiones Noreste y Noroeste continúan presentando las proporciones más elevadas de población no afiliada. La región más favorecida es el Gran Buenos Aires, donde la incidencia de personas sin afiliación alcanza el mínimo en ambos grupos de ingresos.

2.3. La población activa y su acceso a los servicios de salud

Gráfico 2.8 La afiliación en la población ocupada o desocupada

Población económicamente activa por tipo de afiliación, según condición de actividad
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

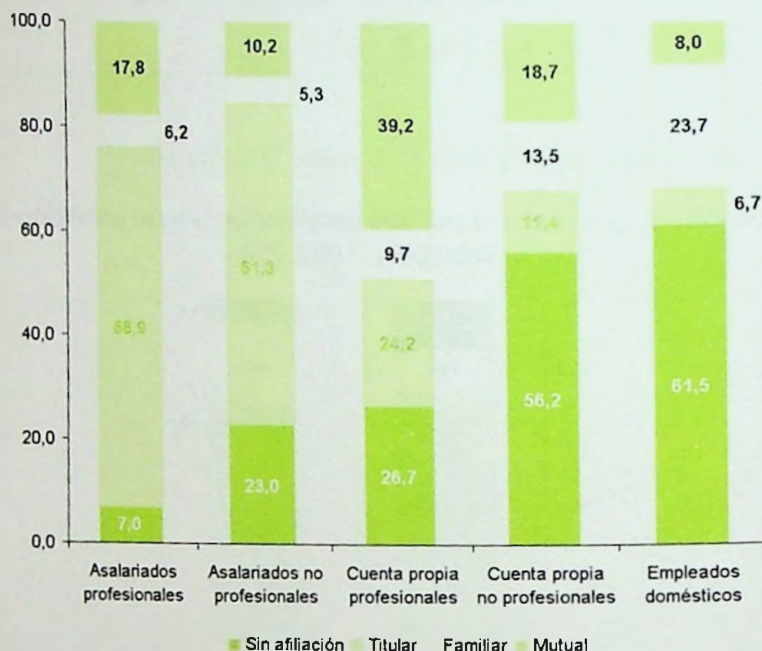
- ❖ **Población económicamente activa:** En la EDS se definió como población económicamente activa a las personas de 15 años y más que tienen una ocupación o que sin tenerla la han buscado activamente en la semana de referencia. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. El resto integra la llamada población económicamente inactiva.
- ❖ **Población ocupada:** personas de 15 años y más que declaró haber trabajado durante la semana de referencia.
- ❖ **Población desocupada:** personas de 15 años y más que no tienen trabajo y declararon haber buscado activamente trabajo durante la semana de referencia.

- Al analizar la condición y modalidad de afiliación de la población activa se destaca, en primer lugar, la alta proporción de desocupados que ya no cuentan con afiliación a ningún sistema de salud (60,4%). De aquellos que tienen afiliación, sólo el 20% la posee como titular de obra social, el resto accede por sus vínculos de parentesco con algún titular con obra social o porque paga a un sistema privado.

En segundo lugar, el hecho de que el 34,4% de los ocupados no posea ningún tipo de afiliación está evidenciando que el acceso a una ocupación laboral no se traduce, en todos los casos, en la afiliación a un sistema de salud.

Gráfico 2.9 La afiliación en la población ocupada por categoría ocupacional

Población ocupada por tipo de afiliación, según categoría ocupacional
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

◆ La **categoría ocupacional** (asalariado, cuentapropia o empleada doméstica) se determinó por la ocupación principal. En el caso de personas con más de una ocupación, se considera ocupación principal a aquella a la que le dedica más tiempo.

◆ Es probable que los trabajadores cuenta propia que figuran afiliados a obras sociales en calidad de titulares, tengan una ocupación secundaria con relación de dependencia, aunque no se trate de una actividad a la que le dedique la mayor parte de su jornada de trabajo.

◆ La clasificación **profesional o no profesional** se definió en base a las características de las tareas y es independiente de que el ocupado posea efectivamente un título profesional.

◆ El nivel de afiliación de los ocupados varía según la categoría ocupacional: los asalariados presentan los mayores porcentajes de afiliación y el servicio doméstico el menor. En esta última categoría es importante destacar que sólo el 17% de los ocupados afiliados a algún sistema de salud está cubierto por obra social en carácter de titular, proporción similar a la que presentan los desocupados (gráfico 2.8).

Al observar la distribución según el nivel de calificación de la tarea es evidente que la afiliación disminuye en las situaciones más precarias (no calificados y servicio doméstico).

2.4. La salud reproductiva

Gráfico 2.10 El nivel de afiliación de las mujeres en edad fértil

Mujeres de 15 a 49 años por condición de afiliación
Total país. 1997. (%)



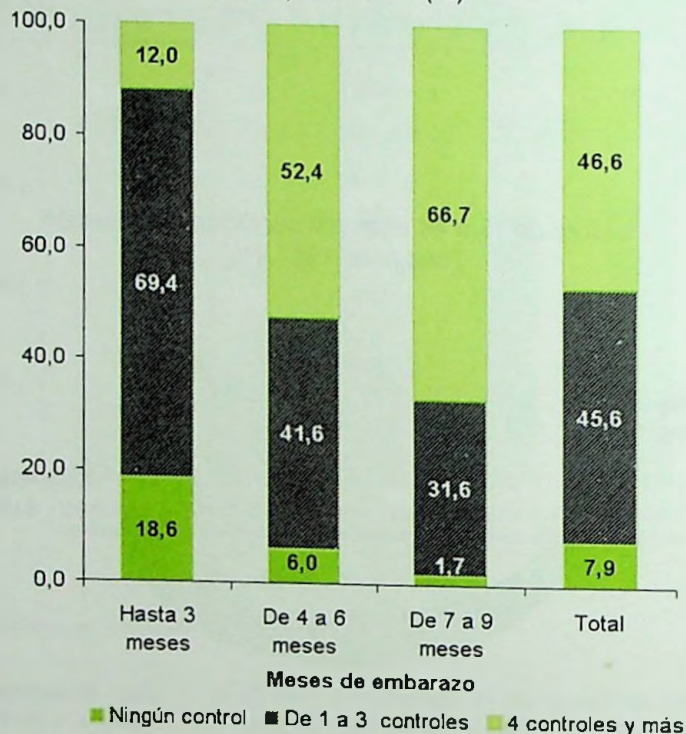
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- Las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) constituyen uno de los grupos de riesgo para el sector salud. De ellas, un 39% carece de afiliación (cerca de 3 millones) y cuentan con el subsector público como principal vía de acceso al sistema de salud. Asimismo, debe tenerse en cuenta que este grupo es históricamente demandante de servicios de salud por la oferta que tradicionalmente han brindado los programas materno infantil nacionales y provinciales en el país (control de embarazadas, parto atendido en establecimientos de salud, control del niño en el primer año de vida, vacunación de embarazadas y lactantes, etcetera)

La demanda a atender en este grupo de edad abarca desde los controles ginecológicos hasta la atención del embarazo, parto y puerperio. De acuerdo con datos del Sistema Estadístico de Salud, los "partos institucionales" representan un 98% del total de los ocurridos en el país.

Gráfico 2.11 Los controles médicos en las mujeres embarazadas

Mujeres de 15 a 49 años por cantidad de controles realizados en el embarazo, según meses de embarazo
Total país. 1997. (%)



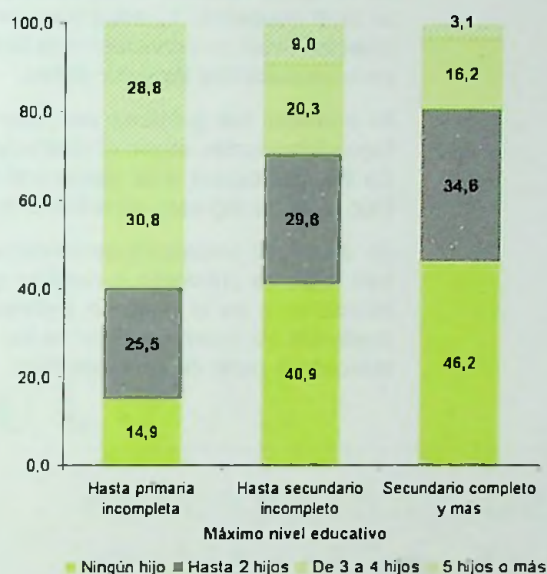
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- Este gráfico muestra la relación entre la cantidad de meses de embarazo y los controles realizados por las mujeres entre 15 y 49 años. Es importante destacar que del grupo de mujeres con embarazo hasta tres meses, un 19% (casi 20 de cada 100 mujeres) no ha realizado ningún control y, por lo tanto, no ha accedido al sistema de salud. Cabe aclarar que, según las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, se considera necesario un mínimo de cuatro controles durante el embarazo.

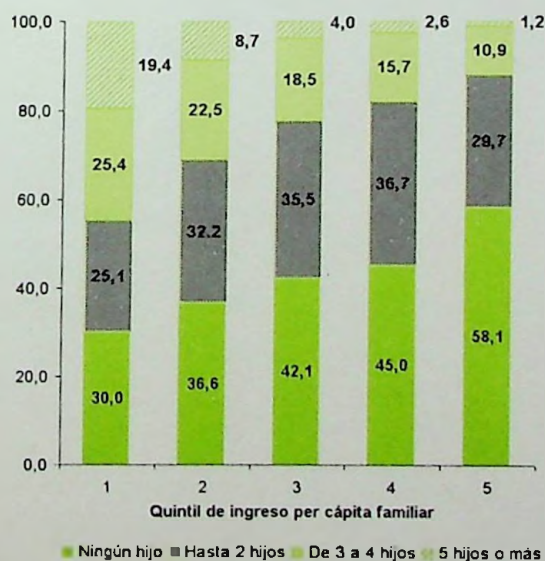
Al incrementarse los meses de embarazo aumenta la proporción de mujeres que realiza mayor número de controles. Ello es más notorio en las etapas más avanzadas del embarazo (7 a 9 meses). El incremento de los controles en las etapas más cercanas al parto podría estar relacionado -en los sectores de peores condiciones de vida-, con la necesidad de las mujeres de garantizar la atención institucional al mismo.

Gráfico 2.12 Fecundidad, nivel educativo y nivel de ingreso

Mujeres de 15 a 49 años por cantidad de hijos nacidos vivos según máximo nivel educativo
Total país. 1997. (%)



Mujeres de 15 a 49 años por cantidad de hijos nacidos vivos según quintiles de ingreso per cápita familiar. Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- La fecundidad es un indicador importante en el área de salud por sus implicancias en los cambios demográficos y, en consecuencia, sobre las demandas de servicios de salud. En el análisis de la fecundidad es necesario tener en cuenta una serie de variables referidas a las características de la madre, como su nivel educativo, su edad y su nivel de ingreso, pues dichas características son consideradas factores de riesgo que inciden en la probabilidad de sufrir daños.

Al analizar los gráficos se observa que los patrones de fecundidad varían según el nivel educativo y el nivel de ingreso. En las situaciones más desfavorables (bajo nivel educativo o bajo nivel de ingreso) aumenta el número de hijos.

En efecto, la proporción de mujeres sin hijos o con menos de tres hijos es creciente a medida que se incrementa el nivel educativo o en el nivel de ingreso per cápita familiar. Esta tendencia se invierte a partir de los tres hijos, haciéndose más marcada a partir de los cinco hijos.

CAPÍTULO 3

Percepción, demanda y
utilización de servicios
de salud

3.1. Percepción de problemas de salud

Cuadro 3.1 La percepción de problemas de salud según la edad

Población que percibió y no percibió problemas de salud según grupos de edad
Total país. 1997. (%)

Grupos de edad	Percepción de problemas de salud		
	Total	Si	No
Total	100	24,5	75,5
Menores de 5 años	100	35,5	64,5
De 5 a 14 años	100	18,2	81,8
De 15 a 24 años	100	16,5	83,5
De 25 a 44 años	100	22,3	77,7
De 45 a 64 años	100	28,9	71,1
65 años y más	100	39,7	60,3

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS- (SIEMPRO/INDEC). 1997

♦ *La percepción de problemas de salud hace referencia a los malestares, enfermedades o accidentes que la población manifiesta haber tenido en los últimos 30 días*

- Los problemas de salud y enfermedad de las personas conforman un proceso que es dinámico y lleva a la adopción de distintas conductas y actitudes hasta llegar, o no, a la resolución de los mismos.

Las distintas inserciones socioculturales y las ideas dominantes en la sociedad, determinan a qué se denomina "enfermedad", "salud" y "necesidad de atención".

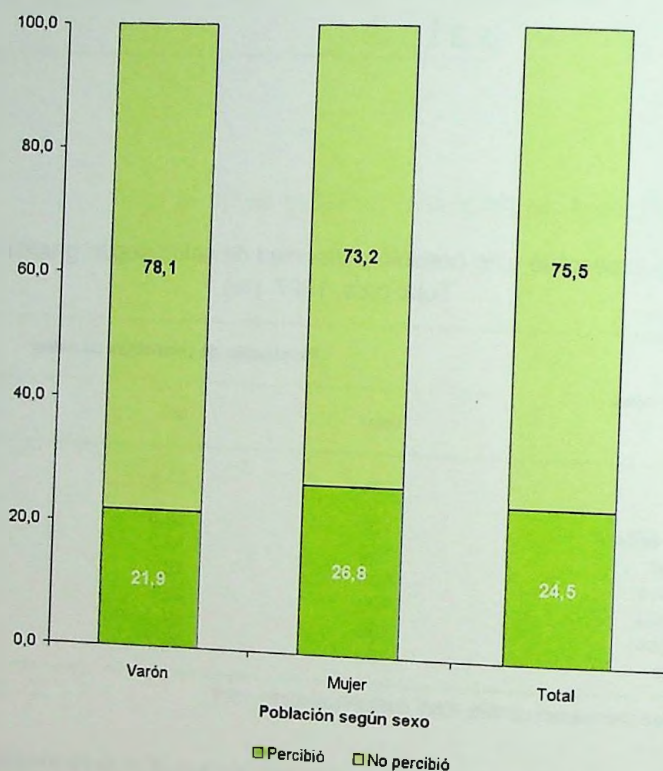
Se conoce, además, que la demanda y la utilización de los servicios de salud están relacionadas con lo que la población "piensa", "opina", "siente" (percepción) y puede expresar sobre su salud-enfermedad.

En el cuadro se muestra la población total que percibió y no percibió malestares, enfermedad o accidentes, clasificada por grupos de edad. La mayor parte de la población (75%), no percibió problemas de salud en el mes de referencia de la encuesta.

En los dos extremos de la pirámide etárea (menores de cinco años y mayores de 64) se registran los porcentajes más altos de perceptores.

Gráfico 3.1 La percepción de problemas de salud según el sexo

Población que percibió y no percibió problemas de salud según sexo
Total país. 1997. (%)



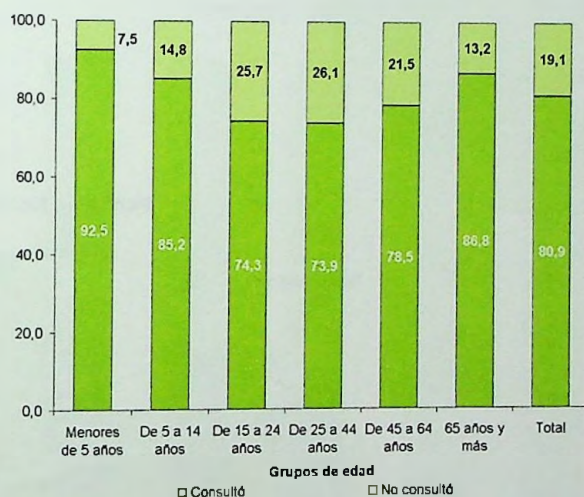
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- No existen diferencias significativas en la percepción de problemas de salud según género, aunque las mujeres presentan un porcentaje algo mayor de percepción de problemas de salud: cinco puntos porcentuales más con respecto a los varones. Debe tenerse en cuenta que la mayor o menor percepción no debe asociarse, directamente, con la existencia efectiva de mayores problemas de salud, pues como se mencionó anteriormente está condicionada por factores socioculturales.

3.2. Demanda de atención de los problemas de salud

Gráfico 3.2 La demanda de atención según la edad

Población que percibió problemas de salud por actitud adoptada según grupos de edad
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

◆ Las preguntas sobre la realización de consultas se aplicaron sólo a las personas que manifestaron haber sentido algún malestar en los últimos 30 días. No se relevó información sobre consultas con fines preventivos de las personas que manifestaron no haber sentido malestar en el período de referencia.

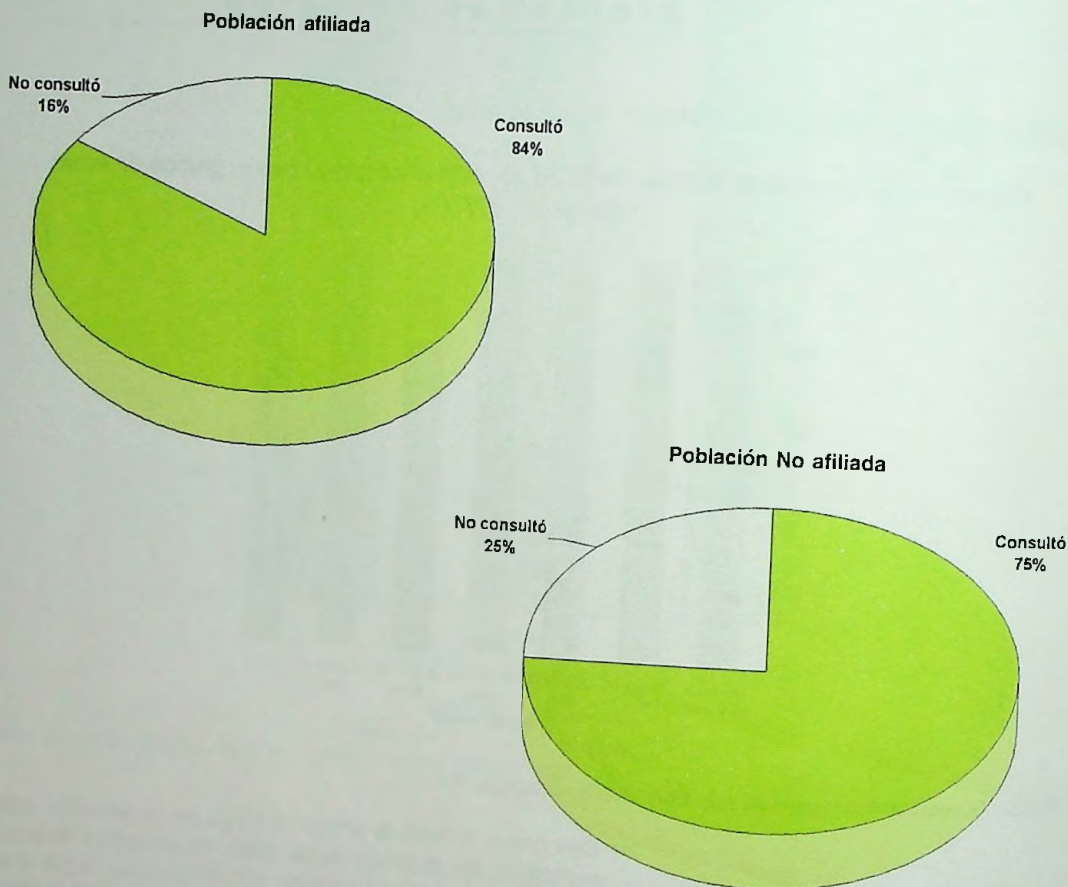
- Este gráfico muestra la actitud adoptada por la población ante la percepción de un problema de salud, clasificándola en aquella proporción que consultó y aquella que no consultó, según grupos de edad. Cuando se percibe algún malestar, enfermedad o accidente, la actitud adoptada es, predominantemente, la consulta (80,9%).

Si se analiza la actitud adoptada en cada uno de los grupos de edad, se observa que, para todos los grupos, la decisión de consultar supera el 74%. Nótese la forma de "U" de la tendencia de los porcentajes de consultantes al pasar de las edades más jóvenes a las más avanzadas.

Los grupos de edad de menores de 5 (percepción declarada por adultos) y mayores de 64 años (autoperceptores) presentan importantes porcentajes de consulta frente a la percepción de problemas (92,5% y 86,8% respectivamente). Estos son, por su edad, grupos de riesgo para el sector salud y registran la mayor demanda de atención.

Gráfico 3.3 La demanda de atención y el nivel de afiliación

Población afiliada o no afiliada que percibió problemas de salud por actitud adoptada
Total país. 1997. (%)



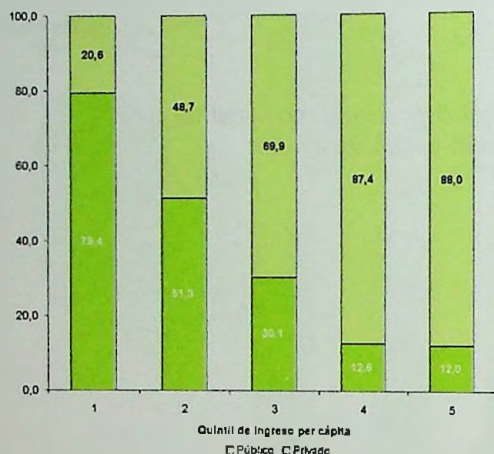
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

El formulario de la Encuesta de Condiciones de Vida no permite discriminar entre las consultas efectuadas a médicos, odontólogos u otros profesionales de la salud. Por lo tanto, en los gráficos presentados el término consulta debe entenderse como la atención prestada por cualquier profesional de la salud.

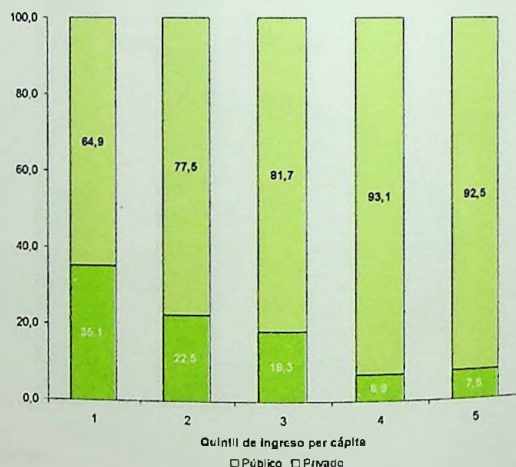
Ante la percepción de un problema de salud, la mayor parte de la población ha decidido efectuar una consulta. No obstante, puede observarse que la población afiliada consultó en mayor proporción (9,5 puntos porcentuales) lo que estaría indicando su mayor acceso a los servicios de salud.

Gráfico 3.5 El lugar de atención y el nivel de ingreso por grupos de edad

Menores de 5 años que percibieron problemas de salud y consultaron, por lugar de atención según quintiles de ingreso per cápita familiar
Total país. 1997. (%)



Mayores de 64 años que percibieron problemas de salud y consultaron, por lugar de atención según quintiles de ingreso per cápita familiar
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

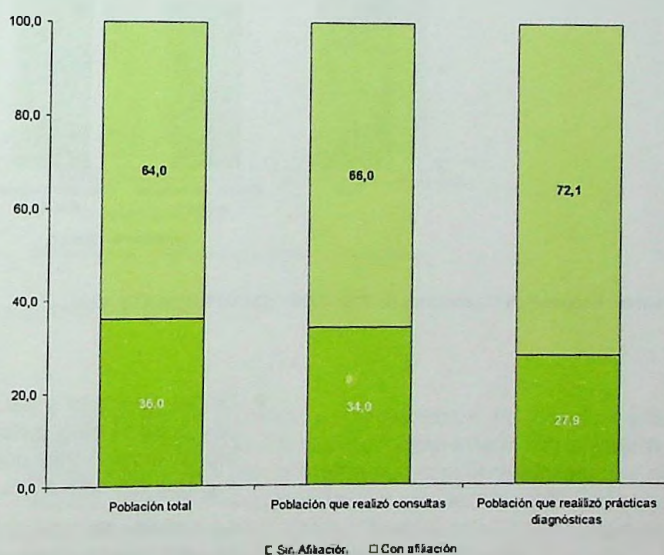
- Es notable el alto porcentaje de atención en el subsector público de la población menor de cinco años que pertenece a los quintiles de menores ingresos. Cabe destacar que la distribución en este tramo de edad es similar a la que presenta la población total (gráfico 3.4), aunque con mayor incidencia de los consultantes de los primeros tramos de ingreso en el subsector público.

Por el contrario, la población mayor de 64 años consulta principalmente en servicios privados, que pertenecen a obras sociales o a sistemas prepagos de asistencia médica lo cual se deriva de su mayor nivel de afiliación (gráfico 2.2).

3.4. Utilización de los servicios de diagnóstico

Gráfico 3.6 La vinculación entre afiliación y realización de consultas o de prácticas diagnósticas

Población por condición de afiliación según el servicio utilizado (consultas o prácticas diagnósticas)
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

Las preguntas del cuestionario de la EDS referidas a prácticas diagnósticas no están vinculadas directamente con aquellas destinadas a explorar la realización de consultas médicas.

Las preguntas vinculadas a prácticas diagnósticas no indagan si las mismas fueron indicadas en la última consulta, sino que averiguan si se realizaron algunas de estas prácticas en los últimos tres meses.

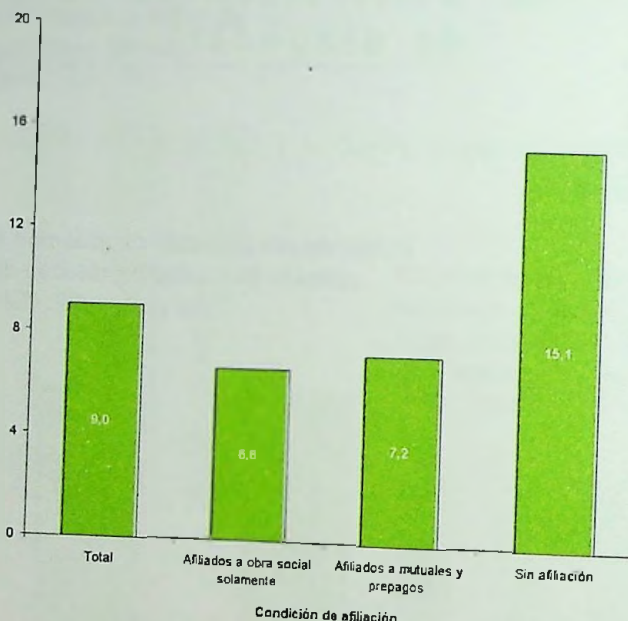
La utilización de servicios de diagnóstico se refiere a las prácticas prescriptas por el médico tratante, efectuada por profesionales de la salud, con la finalidad de determinar el estado del paciente e indicar el tratamiento adecuado. Las técnicas incluyen mediciones e imágenes del cuerpo y el análisis de muestras de sangre, orina y otros elementos orgánicos.

Las prácticas diagnósticas no son una demanda directa del paciente, sino que deben ser solicitadas por el profesional de la salud consultado. Por lo tanto, si bien no se puede establecer una relación directa entre los datos de consultas médicas y la realización de prácticas diagnósticas que proporciona la EDS, es interesante analizar la distribución de unas y otras según el tipo de cobertura.

Cuando se compara la distribución de la población por sector de afiliación, se observa que el peso relativo de la población sin afiliación disminuye en la consulta y más aún en las prácticas diagnósticas.

Gráfico 3.7 Prácticas diagnósticas y afiliación

Población que desistió de realizar las prácticas diagnósticas por condición y tipo de afiliación
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- De las personas a las que se les prescribió la realización de una práctica diagnóstica, la mayor parte decidió realizarla. En efecto, las personas que no efectivizaron la práctica diagnóstica representan sólo el 9% del total.

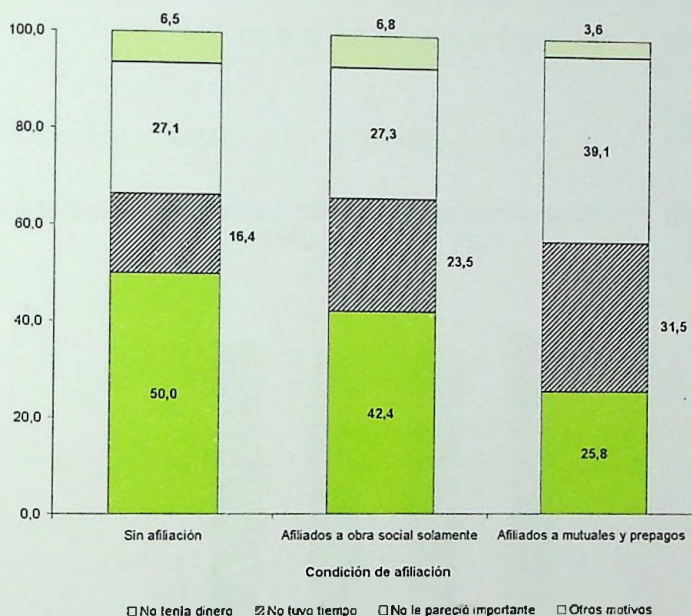
La decisión de realizar o no realizar una práctica prescrita por el médico está relacionada con distintos factores vinculados al acceso al sistema de salud (cercanía, posibilidad de conseguir turno, financiamiento, etcetera) y a diferentes características socioculturales (opinión del paciente, prioridades personales, etcetera).

Al analizar la no realización de prácticas diagnósticas según el nivel de afiliación, se observa que la mayor proporción se presenta entre las personas sin afiliación (15%) -10 puntos porcentuales más que aquellos que tienen algún tipo de afiliación-.

Por su parte, al analizar la principal causa aducida por los individuos que desistieron de realizar las prácticas solicitadas por el profesional, también se observan diferencias, según el

Gráfico 3.8 La población que no realizó las prácticas y sus causas

Población que desistió de realizar las prácticas diagnósticas por causas según condición y tipo de afiliación. Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

nivel y sector de afiliación. En la población sin afiliación o la afiliada a obras sociales la razón principal aducida es la falta de dinero (50% y 42% respectivamente), lo cual manifiesta que el acceso a la consulta no garantiza la continuación del tratamiento. Entre los afiliados a mutuales y prepagos, el 40% afirma que no realizó la práctica por no considerarlo importante.

3.5. Prescripción de medicamentos y su consumo

Gráfico 3.9 Afiliación y prescripción de medicamentos

Población a la que se le prescribió medicamentos según condición y tipo de afiliación
Total país. 1997. (%)

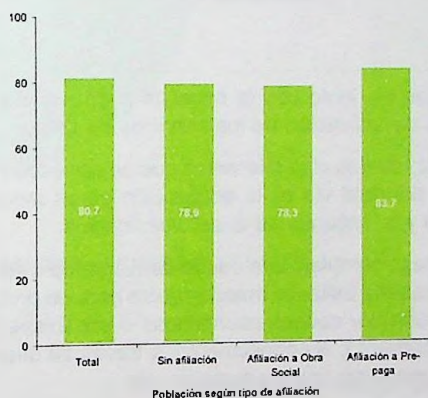
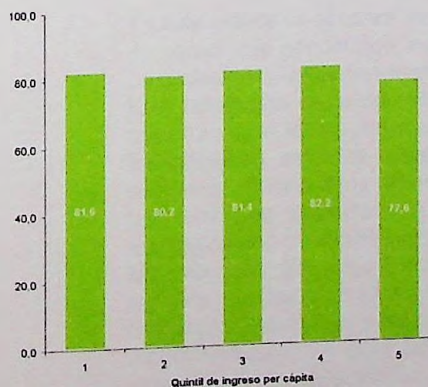


Gráfico 3.10 Nivel de ingreso y prescripción de medicamentos

Población a la que se le prescribió medicamentos por quintiles de ingreso per cápita familiar
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS- (SIEMPRO/INDEC). 1997

- La información que se presenta en estos gráficos se refiere exclusivamente a la adquisición y formas de financiamiento de aquellos medicamentos que fueron prescritos por algún profesional.

Como puede observarse en los gráficos 3.9 y 3.10, la proporción de población a la cual le prescribieron medicamentos en la consulta no varía en forma significativa, ni con los distintos tipos de afiliación de las personas ni con sus diferentes niveles de ingreso. En todos los casos los porcentajes son cercanos al 80%. Esto estaría indicando una modalidad de atención común a los subsectores -público, seguridad social y privado- : un alto porcentaje de las consultas incluye la prescripción de medicamentos.

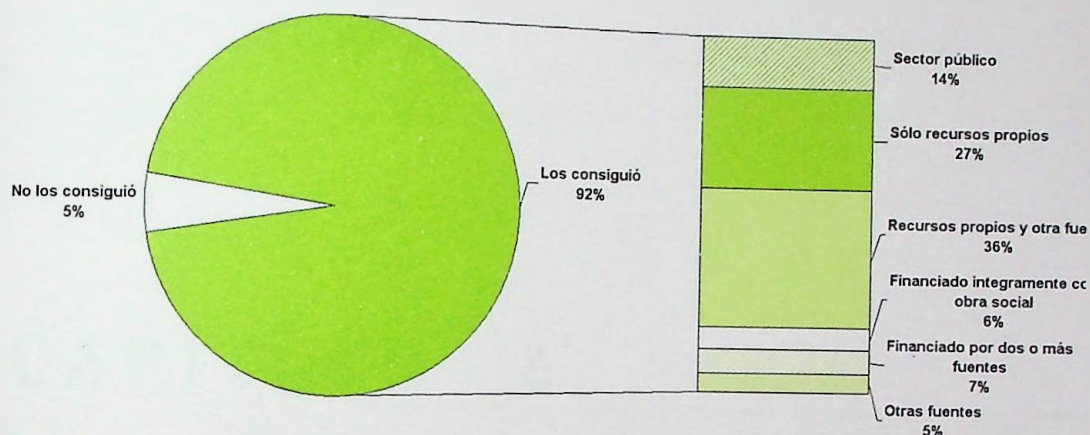
El consumo de medicamentos es, junto con la consulta a profesionales de la salud, uno de los indicadores más importantes de utilización de los servicios de salud.

Dicho consumo es el resultado de dos vías diferentes que se corresponden con distintos comportamientos de la población. La principal vía es la adquisición de un medicamento por indicación de algún profesional de la salud y la segunda es la automedicación.

Esta última actitud es un proceso complejo que puede derivarse de distintas alternativas: la disponibilidad de la medicación por haberla utilizado anteriormente para un problema o enfermedad similar; la no accesibilidad a la consulta por causas económicas o administrativas unido a la decisión de utilizar un determinado medicamento; el conocimiento, a través de otras personas o de publicidad, de las propiedades o indicaciones de una medicación, etc.

Gráfico 3.11 El consumo de medicamentos y su financiamiento

Población que consiguió los medicamentos por fuente de financiamiento
Total país. 1997. (%)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida -EDS-. (SIEMPRO/INDEC). 1997

- Con respecto a las formas de acceso a los medicamentos se debe tener en cuenta que, con excepción de aquellos provistos por el subsector oficial en forma gratuita -como por ejemplo, oncológicos, para el SIDA, para diabetes, etcetera- su adquisición requiere la compra por parte de los mismos usuarios. Las obras sociales y los sistemas prepagos de asistencia médica incluyen, dentro de sus beneficios, la cobertura de una proporción variable del gasto de los medicamentos.

En este gráfico se observa que aproximadamente el 67% de las personas que adquirieron medicamentos por prescripción de un profesional, debió financiar su compra con recursos propios. Esto refleja una situación compleja de la atención de la salud: mientras que la mayoría de las prestaciones -consultas, internaciones, estudios, etcetera- tienen, ya sea a través del subsector oficial o de la afiliación a obras sociales y prepagos, una forma de "cobertura" y financiamiento, el acceso a los medicamentos está más vinculado a la capacidad de gasto de las personas. En otros términos, las personas de menores ingresos pueden adquirir en forma gratuita la consulta con un profesional de la salud pero, en general, deben disponer de los recursos necesarios para comprar el medicamento que fuera prescrito en la consulta.

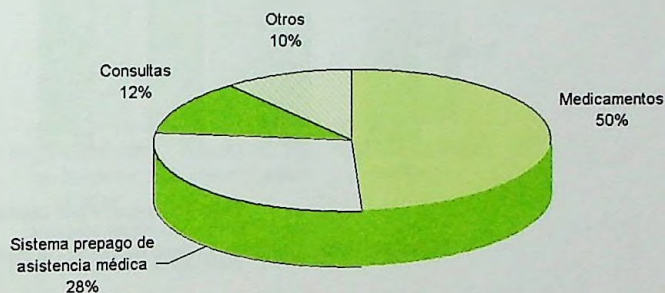
CAPÍTULO 4

Gasto en salud de los hogares

4.1. Composición del gasto en salud

Gráfico 4.1 La distribución del gasto en salud

Estructura promedio del gasto en salud de los hogares
Total país. 1996/97. (%)



Fuente: Encuesta Nacional de gasto de los Hogares. 1996/1997. INDEC

La información de gasto en salud proviene de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares realizada por el INDEC (ENGH 1996/97). Se trata de una encuesta de alcance nacional urbano, basada en una muestra de 114 ciudades que representa a 28 millones de habitantes (96% de la población urbana).

Los gastos en salud se expresan como promedios mensuales. Fueron clasificadas en cuatro grupos:

a) productos medicinales y elementos de primeros auxilios: incluye gastos por compra de medicamentos, elementos para primeros auxilios (vendas, apósitos, etcetera).

b) sistema prepago de asistencia médica: cuota por la afiliación a un sistema de salud privado que no dependa de ninguna relación laboral de alguno de los miembros del hogar;

c) consultas: pago de consultas a médicos, odontólogos, psiquiatras y servicios como análisis clínicos, radiografías, sesiones de fisioterapia, etcetera.

d) otros gastos: intervenciones e intervenciones quirúrgicas y gastos en servicios como análisis clínicos, radiografías, sesiones de fisioterapia, otros gastos para la salud no incluidos anteriormente.

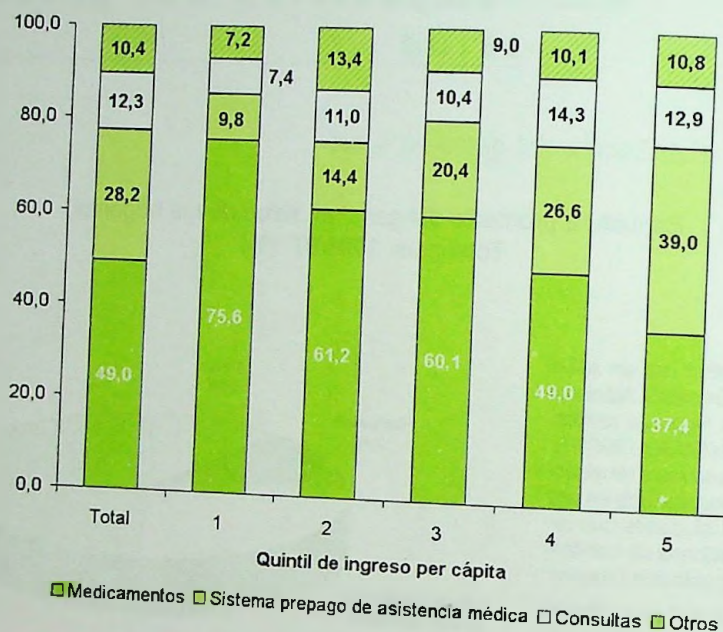
El gasto en salud no incluye aportes obligatorios a obra social ni los gastos en asilos de ancianos.

- El gasto en salud representaba, en el período 1996-1997, el 8,4% del gasto total de los hogares. Las personas gastaban, en promedio, 20 pesos por mes en salud y los hogares gastaban 73 pesos.

Los componentes más importantes del gasto en salud son: los Medicamentos, el Sistema Prepago y las Consultas. Estos tres ítems acumulan el 90% del total del gasto en salud. Los Medicamentos dan cuenta de la mitad del gasto total, la Afiliación Voluntaria de algo más de una cuarta parte y la Consulta Médica de un 12%. El 10% restante corresponde a otros gastos como intervenciones quirúrgicas, servicios auxiliares y aparatos y accesorios.

Gráfico 4.2 Desigualdad de ingresos y composición del gasto en salud

Composición del gasto en salud de los hogares según quintiles de ingreso
Total país. 1996/97. (%)



Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares. 1996/97. INDEC

• La distribución por quintiles corresponde al ingreso per cápita familiar.

• La distribución por quintiles ordena a los hogares de menor a mayor ingreso per cápita familiar. Así, el primer quintil es el de menores ingresos per cápita y el quinto, el de mayor ingreso per cápita

• El gasto en Medicamentos adquiere relevancia en el presupuesto destinado a salud de todos los hogares, independientemente de su nivel de ingreso. Distintas encuestas a hogares señalan que el consumo y adquisición de medicamentos es el principal gasto, independientemente de la realización de consultas a profesionales de salud y precisamente es el tipo de gasto que menor financiamiento recibe por parte de obras sociales y prepagos.

Al analizar la estructura del gasto de los distintos quintiles, el peso del gasto en Medicamentos dentro del gasto total en salud de cada quintil decrece al pasar de los quintiles de ingresos más bajos a los más altos, mientras que el peso del gasto en Afiliación Voluntaria exhibe la tendencia opuesta.

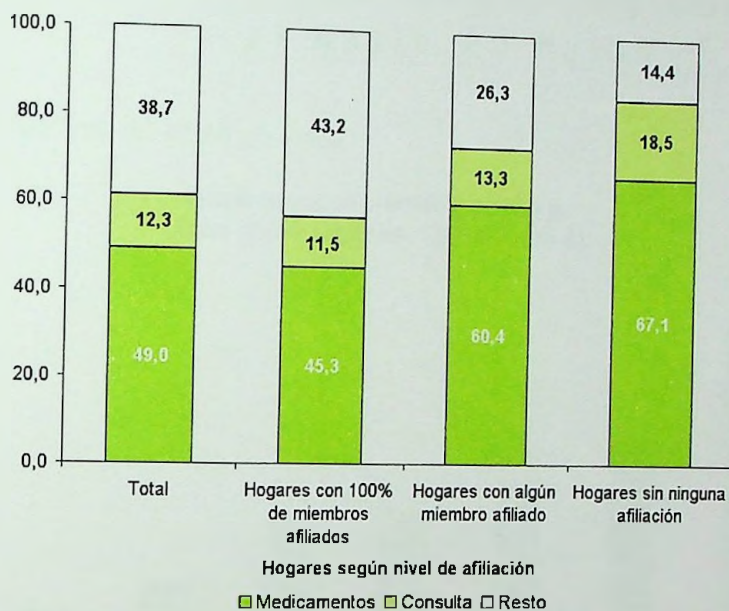
Dentro de los hogares del primer quintil de ingresos, el gasto en Medicamentos absorbe un 75,6% del gasto total en salud y la Consulta Médica un 7,2%. En el quinto quintil, el peso de los Medicamentos se reduce a la mitad, mientras que el de la Consulta Médica casi se duplica: su peso dentro del gasto en salud del quinto quintil crece un 70% respecto del primer quintil.

Gasto en salud de los hogares

Total del país

Gráfico 4.3 El gasto en salud y la afiliación

Composición del gasto en salud de los hogares según el nivel de afiliación de sus miembros
Total país. 1996/97 (%)



Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares. 1996/97. INDEC

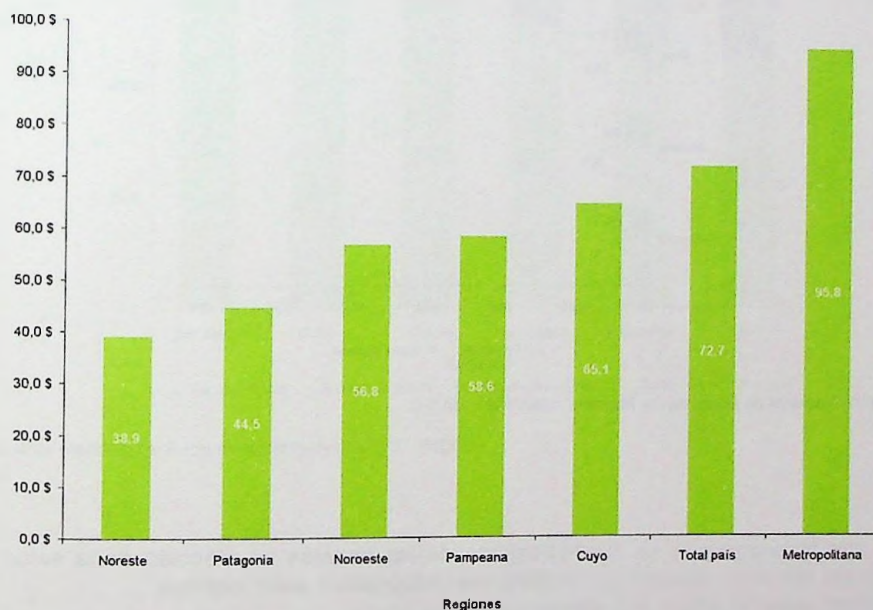
- En este gráfico se presenta la distribución de los hogares según el nivel de afiliación de sus miembros, diferenciando los hogares que tienen todos sus miembros afiliados de aquellos en los que al menos uno de su integrantes está afiliado.

La participación del gasto en Medicamentos dentro del total del gasto en salud crece al disminuir la proporción de miembros afiliados, llegando a representar el 67% del gasto en salud de los hogares sin ningún miembro afiliado. Igual tendencia, pero más atenuada, presenta el gasto en Consulta Médica, el cual pasa de representar el 11,5% del gasto en salud en hogares con todos sus miembros afiliados, al 18,5% en hogares sin afiliados.

4.2. Disparidades regionales en el gasto en salud

Gráfico 4.4 El nivel del gasto en salud

Gasto en salud promedio por hogar
Total país y regiones. 1996/97. (en \$)



Regiones:

Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis.

Metropolitana del Gran Buenos Aires (GBA): Capital Federal y el Conurbano Bonaerense.

Noreste (NEA): Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones

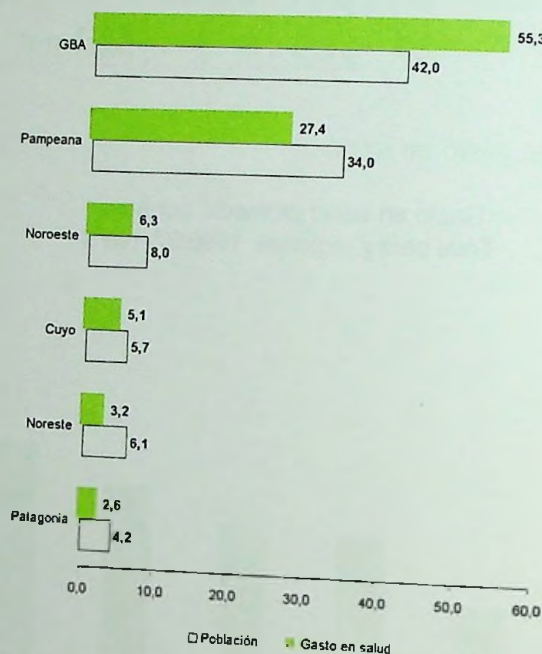
Noroeste (NOA): Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero.

Pampeana: Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Resto de la provincia de Buenos Aires.

Patagonia: Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego

Gráfico 4.5 Distribución regional del gasto en salud

Distribución del gasto total en salud y de la población
Total país según regiones. 1996/97. (%)



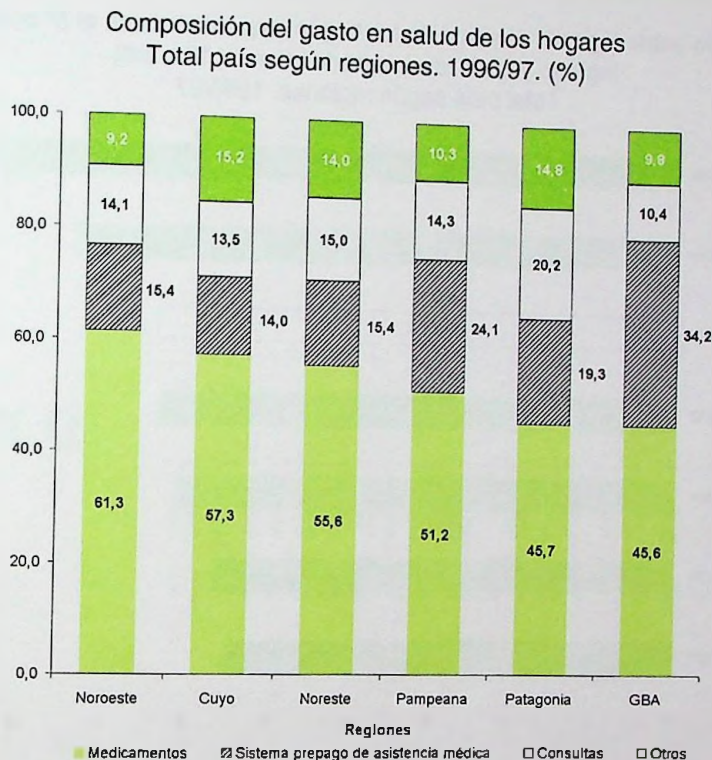
Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares. 1996/1997. INDEC

- El gasto de los hogares en atención de la salud muestra diferencias importantes entre regiones.

Los hogares residentes en la región Metropolitana del GBA presentan, no sólo el mayor gasto en salud promedio por hogar (\$ 96), sino que también explican más de la mitad del gasto en salud efectuado por el conjunto de los hogares del país. Esta proporción -que alcanza el 55%- supera la proporción de población que reside en la región -42%-, siendo este el único caso al comparar con las restantes regiones del país.

En el otro extremo, se ubican las regiones Noreste y Patagonia, que concentran aproximadamente el 10% de la población total y sólo el 5% del gasto total en salud y presentan los valores más bajos de gasto en salud promedio por hogar.

Gráfico 4.6 Las desigualdades regionales en la composición del gasto



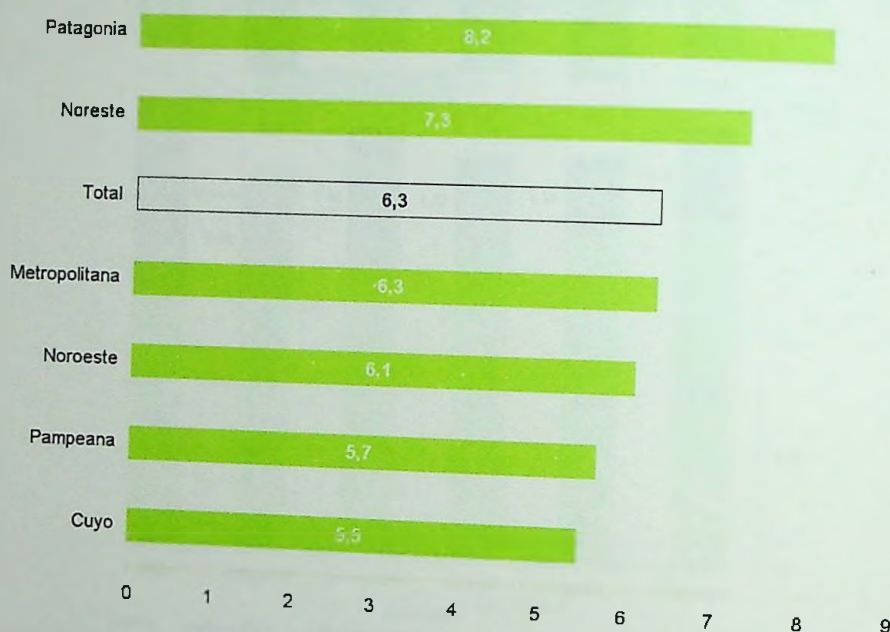
Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares. 1996/97. INDEC

- El gasto en medicamentos es el componente más importante del gasto en salud de los hogares de todas las regiones. El mayor peso corresponde a la región Noreste, seguida por Cuyo, Noroeste y la región Pampeana, en las cuales la participación supera el 49% del promedio del país (ver gráfico 4.2).

Las Consultas y el Sistema prepago de asistencia médica son dos componentes del gasto en salud cuya importancia varía entre regiones: en el Área Metropolitana del GBA y en la región Pampeana el gasto en Sistema prepago supera al gasto en Consultas; en las regiones Noroeste, Noreste y Cuyo la importancia de ambos componentes es similar y se aproxima al 15% en cada caso.

Gráfico 4.7 Las desigualdades de ingreso en las regiones y el gasto en salud

Relación entre el gasto en salud de los hogares que pertenecen al 5° quintil de ingreso y el de los que pertenecen al 1° quintil
Total país según regiones. 1996/97



Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares. 1996/97. INDEC

- En este gráfico se presenta la relación entre el gasto en salud de los hogares que pertenecen al quinto quintil de ingreso y los que pertenecen al primer quintil. Este cociente alcanza sus valores máximos en Patagonia y Noreste, donde el gasto en salud de los hogares de mayor nivel de ingreso supera entre 7 y 8 veces al gasto de los hogares de menores ingresos. El indicador muestra que estas regiones -en las cuales se concentra los valores más bajos de gasto en salud- son, además, las que presentan situaciones más inequitativas para los hogares de más bajos ingresos.

Las regiones Pampeana y Cuyo son las que presentan un mayor grado de equidad, según este indicador. En ellas el gasto en salud de los hogares de mayores ingresos supera en aproximadamente 6 veces el gasto de los hogares del primer quintil.

Anexo

Definición de los indicadores de salud

1. Indicadores provenientes de estadísticas vitales y registros

- **ESPERANZA DE VIDA AL NACER:** número promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir si se mantuviera constante la tendencia de la mortalidad observada en el momento de su nacimiento. Se calcula como el cociente entre el número total de años que una cohorte de niños recién nacidos llegaría a vivir si estuviera expuesta, a lo largo de su vida, a dichas tasas de mortalidad (numerador) y el tamaño de la cohorte (denominador). Unidad de medida: Años.
- **TASA DE MORTALIDAD INFANTIL:** la tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año determinado con el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad (numerador), en el período dado de un año, dividido por el número total de nacidos vivos (denominador) durante el mismo período de tiempo, multiplicado por mil. Unidad de medida: Muertes por mil nacidos vivos.

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. La tasa de mortalidad infantil incluye a la mortalidad neonatal y posneonatal.

Tasa de mortalidad infantil neo-natal: se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad (numerador) y el número total de nacidos vivos (denominador) en dicho año, multiplicado por mil. Unidad de medida: Muertes por mil nacidos vivos.

Tasa de mortalidad infantil posneonatal: se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más (numerador) y el número total de nacidos vivos (denominador) en dicho año, multiplicado por mil. Unidad de medida: Muertes por mil nacidos vivos.

Nacido vivo: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

Defunción: es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar).

- **TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS:** se calcula como el cociente entre el número de defunciones de niños que mueren antes de cumplir 5 años de edad (numerador) y el total de población menor de 5 años en un determinado año (denominador), multiplicado por mil. Unidad de medida: Muertes por mil nacidos vivos.

- **TASA DE MORTALIDAD MATERNA:** se considera mortalidad materna a la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La tasa de mortalidad materna se calcula como el cociente entre el número de muertes maternas en un año determinado (numerador) y el número de nacidos vivos (denominador) en dicho año, multiplicado por cien mil. Unidad de medida: Muertes por 100.000 nacidos vivos.
- **TASA BRUTA DE MORTALIDAD:** se calcula como el cociente entre el número de defunciones (numerador) en un año determinado y la población estimada para ese mismo año (denominador), multiplicado por mil. Unidad de medida: Muertes por 1.000 habitantes.
- **MORTALIDAD ESPECÍFICA SEGÚN CAUSA:** se considera causa de defunción a todas aquellas enfermedades, estados morbosos, o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella y a las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones. La tasa de mortalidad según causa relaciona las defunciones provenientes de una causa específica (numerador) acaecidas en un determinado año con la población total (denominador) estimada para ese año.

Los datos presentados en esta publicación se refieren a la causa básica de la defunción, definida como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal. Los datos se presentan como estructura porcentual, calculada como el cociente entre las personas fallecidas en cada grupo de edad y el total de población de cada grupo, para ambos sexos y por cien.

- **TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD:** número promedio de hijos que habría tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida, si sus años de reproducción transcurrieran conforme las tasas de fecundidad de la población. Unidad de medida: Número de hijos promedio por mujer.
- **TASA BRUTA DE NATALIDAD:** se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos en un determinado año y la población total estimada para ese mismo año. Unidad de medida: Nacidos vivos por mil habitantes.

Los indicadores de natalidad y mortalidad por jurisdicción utilizados en esta publicación se presentan según el lugar de residencia habitual de la persona, definido como la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente. Este domicilio puede diferir de la localidad donde se encontraba la persona en el momento en que ocurrió el hecho, o de su residencia legal. El lugar de residencia se determina de la siguiente manera:

- para nacidos vivos: lugar de residencia de la madre en el momento del alumbramiento del nacido vivo;
- para defunciones de menores de un año: lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto);
- para el resto de las defunciones: lugar de residencia del fallecido al morir.
- **POBLACIÓN AFECTADA POR PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS:** expresa la cantidad de casos notificados de la patología en análisis en un período considerado. Se calcula como cociente entre el número de casos de cada patología y la población total multiplicada por 100.000. Unidad de medida: cada 100.000 habitantes.

2. Características, conceptos e indicadores de las encuestas a hogares

2.1. La Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida

a) Descripción general de la Encuesta

La Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida (EDS) se aplicó por primera vez en 1997. La responsabilidad de su diseño y ejecución depende del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y del Programa Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO).

La EDS fue diseñada y realizada para proveer información que aporte a la caracterización actualizada de las condiciones de vida de la población urbana de la Argentina y para estimar el alcance y grado de cobertura de los programas y servicios sociales, como así también, el acceso diferencial a los mismos según el nivel de ingresos de la población.

Objetivos:

- realizar un diagnóstico social de la Argentina, por regiones y grupos socioeconómicos;
- caracterizar las distintas dimensiones de las condiciones de vida de la población;
- identificar facetas de la desigualdad social, tanto respecto de la distribución del ingreso como de otras manifestaciones específicas;
- estimar modalidades y grados de vulnerabilidad y exclusión social asociados a las condiciones de vida de la población;
- medir grados de cobertura y focalización de las diferentes políticas sociales;
- estimar los niveles de accesibilidad efectiva a los servicios sociales por parte de distintos grupos poblacionales;
- producir información relevante para el diseño y planificación de estrategias de intervención social;
- identificar grupos cuyas actuales condiciones de vida impliquen una demanda social -real o potencial- para programas sociales públicos y/o privados;
- detectar problemáticas que puedan derivar en nuevas demandas para programas sociales.

Población y unidades investigadas:

La encuesta se dirigió a hogares particulares, residentes en el área urbana de las localidades de 5.000 habitantes y más de todo el país, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. En cada vivienda seleccionada se identificaron los hogares particulares que la ocupaban y se recabaron datos de la vivienda, de los hogares y de sus miembros.

La Encuesta se realizó en base a una muestra de 26.000 viviendas; la población encuestada representa el 96% de la población urbana del país y el 83,4% de la población total.

Se considera *hogar particular* al constituido por toda persona o personas que comparten una misma vivienda bajo un régimen de tipo familiar y consumen alimentos con cargo al mismo presupuesto, independientemente de que sean parientes o no. Se considera *miembro del hogar* a las personas que, cumpliendo con la condición mencionada anteriormente, habitan en la vivienda desde hace seis meses o más, o viven en ella desde hace menos de 6 meses pero declaran que han fijado o piensan fijar allí su residencia.

Variables investigadas:

La EDS cubre las siguientes áreas temáticas: vivienda y medio urbano, características de las familias, aspectos sociodemográficos de la población, acceso a los servicios de salud y educación, rendimiento

escolar, educación no formal, factores de riesgo para la salud, salud reproductiva, trabajo e ingresos, trabajo infantil, cuidado de la primera infancia, actividad física y deportiva, vida cotidiana y trabajo voluntario. Además releva información sobre acceso a vacunación y programas como los materno-infantiles y alimentarios.

Instrumentos de Recolección

Los datos fueron relevados a través de ocho cuestionarios. Los tres primeros indagaron sobre las condiciones habitacionales, el entorno físico y social y la conformación demográfica de los hogares. Los cinco restantes son individuales y se corresponden con las distintas fases etáreas del ciclo de vida de la persona: primera infancia, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. El detalle de los cuestionarios es el siguiente:

Nro. de cuestionario	Temática / Grupo etéreo
1	Vivienda
2	Hogar
3	Sociodemográfico
4	Primera infancia (de 0 a 5 años)
5	Niños (de 6 a 14 años)
6	Jóvenes (de 15 a 24 años)
7	Adultos (de 25 a 64 años)
8	Adultos mayores (de 65 ó más años)

Los cuestionarios individuales (4, 5, 6, 7 y 8) contienen distintos módulos temáticos sobre aspectos particulares de las condiciones de vida y sobre áreas de la política social. Existen tres módulos principales que se replican en casi todos estos cuestionarios dirigidos a las personas: a) Trabajo, b) Educación y c) Salud. Los restantes módulos, por su especificidad, son de menor extensión y, por razones de pertinencia temática no fueron incluidos en todos los cuestionarios. Por último, estos cuestionarios incluyen un conjunto de preguntas específicas para cada grupo etéreo. En el esquema siguiente se presenta la distribución de los módulos generales y específicos según los cuestionarios que componen la EDS.

Módulos temáticos	Cuestionarios							
	1	2	3	4 (0-4)	5 (5-14)	6 (15-24)	7 (25-64)	8 (65 años y más)
Vivienda	■							
Hogar		■						
Socio-demográfico			■					
Salud				■	■	■	■	■
Educación				■	■	■	■	■
Trabajo				■	■	■	■	■
Trabajo infantil					■	■	■	■
Embarazo y parto				■	■	■	■	■
Atención al niño				■	■	■	■	■
Historia educativa				■	■	■	■	■
Formación y capacitación para el trabajo					■	■	■	■
Participación en instituciones						■	■	■
Ingresos y expectativas sobre el nivel de vida						■	■	■
Fecundidad						■	■	■
Vida cotidiana						■	■	■

b) Conceptos utilizados

- **INGRESO PER CÁPITA DEL HOGAR:** el ingreso per cápita representa el ingreso promedio mensual de cada miembro del hogar. El ingreso per cápita del hogar es calculado como la razón entre el ingreso total que obtienen los hogares por todo concepto dividido por la cantidad de miembros que los integran. Unidad de medida: pesos corrientes
- **QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA DEL HOGAR:** los quintiles de ingreso per capita del hogar son determinados a partir de: a) el ordenamiento en forma ascendente de la totalidad de los hogares con ingresos mayores a cero, declarados de forma completa, en función del valor de su ingreso per capita y b) la distribución posterior de estos hogares en cinco grupos de igual tamaño. De esta forma, los hogares del primer quintil representan al 20 por ciento de los hogares con menor ingreso per capita, mientras que los del último quintil constituyen el 20 por ciento de los hogares con mayor ingreso per capita.

Este indicador requiere que cada uno de los miembros perceptores de ingresos del hogar haya declarado sus ingresos de forma completa. Con un solo miembro que no haya contestado, o que lo haya hecho de forma parcial, alcanza para que el ingreso per capita de dicho hogar no pueda calcularse. Por lo tanto, en los cuadros presentados fueron excluidos hogares en esta situación. También fueron excluidos aquellos hogares que no percibieron ningún tipo de ingreso en el mes de referencia.

- **PROMEDIO DE MIEMBROS POR HOGAR:** se calcula como el cociente entre el número de miembros de los hogares de cada quintil y el total de hogares de cada quintil. Para la población total, se considera el total de la población y se la divide por el total de hogares. En el cuadro se presenta el número de personas promedio por hogar.
- **HOGARES CON JEFE CON PRIMARIA COMPLETA O MENOS:** se calcula como el cociente entre el número de jefes de hogar de cada quintil que completaron el ciclo primario, o que asistieron a la escuela pero no llegaron a completar el ciclo, o que nunca asistieron y el total de hogares de cada quintil. Para la población total, se considera el total de jefes y el total de hogares. En el cuadro se presenta como porcentaje sobre el total de hogares.
- **COMPOSICIÓN POR GRUPOS DE EDAD:** se calcula distribuyendo la población de cada quintil según grupos de edad y dividiendo la población de cada grupo por el total de población de cada quintil. Cuando la composición se calcula para el total de la población, la población de cada grupo de edad se divide por dicho total. En el cuadro se presenta la composición porcentual de cada grupo de edad en relación al total de personas, por quintil de ingreso.
- **HACINAMIENTO:** el grado de hacinamiento es calculado como el cociente entre la cantidad de personas que vive en una vivienda y la cantidad de habitaciones (exceptuando baños y cocina) que posee la misma. El hacinamiento se considera moderado cuando dicho cociente es mayor de 2 y hasta 3 personas y crítico cuando supera a las 3 personas por cuarto. Unidad de medida: en el cuadro se presenta el porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico en relación al total de viviendas, para cada quintil.
- **VIVIENDAS CON ELIMINACIÓN INSALUBRE DE EXCRETAS:** son las viviendas que no cuentan con retrete con descarga de agua. Unidad de medida: el indicador se expresa como porcentaje del total de viviendas
- **VIVIENDAS CON ORIGEN INSALUBRE DEL AGUA:** son las viviendas que no cuentan con conexión a red pública de agua y por lo tanto la obtienen de perforación con bomba manual, o de ríos, acequias, etcetera. Unidad de medida: el indicador se expresa como porcentaje del total de viviendas.
- **POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA:** personas de 15 años y más que tienen una ocupación o que sin tenerla la han buscado activamente en la semana de referencia. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

- **POBLACIÓN OCUPADA:** personas de 15 años y más que declararon haber trabajado durante la semana de referencia.
- **POBLACIÓN DESOCUPADA:** personas de 15 años y más que no tienen trabajo y declararon haber buscado activamente trabajo durante la semana de referencia.
- **REGIONES:** las regiones de los cuadros que utilizan datos de Encuestas a Hogares incluyen la siguiente agrupación de áreas geográficas:
 - Gran Buenos Aires (GBA): Área Metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y partidos del Gran Buenos Aires)
 - Pampeana: Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires (excluidas las localidades del Área Metropolitana)
 - Noroeste: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero
 - Noreste: Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa
 - Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis
 - Patagonia: Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego

- **AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD:** se considera como afiliado al sistema de salud a las personas que declararon tener afiliación a Obra Social, Mutual o Sistema Prepago. A las personas que sólo tienen afiliación a un Servicio de Emergencia se las consideró no afiliadas.

La afiliación se define como la integración de la población a alguna institución que brinda servicios de salud. Puede ser obligatoria (obra social) o voluntaria (prepago-mutual, etcetera). Dentro de la población afiliada a obras sociales se incluye a los titulares, personas a las cuales se le efectúan descuentos directamente sobre su salario y a los familiares, personas incluidas en la cobertura médica por decisión del titular y por la cual también aporta de su salario. Los afiliados titulares de obras sociales son los asalariados registrados, es decir, aquellos a los que se les hacen los descuentos legales y los del sector pasivo (jubilados y pensionados).

- **PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD:** hace referencia a los malestares, enfermedades o accidentes que la población manifiesta haber tenido en los últimos 30 días. Esta pregunta se aplicó a toda la población.
- **UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:** incluye la realización de consultas con profesionales de la salud, la realización de prácticas diagnósticas y la utilización de servicios de internación. En la publicación no se incluyó información sobre este último ítem.
- **ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD:** las preguntas sobre la realización de consultas se aplicaron sólo a las personas que manifestaron haber sentido algún malestar en los últimos 30 días (percepción). Incluye consultas a profesionales de la salud de distintas áreas (médicos, odontólogos, psicólogos, kinesiólogos y otros profesionales para la salud). No se relevó información sobre consultas con fines preventivos de las personas que manifestaron no haber sentido malestar en el período de referencia.

Los porcentajes de atención médica están calculados sobre quienes declararon haber tenido algún malestar, enfermedad o accidente.

- **REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS DIAGNÓSTICAS:** se refiere a la utilización de servicios de diagnóstico a través de la realización de prácticas prescriptas por el médico tratante, efectuada por profesionales de la salud, con la finalidad de determinar el estado del paciente e indicar el tratamiento adecuado. Las técnicas incluyen mediciones e imágenes del cuerpo y el análisis de muestras de sangre, orina y otros elementos orgánicos. El período de referencia para esta pregunta es de tres meses anteriores a la realización de la encuesta.

- **PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:** hace referencia a la existencia de una orden de un profesional de la salud para el consumo de medicamentos. Las preguntas se realizaron a las personas que realizaron consultas y se refiere a los últimos 30 días.

2.2. La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares

a) Descripción general de la Encuesta

La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) de 1996/97 fue implementada por el INDEC. Es la primera encuesta de gasto **con cobertura nacional urbana** para localidades de 5.000 y más habitantes. Su antecedente más inmediato fue la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares 1985/86, para la Región Metropolitana del Gran Buenos Aires.

Objetivos

- Proporcionar la información necesaria para elaborar la estructura de ponderaciones del Índice de Precios al Consumidor.
- Proporcionar información para facilitar la realización de comparaciones inter-regionales de precios.
- Conocer la estructura del presupuesto de los hogares, el origen de los ingresos y su asignación a los distintos gastos.
- Proporcionar la información sobre cantidades consumidas.
- Proporcionar la información para la evaluación de los niveles de vida y facilitar la programación del gasto social.
- Proporcionar información básica para estimaciones de cuentas nacionales.

Población y unidades investigadas

La encuesta utilizó el mismo marco muestral que la EDS, por lo tanto se dirigió a hogares particulares, residentes en el área urbana de las localidades de 5.000 habitantes y más de todo el país, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991.

El concepto de hogar y miembro del hogar utilizado es el mismo que la EDS.

Principales variables investigadas

Las variables **temáticas** de la encuesta son el gasto y el ingreso de los hogares y las **variables** de clasificación son las características demográficas, ocupacionales y educativas de sus miembros, así como las características de la vivienda.

- Gasto: en la ENGH se investigaron todos los usos de fondos, excluidos aquellos que el hogar realiza en su calidad de productor de bienes y servicios. En la ENGH se investigaron los gastos corrientes y de capital de los hogares, excluidos los gastos relativos a sus actividades económicas. Los **gastos corrientes** incluyen gastos de consumo final y gastos no de consumo (impuestos, transferencias corrientes privadas, contribuciones sociales). Los **gastos de capital** comprenden las compras (netas de ventas) de viviendas, objetos valiosos u otros activos que usualmente se engloban bajo el nombre de "gastos de capital".
- Ingreso: en el caso de los ingresos la encuesta relevó información de todos los ingresos percibidos por los miembros del hogar provenientes del trabajo, derivados de sus propiedades o empresas, de transferencias o mediante la disposición de la riqueza. Se investigaron todas las entradas en dinero, en especie y las variaciones patrimoniales.
- Características demográficas: se indagaron las características habitacionales de los hogares y las características demográficas, educativas y socio-ocupacionales de sus miembros.

Instrumentos de recolección

Para el relevamiento de la información se utilizaron cuatro cuestionarios.

- Cuestionario 1: se relevó información para caracterizar al hogar y a cada uno de sus miembros a partir de aspectos socioeconómicos, demográficos, educacionales y de las características de la vivienda.
- Cuestionario 2: gastos diarios. El hogar registraba el gasto de la semana de referencia en alimentos y en otros bienes y servicios de consumo frecuente.
- Cuestionario 3: gastos varios. Se registraban por recordación los gastos correspondientes a bienes y servicios adquiridos en períodos de tiempo comprendidos entre el mes y el año anterior de la semana de entrevista.
- Cuestionario 4: ingresos. Se consignaban los ingresos percibidos por cada uno de los miembros del hogar, en los seis meses anteriores a la semana de la entrevista.

Período de encuesta

La encuesta se llevó a cabo durante doce meses consecutivos en cada región entre febrero de 1996 y marzo de 1997.

b) Conceptos utilizados

- **GASTO DEL HOGAR:** el concepto de gasto considerado es el de **gasto de consumo**. El gasto de consumo es el valor de mercado de todas las adquisiciones de bienes y servicios (ya sean al contado o a crédito) que realizan los hogares en el mercado para satisfacer sus necesidades según pautas o patrones sociales imperantes. Se excluyen de este concepto las adquisiciones de inmuebles, las salidas de dinero como las cuotas pagadas por compras efectuadas a crédito en el pasado y aquellas erogaciones denominadas gastos de no consumo, que son transferencias que realizan los hogares sin que medie contraprestación alguna en beneficio de los mismos, como regalos u ayudas en dinero a otros hogares dentro o fuera del país, donaciones en dinero a instituciones sin fines de lucro, cooperadoras escolares, impuestos y multas de inmuebles y automotores, impuestos y multas sobre contratos, legalizaciones, ganancias, bienes personales, obra social obligatoria, aporte jubilatorio del ama de casa, pérdidas en dinero por extravío o robo, etcetera. El gasto del hogar se expresa como promedio mensual.
- **GASTO EN SALUD:** los gastos en salud se expresan como promedios mensuales. Fueron clasificados en cuatro grupos:

Productos medicinales y elementos de primeros auxilios: incluye gastos por compra de medicamentos, elementos para primeros auxilios (vendas, apósitos, etcetera).

Sistema prepago de asistencia médica: cuota por la afiliación a un sistema de salud privado que no dependa de ninguna relación laboral de alguno de los miembros del hogar

Consultas: pago de consultas a médicos, odontólogos, psiquiatras, y servicios como análisis clínicos, radiografías, sesiones de fisioterapia, etcetera

Otros gastos: internaciones e intervenciones quirúrgicas y gastos en servicios como análisis clínicos, radiografías, sesiones de fisioterapia, otros gastos para la salud no incluidos anteriormente.

El gasto en salud no incluye aportes obligatorios a obra social ni los gastos en asilos de ancianos.