



Encuesta Anual de Hogares

de la Ciudad de Buenos Aires



aspectos referidos
a la salud
2002

Nº 3 - Año 2004



Dirección General de Estadística y Censos

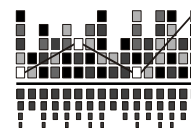
gobBsAs

Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires

Aspectos referidos a la salud



Dirección General de Estadística y Censos
Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



© Queda hecho el depósito que fija la ley N° 11.723

Editor responsable:

Lic. Martín J. Moreno

Elaboración de contenidos:

Lic. Adriana Redondo

Diseño Gráfico:

Adrián Trémoli, Adriana Costantino.

*Esta edición con una tirada de 100 ejemplares,
se terminó de imprimir en el mes de mayo de 2004
en la Dirección General de Estadística y Censos,
Av. San Juan 1340 (1148)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

Los interesados en obtener información o publicaciones editadas por la Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A) pueden remitirse a nuestro **Centro de Documentación**, ubicado en Av. San Juan 1340 (1148) -Buenos Aires- o bien comunicarse al tel.: 4307-3547 tel/ fax: 4307-5661 en el horario de 9,30 a 17hs.; email: bibdgeyc@buenosaires.gov.ar, o en la página de internet: <http://www.buenosaires.gov.ar>



Autoridades

Jefe de Gobierno

Dr. Aníbal Ibarra

Vicejefe de gobierno

Sr. Jorge Telerman

Secretaria de Hacienda y Finanzas

Lic. Marta C. F. Albamonte

**Subsecretario de Gestión y
Administración Financiera**

Dr. Fernando Calvo

Director General de Estadística y Censos

Lic. Martín J. Moreno

Presentación

Es esta la segunda publicación de la serie **Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires**, serie que tiene como objetivo presentar los resultados obtenidos en el relevamiento mencionado.

Se trata de un estudio por muestreo, que resultó en 7.220 hogares y 19.850 personas efectivamente relevados, distribuidos en todos los Centros de Gestión y Participación de la Ciudad (CGP).

Este operativo implica un relevamiento anual, que permite seguir la evolución de los cambios producidos en diversos aspectos en el ámbito de la Ciudad.

Las características de este emprendimiento permiten actualizar la información disponible acerca del empleo, la situación laboral, la pobreza, la vivienda, la educación, la salud, el hábitat y diversos temas de interés para el diagnóstico de la situación de la población de Buenos Aires.

El universo considerado fue diseñado para dar cuenta de la realidad específica de cada zona, ya que se trabajó por CGP y con una muestra suficiente como para obtener resultados válidos para esas unidades territoriales. Además, el tipo de preguntas permitió ampliar y precisar algunos temas de importancia.

En la presente publicación se abordan los **Aspectos referidos a la salud**, que han sido analizados por la Lic. Adriana Redondo; en publicaciones subsiguientes se irán abordando otras situaciones específicas que también releva la encuesta.

Mi agradecimiento a todos los que participaron en este trabajo y en especial a las personas que respondiendo a los encuestadores que los visitaron, hicieron realidad este proyecto.

Lic. Martín J. Moreno
Director General

Índice

Introducción	9
1 La segmentación del sistema de salud en la Ciudad.	10
1.1 El tipo de cobertura según división territorial.	10
1.2 La composición del tipo de cobertura por edad.	12
1.2.1 La composición del tipo de cobertura por sexo y edad.	13
1.3. El tipo de cobertura según la condición de actividad.	14
1.4. El tipo de cobertura por necesidades básicas insatisfechas (NBI).	15
2 La demanda de atención médica.	15
2.1 La demanda de atención médica según edad y tipo de cobertura.	15
2.1.1 La realización de consultas médicas según edad y tipo de cobertura.	16
2.1.2 El tipo de cobertura utilizado para la realización de consultas médicas por sexo.	16
2.2 La realización de consultas médicas según condición de actividad.	17
2.3 Lugares de realización de las consultas médicas.	18
2.3.1 Lugares de realización de las consultas médicas según sexo.	18
2.3.2 Lugares de realización de las consultas médicas por grupos de edad.	19
2.4 La frecuencia de realización de las consultas médicas.	19
2.4.1 La no realización de consultas médicas en los 6 últimos meses según sexo y edad.	20
2.4.2 La diferenciación en la no realización de consultas según posición en el hogar.	20
2.5 La consulta médica según NBI.	21
3. La demanda de internación.	21
3.1 La demanda de internación por edad.	22
3.2 La internación por tipo de efector.	23
3.3 La internación por tipo de cobertura.	25
3.4 Modalidad de financiamiento de las internaciones.	25
4 El consumo de medicamentos entre los residentes de la Ciudad.	26
4.1 Modalidades de financiamiento para el acceso a la medicación.	27
4.2 Relación entre el consumo de medicamentos y la realización de consultas médicas.	28
4.3 Relación entre el consumo de medicamentos y el tipo de cobertura.	30
5 El acceso a la consulta odontológica.	31
5.1 Consultas odontológicas según edad del entrevistado.	31
5.2. Lugares de realización de las consultas odontológicas.	33
5.2.1 Lugares de realización de consultas odontológicas según edad.	33
5.3 El tipo de financiamiento de las consultas odontológicas.	34
5.4 La relación entre realización de consultas médicas y odontológicas.	35
5.5 La relación entre el nivel educativo y la realización de consultas odontológicas.	35
6 Conductas preventivas de las mujeres en relación a su salud:	
controles ginecológicos y realización de PAP	36
6.1 La realización de controles ginecológicos.	37
6.2 La periodicidad de los controles ginecológicos.	37
6.2.1 La periodicidad de los controles ginecológicos según nivel de instrucción.	38
6.2.2 La periodicidad de los controles ginecológicos por tipo de cobertura.	38
6.2.3 La realización de controles ginecológicos según condición de NBI.	39
6.3 La realización de Papanicolau.	40
6.3.1 La periodicidad de realización de Papanicolau según edad.	40
6.3.2 La periodicidad de realización de Papanicolau por tipo de cobertura.	41
6.3.3 La realización de Papanicolau según nivel de instrucción.	42

7	Perfiles de morbilidad en relación a discapacidades y enfermedades crónicas.	42
7.1	Las discapacidades declaradas.	42
7.1.1	Discapacidades según edad.	43
7.1.2	Discapacidades según NBI.	44
7.2	Las enfermedades crónicas.	44
7.2.1.	Enfermedades crónicas entre la población masculina y femenina.	46
7.2.2.	La realización de consultas médicas por parte de los enfermos crónicos.	47
7.2.3.	Enfermedades crónicas y consumo de medicamentos.	48
8	Las condiciones de salud en los primeros años de vida: lactancia materna y vacunación.	48
8.1	El consumo de leche materna.	48
8.1.	Consumo de leche materna y uso de mamadera por edad.	49
8.1.2	El amamantamiento.	49
8.1.3	El uso de mamadera entre los menores de 2 años.	51
8.2	La vacunación obligatoria en la población infantil.	53
8.2.1	Algunas observaciones preliminares.	53
8.2.2	La vacunación de los niños según la exhibición del Certificado de Vacunas aplicadas.	53
8.2.3	Nivel de cobertura completa de vacunación obligatoria en niños hasta 2 años.	54
8.2.4	La aplicación de vacunas por división territorial.	54
8.2.5	La aplicación de vacunas por división territorial según sexo.	55
8.2.6	Análisis comparativo de niveles de cobertura de vacunación obligatoria.	55
9	Conclusiones	57
10	Bibliografía	59
11	Anexo metodológico	61

El módulo de Salud de la Encuesta Anual de Hogares permite identificar las diferencias dadas en la población de la Ciudad de Buenos Aires en relación a diversos ejes temáticos vinculados, entre otros, a las condiciones de acceso a la atención médica y odontológica, los tipos de demanda, algunas conductas preventivas y la existencia de enfermedades crónicas y discapacidades.

El análisis de dichas situaciones a través de aspectos tales como el sexo, la distribución territorial, la edad, el nivel de instrucción, la condición de actividad, y los niveles de pobreza, encuadra a la salud en un contexto sociodemográfico más amplio, y permite demarcar algunas desigualdades existentes en la población relevada.

Una de las características de esta Encuesta (como en la mayoría de este tipo de relevamientos) es que está basada en la declaración de los entrevistados. En el caso particular del área salud esto resume ventajas y desventajas. Por un lado, ubica la caracterización de la situación sanitaria de la Ciudad desde la percepción de sus habitantes sin derivarse de ninguna práctica médica de control de la información obtenida. Este es un abordaje valioso en cuanto a recuperar el conocimiento sobre la salud desde su construcción discursiva, en el que entran en juego diversos parámetros sobre la salud y enfermedad, así como la valoración que los propios entrevistados tienen sobre las prácticas concretas de demanda de consulta médica, más allá de condicionantes socioeconómicos. Asimismo, permite analizar estas prácticas desde diversos subuniversos establecidos por grupos étnicos, por sexo o por áreas territoriales.

En algunas temáticas puntuales tales como las vinculadas al padecimiento de enfermedades crónicas y/o a la existencia de miembros del grupo familiar con discapacidades, por ejemplo, existen mayores posibilidades de que las respuestas de los entrevistados estén impregnadas de ciertos niveles de subjetividad, ya que en la aceptación o el reconocimiento de dichas enfermedades o, simplemente en su definición, intervienen múltiples factores. Entre otros, la existencia de un diagnóstico previo que efectivamente las confirme, la naturalización de la enfermedad que, por ser en muchos casos de larga data, genera un desdibujamiento como tal en las representaciones de los individuos y otros, en muchos casos valorativos, vinculados al peso de las miradas socialmente discriminatorias sobre las discapacidades que pueden llevar a la posible negación de las mismas. Este espectro de factores plasma respuestas estrictamente vinculadas a la percepción de los sujetos respondientes y por lo tanto, no pueden ser consideradas como una cabal cuantificación del fenómeno.

Por otro lado, los resultados obtenidos no pretenden sintetizar descriptivamente la situación de la salud de la población porteña. Factores como el registro personal en cuanto a la periodicidad de los controles realizados, o las dosis de vacunación aplicadas a los niños (en el caso de quienes no muestran la libreta sanitaria), se ligan fuertemente a quién es el respondiente y a su capacidad de memoria. En el caso de la utilización de los servicios de salud a través de las consultas médicas declaradas, no es posible establecer relaciones con niveles de morbilidad, ya que los datos permiten acercarse a las posibilidades de acceso de la población a dichos servicios más que a establecer la existencia de enfermedades, que por factores restrictivos de índole laboral o económicos, pueden estar desatendidas.

La importancia de la información relevada radica en la variedad de temas encarados en el contexto de una encuesta multitemática y no específica de salud, y en la posibilidad de establecer relaciones con otros aspectos (educativos y laborales, entre otros) ligados a la salud. La regularidad de los relevamientos que darán continuidad a esta primera consulta, permitirá ir identificando prácticas concretas y condiciones de acceso a la salud de la población que podrán ser objeto de políticas particulares, fundamentalmente ligadas a lo preventivo.

1 La segmentación del sistema de salud en la Ciudad

La cobertura de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires se configura a través de los sistemas público, de seguridad social y privado, que históricamente han asumido una mayor o menor preeminencia, en función de las políticas sectoriales establecidas, en cada contexto político tanto a nivel nacional como local y el poder real que cada uno de dichos actores ha podido ejercer.

En ello han tenido incidencia diversos factores en la última década tales como, entre otros, la desregulación de las Obras Sociales, la descentralización de los hospitales públicos, las políticas favorables al crecimiento del mercado de la salud, a partir de la incorporación en él de sectores financieros y comerciales de alto peso. Esto ha influido tanto a nivel de las políticas de medicamentos, como en las importaciones de insumos y equipamiento de alta tecnología, con la consecuente expansión del ámbito privado a través de las Prepagas con importantes niveles de mercantilización de las prácticas sanitarias.

En síntesis, en un contexto de nuevas lógicas del poder estatal de control, regulación y promoción de la salud de la población, ésta pasa de ser un bien público a un bien de mercado, con consecuencias reales sobre los niveles de equidad en el acceso y las posibilidades de atención de sus demandas.

La mitad de la población de la Ciudad de Buenos Aires cubre sus necesidades de atención de la salud a

través de la afiliación a las Obras Sociales. El 25.6% lo hace a través del Sistema Público (incluyendo aquí al Plan Médicos de Cabecera del GCBA que alcanza al 2,1% de la población). En el sector privado, quienes están afiliados sólo a opciones de Medicina Prepaga representan el 18% del total de la población, mientras que la afiliación voluntaria sólo a Mutuales, incorpora al 1.2% de la misma.

Otras opciones de protección, no resultan significativas. En el caso de la cobertura parcial que tienen aquéllos que sólo están adheridos a Sistemas de Emergencia Médica, no llegan a representar al 1% de la población. La múltiple cobertura, a través de dos o más sistemas combinados diversamente (ej. Mutual y Sistema de Emergencias Médicas, o Mutual, Obra Social y Emergencias Médicas, entre otras articulaciones dadas) abarca al 4.6% de la población.

Esto sólo da cuenta de estrategias de contratación planteadas desde un criterio selectivo de algunos servicios particulares en función de los riesgos y necesidades de cada grupo familiar, puede ser consecuencia tanto de las limitaciones de la oferta del sistema al que adhieren, como de las dificultades económicas que impiden la elección de opciones más integrales y/o de la priorización del resguardo de algunas necesidades cuya resolución a través del Sistema Público son consideradas inviables.

1.1 El tipo de cobertura según división territorial

La pertenencia a los diversos sistemas de cobertura encuentra en las distintas áreas territoriales de la Ciudad una distribución heterogénea, condicionada probablemente por el nivel socioeconómico de los habitantes de cada una de ellas, que tienen niveles de accesibilidad diferenciados a la atención y el cuidado de su salud.

Los casos de los CGP 8 y 13, pueden ser analizados como los ejemplos paradigmáticos de la diversidad mencionada. Es así que el acceso al Sistema Público alcanza un importante nivel de influencia en el CGP 8 (Lugano, Riachuelo y Villa Soldati) cubriendo al 53,5% de su población y en cambio, representa

la cobertura de únicamente el 9% de la población del área comprendida por el CGP 13. Se dan coincidentemente en ambos casos, idénticos niveles de cobertura en relación a las Obras Sociales (40%), pero al considerar la adhesión a sistemas de Medicina Prepaga, se observan nuevamente los abiertos contrastes. Mientras que en el CGP 13, la cobertura es de un 38%, en el CGP 8, es del 2% (representando el mayor y el menor valor de toda la distribución territorial de la Ciudad). Cabe señalar para contextualizar esta información, que los habitantes del CGP 8, son quienes alcanzan los menores niveles de ocupación (40.7%) y los mayores niveles de desocupación (11.2%) e inactividad

¹ Estos valores guardan coincidencia con los que se presentan en el Informe Integral de la Región Pampeana del SIEMPRO, publicados en marzo de 2003. En él, la población de la Ciudad según cobertura de salud en el 2001, estaba cubierta en un 49.8% por Obras Sociales, en un 26.7% por Prepagas y/o Mutuales en un 26.7% y por el Sector Público, en un 22.8%
www.siempro.gov.ar

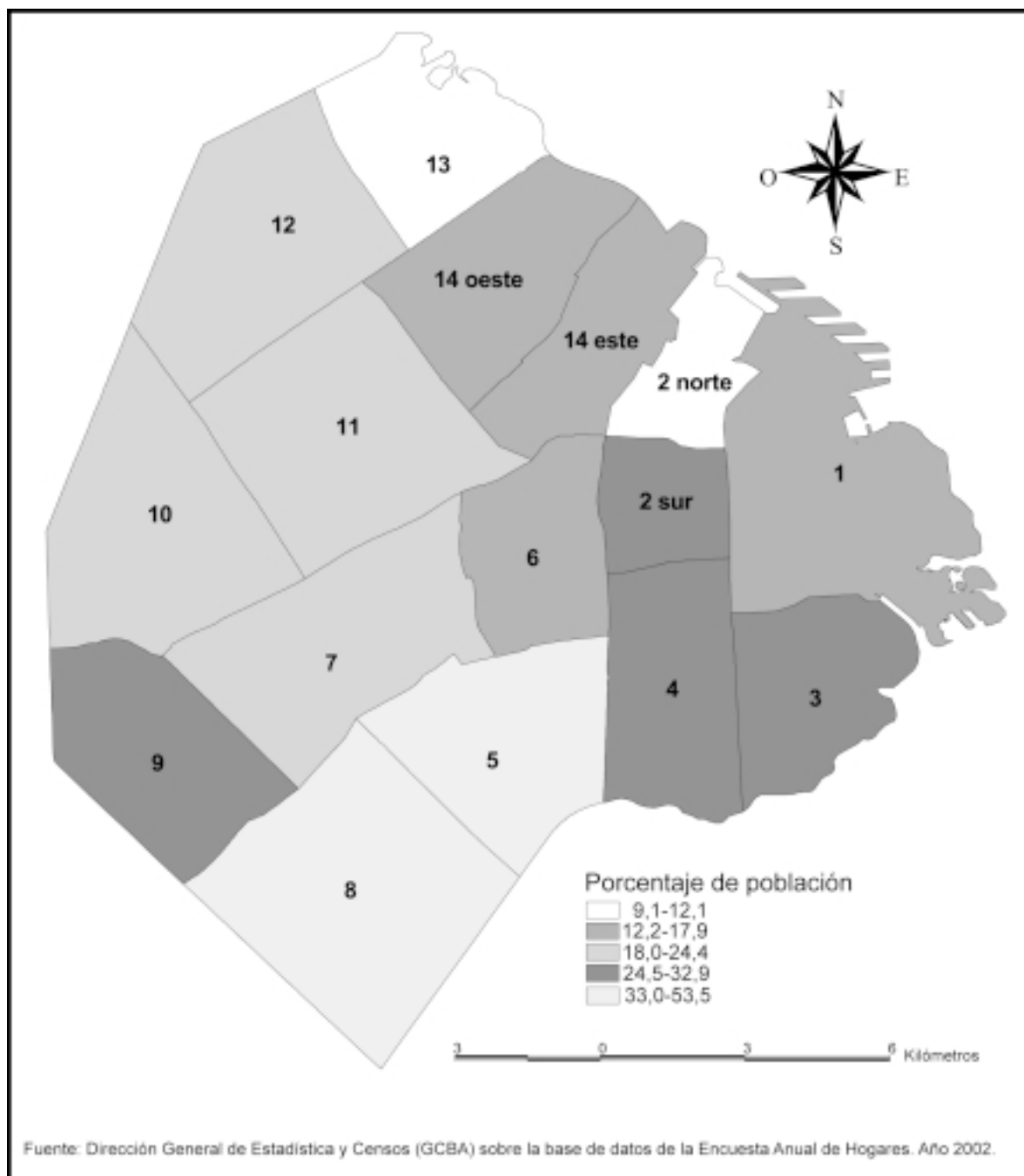
(48.2%) de toda la Ciudad. Por el contrario, en el caso del CGP 13, dichos valores representan marcadas diferencias en cada una de las situaciones mencionadas, con el 54.3%, el 7.2% y el 38.5% respectivamente.

Otra distribución particular es la dada en el CGP 5, también de la zona Sur, en el que el 88,6% de la población se subdivide en partes iguales entre quienes sólo tienen al Sistema Público como cobertura y aquéllos con Obra Social. En relación a este último tipo de cobertura, se da un peso importante de los inactivos (47.4%) en este área².

Paralelamente, en el CGP 10 (Villa Devoto y Villa del Parque), de la Zona Oeste, así como en el área del CGP 6 (Almagro, Boedo y Caballito), de la Zona Este, la afiliación a las Obras Sociales alcanza los valores más altos, próximos al 60% en ambos casos.

En este último, la Medicina Prepaga y el Sistema Público giran en torno a un 17% de la población cubierta por cada uno de ellos. En los primeros, en cambio, aparece un mayor nivel de dependencia de los efectores públicos de salud (20%) y un menor nivel de población afiliada a la Medicina Prepaga (14%).

Distribución porcentual de la población de la Ciudad de Buenos Aires con sistema público de cobertura médica según Centro de Gestión y Participación (CGP). Año 2002



² Este valor es el segundo en el rango de la población inactiva distribuida por CGP. EAH 2002.

1.2 El tipo de cobertura por edad

Este análisis refleja que en todas las franjas etáreas las Obras Sociales constituyen la opción de cobertura prioritaria. En segundo lugar, se ubica el Sistema Público y éste es secundado por la Medicina Prepaga, tal como se señalara para el conjunto de la población estudiada. Sólo en la población mayor de 60 años, se invierte el peso de estos dos últimos tipos de cobertura.

El análisis de la distribución por franjas etáreas demarca algunas diferencias en cuanto a la adhesión a los distintos tipos de cobertura. Entre los menores de 59 años, la población afiliada a las Obras Sociales se mantiene en valores (entre el 44% y el 48%) muy próximos a la media de la Ciudad (50%). En aquéllos de mayor edad, dada la influencia de la cobertura dada por el PAMI, el nivel de cobertura llega al 65.6%.

Para los jóvenes y niños la opción prevalente es la cobertura por el Sistema Público (32.1% y 30.5% respectivamente) y en las restantes franjas hasta los

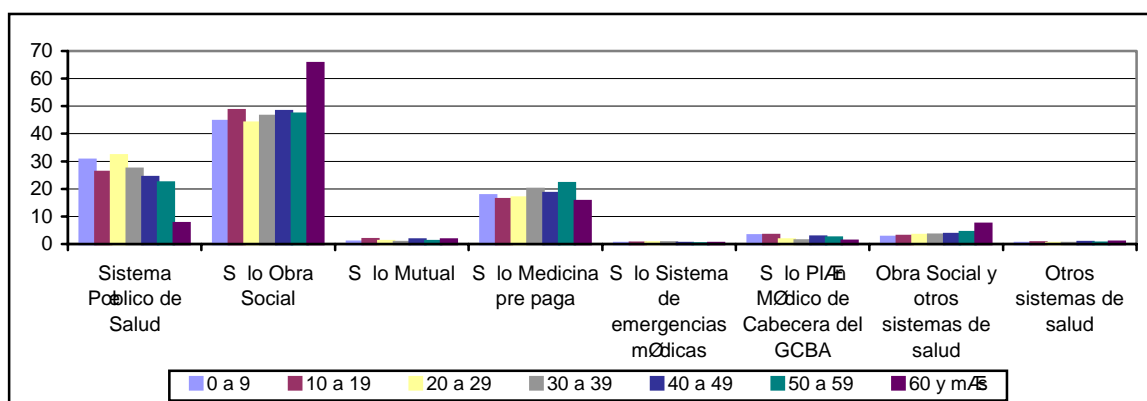
59 años, se distribuye en forma medianamente homogénea (rondando valores entre el 22% y 26%). En el conjunto de la muestra, no aparecen diferencias por edades para el caso de la Medicina Prepaga (el rango se extiende entre un 16% y un 22%).

Al analizar la distribución de las franjas etáreas en cada tipo de cobertura, resalta la importancia del grupo de los mayores de 60 años en algunos de ellos. Tanto entre quienes sólo cuentan con su Obra Social (27%), con sistemas de Medicina Prepaga (19%) o con Mutuales (27%) este grupo de edad alcanza los valores más altos de la distribución. Por el contrario, entre los que sólo dependen de la oferta del Sistema Público su presencia disminuye al 8%.

La cobertura a través del Sistema Público y del Sistemas de Emergencias Médicas presenta una importante adhesión de la población joven de 20 a 29 años (23% y 24% respectivamente).

Gráfico 1

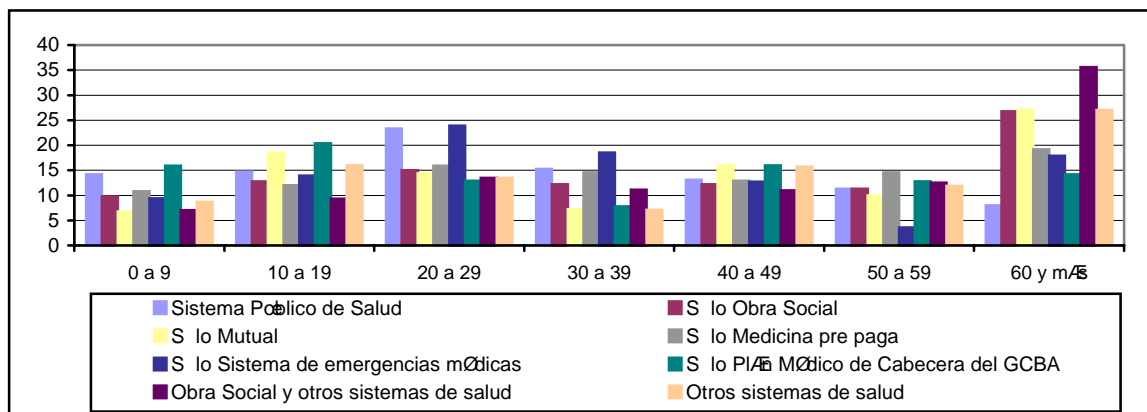
Distribución porcentual de la población según grupo de edad por tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 2

Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura por edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

³ En los ancianos mayores de 80 años, la cobertura llega al 75%.

⁴ Se incluye en el sistema de Obras Sociales, al PAMI, que tiene la cobertura más extensa de la población de mayor edad.

1.2.1 La composición del tipo de cobertura por sexo según la edad

La población masculina de la Ciudad se halla afiliada a Obras Sociales en un 48.3%, a sistemas de Medicina Prepaga en un 18,7% y depende del Sistema Público en un 25%, con valores muy próximos a los del conjunto de la Ciudad. En el caso de la población femenina, se da un valor levemente mayor en cuanto a la afiliación a Obras Sociales (51.5%) y algo menor en relación al Sistema Público (22.2%), siendo casi indistinto en relación a la adhesión a la Medicina Prepaga (17,4%), pero en ningún caso esto representa a nivel global, diferencias de significación.

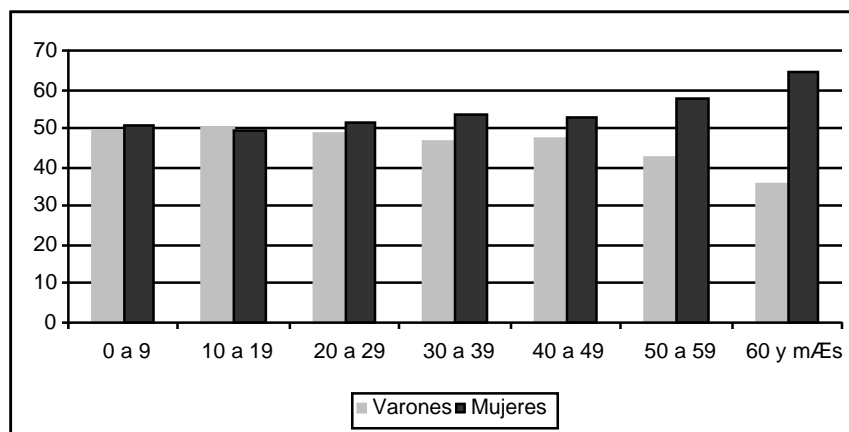
Al realizar en cada uno de los sistemas, la discriminación por sexo y edad, es posible observar comportamientos heterogéneos en la población.

Es así que en el caso de los afiliados a Obras Sociales, aparece una relativa similitud entre los niveles de cobertura masculina y femenina en las diversas franjas etáreas hasta los 50 años. A partir de este segmento etéreo se maximizan las diferencias (42.4% y 57.6% en el grupo de 50 a 59), y llegan a duplicarse en los mayores de 60 (35.8% y 64.2% respectivamente) entre la cobertura de hombres y mujeres.

La situación en el Sistema Público presenta una alternancia en cuanto a la distribución de la cobertura de varones y mujeres por edades, con márgenes de diferencia no mayores a un 6%, salvo en la franja de 50 a 59 años en la que la población femenina supera en un 13% a la masculina.

Gráfico 3

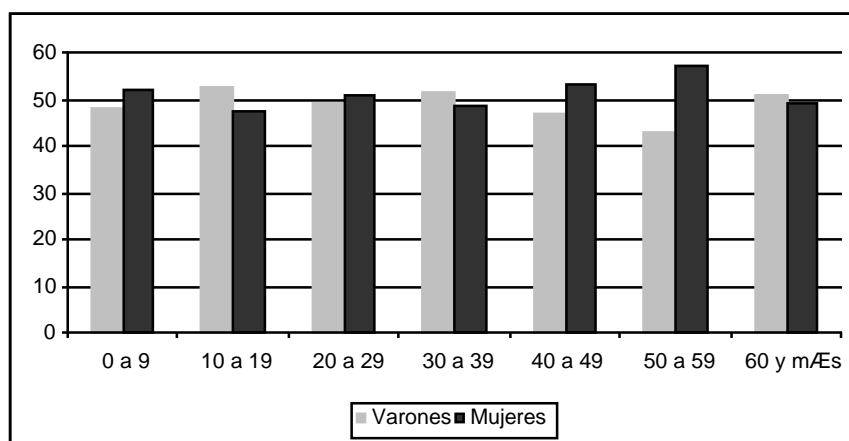
Distribución porcentual de la población afiliada a Obra Social según sexo por edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 4

Distribución porcentual de la población cubierta a través del Sistema Público de Salud según sexo por edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

1.3 El tipo de cobertura según la condición de actividad

El Sistema Público de salud representa la única opción de cobertura para el 23% de la población de la Ciudad. La composición de dicha cobertura por condición de actividad, indica que ella es ocupada en un 41.7%, desocupada en un 16%, en un 27% inactiva y en un 14% constituida por los menores de 10 años.

Resulta un dato de interés que en el conjunto de la población que tiene por cobertura al Sistema Público, los ocupados representan la proporción más alta. Ello resulta un elemento ilustrativo del contexto de precariedad laboral acentuado durante la década de los 90 en nuestro país. Las condiciones de trabajo transitorio, la pauperización y burocratización creciente de las Obras Sociales, lleva a que el hospital público sea un referente vigente para la atención de la salud de la población ocupada.

La distribución del acceso a los diferentes tipos de cobertura de la población evidencia que en el caso de los ocupados se manifiesta un paralelismo con los valores que alcanza cada sistema para la media poblacional de la Ciudad. Los que cuentan con Obra Social constituyen un 50%, y con valores próximos al 21% se encuentran quienes están afiliados a planes

de Medicina Prepaga o sólo están cubiertos por el Sistema Público. La doble o triple cobertura, que implica la adhesión a otro plan además de la Obra Social, sólo cubre al 4.5% de la población ocupada.

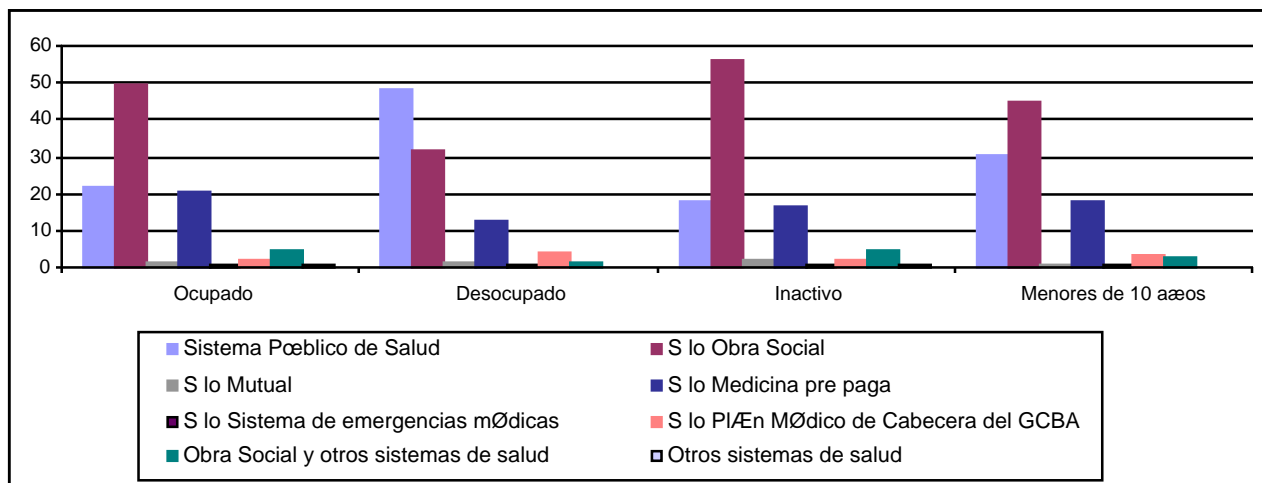
Por su lado, los desocupados dependen casi en un 50% del Sistema Público, pero mantienen niveles relativamente altos de cobertura a través de las Obras Sociales (3 de cada 10 de ellos) y acceden en un 12.5% a la Medicina Prepaga.

Se destaca en este caso, un 4% de desocupados sostenidos por el Plan Médicos de Cabecera (valor que duplica al de otras categorías).

Los inactivos son quienes, por su adhesión al PAMI en el caso de los jubilados, se concentran en un 56% en las Obras Sociales y recurren al Sistema Público en un 18% y sólo en un 16% a la Medicina Prepaga. Las serias dificultades de oferta de servicios brindados por el PAMI en la última década, con interrupciones en las prestaciones ambulatorias, en la provisión de medicamentos, y en los servicios de internación en clínicas entre otras, marcan un importante nivel de desprotección para este sector de la población inactiva.

Gráfico 5

Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura por condición de actividad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

1.4 El tipo de cobertura por NBI

El acceso a los diferentes tipos de cobertura se ve condicionado por los recursos económicos y la situación laboral de los entrevistados. Esto se refleja claramente al dividir a la población en función de su pertenencia a hogares que pueden o no tener cubiertas sus necesidades básicas.

En la Ciudad de Buenos Aires alrededor del 70% de las personas con NBI dependen del Sistema Público de Salud ya que es el único que provee atención médica gratuita. La tercera parte restante cuenta, en su gran mayoría, con el respaldo de una Obra Social.

Por el contrario, más de la mitad de la población sin NBI se encuentra cubierta a través del Sistema de Seguridad Social (52.2%) y una quinta parte está protegida por el Sistema Público, valor que se equipara con el de la cobertura privada. La diversidad de situaciones económicas en este grupo se revela al observar que aunque muchos de ellos están en condiciones de afrontar el pago personal para ampliar sus posibilidades de atención, muchos otros siguen recurriendo a la cobertura estatal para proteger su salud.

Cuadro 1

Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura por NBI y zona. Ciudad de Buenos Aires

	Tipo de cobertura				Total
	Sistema público y Plan Médicos de Cabecera	Obra social	Medicina prepaga	Otros	
Sin NBI					
Total Ciudad	21,0	52,2	20,0	6,8	100
Zona Norte	12,9	45,5	33,3	8,3	100
Zona Sur	31,6	54,4	9,2	4,8	100
Zona Oeste	24,0	53,0	16,0	7,1	100
Zona Este	17,7	57,2	19,0	6,1	100
Con NBI					
Total Ciudad	69,1	28,3	0,5	2,0	100
Zona Norte	58,3	38,6	1,8	1,2	100
Zona Sur	75,9	22,4	0,2	1,5	100
Zona Oeste	72,7	25,8		1,5	100
Zona Este	54,1	40,8	1,1	4,1	100

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

2 La demanda de atención médica

2.1 La demanda de atención médica según edad y tipo de cobertura

El 66% de la población de la Ciudad de Buenos Aires ha demandado atención médica a través de la consulta a profesionales de la salud en el semestre anterior al relevamiento.

En la Ciudad existen tres alternativas de sistemas de cobertura médica que absorben mayoritariamente la demanda de atención que la población realiza. El Sistema de Seguridad Social está compuesto por las Obras Sociales, el Sistema Privado que incluye a la Medicina Prepaga, los subsistemas de Emergencia Médica y las Mutuales y el Sistema de Salud Pública. Las Mutuales y los subsistemas como el de Emergencias Médicas atienden una pequeña minoría que, en el conjunto y a los fines de este estudio, resulta

irrelevante. Es importante señalar que una proporción bastante elevada de la población sólo puede acceder a la cobertura médica a través del Sistema Público ya que es el único que no conlleva una contraprestación económica por parte del usuario.

Poco más de la mitad de las consultas médicas efectuadas (52%) en los últimos 6 meses han sido cubiertas por las Obras Sociales, el 21,3% por el Sistema de la Medicina Prepaga y el 17% por el Sector Público. Estos datos concuerdan con la afiliación mayoritaria de la población a estos tipos de cobertura médica.

El Programa "Médicos de Cabecera" gestionado por el Gobierno de la Ciudad cubre al 2,3% de las consultas realizadas.

2.1.1 La realización de consultas médicas según edad y tipo de cobertura

Las diferentes alternativas de cobertura contienen de manera heterogénea la demanda de atención médica de los diferentes grupos etáreos.

En todas las franjas etáreas las consultas médicas realizadas en los últimos 6 meses han sido cubiertas en mayor proporción a través de las Obras Sociales. Esta se mantiene relativamente uniforme para la población hasta los 59 años (entre el 45% y el 50%). Por el contrario, esta opción es utilizada por el 65% de los mayores de 60 años.

El Sistema de Medicina prepaga cubre el 21.3% de las consultas realizadas y no registra una variación importante entre los grupos etáreos considerados. Sólo en el caso de la población de entre 50 y 59 años se distingue un nivel de cobertura levemente superior, que alcanza al 26% de los pacientes.

Dentro del Sistema de Salud Público ha sido realizado el 17% del total de las consultas. La proporción de utilización de esta alternativa es relativamente homogénea en los distintos grupos etáreos. Se advierte, sin embargo, un nivel de cobertura de

las consultas levemente superior entre los niños y los jóvenes de la Ciudad. Es así que 3 de cada 10 niños menores de hasta 9 años (27,3%) han efectuado controles médicos en este sector. Los jóvenes entre 20 y 29 años, por su parte, han recurrido a la Salud Pública en un 23,6% .

Entre quienes recurren al Programa Médicos de Cabecera se destacan los niños menores de 10 años y los mayores de 60 años (19,6% y 17% respectivamente). Los adultos entre 30 y 39 años son quienes menos recurren a esta alternativa (6,8%). Por último, el resto de los grupos etáreos han recurrido a dicho programa en aproximadamente un 15%.

En algunos casos la población combina dos o más sistemas de cobertura para conseguir una mayor protección a su salud. El 5,5% de los entrevistados que ha consultado a un especialista en el último semestre cuenta con este tipo de cobertura mixta. La cuarta parte de las consultas realizadas dentro de esta modalidad han sido cumplidas por los mayores de 60 años.

2.1.2 El tipo de cobertura utilizado para la realización de consultas médicas por sexo

El análisis de las consultas médicas a las que recurre la población masculina y femenina de la Ciudad de acuerdo a su tipo de cobertura permite evaluar que el sexo no genera variabilidad.

El 50,5% de la consulta médica efectuada por los varones es cubierta por Obras Sociales; el 23% por medio de la Medicina Prepaga y el 17,2% por el Sistema Público de Salud. El subsistema de Emergencias Médicas ha recogido sólo una ínfima parte (0,4%) de las consultas. Idénticos valores se dan entre las mujeres en estas dos últimas opciones y se manifiestan diferencias mínimas a favor de las Obras Sociales (52,8%) y en menor medida hacia las prepagas (20,2%)

Al considerar separadamente a los grupos etáreos masculinos, la incidencia de las alternativas de cobertura varía. En el caso de las Obras Sociales la mayoría de los grupos de edad registran valores cercanos al 45%. Los varones de 40 a 49 y los mayores de 60 años, en cambio, utilizan más aún este tipo de cobertura para sus consultas médicas (53,8% y 65% respectivamente).

Menos de la cuarta parte de las consultas masculinas (22,9%) ha sido cubierta mediante la Medicina Prepaga. Mientras 3 de cada 10 varones de 50 a 59 años han hecho uso de este sistema, sólo 2 de cada 10 mayores de 60 años ha tenido igual comportamiento

(28,8% y 20,5% respectivamente). Los niños y adolescentes registran proporciones similares a los de la población de mayor edad. La población joven y adulta (entre 20 y 49 años) alcanza valores cercanos al 24% en sus niveles de consulta a través de este sistema.

La cobertura a través de una Mutual sólo ha incluido en sus servicios al 1,5% de la consulta masculina y al 1,3% de la femenina. Estos valores se mantienen constantes en los distintos grupos etáreos.

El aprovechamiento de los diferentes tipos de cobertura por parte de las mujeres que han realizado consultas médicas en los últimos 6 meses es similar al empleo de los mismos por parte de los varones.

Por su parte, los distintos grupos etáreos femeninos presentan un comportamiento equivalente al observado para el total de las mujeres que efectuaron consultas médicas. Es posible destacar, sin embargo, diferencias entre los grupos de mujeres de mayor y de menor edad.

Entre las mayores de 60 años se demanda en mayor medida la cobertura de la Seguridad Social (59,2%) y disminuye la asistencia a través del Sistema de Salud Pública (10%).

Contrariamente, casi la tercera parte de las niñas menores de 10 años (27,8%) utilizan la cobertura del Sistema de Salud Pública para sus controles pediátricos.

2.2 La realización de consultas médicas según condición de actividad y sexo

La condición de actividad pareciera tener consecuencias en las posibilidades de la población de acceder a la atención médica, sin embargo no se han registrado diferencias de significación entre la población perteneciente a las diversas categorías consideradas. Aunque en todos los casos, más de la mitad de la población ha consultado a un especialista en los últimos 6 meses, algunos grupos se distancian del valor registrado para el total de la Ciudad cercano al 70%. La mayor realización de consultas se observa entre los niños menores de 10 años (80,4%) seguidos por los inactivos (69,3%). Los ocupados y los desocupados, en cambio, se ubican por debajo (62% y 56,4% respectivamente), aunque con una diferencia no destacable entre sí. Es decir que, para el total de la Ciudad, y a nivel general, el nivel de consultas no se ve influido por la condición de ocupación de la población.

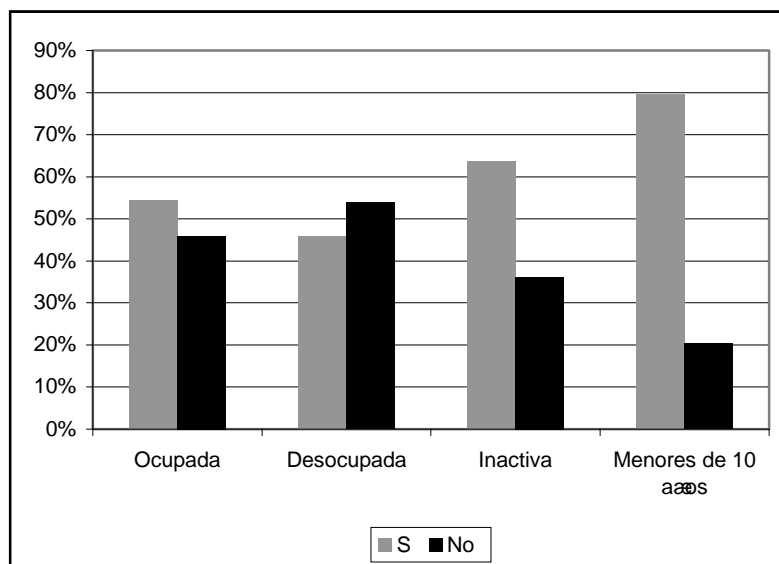
El análisis del nivel de consultas por condición de actividad desagregado según el sexo de la población, revela por el contrario diferencias en la atención de su salud por parte de hombres y mujeres.

Si se tiene presente que el 59,4% de los hombres y el 72% de las mujeres ha consultado a un médico en el semestre anterior a la encuesta, se aprecia la diferente conducta de cada subconjunto poblacional en relación el cuidado de su salud. Las mujeres registran en las diversas categorías dadas por su condición de actividad, un mayor nivel de consulta médica. En el caso de las personas ocupadas, las mujeres han consultado en un 71% y los hombres en un 54,5%. Esta importante diferencia se observa también para los desocupados: las mujeres se ubican en un 65% mientras que los hombres alcanzan el 46%. El mayor control médico por parte de las mujeres respecto de los hombres inactivos revela una distancia bastante inferior (72,3% y 63,8% respectivamente).

La atención periódica de la salud de los menores de 10 años, obviamente dependiente de la voluntad y responsabilidad de los adultos a su cargo, se expresa en valores similares para ambos sexos (81,3% de las niñas y el 79,6% de los niños).

Gráfico 6

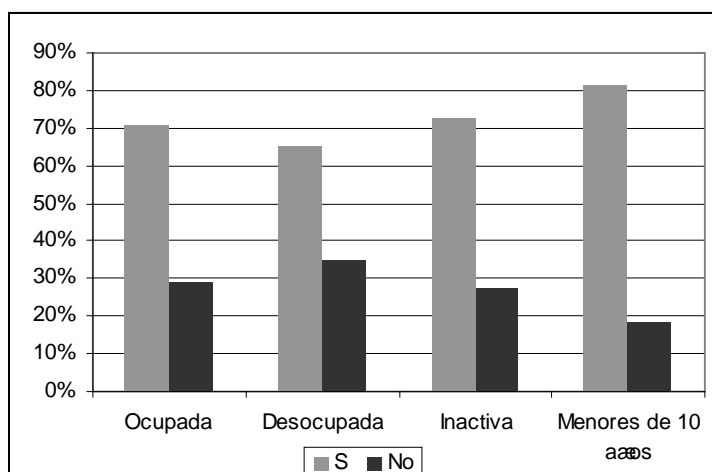
Distribución porcentual de la población masculina según realización de consulta médica por condición de actividad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 7

Distribución porcentual de la población femenina según realización de consulta médica por condición de actividad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

2.3 Lugares de realización de las consultas médicas

En los últimos seis meses (anteriores al relevamiento), la población de la Ciudad ha utilizado para la realización de controles médicos tanto servicios públicos como privados de atención de la salud. Los centros asistenciales y consultorios privados atendieron al 69% de la población que demandó atención profesional (el 39,2% fueron realizadas en sanatorios o clínicas privadas y el 29,8% en consultorios particulares). En concordancia, la cuarta parte de la población (25,2%) recurrió a las diversas opciones brindadas por el Sistema Público para sus consultas médicas: el 15,1% a los hospitales (consultorios y salas de emergencias), el 8,5% a los centros de salud y el 1,6% a los consultorios del Plan Médicos de Cabecera del GCBA.

Al analizar la distribución de las consultas según sus lugares de realización entre las diversas divisiones

territoriales se demarcan diferencias de significación fundamentalmente entre aquéllas de la Zona Norte y Sur de la Ciudad. Ejemplo de ello lo constituyen las consultas efectuadas por la población del CGP 13 que fueron realizadas en un 10% en el sector público y en un 86% en el sector privado. Con valores similares se ubican el CGP 2 Norte, (12,8% y 80,2%) y el CGP 14 Oeste (12,4% y 83,3%) de consultas en el sector público y privado respectivamente. En fuerte contraste con esta situación, la población que realizó consultas del CGP 8 lo hizo en un 59% en el sector público y en un 36,6% en el privado. Un comportamiento similar es el de la población consultante del CGP 5, que lo hizo en un 53,3% en efectores públicos y en 42,7% en lugares de atención privados.

El resto de la distribución resulta heterogénea.

2.3.1 Lugares de realización de las consultas médicas según sexo

El análisis del comportamiento de la población según sexo permite apreciar diferencias en el uso de los diferentes efectores para la realización de consultas médicas. Los varones reproducen la tendencia de la población general, siendo el sector de la salud privada el que abarca casi el 70% de la consulta (40,4% en sanatorios o clínicas y 28,5% en consultorios privados). El Sistema de Salud Público recibe la cuarta parte de la demanda masculina (14% en consultorios y 1,1% en salas de emergencias de hospitales, 8,4% en Centros de Salud y 1,4% a través del Plan Médicos de Cabecera).

La cobertura de las consultas femeninas, por su parte, mantiene la preeminencia del sector privado (69,3%) en la realización de controles médicos (38,5% en hospitales o clínicas y 30,8% en consultorios). Los servicios de atención en efectores del Sistema de Salud Pública permiten concretar un cuarto de las consultas de la población femenina (25,2% distribuidos de manera equivalente a la observada entre los varones).

Esta equivalencia entre la demanda a los diferentes efectores por parte de la población masculina y femenina, se observa también al considerar por separado cada una de las divisiones territoriales.

2.3.2 Lugares de realización de las consultas médicas por grupos de edad

Al analizar el comportamiento de los grupos etáreos se observa cierta homogeneidad en los niveles de utilización de los efectores. Sin embargo es el grupo de los menores de 10 años en los cuales los rangos observados varían levemente. Entre los niños y las niñas de esa edad la asistencia a las instancias privadas se ubica alrededor del 60% (28% de consultas en sanatorios, hospitales o clínicas, 30% en consultorios). En el caso de los efectores de la Salud Pública se concentra cerca de la tercera parte de las consultas médicas (aproximadamente el 15% en Centros de Salud y el 20% en hospitales).

Los grupos de 30 a 39 y de 40 a 49 años también merecen destacarse. Ambos grupos tienen prácticas similares en cuanto a la selección del efector; es así que asistieron a Centros Asistenciales Privados en un 41,6% y 40,4% respectivamente; a un consultorio particular en un 29% y 31,2%; al Hospital Público

en un 14,7 % y 13% y a un centro de salud en un 7,7% y 7%.

Casi la mitad de las consultas de los mayores de 60 años (45%) se han atendido en clínicas o sanatorios privados. Los consultorios particulares le siguen en importancia ya que reciben alrededor del 30% de la demanda de dicha población, y por último alrededor del 10% ha efectuado controles en hospitales públicos.

Puede señalarse una tendencia entre la atención en el ámbito privado y/o público y la edad de la población que efectúa consultas médicas. Es así que el uso de los efectores públicos tiende a disminuir a mayor edad (32% en los niños hasta 9 años y un 16% en los mayores de 60) e inversamente se da con las consultas en efectores privados, que aumenta progresivamente según los grupos de edad (desde un 60% en los menores de 10 años hasta un 73% en los mayores de 60).

2.4 La frecuencia de realización de las consultas médicas

Poco más de la cuarta parte de la población de la Ciudad (27,8%) ha realizado su última consulta médica en un período mayor a 6 meses respecto al momento del relevamiento. Entre ellos el 35% realizó la última consulta en un período entre 6 y 12 meses, el 37,6% entre 1 y 2 años atrás, y el 20% hace más de 2 años. Apenas el 5,4% no recuerda cuándo fue su último control.

Este comportamiento general se diferencia si se considera por separado cada sexo. Es entonces que 3 de cada 10 varones realizó alguna consulta hace más de 6 meses pero menos de 1 año (31,3%), 4 de ellos entre 1 y 2 años atrás (38%) y los 2 últimos hace más de dos años (22,8%). La población femenina, en cambio, registra valores mayores en las categorías de menor tiempo transcurrido. El 40,7% de las mujeres asistió a un control médico entre hace 6 meses y 1 año, el 37,2% hace más de 1 y menos de 2 años y el 15,7% en un período mayor a 2 años.

La representación de la población según los diferentes tipos de cobertura varía en los sucesivos lapsos transcurridos desde el último control. Más de la mitad de las personas que no han asistido al médico desde hace seis meses a un año son afiliados de Obras Sociales (51,6%) y de sistemas de Medicina Prepaga (14,6%). El 27% restante es atendido por el

Sistema de Salud Pública. Entre quienes han dejado transcurrir un período mayor (1 a 2 años) disminuyen los pacientes que cuentan con cobertura de seguridad social y del sistema privado (46,7% pertenece a Obras Sociales y el 11,7% a Medicina Prepaga). Se observa un aumento de la demanda a los efectores de la Salud Pública (36%).

Esta tendencia se mantiene entre quienes han sido controlados hace más de 2 años. Casi la mitad de ellos es asistido dentro del Sector Público (48,6%). Asimismo, se reduce notablemente la población que cuenta con la cobertura de una Obra Social (39,8%), manteniéndose en idénticos niveles de consulta quienes pertenecen a un sistema de Medicina Prepaga (11,7%).

A partir de estos datos es posible concluir que el tipo de cobertura incide en el tiempo transcurrido entre las consultas médicas efectuadas. Los afiliados a Obras Sociales y a sistemas de medicina prepaga disminuyen su presencia a medida que aumenta el tiempo entre consultas. Concordantemente, la población más vulnerable, que es la que sólo cuenta con el Sistema de Salud Pública, tiende a espaciar más las consultas médicas que requiere la atención de su salud. La falta de recursos económicos, resulta entre otras, una limitante en relación a una mayor periodicidad en las consultas realizadas.

2.4.1 La no realización de consultas médicas en los 6 últimos meses según sexo y edad

Los distintos grupos etáreos en que puede dividirse a los entrevistados tienen una presencia diferente entre quienes no realizaron consultas médicas en los últimos 6 meses. La proporción mayor está constituida por los jóvenes entre 20 y 29 años (22,4%) y la más baja por los menores de 10 años que se ubican con apenas el 6,4%. El resto de los grupos de edad se ubica entre el 12% y el 16%. Esta menor regularidad en la cumplimentación de controles varía su importancia en las diferentes divisiones territoriales.

El 40,6% de los varones de la Ciudad no ha asistido a consultar a un médico. En algunas divisiones territoriales este comportamiento aumenta

notablemente. En el CGP 5 supera la mitad de la población masculina (51,1%) y en los CGP 8 y 2 Sur ronda el 47%. Por el contrario, disminuye en los CGP 1; 13 y 14 Este donde sólo la tercera parte de los varones (32,6%) no ha visitado a un especialista. Entre la población femenina de la Ciudad se observa una menor proporción de inasistencia a las consultas médicas (27,8%). Los valores son menores a los observados en la distribución de los varones en todas las divisiones territoriales. Es así que mientras en los CGP 5, 7, 8 y 10 superan el 30%, alrededor del 20% de las residentes de las áreas territoriales de los CGP 6, 13 y 14 Oeste no han acudido a la consulta médica.

2.4.2 La diferenciación en la no realización de consultas según posición en el hogar

Existen diferencias importantes en el aumento de la periodicidad de las consultas según la posición en el hogar de los entrevistados.

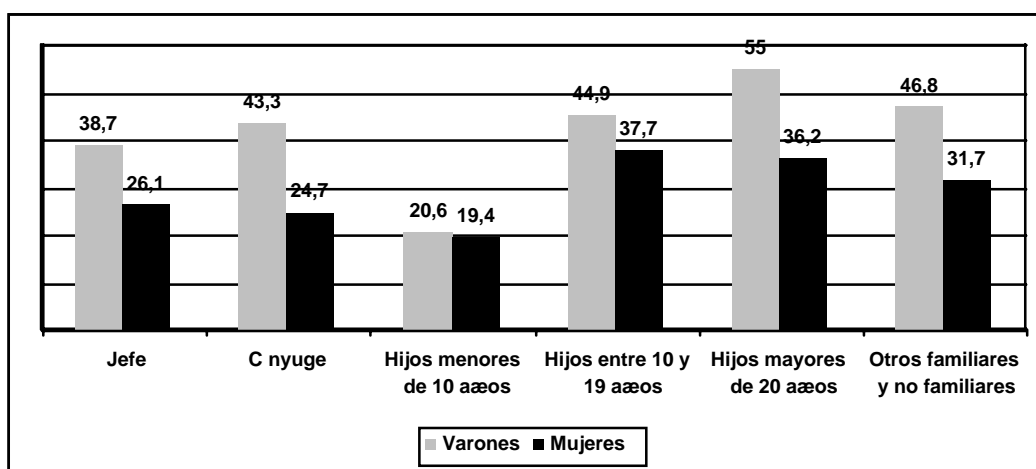
Los jefes de hogar superan a sus cónyuges en la inasistencia a controles médicos (34% y 26% respectivamente). Entre los hijos, en cambio, crece la proporción de no consulta a medida que aumenta la edad. Los valores observados entre los niños menores

de 10 años (20%) son duplicados en el caso de los hijos entre 10 y 19 años (41,4%) y, por último, casi la mitad de los hijos mayores de 20 años (46,4%) no realizó controles.

Asimismo, salvo entre los hijos menores de 10 años, en todas las posiciones la proporción de mujeres es bastante menor que la de los hombres que no asistieron.

Gráfico 8

Proporción de población masculina y femenina que no realizó consultas médicas en los últimos 6 meses según posición en el hogar



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

2.5 La consulta médica según NBI

La realización de consultas médicas por parte de la población sin NBI supera, en todas las áreas territoriales de la Ciudad, a la de aquella que no puede cubrir sus necesidades básicas. En ambos grupos los porcentajes más altos de atención médica en los últimos 6 meses se concentran en la Zona Norte de Buenos Aires. (72% y 62% respectivamente). Sin embargo, a pesar de que los residentes en la Zona Sur sin NBI, son los que realizan menor cantidad de consultas (61%), las diferencias en los porcentajes de

atención en las diferentes zonas entre quienes no tienen NBI, no resultan de significación.

Es de destacar que en el caso de la población con NBI, quien no realiza consultas médicas en mayor proporción es la que reside en la Zona Oeste de la Ciudad, seguida por la zona Este, manifestándose así una relación diferente entre lo que sucede entre las diversas áreas, en otras temáticas, en las que la Zona Sur es la que concentra los valores más negativos.

Cuadro 2

Distribución porcentual de la población según realización de consultas médicas en los últimos 6 meses por condición de NBI y zona. Ciudad de Buenos Aires

	Realización de alguna consulta médica			
	Si	No	Ns/Nc	Total
Sin NBI				
Total Ciudad	67,3	32,6	0,1	100
Zona Norte	71,8	28,0	0,1	100
Zona Sur	61,6	38,3	0,1	100
Zona Oeste	65,5	34,5		100
Zona Este	69,1	30,8	0,1	100
Con NBI				
Total Ciudad	55,2	44,8	0,0	100
Zona Norte	62,5	37,5		100
Zona Sur	55,8	44,1	0,1	100
Zona Oeste	49,8	50,2		100
Zona Este	53,7	46,3		100

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

3 La demanda de internación

La utilización de los servicios de internación se origina en una doble demanda que deriva de la necesidad de asistencia por patologías diversas y por partos. Un 8% de la población de la Ciudad ha sido internada en los últimos 12 meses en instituciones públicas y/o privadas por dichos motivos⁵. Esta proporción se mantiene relativamente constante en todas las divisiones territoriales (entre 6,4 y 9,8%). Varía, en cambio, el peso que tiene en cada CGP en relación al conjunto de la Ciudad: en cada uno de los CGP 3, 4, 5 y 9 residen respectivamente alrededor del 4% de los internados, mientras que estos valores se duplican en los CGP 6, 7, 11 y 12 (todos próximos

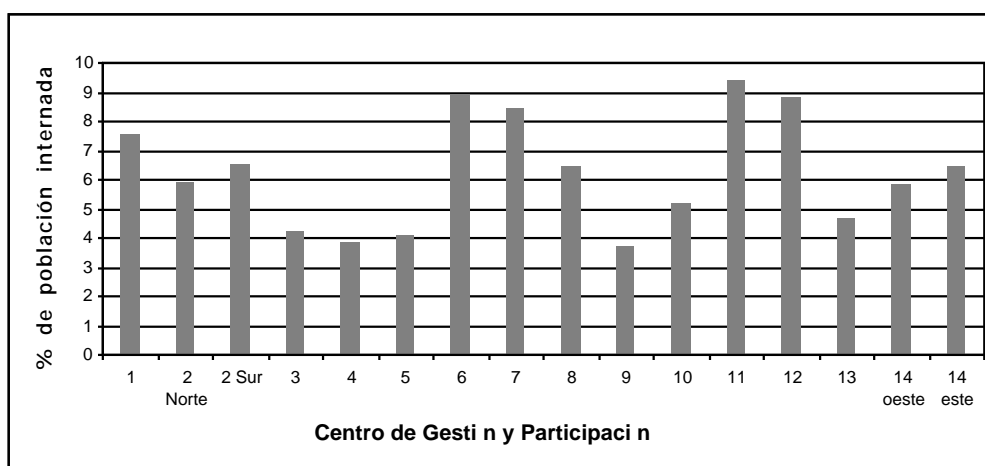
al 9%). A pesar de que los porcentajes más bajos se registran en tres de las divisiones territoriales de la Zona Sur, cuyos habitantes tienen niveles más altos de pobreza, no puede inferirse, a partir de estos datos, una relación entre ésta y una menor demanda de internación.

El análisis de los niveles de internación en el último año, por sexo, permite observar que este servicio fue utilizado por 1 de cada 11 mujeres y 1 de cada 14 hombres. En algunos CGP, como el 1, 11 y 2 Sur, la proporción de internadas es de 1 cada 9 mujeres. Es posible que las internaciones obstétricas incidan en el mayor número de internaciones femeninas.

⁵ En el cuestionario no se especifica el motivo de la internación. Según el SIEMPRO, a nivel nacional, el uso más frecuente de los servicios de internación se origina en los partos, que representan una quinta parte del total de internaciones anuales. SIEMPRO. (2001) Encuesta de Desarrollo Social. La utilización de los servicios de atención de la salud. Documento de Trabajo N° 10.

Gráfico 9

Distribución porcentual de la población internada en los últimos 12 meses por Centro de Gestión y Participación. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

3.1 La demanda de internación por edad

El análisis por grupos de edad permite diferenciar los usos del servicio de internación. Los niños entre 0 y 9 años constituyen el 13% de los internados, duplicando a los de entre 10 y 19 años (6%). Esta marcada importancia de la primera infancia entre los internados puede explicarse por el peso de los nacimientos. Los jóvenes entre 20 y 39 años, por su parte, suman el 28% de los internados y los adultos entre 40 y 59 años, el 20%. Por último, la tercera parte de las personas internadas en los últimos 12 meses es mayor de 60 años (33%).

En la representación del volumen de personas internadas por sexo y edad, sólo los niños de 0 a 9, se constituyen como el único caso en el que la población masculina supera levemente a la femenina. En las franjas etáreas de 50 a 59 y mayores de 60 años, varones y

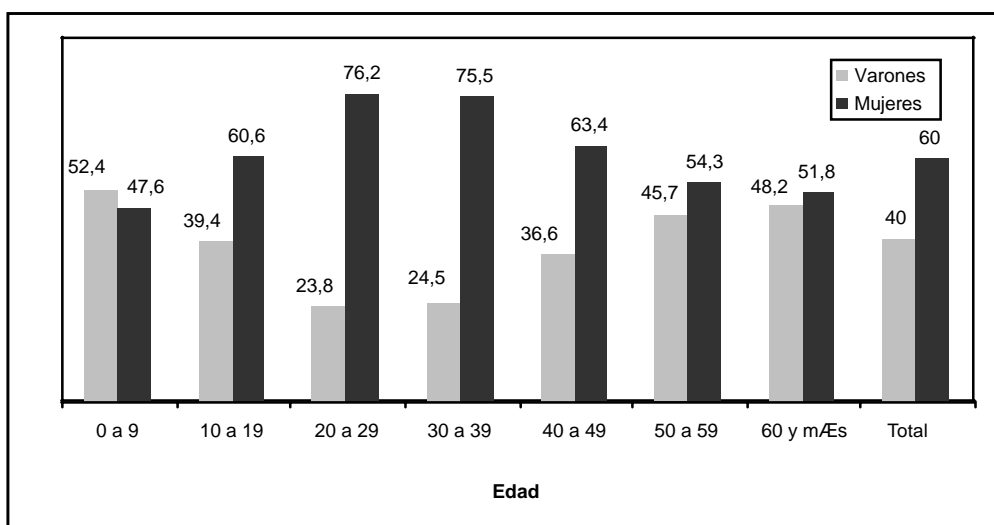
mujeres se distribuyen de manera relativamente homogénea, aunque se registra un número ligeramente mayor de mujeres internadas, que puede obedecer a la mayor esperanza de vida de las mismas y a los niveles más altos de mortalidad masculina. Entre los adolescentes de 10 a 19 años y los adultos de 40 a 49 años, las mujeres constituyen más del 60% de los internados de estos grupos de edad. Por último, éstas alcanzan las tres cuartas partes de la población hospitalizada de 20 a 39 años⁶. Estos datos sobre las mujeres en edad fértil, probablemente internadas por partos, coinciden con las observaciones de la Secretaría de Salud al analizar el uso del sistema hospitalario gestionado por el GCBA que constata las más elevadas frecuencias en los egresos de Obstetricia entre los 20 y 35 años⁷.

⁶ El 35% del total de mujeres internadas tiene entre 20 y 39 años de edad, mientras que los hombres internados de dicha edad, sólo constituyen el 17%.

⁷ GCBA Secretaría de Salud (1998). Síntesis estadística 1998. Dirección General de Planeamiento y Evaluación del desempeño. Dirección de Estadísticas para la Salud., Buenos Aires. En: GCBA. Secretaría de Medio ambiente y Desarrollo regional. Diagnóstico Físico y Territorial. Programa de Revitalización de la Zona Sur. Buenos Aires.

Gráfico 10

Distribución porcentual de la población internada en los últimos 12 meses, según sexo por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

3.2 La internación por tipo de efector

Un punto importante al analizar las internaciones de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires es el tipo de efector al que recurren. En los últimos 12 meses, el Sistema Público de salud ha asistido al 30%⁸ y el Sistema Privado al 67% de las personas internadas⁹.

Es así que aunque para el total de la Ciudad las personas que se internaron en instituciones privadas duplican a las que lo hicieron en hospitales públicos, la situación varía notablemente según los barrios. En los CGP 2 Norte, 13 y 14 Oeste, se registra el uso más intenso de los sanatorios, clínicas u hospitales privados, utilizados por alrededor del 85% de los vecinos internados. Por el contrario, en las áreas territoriales de los CGP 3 y 11 más del 40% ha optado por internarse en hospitales públicos. Entre la población de los CGP 5 y 8 del Sur de la Ciudad no sólo aumenta la importancia de las internaciones en instituciones estatales (53,7 y 61,8% respectivamente) sino que superan a las del sector privado. La necesidad de estos servicios de internación para ciertos sectores de la población se constata al observar el caso del CGP 8: en esta región se encuentra el valor más alto de uso del servicio de internación en nosocomios públicos aún cuando no existe ninguno en su área territorial.

La demanda a los diversos efectores se diferencia también según la edad de las personas internadas. En primer lugar, se destaca el uso intensivo de las instituciones estatales en las internaciones de niños y adolescentes. Los datos aportados por el SIEMPRO a nivel nacional permitirían explicar esta situación: la mayor utilización del hospital público estaría determinada por la mayor cantidad de nacimientos entre los estratos más pobres¹⁰. Es posible entonces que estas familias también recurran a estas instituciones frente a los problemas de salud de sus hijos a lo largo de la infancia. Otro factor que se indica en ese informe es la posibilidad de que el hospital público asista, para todos los grupos de edad, patologías crónicas o de baja frecuencia y atención costosa que los seguros privados y gremiales suelen cubrir parcialmente. Por último, consideramos que incidiría también en esta decisión la excelencia y el prestigio de los profesionales de los hospitales destinados a la infancia en la Ciudad de Buenos Aires, tales como el Hospital P. Elizalde (ex Casa Cuna), el Hospital Gutiérrez y el Garrahan.

En la población de mayor edad, en cambio, se fortalece el sector privado pues muchas clínicas o sanatorios tienen convenios con el PAMI para asistir a los ancianos.

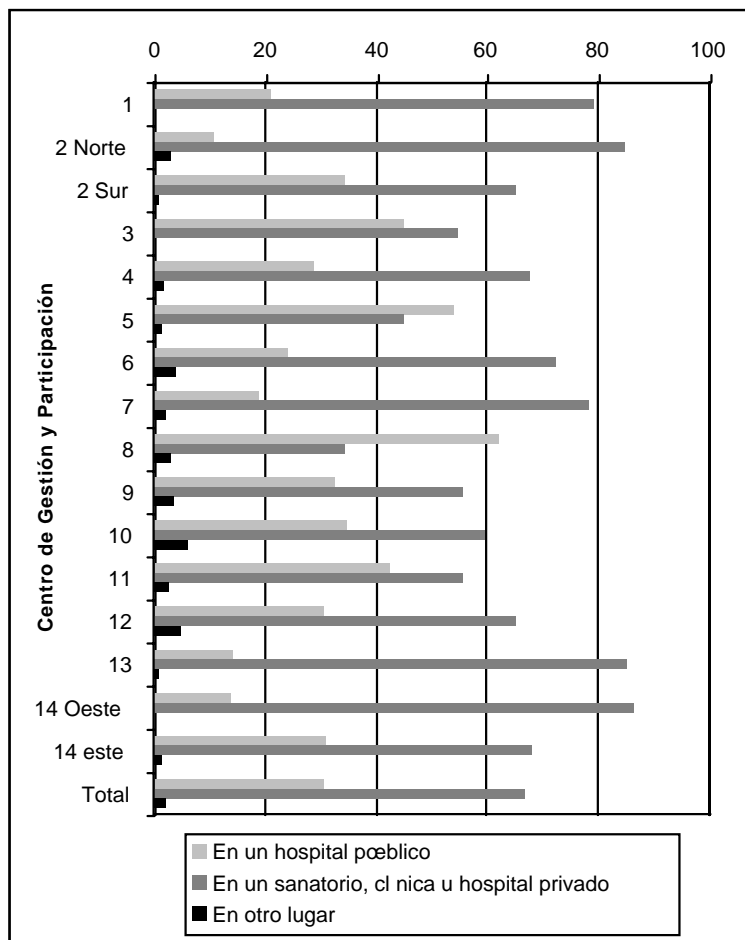
⁸ Es importante tener en cuenta que estos datos no se corresponden con el total de internaciones efectuadas en dichas instituciones ya que en ellas se atiende también a gran cantidad de población con residencia básicamente en el conurbano bonaerense. Según datos del Anuario Estadístico 2000/2001 de la Dirección General de Estadística y Censos, los pacientes egresados de los hospitales del GCBA, en el 2001, eran residentes en un 50,9 de la Capital Federal y en un 43,5 del Conurbano. No se obtiene de los datos un registro de la cantidad de oportunidades en que se internó cada entrevistado, por lo que no equivale tampoco al número de internaciones dadas.

⁹ El 3% restante es atendido en una variedad de lugares caracterizado como "Otros".

¹⁰ SIEMPRO. (2001) Encuesta de Desarrollo Social. *La utilización de los servicios de atención de la salud*. Documento de Trabajo N° 10.

Gráfico 11

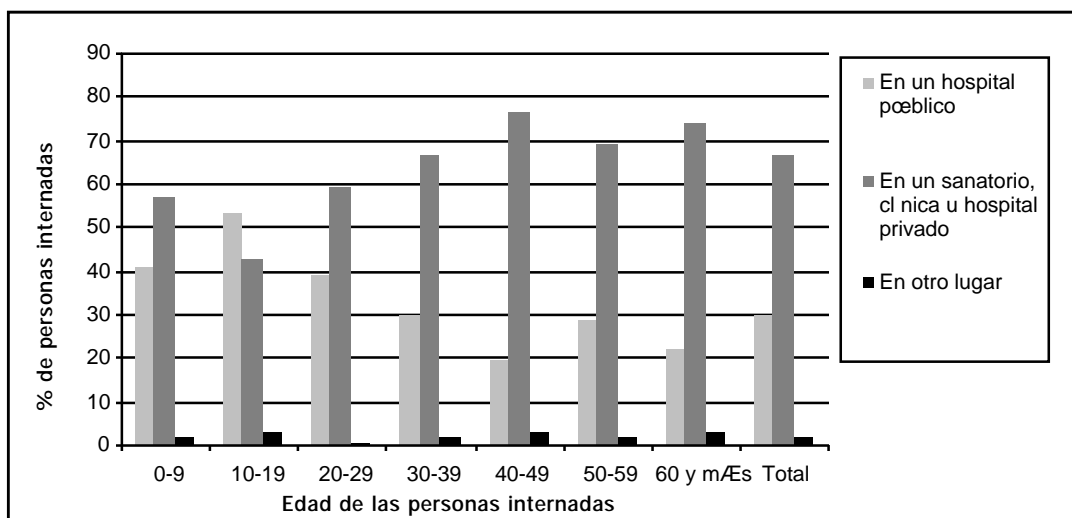
Distribución porcentual de la población internada en los últimos 12 meses según lugar de internación por Centro de Gestión y Participación. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 12

Distribución porcentual de la población internada según lugar de internación por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

3.3 La internación por tipo de cobertura

Poco más de la mitad de la población de la Ciudad que estuvo internada en el último año está afiliada en un 47,5% sólo a una Obra Social y el 7% combina a ésta con otros sistemas de salud. La otra mitad se reparte de manera similar entre el sistema privado (21,4% pertenece sólo a un Sistema de Medicina

Prepaga, 0,5% sólo al Sistema de Emergencias Médicas y 1,5% a una Mutual sola o junto a otros sistemas) y el Sistema Público (20,4% sólo cobertura estatal y 1,6% cubierto sólo por el Plan Médicos de Cabecera). Para todos los tipos de cobertura, los valores de internación son inferiores al 10% de la población.

3.4 Modalidad de financiamiento de las internaciones

El 26% de las internaciones de los habitantes de Buenos Aires se ha realizado en instituciones públicas de manera gratuita y sólo el 1% utilizando bonos. En algunos barrios de la zona Sur se alcanzan los mayores niveles de financiamiento estatal: en el CGP 3 éste cubre el 40% de las internaciones, en el CGP 5 el 49% y en el CGP 8, el 57% de ellas. Los menores valores, se encuentran en los CGP de la Zona Norte (2 Norte, 13 y 14 Oeste) con un nivel de financiamiento público que llega al 6,5%; 8,4% y 6,9% respectivamente. Sin embargo, en la utilización de los servicios de internación, se constata que el 63% de los casos es financiado completamente por el Sistema de Seguridad Social y el Privado (que incluye a las Prepagas). Entre los residentes de las zonas de los CGP 2 Norte, 13 y 14 Oeste, esta modalidad ronda el 80% de las internaciones.

El financiamiento particular de la internación, parcial o total, es poco frecuente. En el primer caso, el 4,5% de los internados en el último año compartió el gasto con su Obra Social, Prepaga o Mutual. El análisis de la situación en cada división territorial, permite constatar que sólo en los CGP 1, 3 y 10, este tipo de financiamiento supera el 7% de las internaciones.

Con respecto a quienes financiaron personalmente el costo completo de su hospitalización, apenas alcanzan a ser el 3,3% del total de internados de la Ciudad. Este tipo de práctica encuentra el mayor nivel de representación entre los vecinos de los CGP 10 y 14 Este (6,1% y 8% respectivamente). En estos casos es posible pensar en la posibilidad de autofinanciamiento de prácticas no cubiertas por la gran mayoría de los sistemas privados, entre otras, las vinculadas a la cirugía estética no reparadora.

La distribución por tipo de financiamiento para el total de la Ciudad no presenta diferencias destacables por sexo. Sin embargo, en algunas divisiones territoriales surgen algunos datos que vale la pena mencionar. El 61% de los hombres del CGP 8

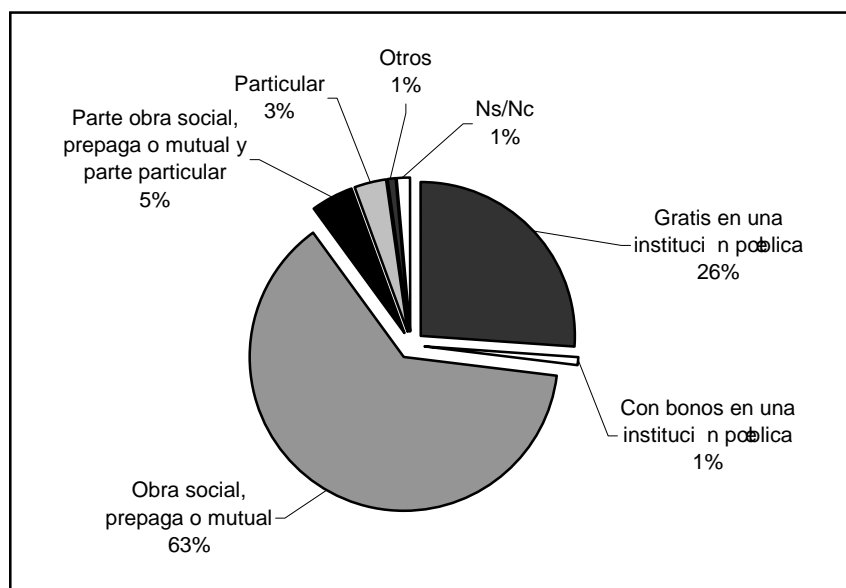
fueron internados gratuitamente en instituciones públicas, mientras que en los CGP de la Zona Norte (13, 14 oeste y 14 este) sólo rondan el 3%. El valor más bajo de financiamiento completo a través de Obras Sociales, Mutuales y/o Prepagas se alcanza en el CGP 8, donde ha sido financiada a través de estos tipos de cobertura sólo la cuarta parte de los entrevistados internados. En el resto de las divisiones territoriales, ésta es la modalidad más frecuente, alcanzando su punto máximo en los CGP 13 (81,2%) y 14 Oeste (91,7%). Entre los hombres internados el financiamiento particular alcanza valores importantes, cercanos al 9%, sólo en los barrios de los CGP 3 y 4.

Entre la población femenina existen dos divisiones territoriales en la Zona Sur, en las que más de la mitad de las mujeres internadas han optado por servicios estatales gratuitos (en el CGP 5, el 57,7% y en el 8, el 53,8%). Por el contrario, sólo el 2% de las internadas ha utilizado esta modalidad de financiación en los CGP 2 Norte y 14 Oeste. El análisis por sexo revela también la importancia del financiamiento total de las internaciones por parte de la seguridad social y el sistema privado: en el CGP 8 se registra el menor uso de esta modalidad de financiación que, sin embargo, alcanza a la tercera parte de las internadas (34,8%). En los CGP de la Zona Norte (2 Norte, 13 y 14 Oeste) se intensifica esta modalidad: el 87,3%, 79,3% y 80,8% de las mujeres. Entre los hombres internados, el financiamiento compartido con algún sistema de cobertura privado o gremial alcanza el valor más alto (7,6%) en el CGP 10.

La referencia territorial, asociada a áreas de residencia de diverso poder económico, demarca en este caso, las opciones de internación, dentro del sector público o privado, que representan el acceso al servicio a través de las modalidades de financiamiento más ajustadas a cada una de las realidades poblacionales y que supone, además, una diferenciada oferta en cuanto a la calidad de las prestaciones brindadas.

Gráfico 13

Distribución porcentual de las internaciones de la población de la Ciudad de Buenos Aires en los últimos 12 meses según tipo de financiamiento. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

4 El consumo de medicamentos entre los residentes de la Ciudad

En los 6 meses anteriores al relevamiento, el 51,2% de la población de la Ciudad ha consumido medicamentos, por lo menos en una oportunidad. Este valor no se distribuye homogéneamente entre las diversas áreas territoriales. En 10 de los 17 CGP en los que se divide Buenos Aires el consumo es menor que la media de la Ciudad, registrándose en los CGP 5 y 8 los niveles más bajos, cercanos al 40%. En los CGP 13 y 14 Oeste, en cambio, la población supera este último valor con un 56,8% de consumo de fármacos.

Sin embargo, la moderada diferencia entre quienes utilizaron y no utilizaron medicación no se mantiene constante si analizamos por separado cada grupo etáreo.

Poco menos de la mitad (47%) de los niños menores de 9 años ha consumido fármacos. Este consumo se reduce entre los adolescentes y jóvenes ya que sólo 1 cada 3 de ellos los utilizó (33,5% entre

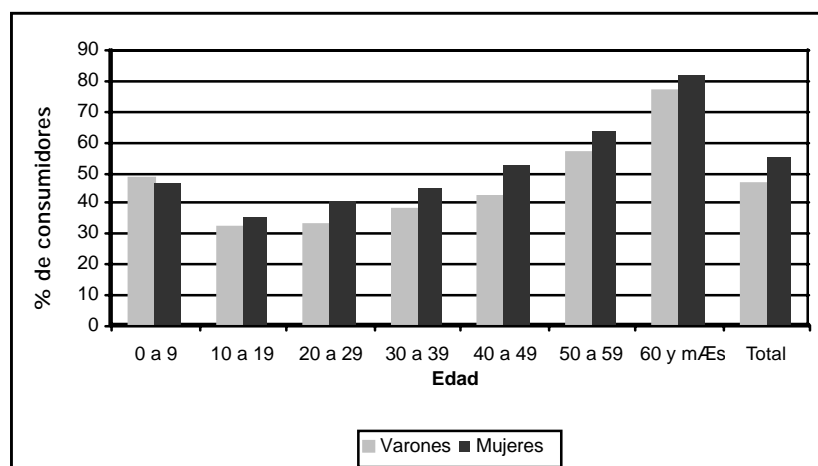
los 10 y 19, y 36,8% entre los 20 y 29 años). Entre las personas de 40 a 49 años esos valores aumentan (48%) y, pasados los 50 años, la situación se invierte pues son mayoría quienes han sido medicados (60%). Por último, el mayor consumo (8 de cada 10 personas) se encuentra entre quienes superaron los 60 años¹¹.

La reducción de los valores del consumo de medicamentos de la niñez a la adolescencia y el aumento creciente desde la juventud a la vejez, se constata tanto para la población femenina como para la masculina. Sin embargo, el resultado general es diferente al tomar a cada sexo como conjunto. Las mujeres que consumieron medicamentos en el período considerado suman el 55%, mientras que menos de la mitad de los hombres (46,7%), utilizó fármacos en el mismo período.

¹¹ Este último grupo concentra en sí mismo el 33% del consumo de medicamentos en la Ciudad.

Gráfico 14

Proporción de la población masculina y femenina que consumió medicación en los 6 meses anteriores al relevamiento por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Resulta llamativo el consumo de medicamentos en la infancia, que alcanza a un 47% de los niños menores de 9 años, siendo por un lado, mayor que lo consumido por cada una del resto de las franjas etáreas hasta los 40 años y por otro, constituye una tendencia que se revierte en la etapa siguiente, de 10 a 19 años, en la que desciende al 33%. Dado que la administración de los mismos, es responsabilidad de los adultos a cargo, este dato revela posiblemente una utilización bastante intensiva de la medicación de venta libre, en el caso de por ejemplo, los antifebriles. Es también posible una sobre-representación de los valores reales, ya que la información solicitada no exige conocer la frecuencia ni el volumen del consumo¹².

El nivel de consumo de medicamentos no es equiparable al potencial nivel de prescripción médica, dado que tanto la automedicación, como la prescripción farmacéutica sin consulta médica o el consumo por la aceptación de las sugerencias de otros, generan conductas autónomas en relación a este tipo de prácticas.

Tampoco se cuenta con información que dé cuenta de los motivos del no consumo. El satisfactorio estado de salud, la imposibilidad económica de acceder a los medicamentos, la falta de información en relación a los medios de obtención gratuita de algunos de ellos, la decisión de utilizar los recursos propios de las medicinas alternativas o el no uso por convicciones diversas, pueden ser motivos para el no consumo de medicación por parte de la población.

4.1 Modalidades de financiamiento para el acceso a la medicación

Los hombres y las mujeres que consumieron medicamentos en los últimos 6 meses utilizaron diferentes vías de financiamiento para acceder a ellos. En ambos casos, el pago completo por parte del interesado duplica a aquellos que accedieron al financiamiento compartido con una Obra Social, Mutual o Prepaga. Esto lo realiza el 58% de la población que ha comprado medicamentos. El 6%, más de 55.000 personas, los recibió gratuitamente en instituciones públicas.

Si observamos las diversas modalidades de financiamiento de medicamentos según la **condición de actividad** de la población surgen diferencias interesantes. La mayoría de los ocupados (58,6%) compartió el gasto de medicación con su Obra Social, Prepaga o Mutual. Una tercera parte de ellos, lo afrontó completamente (33,3%) y sólo el 4,2% lo recibió en un hospital o centro de salud. Esta caracterización se modifica en el caso de los desocupados, cuya situación limita sus niveles de cobertura y, por

¹² La declaración de los respondentes, se convierte en una respuesta positiva, ante la sola ingesta de una sola dosis de un fármaco en el semestre.

ende, de financiamiento. Entre ellos, aunque el financiamiento compartido con algún sistema de cobertura se mantiene en un valor elevado, disminuye fuertemente en relación al de los ocupados, ubicándose en un 40%. La recepción de fármacos en instituciones públicas se duplica respecto a la de los ocupados (10%) y también aumenta el pago íntegro por parte del enfermo (al 41,9%), posiblemente entre quienes sólo cuentan con cobertura estatal.

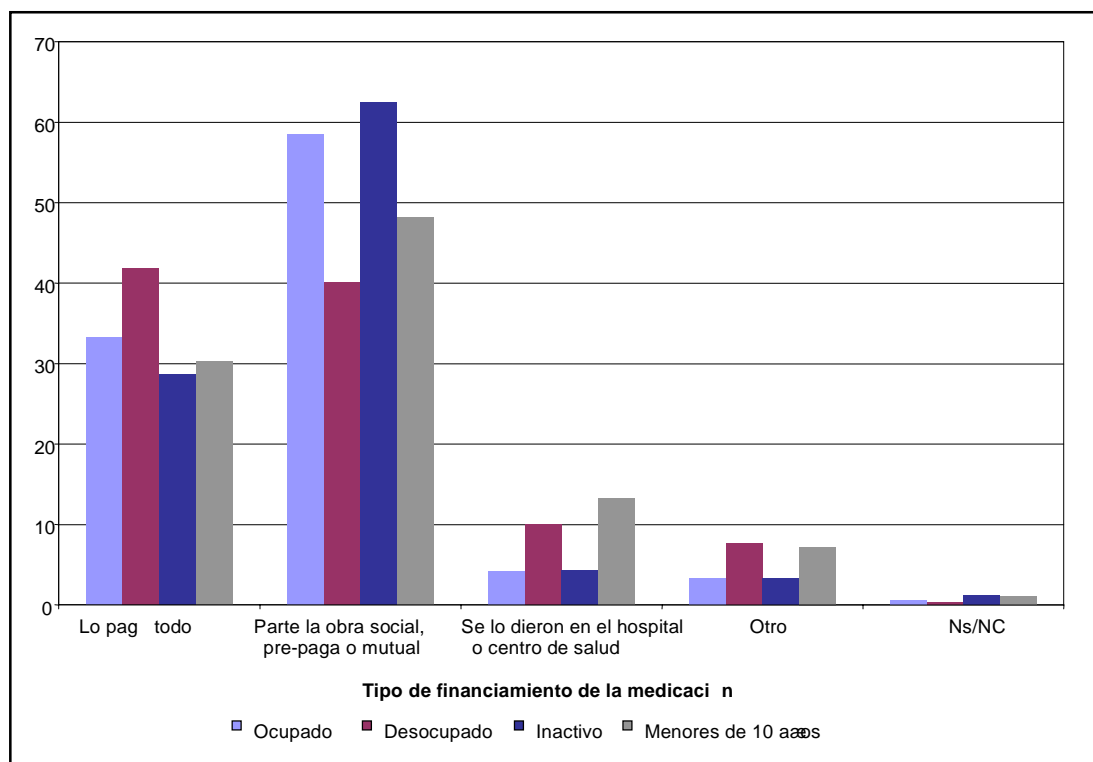
La comparación entre ocupados e inactivos, en cambio, no muestra diferencias bruscas. Aumenta levemente entre la población inactiva, el financiamiento

parcial a través de la seguridad social y el sistema privado (62,5%), en gran medida porque muchos de ellos cuentan con la cobertura del PAMI. Este factor, sumado a los magros ingresos percibidos por muchos jubilados, harían disminuir la compra particular de medicación (28,7%).

Por último, la importante frecuencia de atención en instituciones públicas y las situaciones de pobreza que padecen muchos niños permitirían explicar que el 13,3% de los menores de 10 años haya obtenido la medicación necesaria en el sistema de salud estatal.

Gráfico 15

Distribución porcentual del pago de la medicación según tipo de financiamiento por condición de actividad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

4.2 Relación entre el consumo de medicamentos y la realización de consultas médicas

La amplia mayoría de quienes consumieron medicamentos (87,2%) realizaron una consulta médica. En ambos sexos, son los niños menores de 9 años que han consumido medicamentos quienes registran una mayor asistencia a controles médicos (95%). Entre los jóvenes y adultos (entre 20 y 49 años), en cambio, existen diferencias llamativas entre la población masculina y femenina.

Entre los hombres hay un mayor consumo de medicamentos por fuera de la consulta médica (2 de cada 10 hombres) que entre las mujeres (1 de cada 10). En el resto de los grupos etáreos, alrededor del 88% de los hombres y mujeres que han utilizado medicamentos, han realizado consultas médicas.

Aunque 13 de cada 100 porteños que consumieron medicamentos no han visitado a un médico en los últimos 6 meses, sería inadecuado concluir que se trata de prácticas de automedicación. Es posible, por ejemplo, que continúen con un tratamiento prescrito por un especialista con anterioridad. Paralelamente, los datos actuales no permiten asegurar que la medicación consumida por quienes realizaron una consulta médica se limite a la que les fuera recetada en dicho momento.

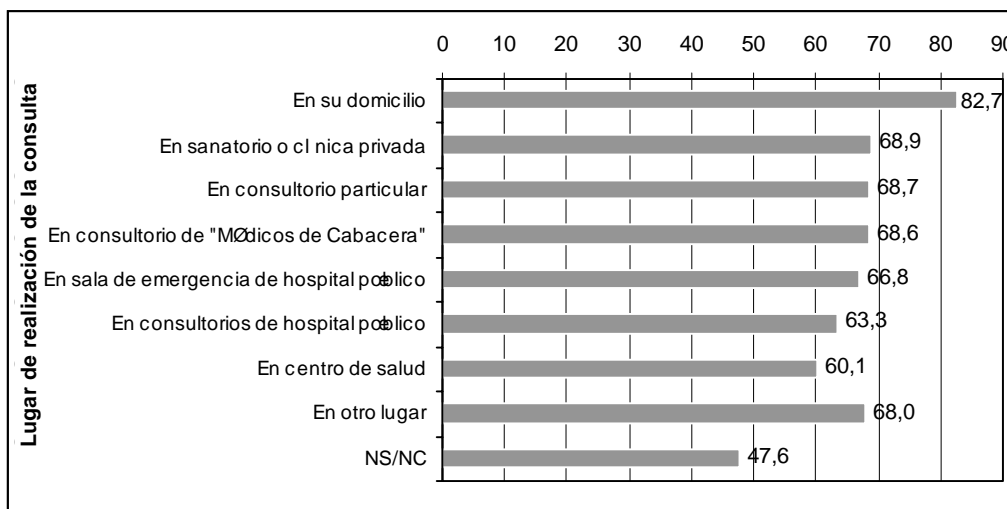
El observar que el 67,4% de las personas que realizaron una consulta médica ha utilizado fármacos, permite pensar en esa instancia como mayoritariamente ligada a la resolución de problemas de salud que a la realización de controles preventivos. En concordancia, los valores más bajos de consumo de medicación se registran entre quienes se atendieron en los consultorios de hospitales públicos (63,3%) o en centros de salud (60,1%), probablemente con mayores limitaciones económicas para poder adquirirlos. Por el contrario, el 82,7% de las personas atendidas en su domicilio, por la imposibilidad de trasla-

darse a un centro de atención, requirió consumir medicamentos.

Aunque no se especifican datos desagregados de la Ciudad de Buenos Aires, es interesante incluir aquí resultados a nivel nacional de la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida difundidos por el SIEMPRO en el año 2001 que dan cuenta de la prescripción y consumo de medicamentos. Allí se registra que del total de personas que percibieron algún problema de salud en el mes anterior a la encuesta, el 61% consumió medicamentos por recomendación médica y sólo el 2,2% declaró haberse automedicado. La automedicación, según esta investigación, es más frecuente entre los activos que en los inactivos, aumenta a mayor nivel educativo y es levemente mayor entre las mujeres (en particular en el tramo entre 15 y 64 años). Por último, entre los estratos más pobres de la población la decisión de consumir medicación sin consulta médica previa, tanto como la imposibilidad de conseguir los fármacos prescritos son levemente mayores que entre quienes perciben mayores ingresos¹³.

Gráfico 16

Proporción de consumo de medicación según lugar de realización de la consulta médica.
Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

¹³ SIEMPRO. (2001) Serie Encuesta de Desarrollo Social. Prescripción y consumo de medicamentos. Documento de Trabajo N° 9.

4.3 Relación entre el consumo de medicamentos y el tipo de cobertura

Al analizar los datos de quiénes consumieron y no consumieron medicación, es posible vislumbrar cierta influencia del tipo de cobertura en el comportamiento de cada grupo.

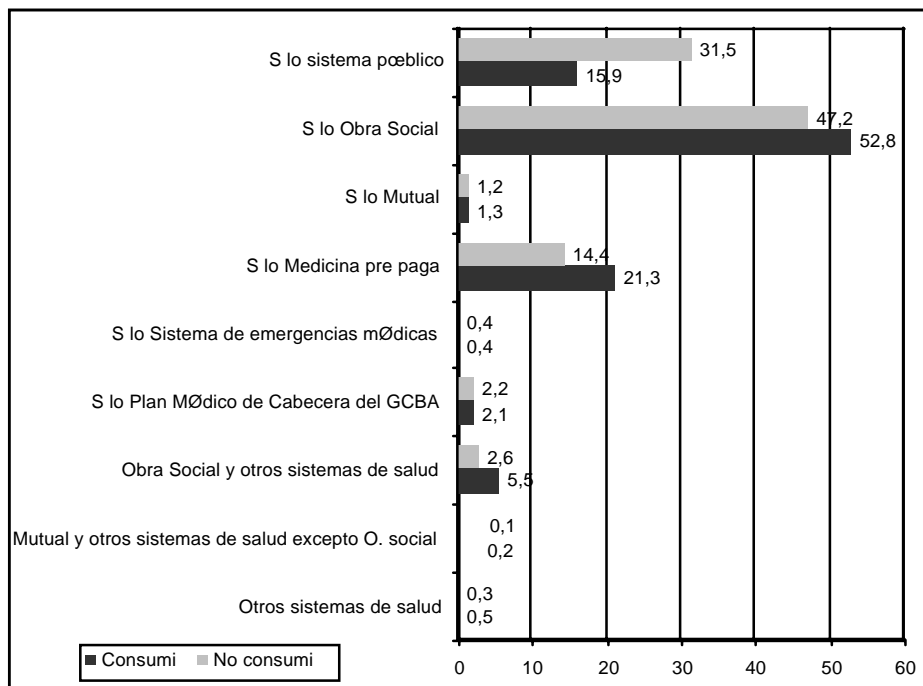
Entre los afiliados sólo a una Mutual, a un Sistema de Emergencias Médicas o al Plan Médico de Cabece- ra se registran situaciones equivalentes en relación al consumo o no consumo de medicamentos. La población con los porcentajes más altos de consumo farmacológico se encuentra entre quienes están afiliados a Obras Sociales (52,8%) y a Sistemas de Medicina Prepaga (21,3%); esto, dado que la cobertura gremial o privada incide en las posibilidades de acceso a la medicación requerida. Por su lado aquella influencia

se observa entre quienes solo acceden al sistema público y no consumieron medicación debido entre otros factores a condicionamientos económicos que impiden su adquisición.

En tanto en el total de la población se registran porcentajes casi equivalentes entre el consumo y no consumo de medicación (51,2% y 48,6% respectivamente), sería esperable que la distribución por tipos de cobertura se mantuviera constante. Sin embargo, las diferencias observadas entre los grupos permitiría afirmar la existencia de una relación entre el consumo y la afiliación a un sistema de salud, ya que en los sistemas que cubren, aún parcialmente, el financiamiento de la medicación, éste alcanza los valores más altos.

Gráfico 17

Distribución porcentual de la población que consumió y no consumió medicamentos según tipo de cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

5 El acceso a la consulta odontológica

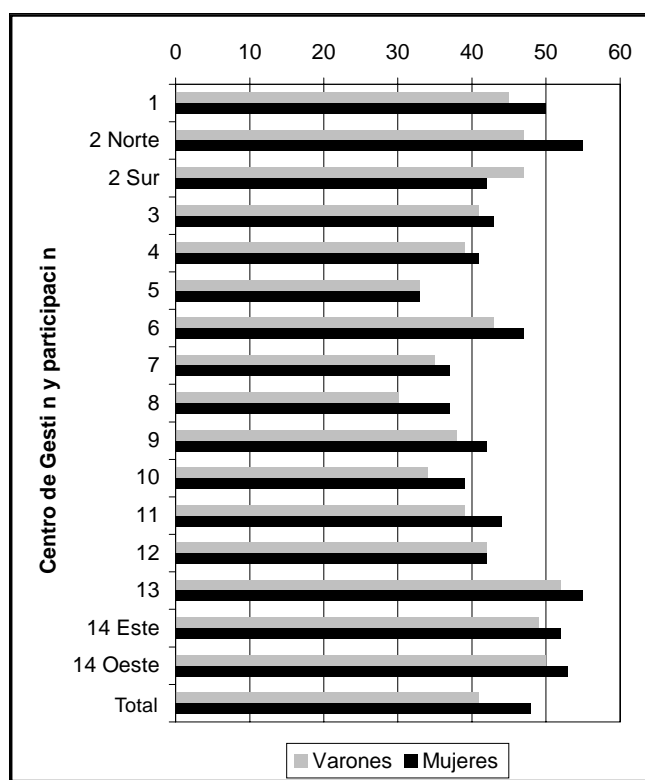
Más de la mitad de la población de la Ciudad (56,6%) no ha realizado consultas odontológicas en los últimos 6 meses anteriores al relevamiento. Se incluyen aquí tanto las efectuadas con carácter preventivo como aquellas surgidas de la necesidad de atención de una patología concreta y/o de mayor urgencia. Al analizar separadamente cada división territorial surgen algunas diferencias destacables. En algunas de ellas (los CGP 5, 8 y 10) la falta de controles se acentúa y alcanza alrededor del 65%. En la zona Norte de la Ciudad la situación se invierte: es levemente mayor

el porcentaje de quienes se han realizado exámenes odontológicos (en el CGP 2 Norte, el 52%; en el CGP 13, el 54% y en el CGP14 Oeste, el 52%).

Entre los varones, se registra la menor incidencia de asistencia a consultorios en los CGP 5, 8 y 10 en donde 7 de cada 10 hombres no han concurrido al odontólogo. Entre las mujeres esta conducta tampoco es territorialmente homogénea: la menor asistencia se encuentra en la zona Sur (el CGP 5 registra un 33,4%) y la mayor en la zona Norte (CGP 2 Norte con 55,1%).

Gráfico 18

Distribución porcentual de la población que realizó consultas odontológicas según sexo por Centro de Gestión y Participación. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

5.1 Consultas odontológicas según edad del entrevistado

En la Ciudad de Buenos Aires menos de la mitad de la población mayor de 6 años ha realizado consultas odontológicas en los últimos 6 meses. Se observa que la proporción de personas que las efectuaron disminuye al aumentar la edad de los entrevistados. Es así que entre la población de 6 a 9 años se registra

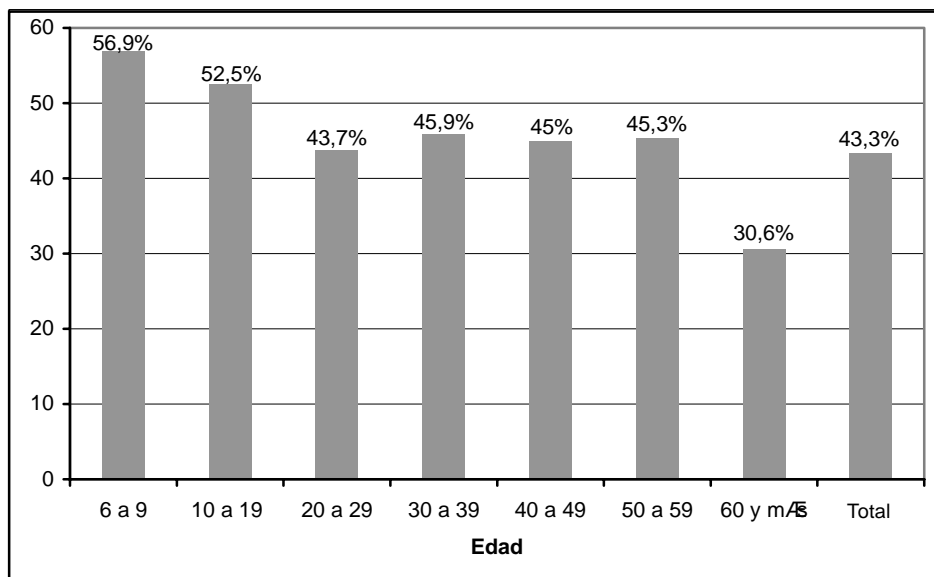
un 56,9% que cumplieron algún control, disminuye levemente entre los menores de 19 años y, a partir de los 20 se mantiene entre el 43 y el 46%. El porcentaje cae bruscamente al 30,6% entre los mayores de 60 años.

Al realizar un análisis de la distribución por sexo se observa una superior asistencia a exámenes odontológicos por parte de las mujeres. Aunque los varones menores de 9 años alcanzan un porcentaje mayor de controles que las mujeres de igual edad, en el resto de las franjas etáreas la situación se revierte. Entre los 10 y 29 años, la diferencia a favor de la población femenina se acentúa. Durante la

adulthood, los valores se mantienen relativamente constantes: alrededor del 44% para los hombres y cerca del 48% para las mujeres. En cambio, la proporción de quienes se han examinado odontológicamente se reduce en los mayores de 60 años, ya que sólo los han realizado una tercera parte de los hombres y mujeres en el último semestre.

Gráfico 19

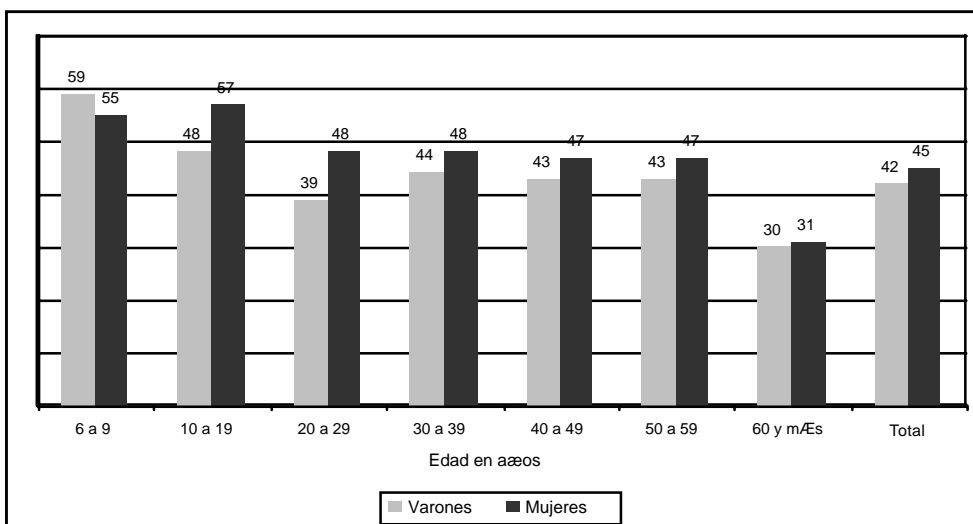
Proporción de la población que realizó controles odontológicos según edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 20

Proporción de la población masculina y femenina que realizó consultas odontológicas según grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

5.2 Lugares de realización de las consultas odontológicas

El análisis de las consultas odontológicas según el lugar en que fueron realizadas, permite observar la fuerte impronta del sector privado en este área de la salud. Es así que 8 de cada 10 porteños utilizó esta modalidad para su atención. Se destaca en particular la elección de los consultorios particulares, ya que en ellos se concentran más de la mitad de las consultas (61%). Le siguen en importancia los sanatorios o clínicas privadas (19,5%) y, por último, los institutos privados de urgencias odontológicas (1,4%). Los centros odontológicos o salas de salud y los hospitales públicos se reparten igualmente el 13% restante.

Si bien en todos los casos se registra una preponderancia de consultas en el sistema de salud privado, esta situación se modifica de manera notoria en ciertas divisiones territoriales. Tomando sólo los

casos de los CGP 8 y 2 Norte es posible dar cuenta de dicha variación. En el CGP 2 Norte se profundiza la tendencia mencionada: se registra una atención en consultorios privados del 79%, secundado por los sanatorios que registran un 11,5% de las consultas. Los servicios públicos cubren apenas el 5% de la atención. Por el contrario, otros habitantes dependen en mayor medida de las instituciones estatales para acceder al asesoramiento y tratamiento de un especialista. La población del CGP 8 (Lugano, Riachuelo y Villa Soldati) concentró su demanda en este modo de prestación (27% en salas de salud y 16,3% en hospitales públicos). Allí la atención en consultorios privados se reduce notablemente (28,4%) y los sanatorios privados mantienen un peso importante (22,9%).

5.2.1 Lugares de realización de consultas odontológicas según edad

Al observar la relación entre la edad del paciente y el servicio de salud del que hace uso, se constata en todas las franjas etáreas la importancia de los consultorios particulares pues en ellos, tal como se señalara, se efectúan más de la mitad de las consultas¹⁴.

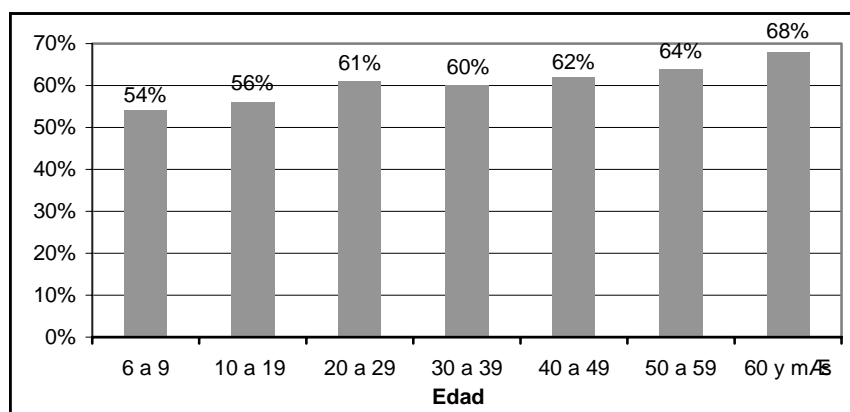
El acceso a estos espacios aumenta junto con la edad de los pacientes: el valor más bajo se ubica en el 54% entre los niños de 6 a 9 años y el mayor, en cambio, es del 68% entre aquéllos que han superado los 60 años.

Al indagar en las otras opciones de atención, se observa que la población masculina y femenina de mayor edad parece concentrar su atención en el sector

privado y, a la inversa, la de menor edad en el sector público. Es así que el 60% de la población que demanda al sistema hospitalario gestionado por el Estado es menor de 30 años. A la inversa, el 62% de los pacientes de los sanatorios u hospitales privados y el 60% de los asistidos en servicios privados de urgencias odontológicas, ha superado esa edad. Es posible que esto se relacione con el tipo de cobertura ya que quienes pertenecen a una Obra Social (incluido el PAMI) o Prepaga, encuentran una mayor oferta de opciones en la atención privada.

Gráfico 21

Participación porcentual de la utilización de consultorios privados para la realización de consultas odontológicas en los últimos 6 meses, por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires

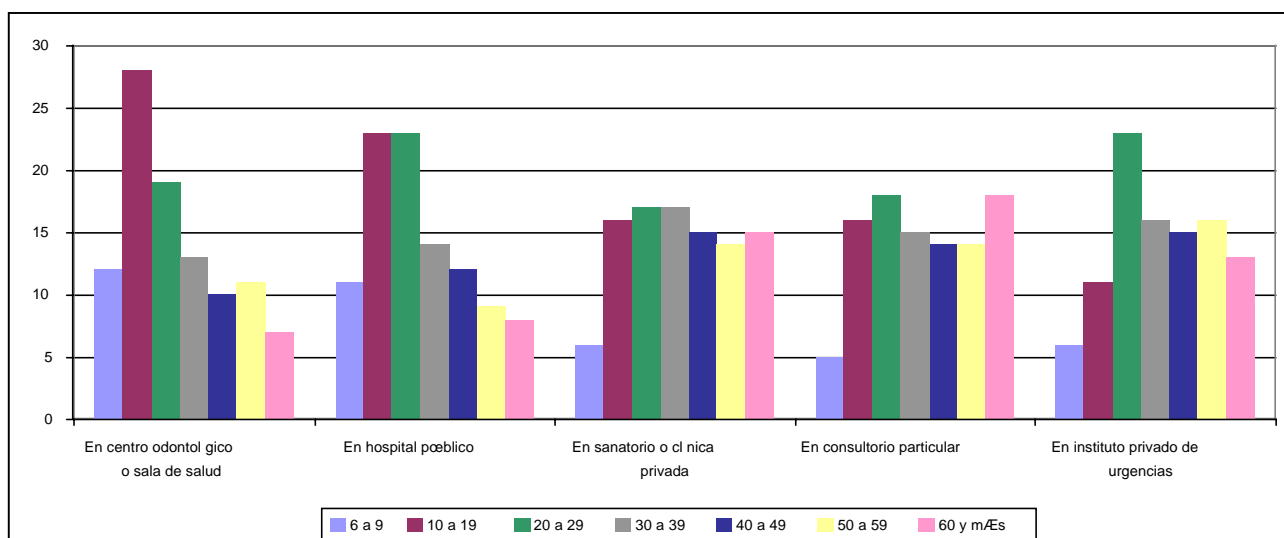


Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

¹⁴ Tal como hemos señalado, en el caso de las consultas médicas esta proporción es mucho menor, cercana al 30%.

Gráfico 22

Distribución porcentual de la población que realizó consultas odontológicas según grupos de edad por lugar de realización



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

5.3 Tipo de financiamiento de las consultas odontológicas

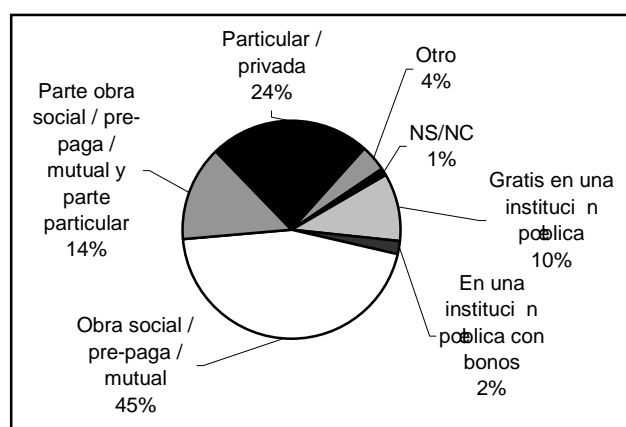
Si partimos de la última afirmación, resulta relevante explorar el modo en que fueron financiadas las consultas para comprender este tipo de prácticas. En cuanto a la situación general de la Ciudad cabe señalar que más de la mitad de las consultas fueron financiadas total o parcialmente a través de Obras Sociales, Prepagas o Mutuales y sólo una décima parte recibió atención gratuita en el Sistema Público asentado en la Ciudad. Asimismo, una cuarta parte de las consultas fueron abonadas completamente por los pacientes¹⁵.

Pero, tal como sucede en otros aspectos, es necesario destacar la heterogeneidad en la importancia del uso de los servicios de atención odontológica para la población de algunos sectores de Buenos Aires. En la zona Norte existe un aprovechamiento muy reducido de las prestaciones gratuitas. Son ejemplo de ello los datos de los CGP 12, 13 y 2 Norte, que indican que dichas prestaciones no alcanzan el 4% de las consultas efectuadas¹⁶. En cambio, este servicio es fundamental para la población de la zona Sur de la Ciudad. En los barrios de los CGP 5 y 8¹⁷ se obtienen los valores mayores: una de cada 3 consultas odontológicas fue financiada totalmente por el Estado. En tanto allí se mantiene el nivel de financiamiento personal y se registran los menores porcentajes de financiamiento completo a través de Obras Sociales o Prepagas es posible inferir que dicha población se encuentra en una situación más vulnerable pues no cuenta con una cobertura privada eficiente. Parale-

lamente, el alto nivel de financiamiento íntegro a través de las Obras Sociales o Prepagas en algunos CGP de la zona Norte (por ejemplo, 56,3% en el 13) daría cuenta de la posibilidad de sus habitantes de contratar sistemas de cobertura más completos y de mayores niveles de ocupación de la población.

Gráfico 23

Distribución porcentual de las consultas odontológicas según tipo de financiamiento. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

¹⁵ Este último dato se distribuye de manera relativamente homogénea en todas las divisiones territoriales.

¹⁶ Tal como sucede con las consultas médicas que en el CGP 13 no alcanzan al 1%.

¹⁷ Esta división territorial concentra en sí misma el 17% de las consultas odontológicas realizadas de manera gratuita en las instituciones públicas de la Ciudad.

5.4 Relación entre realización de consultas médicas y odontológicas

Es interesante observar la articulación entre la realización de controles médicos y odontológicos para analizar la conducta de la población respecto al cuidado general de su salud. Los datos obtenidos revelan que en Buenos Aires casi las tres cuartas partes de quienes se han atendido con un odontólogo en los últimos 6 meses también han realizado por lo menos una consulta médica en el mismo período (73,4%). Este comportamiento se verifica entre los hombres (66%) y, aún en mayor medida, entre las mujeres entrevistadas (79,2%).

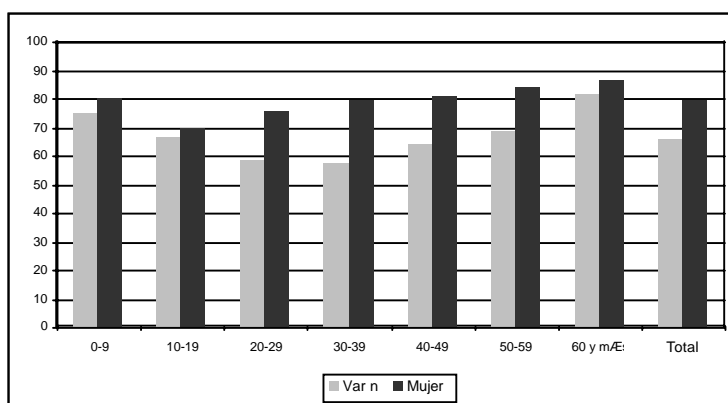
Asimismo, en cada grupo de edad dentro de la población que ha consultado a un odontólogo, son

mayoría quienes han visitado también a otro especialista de la salud. Esta proporción se ubica entre el 68% para la población de entre 10 y 29 años y el 85% para los mayores de 60 años. En este último grupo etáreo, los niveles de asistencia a partir de una patología prevalecerían sobre las prácticas preventivas.

Finalmente, las mujeres de todas las edades superan a los hombres que han realizado ambas consultas. La prevalencia femenina se acentúa en la población joven y adulta, probablemente por la realización de consultas ginecológicas por parte de la población femenina en edad fértil.

Gráfico 24

Proporción de la población femenina y masculina que realizó consultas odontológicas y consultas médicas en los últimos 6 meses, por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

5.5 Relación entre nivel educativo y la realización de consultas odontológicas

Al analizar el comportamiento del sector de la población que ha consultado a algún médico en los últimos 6 meses, se descubre la existencia de mayores porcentajes de asistencia a controles odontológicos en la población con niveles educativos superiores. En consecuencia, destacamos que el nivel educativo alcanzado puede influir en la realización paralela de consultas médicas y odontológicas por parte de los entrevistados.

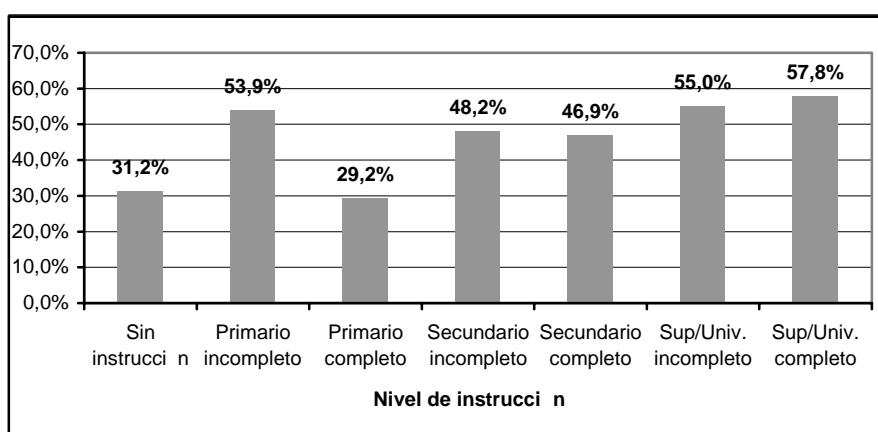
Entre quienes no tienen instrucción o han completado el nivel primario, poco menos de la tercera parte ha cumplido ambas consultas. Estos valores aumentan entre aquéllos con primario o secundario incompleto (53,9 y 48,2% respectivamente). Dado que en gran medida se trata de niños y adolescentes

en edad escolar, esto permite suponer una tutela familiar que aprecia positivamente la realización de controles odontológicos. Por último, más de la mitad de la población con educación universitaria que ha efectuado alguna visita médica, también ha consultado a un odontólogo.

Es así que la proporción de habitantes atendidos por un médico y un dentista en los últimos 6 meses se duplica entre quienes han alcanzado o cumplimentado el nivel universitario, respecto de aquéllos sin instrucción o con nivel primario completo. En conclusión, un mayor nivel de instrucción podría conllevar un acrecentamiento de las conductas de asistencia y prevención general de la salud.

Gráfico 25

Proporción de la población de 6 años y más que realizó alguna consulta médica y alguna consulta odontológica en los últimos seis meses por nivel de instrucción. Ciudad de Buenos Aires



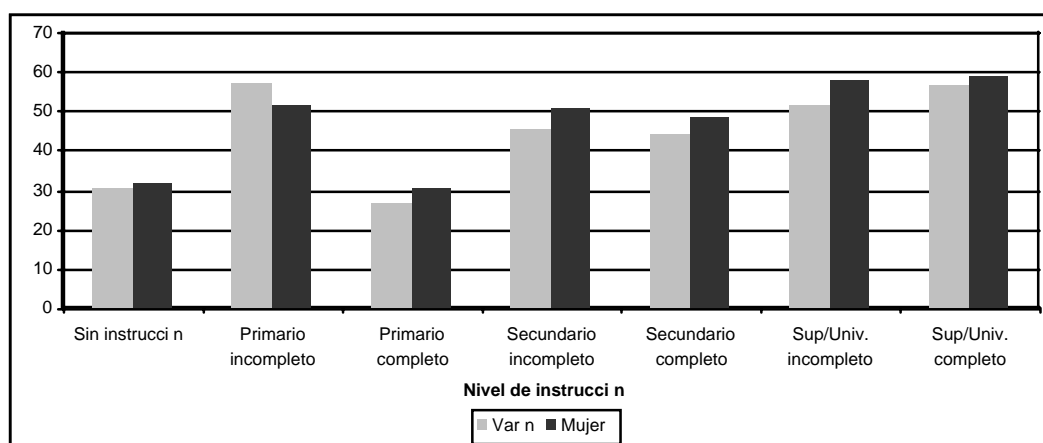
Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Estas conclusiones se constatan entre los varones y las mujeres de la Ciudad. Sólo en el caso de las personas con primario incompleto se registra una mayor realización de consultas médica y odontológica en los últimos 6 meses entre la población masculina

(57% y 41% respectivamente) que entre la femenina. En el resto de los grupos, en cambio, la femenina es la población que ha sido asistida en una proporción levemente mayor.

Gráfico 26

Proporción de población masculina y femenina que realizó consultas médicas y odontológicas en los últimos 6 meses, por nivel de instrucción. Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

6 Conductas preventivas de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires

Entre las conductas preventivas en relación al cuidado del cuerpo, son de fundamental importancia en la población femenina, aquellas ligadas a los controles ginecológicos y específicamente a la realización de Papanicolau periódicamente.

La apropiación por parte de cada mujer de la información circulante en su medio, favorece la toma de decisiones en cuanto a asumir estas prácticas como una conducta regular.

6.1 La realización de controles ginecológicos

El 90,6% de la población femenina de 14 años y más de la Ciudad se ha efectuado en alguna ocasión controles ginecológicos. Este dato se presenta de manera relativamente homogénea en todas las divisiones territoriales. La zona Centro es la que registra los niveles más altos con un 94%, en tanto, el más bajo se concentra dentro de la zona Sur, en el área territorial del CGP 8, donde el 86% de las mujeres allí residentes se han realizado exámenes ginecológicos.

Las mujeres de la Ciudad que nunca se han realizado un control ginecológico alcanzan un 8%, sin embargo, esta situación varía al realizar un análisis por edades. El 58,7 % de quienes nunca fueron controladas lo constituyen las más jóvenes. Es el caso del 73% de las adolescentes de 14 años y del 49% de las de 15 a 19 años. Esto evidencia que a pesar de una generalización del inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia temprana¹⁸, el examen ginecológico, que conlleva la obtención de información en cuanto a las conductas de prevención del embarazo y el cuidado del cuerpo, no resulta una práctica obligada de cuidado de las madres en relación a sus hijas en el inicio de su período fértil para asegurarles una mejor calidad de su salud reproductiva, ni aparece aún como una necesidad propia de éstas últimas, generadora de una mayor demanda de controles.

A partir de los 30 y hasta los 59 años sólo un 1% de las mujeres nunca se han controlado ginecológicamente. Este dato resulta de importancia si se considera que dicha conducta de prevención, en la medida que se asuma como una práctica regular puede ser un factor que incida en la prevención de tumores malignos del aparato reproductivo, y así incidir en la disminución de la mortalidad femenina por esta causa.¹⁹ De todos modos, sólo una efectiva periodicidad anual de los controles convierte a esta práctica en una conducta preventiva. El dato de la realización de un control ginecológico en un lapso mayor a los tres años pierde su eficacia en términos de los requerimientos preventivos acordes a un eficaz cuidado del cuerpo.

Entre los factores que inciden en la realización de controles, la maternidad aparece como uno destacado. Mientras que el 85% de las mujeres no madres nunca se realizaron controles, sólo el 2% de las mujeres con hijos declaran no haber sido controladas.

La realización de controles ginecológicos en relación al tipo de cobertura²⁰ indica que entre quienes nunca se hicieron exámenes ginecológicos, el 48,3% pertenecen a Obras Sociales y el 13,3% a sistemas de Medicina Prepaga, mientras que un 27% lo conforman las mujeres que se asisten a través del Sistema Público.

6.2 La periodicidad de los controles ginecológicos

En relación a su periodicidad, casi el 53% del conjunto de las mujeres porteñas han realizado un control en el último año y un 21% en los últimos 3 años.

Esta conducta preventiva de realización de controles en el último año varía en las diversas franjas

etáreas entre un 73% (30-34 años) y un 60,5% (55-59 años). A partir de los 60 años, cae sistemáticamente su periodicidad, concentrándose los valores en un tiempo transcurrido de más de 3 años desde el último examen.

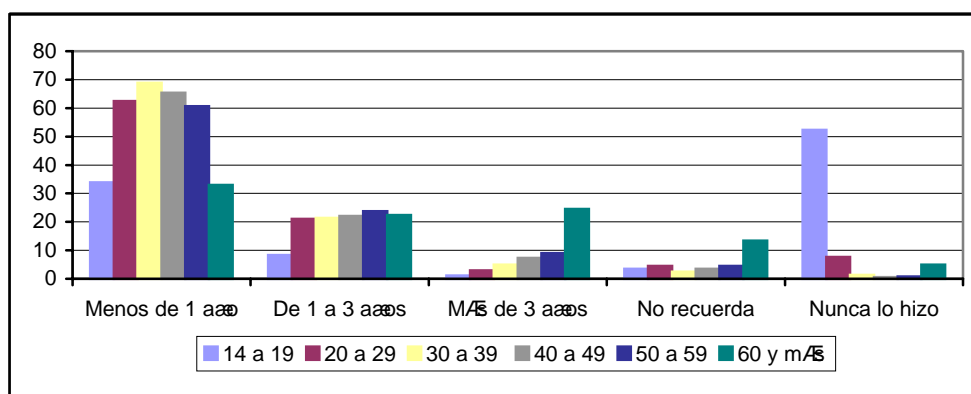
¹⁸ Este dato es significativo en tanto, según una investigación coordinada por M. Margulis el 46% de las mujeres inician sus relaciones sexuales entre los 14 y los 17 años. Juventud, cultura y sexualidad. IIGG. Universidad de Buenos Aires. 2003.

¹⁹ La mortalidad femenina por tumores malignos constituye la primera causa de muerte en este período etáreo para la población femenina del país. Entre las mujeres de 30 a 64 años, el 35% del total de las defunciones femeninas están representadas por estas patologías. INDEC /UNICEF. 2000. Situación de las mujeres en la Argentina. Serie Análisis Social 1. Buenos Aires.

²⁰ La población femenina de la Ciudad se halla afiliada a Obras Sociales en un 51,5% y en un 17,4% a la Medicina Prepaga y depende del Sistema Público en un 22,2%.

Gráfico 27

Distribución porcentual de la periodicidad de los controles ginecológicos según grupos de edad.
Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

6.2.1 La periodicidad de los controles ginecológicos según nivel de instrucción

El nivel de instrucción de las mujeres tiene relación con la frecuencia de realización de los controles. Mientras que aquellas con estudios superiores o universitarios completos constituyen el 28% de quienes se han controlado en el último año, las mujeres sin instrucción sólo conforman el 2%. Analizando cada segmento educativo separadamente las diferencias se acentúan. El 21% de las mujeres sin instrucción se realizó controles en el último año, valor similar al de aquellas que han dejado transcurrir más de 3 años. En cambio, en el caso de quienes

han alcanzado estudios superiores, el 67% realizó un control hace menos de un año y sólo el 4,5% manifiesta haberse controlado hace más de 3 años. Es de destacar la importancia que asume la educación para las mujeres, a partir de brindarles un capital social y cultural que les permite una mejor inserción social, y que, a su vez, les facilita la adopción de ciertas prácticas en relación a la salud tanto para sí, como para los miembros de su hogar y que redundan fundamentalmente en su capacidad de decisión en torno a su salud reproductiva.

6.2.2 La periodicidad de los controles ginecológicos por tipo de cobertura

El análisis de la periodicidad por tipo de cobertura da cuenta de que independientemente del sistema de salud al que accedan las mujeres de la Ciudad, éstas se han controlado en mayor número en el último año. Sin embargo, las facilidades que brinda el sistema privado de salud, inciden diferencialmente en el volumen de mujeres con controles realizados. Mientras que en el último año, el 42% de las mujeres dependientes del Sistema Público, se ha realizado los controles pertinentes, las que cuentan con sistemas de Medicina Prepaga han tenido la misma conducta en un 70%. Es así que, entre las primeras, se registra una mayor proporción de mujeres que han postergado la realización de sus exámenes ginecológicos: el 28% lo hizo en un período entre 1 y 3 años, y el 12% en un lapso mayor. Por el contrario, entre quienes están

afiliadas a un Sistema de Medicina Prepaga, el 15% los realizó entre 1 y 3 años, y sólo el 5% ha dejado transcurrir más de 3 años.

En relación a la periodicidad de los controles dada entre las mujeres con otros tipos de cobertura, no se manifiestan diferencias de significación a favor de quienes los realizan más regularmente en función de pertenecer a uno u otro tipo de sistema. Es así que el 51% de las mujeres afiliadas sólo a Obras Sociales los han realizado en el último año, y de igual manera, el 47% de quienes están adheridas sólo a Mutuales, y el 46% de quienes sólo cuentan con Sistema de Emergencias Médicas.

Si se considera la frecuencia de controles entre las mujeres pertenecientes a cada tipo de cobertura y se evalúa conjuntamente la realización de controles

en el último año y en los últimos tres años, no se destacan diferencias entre la proporción de mujeres cubiertas por el Sistema Público y aquellas con Obra Social (70% respectivamente). Si, en cambio, se desagrega la información en relación al último año, la

mitad de las mujeres controladas ginecológicamente pertenece a Obras Sociales, el 23% está representado por quienes acceden a la Medicina Prepaga y el 16,7% lo constituyen las dependientes del Sistema Público.

6.2.3 La realización de controles ginecológicos según condición de NBI

En el análisis de la realización de controles ginecológicos por parte de la población femenina de la Ciudad, entre quienes tienen o no sus necesidades básicas insatisfechas, no se observa una diferencia tan destacable como podía haberse detectado. En el caso de las mujeres sin NBI, éstas los han realizado en alguna oportunidad en un 85,2% mientras que aquellas con NBI, lo han hecho casi en un 78%. Por su lado, entre quienes nunca se han controlado tampoco la diferencia es de significación entre quienes tienen NBI (12,6%) y aquellas sin NBI, que en un 7,4% no lo han efectuado.

Por el contrario, pueden establecerse algunos contrastes a nivel territorial, por ejemplo en el caso de las mujeres con NBI. Las residentes en la zona Sur son las que en menor medida se han controlado (73%), mientras que aquellas de la zona Este, lo han

hecho en un 85%.

Si se considera la distribución territorial de la realización de controles entre las mujeres sin NBI, ésta es algo más homogénea: sus valores máximos y mínimos se alcanzan en las mismas zonas, pero con una diferencia porcentual menor (81% en la zona Sur y 90% en la zona Este).

En cuanto a la periodicidad de los controles ginecológicos, la población femenina de la Ciudad sin NBI, los ha cumplimentado en el último año en un 54%, mientras que aquella con NBI, lo ha hecho en un 45%. Las diferencias para los otros tiempos de realización de los controles son irrelevantes en términos de considerar a la condición de NBI como un factor de influencia en cuanto a la sistematización de controles ginecológicos regulares

Cuadro 3

Distribución porcentual de la población femenina según realización de control ginecológico por NBI. Ciudad de Buenos Aires.

	Realización de alguna consulta ginecológica			
	Si	No	Ns/Nc	Total
Sin NBI				
Total	85,2	7,4	7,4	100
Zona Norte	86,0	7,1	6,9	100
Zona Sur	81,1	9,5	9,5	100
Zona Oeste	82,8	8,4	8,8	100
Zona Este	90,8	4,7	4,5	100
Con NBI				
Total	77,9	12,6	9,6	100
Zona Norte	83,7	12,5	3,8	100
Zona Sur	73,0	15,1	11,9	100
Zona Oeste	80,7	6,1	13,2	100
Zona Este	85,3	10,2	4,5	100

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

6.3 La realización de Papanicolau

El 87.5% de la población femenina de 14 años y más de la Ciudad se ha efectuado en alguna ocasión un Papanicolau²¹. Este valor se mantiene alto en todas las divisiones territoriales: las mujeres del CGP 8 son las que en menor medida se han efectuado este tipo de control (83,4%) y, por el contrario, las que más se han realizado esta práctica son las del CGP 2 Norte (91%).

Ahora bien, si nos guiamos por la periodicidad anual aconsejada por los especialistas la situación no es tan favorable. Menos de la mitad de las mujeres han cumplido con el plazo recomendado para la realización de controles (48,7%) y una quinta parte los ha efectuado en un plazo entre 1 y 3 años. Por su parte, el 10,9% ha dejado transcurrir un tiempo mayor a 3 años y el 7% no recuerda cuándo lo hizo por última vez.

Cuadro 4

Distribución porcentual de la población femenina según realización de Papanicolau por Centro de Gestión y Participación. Ciudad de Buenos Aires.

CGP	Se hizo un PAP alguna vez	Nunca lo hizo	NS/NC
1	89,8	9,1	1,0
2 Norte	91,0	7,0	2,0
2 Sur	90,0	8,7	1,3
3	85,2	13,8	1,0
4	86,1	12,8	1,1
5	84,4	13,6	2,0
6	90,3	8,9	0,8
7	88,0	10,1	1,9
8	83,4	15,3	1,3
9	88,7	9,2	2,1
10	87,6	9,8	2,6
11	87,9	11,9	0,2
12	87,3	11,5	1,2
13	87,3	9,9	2,8
14 Oeste	87,4	11,5	1,1
14 Este	85,6	12,9	1,5
Total	87,5	10,9	1,6

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

6.3.1 La periodicidad de realización de Papanicolau según edad

La edad de las mujeres aparece como un factor de importancia para la realización de Papanicolau. Es así que su conducta está relacionada con las exigencias planteadas para cada etapa de su ciclo vital. Es probable que el comienzo de su vida sexual, la intención de tener hijos o la entrada en la menopausia sean factores que estimulen la necesidad de realización de consultas ginecológicas y, por ende, la práctica de controles complementarios.

Aunque a partir de las respuestas dadas por los entrevistados, el 11% de la población femenina de la Ciudad no ha realizado nunca un Papanicolau, este valor se modifica al tomar separadamente cada grupo de edad. Las adolescentes son las que en mayor medida no lo han nunca realizado, probablemente porque muchas de ellas aún no han comenzado a consultar periódicamente a un ginecólogo (85,6% de 14 años y 64,7% de 15 a 19). Las mujeres adultas entre 30 y 59 años presentan valores por debajo del 3% y las mayores de 60 años se ubican alrededor del 6%.

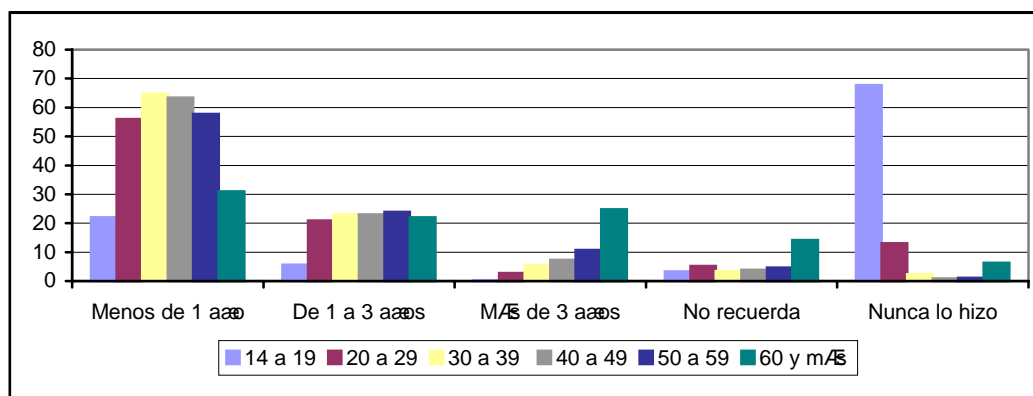
Más de la mitad de las mujeres jóvenes y adultas muestran una conducta preventiva importante pues han efectuado un Papanicolau en el último año. Los valores más altos se encuentran entre las mujeres de 30 a 49 años que alcanzan el 64%. Cerca de la cuarta parte de las adolescentes (22%) y un tercio de las mayores de 60 años (31%) también han cumplido la periodicidad recomendada de un estudio por año. Sólo el 5,6% de las adolescentes han realizado un control en un período de 1 a 3 años. En el resto de las franjas de edad no se destacan diferencias ya que la proporción de mujeres varía del 20,9 (20 a 29 años) al 23,4 (50 a 59 años).

Por último mientras que el 14,2% de las mujeres mayores de 60 años no recuerdan la fecha de su último control, en las demás edades este valor se ubica por debajo del 5,2%.

²¹ Dado que el 50,3% de las preguntas respecto a la realización de Papanicolau no ha sido autorrespondida, el conjunto de estos datos es de carácter indicativo. En este caso más de la mitad de los respondientes son varones (55,1%) que, probablemente, no estén informados fehacientemente de la periodicidad de realización de estos controles por parte de las mujeres de su familia.

Gráfico 28

Distribución porcentual de la población femenina mayor de 14 años según periodicidad de realización de Papanicolau por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

6.3.2 La periodicidad de realización de Papanicolau por tipo de cobertura

La pertenencia a los diversos tipos de cobertura constituye un elemento que puede ser un condicionante, entre otros, de la frecuencia de realización de estudios de control ginecológico tales como el Papanicolau, que exige una periodicidad anual para asegurar su efectividad en cuanto a la prevención de tumores malignos.

Las afiliadas a los sistemas de Medicina prepaga

son las que registran una proporción mayor de realización de PAP en el último año (65,1%) con un nivel diferenciado respecto a los alcanzados por quienes pertenecen a otro tipo de cobertura. Es así que las mujeres cubiertas por Obras Sociales, los han efectivizado en un 47%. Las que sólo cuentan con el Sistema de Salud Público, sólo en un 38% se han controlado en el último año.

Cuadro 5

Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización de último Papanicolau por tipo de cobertura

Tipo de cobertura	Tiempo transcurrido desde el último Papanicolau					
	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	NS/NC
Sistema Público	38,0	26,9	12,3	7,2	14,2	1,4
Sólo Obra Social	47,3	20,6	11,9	8,5	10,1	1,6
Sólo Mutual	42,0	17,1	12,8	6,5	21,6	
Sólo Medicina prepaga	65,1	15,9	5,6	3,4	8,2	1,7
Sólo Sistema de emergencias médicas	37,1	29,8	14,9	2,7	14,6	1,0
Sólo Plan Médico de Cabecera del GCBA	51,5	20,0	9,1	3,0	14,6	1,8
Obra Social y otros sistemas de salud	52,0	17,7	13,6	6,1	8,7	1,8
Mutual y otros sistemas de salud excepto O. Social	30,6	17,7	36,2		15,5	
Otros sistemas de salud	52,3	24,0	3,4		20,3	
NS/NC	15,3	7,3	17,7		8,5	51,2
Total	48,7	20,9	10,9	7,0	10,9	1,6

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

6.3.3 La realización de Papanicolau según nivel de instrucción

El porcentaje de mujeres que se han realizado un PAP en un tiempo menor a un año aumenta junto con el nivel de instrucción de las entrevistadas. Es así que sólo el 16,1% de las mujeres sin instrucción se ubica en esta categoría. Estas son duplicadas por quienes han completado el primario o han comenzado el secundario (33,5 y 34,7%). Entre quienes han completado el secundario o alcanzado niveles de educación superior son más de la mitad las que han realizado un PAP en el último año (54,3% y 55,9%). Y, por último, igual conducta ha tenido el 68,1% de las mujeres que han completado una carrera terciaria o universitaria.

La realización de un PAP en un período no menor de 1 ni mayor de 3 años, se mantiene relativamente constante entre los diferentes niveles de

instrucción. El 15% de las mujeres que no han accedido a ningún nivel de educación formal, el 24% de las que han completado el secundario y el 19,4% de las que finalizaron estudios universitarios, se han hecho un Papanicolau en dicho período.

En el caso de la realización del último PAP hace más de 3 años, se observa una representación superior de las mujeres con menor nivel de instrucción. Casi una cuarta parte de las mujeres que han accedido hasta nivel primario incompleto ha declarado no haber realizado ningún PAP en el último trienio (22,2%). Este valor duplica al observado para las mujeres con secundario completo o incompleto que se ubican alrededor del 10%. Finalmente, sólo el 5% de las que ingresaron o completaron su educación universitaria ha dejado transcurrir un lapso similar.

7 Perfiles de morbilidad en relación a discapacidades y enfermedades crónicas

7.1 Las discapacidades declaradas

En la Ciudad de Buenos Aires, a través de esta Encuesta, cerca de un 3,3 % de la población padece diferentes tipos de discapacidad. Es así que 1 de cada 29 de los habitantes de la Ciudad, sufriría alguna discapacidad tal como parálisis, sordera, ceguera, u otra.

La inclusión de esta temática en una encuesta multitemática es tan compleja como valiosa y requiere examinar cuidadosamente los datos obtenidos en función del contexto del que surgen. Su complejidad reside básicamente en que se sostiene en las declaraciones de los entrevistados y ello conlleva dificultades particulares. En primer lugar, la fuerte discriminación que se asocia a estas condiciones lleva a algunos habitantes a negar la existencia de alguna discapacidad entre sus familiares. En segundo lugar, no siempre la familia cuenta con un diagnóstico preciso que determine la discapacidad. En algunos casos, éste no está disponible por la variabilidad de discapacidades existentes y/o por el retraso en su identificación, sobre todo en el caso de los niños

pequeños, dado que puede no existir un registro familiar de que ciertos cuadros sintomáticos puedan conformarse en una discapacidad, priorizándose interpretaciones subjetivas y por lo tanto, no realizándose las consultas diagnósticas pertinentes.

El valor analítico de la incorporación de esta temática reside en el potencial de su uso para la planificación de políticas públicas que permitan ampliar las posibilidades de los discapacitados de diferentes edades, sexo y condición socioeconómica. Al contar con estas estimaciones, es posible analizar la demanda y facilitar los medios para su atención, rehabilitación, inserción en actividades productivas y/o solución autónoma de problemas cotidianos. Según Marcela Ferrer²², es crucial la detección de estos casos en los hogares en situación de pobreza, debido a la carencia de medios que les permitan acceder a sus miembros a tratamientos de rehabilitación o de cuidado de los discapacitados.

²² Ferrer, M. (2000) *Los Módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe. Un Análisis de cuestionarios recientes*. Serie Informes Técnicos No. 72 Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. .

7.1.1 Discapacidades según edad

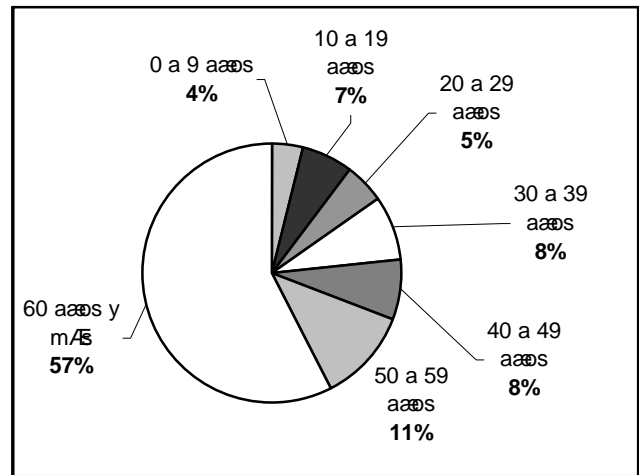
Se observa que la proporción de personas con discapacidad presenta una cierta tendencia a aumentar con la edad. Entre la población más joven, el movimiento es levemente ascendente y aumenta de manera notoria al llegar a la población de mayor edad que, por su peso relativo, podría merecer una consideración especial a la hora de planificar políticas puntuales.

Según las declaraciones de los entrevistados, entre el 1% y el 1,7% de los niños y jóvenes de 0 a 9, 10 a 19 y 20 a 29 años tienen alguna discapacidad. En la población adulta (de 30 a 39 y de 40 a 49 años) este valor se ubica alrededor del 2%. Entre las personas de 50 a 59 años los discapacitados representan el 3,4% y entre los mayores de 60 años alcanzan al 9,4%.

Este último grupo constituye el 57% de los discapacitados de Buenos Aires.

Gráfico 29

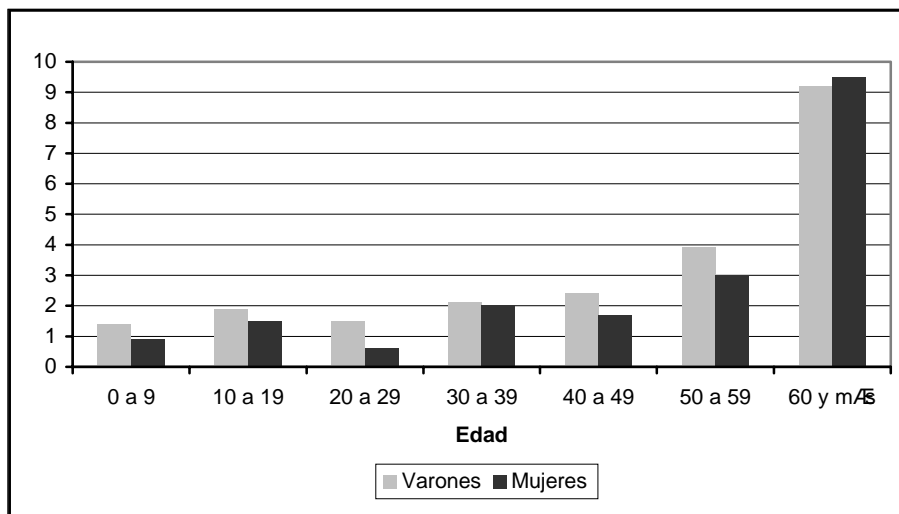
Distribución porcentual de población con discapacidad según edad. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 30

Proporción de la población femenina y masculina con algún tipo de discapacidad, por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Esta leve tendencia ascendente de la tenencia de discapacidad junto con la edad se confirma al analizar por separado la distribución dada tanto entre la población masculina como en la femenina. Sólo en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años, se revierte el ascenso, tanto en los varones como en las mujeres y disminuye el porcentaje de personas con alguna discapacidad. Asimismo, cabe señalar que en todos los grupos etáreos, salvo en el de los mayores de 60 años, se registra un valor ligeramente mayor entre la población masculina.

Por último, y tal como se señalara previamente, es la población de mayor edad la que se encuentra en una situación más proclive a tener alguna discapacidad. Esto se expresa en un dato significativo: el 76% de las mujeres y el 51% de los hombres discapacitados de la Ciudad son mayores de 50 años.

Sin embargo, la poca cantidad de casos aconseja, debido al nivel de los coeficientes de variación que presentan los datos, a utilizarlos con cautela y con carácter indicativo.

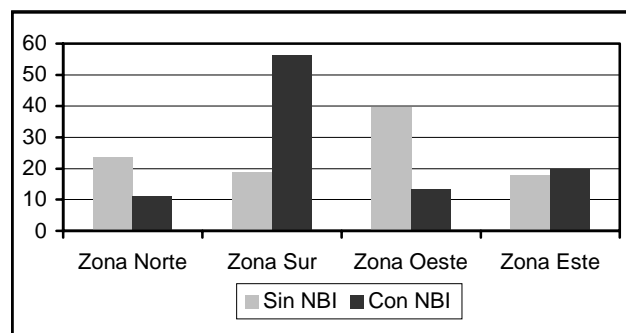
7.1.2 Discapacidades según NBI

En el análisis comparativo de los porcentajes de discapacitados de la población total de la Ciudad en función de su condición de NBI, no se encuentran diferencias. En ambos casos (con o sin NBI) el valor relevado es cercano al 3.3%.

Por el contrario, varía notablemente la distribución territorial de las personas con discapacidades al considerar el acceso a la cobertura de las necesidades básicas de cada grupo familiar. Es así que en la Zona Sur se encuentra más de la mitad de la población discapacitada con NBI (56%). En el caso de aquellos sin NBI también hay una fuerte concentración en una de las áreas de la ciudad (Zona Oeste: 40%) pero la distribución entre el resto de las zonas es relativamente más homogénea.

Gráfico 31

Distribución porcentual de la población con algún tipo de discapacidad, por condición de NBI, según zona. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Cuadro 6

Distribución porcentual de la población con algún tipo de discapacidad, según condición de NBI del hogar por zona. Ciudad de Buenos Aires.

	Población con algún tipo de discapacidad según condición de NBI		
	Sin NBI	Con NBI	Total
Total Ciudad	89,3	10,7	100
Zona Norte	94,7	5,3	100
Zona Sur	73,8	26,2	100
Zona Oeste	96,2	3,8	100
Zona Este	88,4	11,6	100

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Los datos que se presentan permiten observar que 9 cada 10 discapacitados de la Ciudad tienen sus necesidades básicas satisfechas. Por otra parte, a pesar de que los valores absolutos en cuanto a la cantidad de discapacitados entre la Zona Norte y Sur de la Ciudad son similares, el análisis por con-

dición de NBI marca diferencias de significación entre ambas. El 26% de los discapacitados de la Zona Sur y el 5,3% de la Zona Norte pertenecen a hogares con dificultades para cubrir sus necesidades básicas y, por lo tanto, menores posibilidades de bienestar y atención médica adecuada.

7.2 Las enfermedades crónicas²³

Tal como en el caso de las discapacidades, existen ciertas limitaciones vinculadas a los datos obtenidos en relación a las enfermedades crónicas como resultado de surgir de la declaración de los respondentes, ya que no serían válidos para medir la magnitud de la existencia de dichas enfermedades en la Ciudad. Si consideramos las observaciones de

Ferrer (2000), estos valores podrían ser mayores ya que el preguntar explícitamente por una enfermedad crónica «exige que el entrevistado no sólo conozca esta terminología, sino que además la haya recibido como diagnóstico médico, situación que se sabe de menor presencia a medida que se desciende en la estructura socioeconómica»²⁴. También

²³ Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades crónicas son aquellas que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, pueden requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.

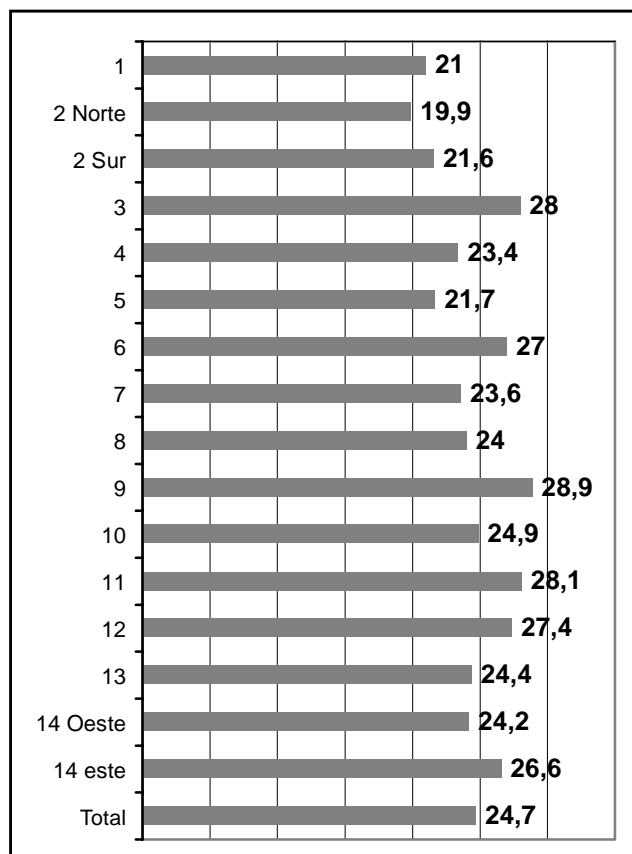
²⁴ Op. cit.

señala que los entrevistados con bajo nivel educacional tienen una menor disponibilidad a expresar que sufren estas patologías, lo que podría subestimar el alcance de las desigualdades en las enfermedades crónicas.

En función de lo relevado, un cuarto de la población de la Ciudad de Buenos Aires manifiesta padecer al menos una enfermedad crónica tal como diabetes, hipertensión, asma u otras. En algunas divisiones territoriales el porcentaje de enfermos crónicos es un poco menor, cercano al 20% (CGP 1, 2 Norte, 2 Sur y 5) mientras que en otras, en cambio, ronda el 28% (CGP 3, 6, 9, 11 y 12).

Gráfico 32

Proporción de población con enfermedades crónicas según Centro de Gestión y Participación. Ciudad de Buenos Aires.



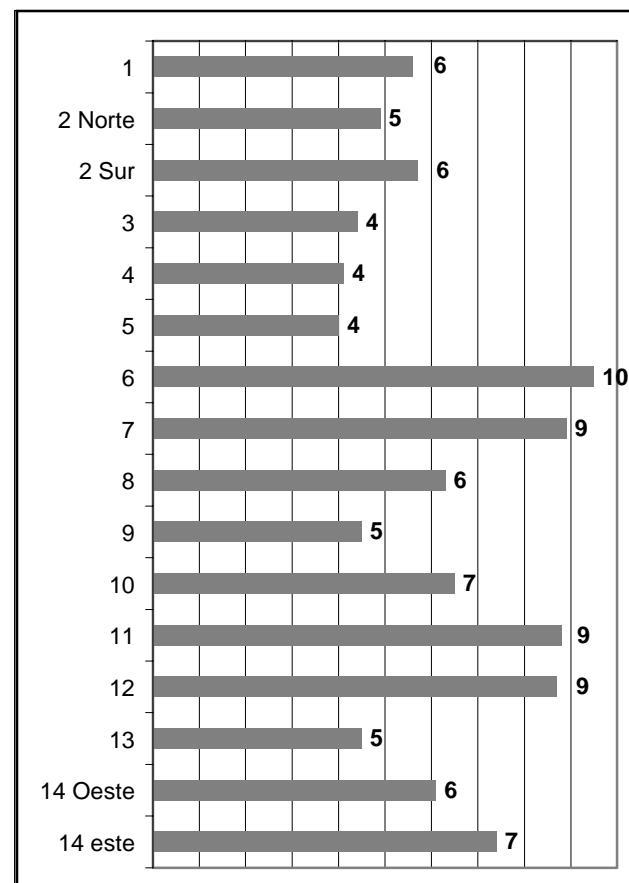
Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

La incidencia territorial de estas patologías es relativamente homogénea en la Ciudad, cubriendo un rango entre el 20% y el 29% de la población de cada CGP. Si el análisis se centra, en cambio, en el peso de los enfermos crónicos de cada CGP sobre el total de la Ciudad, esta situación varía. La mayor concentración se encuentra entre los residentes en

las áreas de los CGP 6, 7, 11 y 12, (tres de ellos de la Zona Oeste de la Ciudad) quienes constituyen, en conjunto, más de la tercera parte de los enfermos crónicos (37%). Otras divisiones territoriales, en cambio, no alcanzan a reunir la mitad de afectados que se observa en alguno de los CGP recién mencionados. Los CGP 3, 4 y 5, de la Zona Sur, por ejemplo, alcanzan en cada caso sólo el 4% del total de la población.

Gráfico 33

Distribución porcentual del total de enfermos crónicos, según CGP. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Los factores previamente mencionados, a los que se suma la valoración subjetiva de ciertas enfermedades efectivamente padecidas como de carácter crónico, no permite establecer una relación entre la referencia territorial, como indicativa de ciertas condiciones de vida de los habitantes, y la existencia en mayor o menor medida de enfermedades crónicas.

7.2.1 Enfermedades crónicas entre la población masculina y femenina

La distribución de las enfermedades crónicas también se modifica según el sexo. La población femenina que las sufre comprende el 26,6% de las mujeres porteñas y la masculina el 22,4%. Es así, que la presencia de estas afecciones es levemente mayor entre las mujeres, que constituyen el 58% de los enfermos crónicos de la Ciudad.

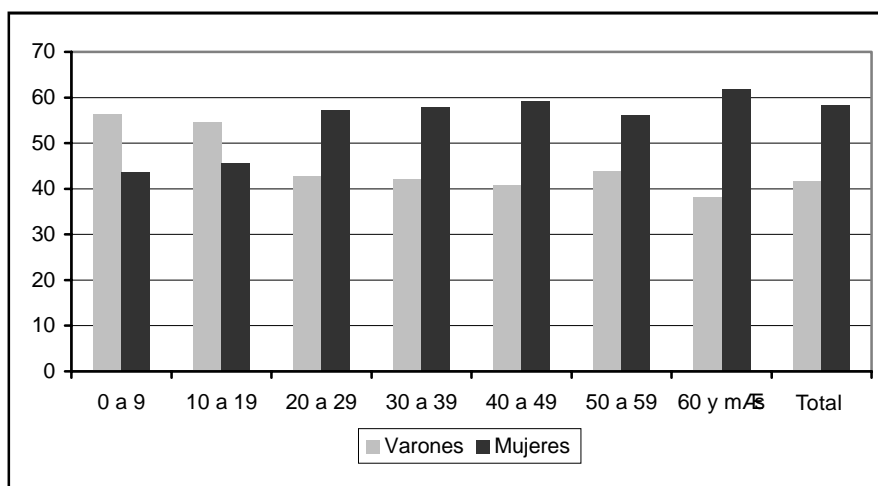
Sin embargo, la mayor proporción de mujeres con enfermedades crónicas no se constata en todas las franjas etáreas. Entre la población infantil y adolescente de la Ciudad que padece estas patologías, son mayoría los varones (56,4% entre 0 y 9 años, y 54,5%

entre 10 y 19 años). Esta tendencia se revierte entre los jóvenes y adultos, ya que la población femenina concentra los mayores porcentajes: entre los 20 y 29 y entre los 30 y 39 años, las mujeres representan alrededor del 57% de los enfermos crónicos. La diferencia es más acentuada de los 40 a los 49 años y a partir de los 60 años: las mujeres constituyen respectivamente el 59,2% y el 62%.

En síntesis, se observa una mayor presencia de enfermedades crónicas entre las mujeres a partir de la juventud, que se acrecienta a medida que aumenta su edad.

Gráfico 34

Distribución porcentual de la población que padece enfermedades crónicas según sexo por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires.



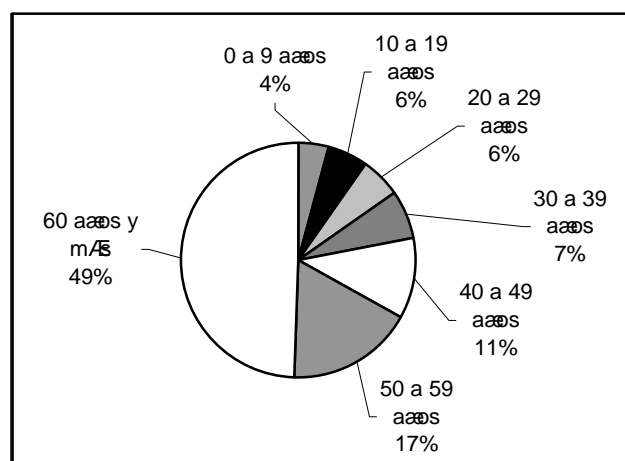
Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

La edad aparece entonces en el análisis, como un factor condicionante de las enfermedades crónicas. Como se observa en el gráfico, la presencia de población con enfermedades crónicas es mayor a medida que aumenta la edad. Tanto entre los hombres como entre las mujeres, a mayor edad se registran mayor cantidad de personas que declaran estar afectadas por estas dolencias.

Entre los varones, los niños de 0 a 9 años representan el 4,2% de la población afectada. Los adolescentes de 10 a 19 y los jóvenes de 20 a 29 años alcanzan el 5,6%. El 18,4% tiene entre 50 y 59 años y, por último, los mayores de 60 años alcanzan el 45,3%. En el caso de las mujeres la situación es equivalente: partiendo de un 3,1% para las menores de 9 años, se registra un 16,7% entre los de 50 y 59 años y se alcanza el porcentaje mayor entre las mujeres con más de 60 años que constituyen el 49,5% de la población femenina con enfermedades crónicas.

Gráfico 35

Distribución porcentual de población que padece enfermedades crónicas según edad. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

7.2.2 La realización de consultas médicas por parte de los enfermos crónicos

Un alto porcentaje de las personas que padecen enfermedades crónicas en la Ciudad ha realizado consultas médicas en los últimos 6 meses. Entre las mujeres esta cifra alcanza el 88,6% y entre los hombres el 83,6%. La necesidad de una mayor periodicidad en los controles aparece aquí como un potencial factor de influencia.

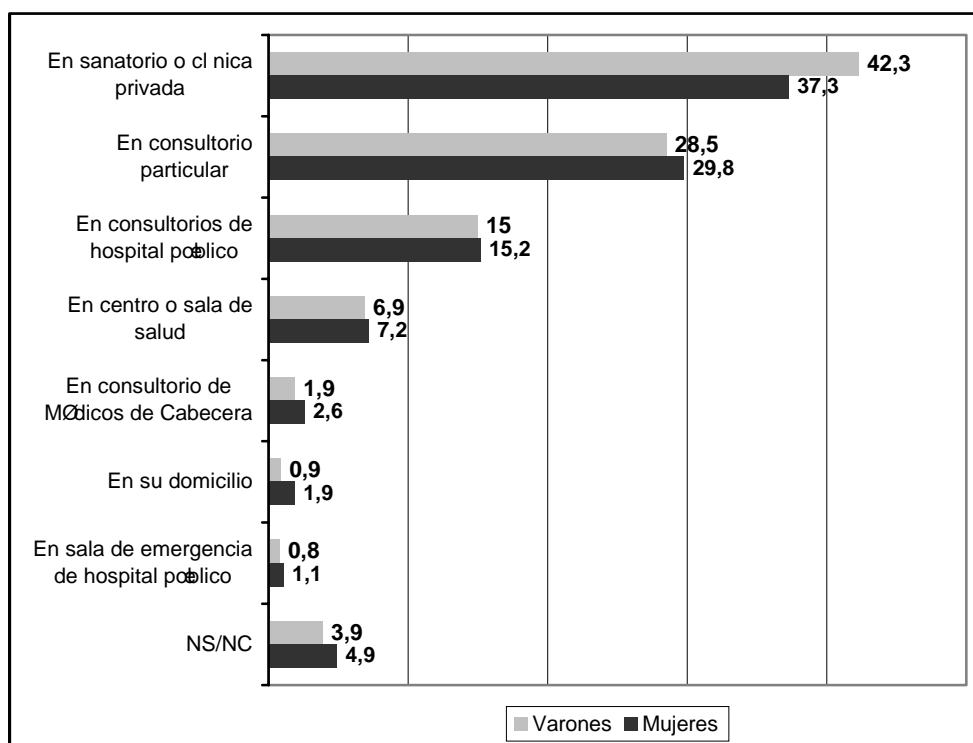
La mayor parte de estas consultas fue realizada en el sistema de salud privado. El 39,3% de los enfermos crónicos concurrió a un sanatorio o clínica y el 29,3% a consultorios particulares. El sistema de salud público, por su parte, asumió el 26% de la demanda: el 7,1% se acercó a un centro o sala de salud; los consultorios y las salas de emergencias de los hospitales públicos concentraron el 16,2% de

las consultas y, por último, accedieron a los consultorios del Plan Médico de Cabecera el 2,3% de los enfermos crónicos.

La utilización de diferentes opciones dentro del sistema de salud para la atención de los enfermos crónicos no varía significativamente al analizar separadamente a hombres y mujeres. En el caso de la población masculina el 70% empleó el sistema de salud privado para realizar consultas médicas; el 42,3% fue atendido en clínicas o sanatorios y el 28,5% en consultorios particulares. La población femenina también concentra el mayor porcentaje de atención médica en estas formas de prestación (37,3% y 29,8% respectivamente).

Gráfico 36

Distribución porcentual de la población que padece enfermedades crónicas según lugar de realización de la consulta por sexo. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

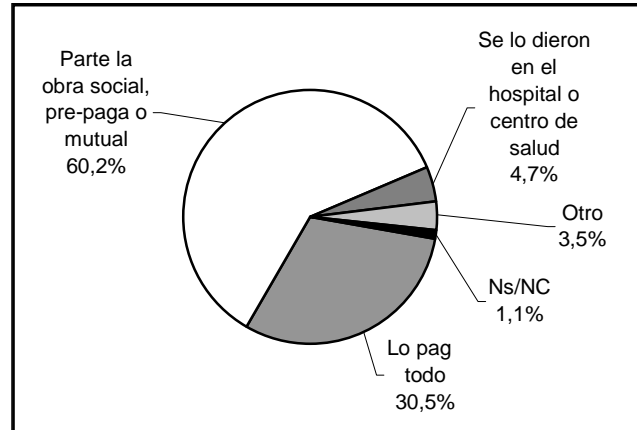
7.2.3 Enfermedades crónicas y consumo de medicamentos

Dado que muchas enfermedades crónicas conllevan la necesidad de controles periódicos y el empleo permanente de medicación, resulta comprensible entonces que 9 de cada 10 personas en esa condición hayan consumido medicamentos en los últimos 6 meses. Este alto consumo se observa tanto para las mujeres (90,2%) como para los varones (87,4%).

Con respecto al modo en que accedieron a los remedios, la tercera parte afrontó personalmente su pago (30,5%) y el 4,7% fue subsidiado completamente por el Estado ya que recibió la medicación en un hospital o un centro de salud. La mayoría, sin embargo, resolvió una parte del financiamiento a través de su afiliación a una Obra Social, una Prepaga o una Mutual (60,2%).

Gráfico 37

Distribución porcentual de los medicamentos consumidos por los enfermos crónicos según tipo de financiamiento. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

8 Las condiciones de salud en los primeros años de vida: lactancia materna y vacunación

8.1 El consumo de leche materna

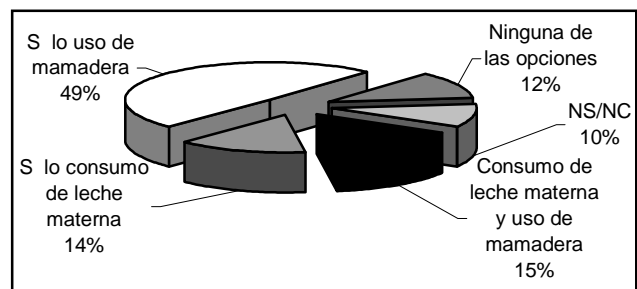
La lactancia materna es una de las prácticas impulsadas desde todos los organismos sanitarios así como desde el ámbito profesional, porque representa un factor decisivo en la disminución de la morbilidad durante el primer año de vida, así como de la reducción de la mortalidad infantil por desnutrición combinada con diversas infecciones.

La educación de las madres en relación a la elección de un comportamiento alimentario adecuado en relación a sus hijos, es en este sentido, un instrumento fundamental para asegurar una mejor calidad de vida en la infancia a través de estrategias de promoción de la salud.

En tanto poco menos de la tercera parte de los niños menores de 2 años de la Ciudad consume leche materna (28,8%), la mitad de ellos complementan este tipo de alimentación con el uso de mamadera. La adopción exclusiva de mamadera se da en 8 de cada 10 niños que no consumen leche materna. El porcentaje restante corresponde a quienes no utilizan ninguna de estas opciones, dada la amplitud de la franja etárea, supone que el consumo de leche u otros líquidos ya es realizada por los niños en forma autónoma.

Gráfico 38

Distribución porcentual de los niños menores de 2 años según tipo de alimentación. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

8.1.1 Consumo de leche materna y uso de mamadera por edad

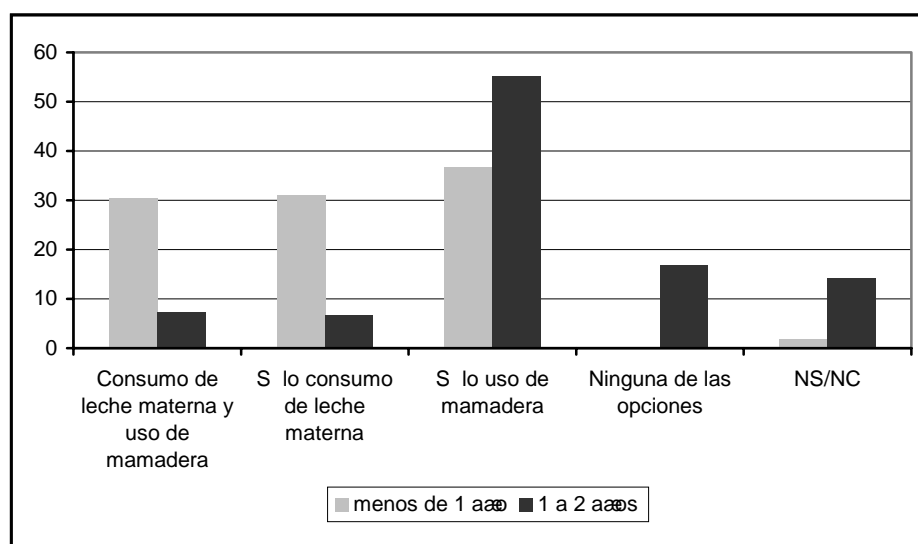
Al dividir en dos grupos a los niños más pequeños es posible distinguir comportamientos diferenciales según su edad. Algo menos de la tercera parte de los menores de 1 año sólo consumen leche materna (31%), otro tercio la combinan con el uso de mamadera (30,4%) y, finalmente, es levemente mayor la proporción de quienes sólo utilizan esta última opción (36,7%).

Esta distribución relativamente homogénea entre las diferentes alternativas nutricionales se modifica

al analizar la franja de los niños entre 1 y 2 años. Más de la mitad de ellos (55,1%) se concentran en la utilización de mamadera únicamente y el 7,2% la emplea como complemento de la leche materna. Asimismo, la mayor edad de los niños estaría dando paso a otras formas de alimentación y/o de consumo de leche ya que se observa que un 16,8% no consume leche materna ni recurre al biberón.

Gráfico 39

Distribución porcentual de los niños menores de un año y de 1 a 2 años de edad según tipo de alimentación. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

8.1.2 El amamantamiento

La encuesta revela que las niñas superan a los niños entre aquellos que sólo consumen leche materna (56% y 44% respectivamente). Este mayor amamantamiento de las niñas se registra tanto si sus madres son ocupadas, desocupadas o inactivas. La utilización de mamadera, en cambio, no parece diferenciarse según el sexo del bebé (los varones alcanzan el 49% y las mujeres el 51%).

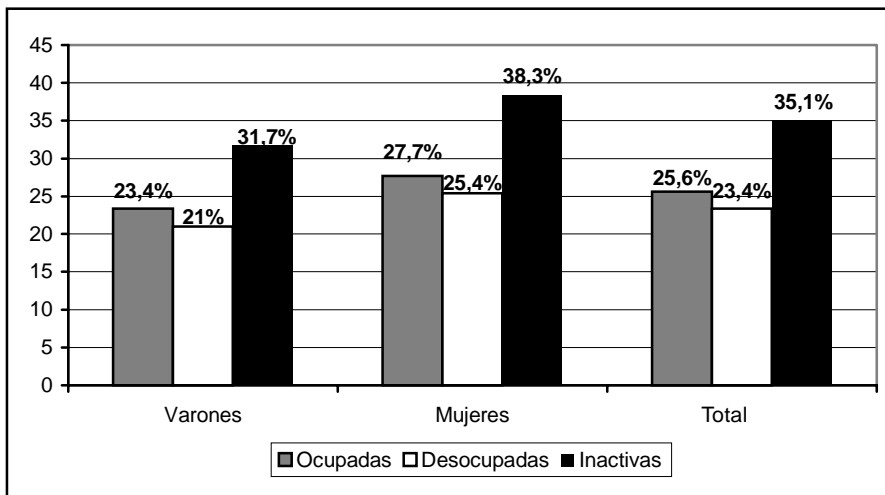
A pesar de las consecuencias en la organización familiar que implica la condición de actividad de la madre, no parecería gravitar demasiado en la lactancia. La proporción de niños que consumen leche materna se mantiene relativamente estable entre los

hijos de mujeres ocupadas y desocupadas (25,6% y 23,4% respectivamente). En algunos casos, las mujeres ocupadas instrumentan diversas estrategias, tales como «almacenar» su propia leche para que sea proporcionada a los niños en su ausencia²⁵ u organizar sus horarios de trabajo para prolongar la lactancia. Varía, en cambio, en el caso de las madres inactivas cuyos hijos menores de 2 años son lactantes en un 35%. En las familias en contextos de pobreza, la prolongación de la lactancia permite cubrir las necesidades nutricionales de sus niños, quienes no pueden recibir una alimentación completa.

²⁵ Muchos pediatras o nutricionistas recomiendan congelar la leche materna.

Gráfico 40

Proporción de los niños que consumen sólo leche materna por sexo y por condición de actividad de las madres. Ciudad de Buenos Aires.



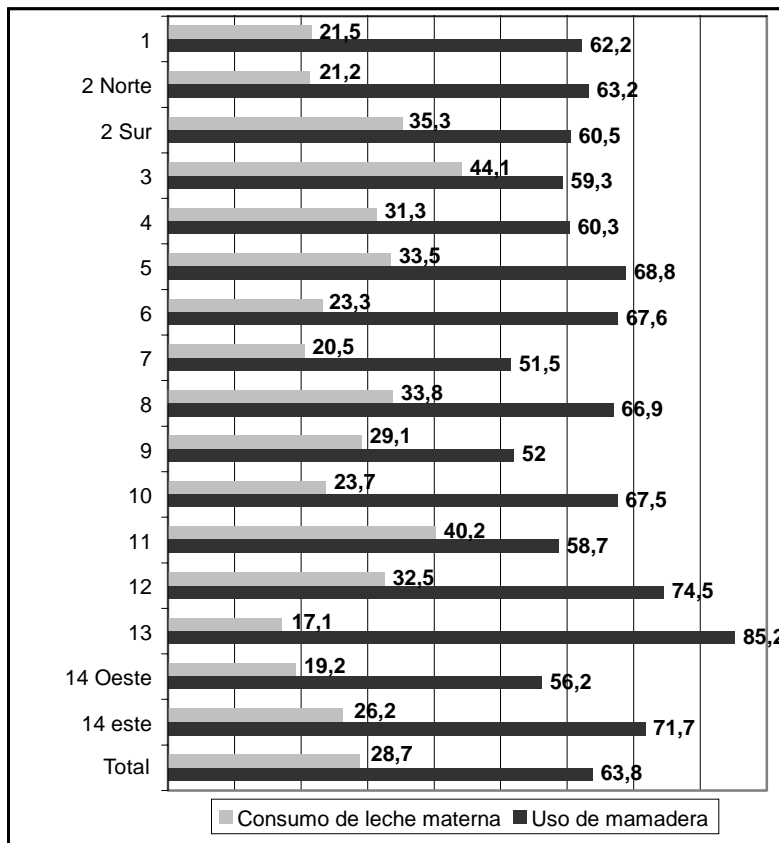
Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Es llamativa la variabilidad territorial de los valores del consumo de leche materna. En algunos casos, se duplica de una división territorial a otra. En los CGP 1, 7, 13 y 14 Oeste entre el 17 y el 21%

de los menores de 2 años se nutren de la leche de sus madres. En cambio, en los CGP 2 Sur, 3 y 11 su consumo alcanza valores entre el 35% y el 44% de la población infantil de esa edad.

Gráfico 41

Distribución de la población menor de 2 años según consumo de leche materna y uso de mamadera, por CGP.



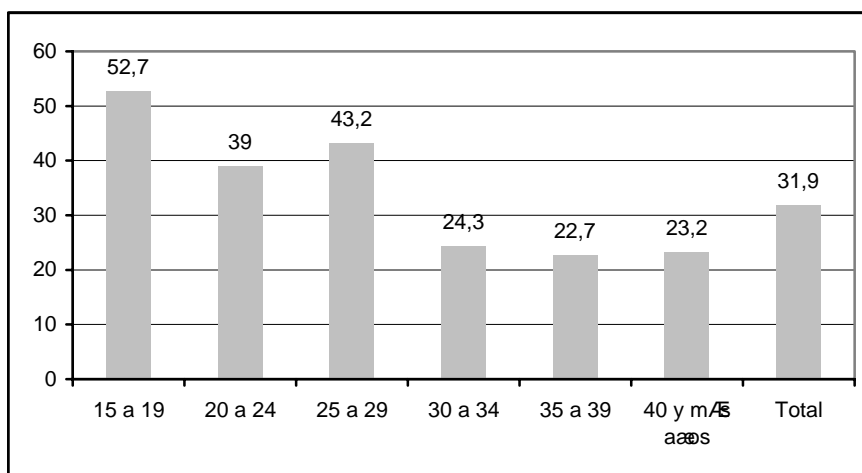
Nota: las categorías "Consumo de leche materna" y "Uso de mamadera" no se excluyen mutuamente, por lo cual la suma de porcentajes puede ser superior a 100.
Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

La proporción de niños que consumen leche materna desciende a medida que aumenta el nivel educativo de la madre. Los hijos lactantes de mujeres que no han completado el nivel primario duplican a aquéllos con madres con educación superior (46% y 20% respectivamente). Esta tendencia se mantiene «parcialmente» al observar el comportamiento de las madres en relación a la alimentación de sus hijos por sexo. La comparación insinúa una mayor lactancia de los hijos varones cuyas madres han alcanzado el nivel secundario.

La edad de las madres también parece incidir en la lactancia de los niños: las respuestas de los entrevistados indican que el consumo de leche materna es mayor cuando la edad de la madre es menor. Mientras que más de la mitad de los niños con madres entre 15 y 19 años consumen leche materna, sólo lo hace menos de la cuarta parte de los hijos de mujeres mayores de 30 años.

Gráfico 42

Proporción de niños de hasta 2 años de edad que consumen leche materna por grupo de edad de la madre. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

8.1.3. El uso de mamadera entre los menores de 2 años

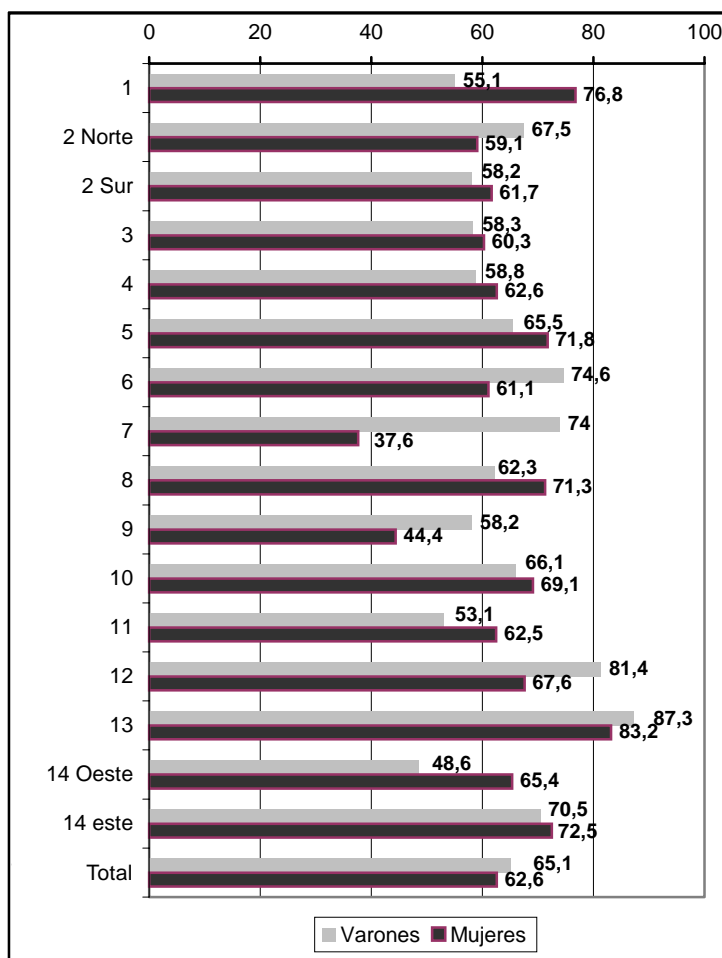
En la Ciudad de Buenos Aires el 63,8% de los niños menores de 2 años consumen leche no materna a través del uso de mamadera. Este tipo de consumo no mantiene valores estables y presenta diferencias importantes entre las diversas divisiones territoriales: en los CGP 7 y 9 (Villa Luro, Mataderos y Liniers) apenas supera la mitad de los niños (52%), en cambio en los CGP 12 y 13 (Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza, Villa Pueyrredón, Núñez y parte de Belgrano) alcanza a la gran mayoría de los niños hasta 2 años (74,5% y 85,2% respectivamente).

En algunas divisiones territoriales existen diferencias entre la población masculina y femenina menor de 2 años, a la que se alimenta en base al

empleo de biberón. Entre los niños este uso es muy heterogéneo: en los CGP 12 y 13 supera ampliamente la media para la Ciudad (81,4% y 87,3%) y, en cambio, en el CGP 14 Oeste no alcanza a la mitad de los niños (48,6%), probablemente por la heterogeneidad social de esta unidad administrativa. Por su parte, en el caso de las niñas, se registran valores máximos y mínimos proporcionalmente menores a los dados entre los varones: la menor utilización de mamadera se observa en los CGP 7 y 9 (37,6% y 44,4%) y la mayor en los CGP 13 y 14 Este (83,2% y 72,5% respectivamente).

Gráfico 43

Proporción de niños hasta 2 años que usan mamadera por sexo y por CGP. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

El uso de biberón de los menores de 2 años se modifica según la edad de la madre. El menor consumo aparece entre los niños con madres adolescentes (53,3%). Los valores aumentan en el caso de las mujeres jóvenes: alrededor del 65% en los hijos de mujeres entre 20 y 34 años y el 62% entre 35 y 44 años. Por último, son las madres de mayor edad (45 años y más) quienes más recurren a la mamadera, haciéndolo en un 71,4%.

El uso de mamadera, a diferencia del consumo de leche materna, registra valores similares entre los niños cuyas madres han alcanzado diferentes niveles de instrucción. Es así que 6 de cada 10 mujeres con primario completo o secundario incompleto y 7 de cada 10 que han alcanzado o completado su educación superior, utilizan biberón para alimentar a sus bebés.

La condición de actividad de la madre no presenta, salvo en el caso de los hijos varones, una influencia marcada en el uso de mamadera. Alrededor de las dos terceras partes de los menores de 2 años con madres ocupadas y desocupadas utilizan mamadera (65,3% y 67,6%), un valor levemente su-

perior al de los niños con madres inactivas (60,6%).

Tal como señalamos, se observa una mayor variación de uso del biberón por las madres según su condición de actividad en relación al sexo de los niños. En el caso de los hijos varones: se presentan diferencias de uso en un 10% menor entre las madres inactivas (57,3%). Por su lado, las ocupadas y las desocupadas adoptan esta modalidad alimentaria con los niños, en mayor medida (68% y 77,1% respectivamente). Para el caso de la alimentación de las niñas se registran valores más homogéneos entre sí pero se invierte la actitud de las madres en relación a sus hijos varones: son las madres inactivas quienes utilizan mamadera para alimentarlas en mayor medida (63,7%), seguidas por las ocupadas (62,9%) y, por último, por las desocupadas que, en este caso, alcanzan un valor algo menor (59,7%). A pesar de estos comportamientos diferenciados en relación al sexo de los hijos, no se observa algún factor distintivo que demarque y condicione fuertemente perfiles entre las madres en función de los criterios de alimentación adoptados.

8.2 La vacunación obligatoria en la población infantil

8.2.1 Algunas observaciones preliminares

La vacunación sistemática de los niños es el instrumento fundamental para protegerlos durante su primer año de vida contra las principales enfermedades infantiles. Ello garantiza la disminución de los índices de mortalidad y morbilidad. Por eso es una prioridad de política pública alcanzar los mayores niveles de cobertura en relación a la aplicación efectiva de las diversas vacunas, a través de los Programas de Inmunización planteados tanto a nivel nacional como de cada jurisdicción. Esto lleva a poner hoy, desde los organismos públicos que demarcan dichas políticas, el acento en trabajar con criterios de cobertura poblacional más allá de la geográfica, para identificar las desigualdades intrajurisdiccionales y generar acciones en consecuencia. Desde el sector profesional, fundamentalmente en el ámbito del Sector Público, se ha instalado la importancia de evitar las “oportunidades perdidas en vacunación”, otorgando un alto valor al uso del control pediátrico o la internación, como recurso para enfatizar la necesidad de completar el esquema de inmunización correspondiente, partiendo de una mirada integral sobre el niño que se acerca al centro de salud o al hospital público.

En relación a la información producida a partir de los datos surgidos de la Encuesta Anual de Hogares aplicada a fines de 2002, es necesario presentar algunas observaciones previas al análisis, para hacer el encuadre pertinente. En primer lugar, el relevamiento de esta información surgió a partir de dos modalidades: a) la que fuera recogida por los encuestadores en base a quienes exhibieron la libreta sanitaria en la que se registra el cronograma de las dosis aplicadas y, b) aquella brindada por el respondente de cada hogar, sin la apoyatura de ningún registro que le otorgara veracidad. Ello condiciona de alguna manera, la validez de estos últimos datos y por ello se evalúan separadamente.

En segundo lugar, el registro de los valores obtenidos por edades, varía en función del calendario oficial de vacunación vigente al momento de recibir determinadas vacunas y eso establece diferencias que serán analizadas. Esto surge fundamentalmente al analizar los niveles de cobertura con vacunación completa²⁶.

Por último, pueden existir posibles errores de registro del encuestador, en función de la diferente nominación que algunas de las vacunas puede asumir en diversos certificados.

8.2.2. La vacunación de los niños según la exhibición del certificado de vacunas aplicadas

Cabe destacar que la exhibición del carnet de vacunación se dio sólo en un 29,3% de los casos. Si se observa esta distribución, en función de las diversas divisiones territoriales sobresale que en los casos del CGP 13 (barrios de Núñez y Belgrano), es donde la negación a mostrarlo alcanza al 78,4% de la muestra. Similares valores se dan en el caso del CGP 10 (barrios de Villa del Parque y Villa Devoto) en que la negativa a exhibir el certificado de vacunas se dio en el 70% de los entrevistados. Por el contrario, los barrios de la Zona Sur, correspondientes a los

CGP 5 y 8, son aquéllos en los que la exhibición supera a la media de la Ciudad, con valores alrededor del 38%. Esto podría ser indicativo de que, en función de este aspecto en particular, el nivel socioeconómico de la población, supuestamente asociado en estos casos a diferenciados niveles de instrucción, no tiene una incidencia en una mayor calidad de los datos obtenidos. Podría suponerse que correspondiera a grados diversos de colaboración y/o valoración de la Encuesta.

²⁶ Actualmente, el Ministerio de Salud, está imponiendo medidas para el logro de coberturas completas, al margen de los calendarios vigentes previamente para cada edad, y así adecuar a los niños hasta los 11 años a la norma actual.

8.2.3 Nivel de cobertura completa de vacunación obligatoria en niños hasta 2 años

Para identificar los niveles alcanzados entre quienes mostraron el carnet²⁷, en relación a los esquemas completos de vacunación, se seleccionó la muestra correspondiente al grupo de niños hasta los dos años, que comparten un mismo calendario de vacunación obligatoria.

El 100% de los menores de un año, entre quienes mostraron el carnet, tienen la cobertura completa de vacunación en relación a las vacunas BCG y la Antihepatitis B². Entre los niños de 1 a 2 años, se mantiene el 100% de la cobertura con BCG, pero se reduce a un 81% para la Antihepatitis B, y adquiere valores de un 85% tanto en el caso de la aplicación de la Sabin, como de la Cuádruple.

Para aquellos niños de 2 años, la aplicación de la BCG se mantiene en un nivel del 100%, así como la Triple Viral (99,3%). Sin embargo, es significativamente más bajo el nivel de cobertura de la Antihepatitis B, que sólo representa el 46,6% de la muestra, lo que constituye menos de la mitad del porcentaje

alcanzado por los niños menores de 1 año. Esto puede responder a que esta vacuna es de un alto valor económico y que coincide la edad de estos niños, con el momento en que se determinó su administración obligatoria y, a partir de ello, recién fue aplicada gratuitamente en el ámbito público, con lo cual posiblemente, su cumplimiento efectivo no haya estado inicialmente garantizado.

Asimismo, resulta un dato llamativo, que el nivel de cobertura completa de vacunación antipolio-mielítica, a través de la Sabin, alcance únicamente al 70% de la población infantil de 2 años. Esto se da en igual medida en el caso de la Cuádruple, cuya aplicación también se reduce para este grupo etéreo. A pesar de la gratuidad de las vacunas administradas desde el Sistema Público, factores sociales y económicos de distinto tipo³, así como, posiblemente, la falta de información adecuada, resultan limitantes en cuanto al logro de niveles de cobertura total más elevados.

8.2.4 La aplicación de vacunas por división territorial

Las diversas vacunas aplicadas a la población infantil de 0 a 9 años de la Ciudad que mostraron carnet, alcanzan distintos niveles de cobertura. La distribución de su aplicación para el conjunto de la Ciudad, permite observar que en el caso de la **BCG**; la cobertura es del 99,6%; la **Sabin** cubre al 96% de los niños; la **Triple Bacteriana**, el 55%; la Antihepatitis B al 58%; la Cuádruple al 77%; la Triple Viral al 79% mientras que hay un 48% de niños que han recibido otras vacunas (entre las que podrían figurar la Antigripal, la Antihepatitis A y la Antivaricela).

El análisis según las divisiones territoriales lleva a establecer algunas diferencias, que se describen en función de cada vacuna.

La **BCG**, es la vacuna con los niveles más altos de cobertura, que es de un 100% en todas las divisiones territoriales salvo en los casos de los CGP 4 y 14 Oeste, con valores muy próximos en torno al 96% de los casos.

La vacuna **Sabin** alcanza una distribución parcialmente homogénea que se extiende en un rango entre el 88% para el caso del CGP 1 y el 100% en los casos de los CGP 2 Sur, 7, 10 y 13.

La aplicación de la **Triple Bacteriana**, por el contrario, tiene niveles de aplicación muy heterogéneos entre la población menor a 9 años, en un rango entre el 80% y el 24,6%. La mayor concentración de casos se da en los barrios de Recoleta y de Palermo y, de manera significativamente menor, en los barrios de Villa Devoto y Villa del Parque. En el CGP 6 (parte de Almagro, Boedo y Caballito) la cobertura es de alrededor del 65%.

Para la **Antihepatitis B**, los niveles de aplicación se diversifican en la población infantil de las diversas áreas territoriales. No existen niveles homogéneos de cobertura entre, por ejemplo, los diversos CGP de la zona Sur (3, 4, 5 y 8) los cuales oscilan entre el 60% y el 40% de la vacunación administrada.

²⁷ Éstos constituyen el 30% de los menores de un año y el 34% de los de 1 y 2 años.

²⁸ Éstas deben administrarse, en el caso de la BCG antes del egreso de la maternidad y la Antihepatitis B, durante las primeras doce horas de vida.

²⁹ Éstos incluyen, entre otros, la pérdida de la jornada laboral para el padre, así como el costo del traslado, en algunos casos con más de un niño al centro hospitalario.

Una situación similar se da entre la población infantil residente en la zona Norte de la Ciudad, en la que los niveles de aplicación de esta vacuna son dispares: los valores se distribuyen entre un 86.1% y un 54%, correspondientes al CGP 2 Norte (barrios de Recoleta y parte de Palermo) y CGP 13 (barrios de Belgrano y Núñez) respectivamente. Un porcentaje intermedio se registra en el CGP 14 Oeste, con un 69% de vacunas aplicadas entre quienes muestran carnet.

8.2.5 La aplicación de vacunas por división territorial según sexo

Además de las diferencias dadas en los niveles de aplicación de las vacunas según las divisiones territoriales entre quienes muestran carnet, resultan de interés los contrastes entre dichos niveles al ser analizados por sexo.

En el caso de la vacuna **Sabin**, en nueve divisiones territoriales, los niños hasta 9 años alcanzan niveles de vacunación más altos que los de las niñas del mismo grupo etáreo (con diferencias porcentuales de hasta un 15% en el CGP 12) y en cuatro de ellas, los valores se equiparan.

El análisis de las distribuciones entre varones y mujeres de 0 a 9 años en la aplicación de la vacuna **Triple Bacteriana**, es altamente dispar según cada división territorial. En 11 de ellas (CGP 1, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 2 Norte, 2 Sur y 14 Este) es mucho más

La vacuna **Cuádruple** llega al 100% de la cobertura en los niños hasta 9 años del CGP 10 y en el resto de las divisiones oscila entre el 70% y el 86%.

También la vacuna **Triple Viral** alcanza una distribución bastante homogénea, próxima al valor de la media del 78% de aplicación para el conjunto de la Ciudad.

alto el porcentaje de vacunación de las niñas. En el caso de los CGP 10 y 11, los valores de vacunación entre niños y niñas asumen un comportamiento similar. Por último, una mayor proporción de varones vacunados se da en los CGP 3, 7 y 14 Oeste. La referencia territorial no es aquí un elemento que delimite las diferencias explicitadas, porque éstas se dan en todas las zonas de la Ciudad.

El examen de lo que ocurre en la distribución por sexo en relación a otras vacunas tales como la **Antihepatitis B**, la **Cuádruple** y la **Triple Viral**, presenta también una importante variabilidad, sin que pueda definirse una tendencia de comportamiento uniforme diferenciado para la cobertura de inmunizaciones de los niños y/o niñas de la Ciudad.

8.2.6 Análisis comparativo de niveles de cobertura de vacunación obligatoria

La información sobre las vacunas aplicadas a los niños hasta 9 años, surgida sólo de la declaración de los respondientes, no resulta de alta confiabilidad, ya que puede basarse en imprecisiones de su registro memorístico respecto a datos puntuales tales como el tipo de vacunas aplicadas y la cantidad de dosis de cada una de ellas. Si, además, el respondiente brinda información sobre varios hijos, sin la constatación que proveen los Certificados de Vacunas aplicadas, las posibilidades de que esta información sea absolutamente veraz, es improbable en gran parte de los casos.

Es por ello, que el análisis comparativo realizado es entre los niveles de cobertura surgidos de los datos extraídos de los Certificados de Vacunas aplicadas y en relación a la cobertura de toda la población hasta 9 años. La inclusión de la información validada sólo por el testimonio del entrevistado, marca diferencias aunque no de significación.

Para el caso de la BCG, la población total tiene una cobertura del 92,3%, que en el caso del 30% de la población que exhibió el carnet llega al 99,5%. En la vacunación a través de la Sabin, el total de la población infantil hasta 9 años alcanzaría el 90% de cobertura y si consideramos sólo a quienes mostraron el carnet, sería del 96%.

En el caso de la Triple bacteriana, habría una tendencia a una sobrevaluación de la aplicación de la vacuna por los respondientes, ya que el valor para el conjunto sería del 69%, mientras que los verificados vía carnet, sólo llegan al 55.3%. Los valores comparativos observados entre la población total y el subuniverso de quienes exhibieron el carnet, en el caso de las vacunas Antihepatitis B, Cuádruple y Triple viral, resultan irrelevantes.

Cuadro 7

Población infantil (0 a 9 años) según vacunas aplicadas. Ciudad de Buenos Aires.

Vacuna	Porcentaje de población vacunada
BCG	92,3
Sabin	90,1
Triple Bacteriana	68,9
Hepatitis B	61,3
Cuádruple	76,2
Triple Viral	77,7
Otras	28,5

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Cuadro 8

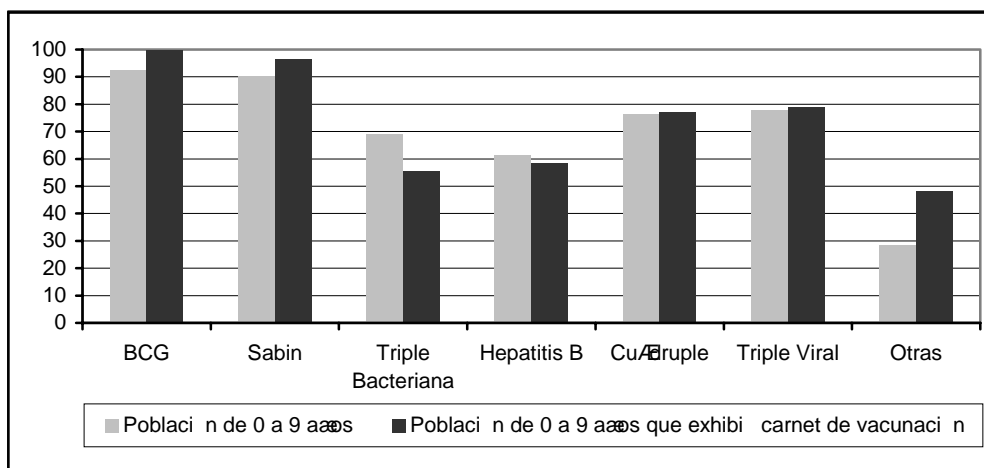
Población infantil (0 a 9 años) que presentaron carnet de vacunación según vacunas aplicadas. Ciudad de Buenos Aires.

Vacuna	Porcentaje de población vacunada
BCG	99,6
Sabin	96,4
Triple Bacteriana	55,4
Hepatitis B	58,4
Cuádruple	77,2
Triple Viral	78,8
Otras	48,2

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Gráfico 44

Proporción de la población de 0 a 9 años que se aplicó vacunas según exhibición de carnet de vacunación por tipo de vacuna. Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2002. Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

A pesar de no ser en el caso de las vacunas más difundidas (ej. Sabin y BCG) de importancia las diferencias entre los valores surgidos a partir de quienes exhibieron y no el carnet de vacunación, en el caso de otras vacunas (ej. Triple Bacteriana) la tendencia de los que declaran por sí mismos sin una certificación

que corrobore su información, permitiría inferir, como un posible factor, una tendencia en los entrevistados a declarar que las vacunas fueron administradas y que la obligación de inmunización de los niños fue así cumplida.

9 Conclusiones

A modo de síntesis, se presentan a continuación los elementos más relevantes de la caracterización sanitaria emergente de los datos analizados.

La mitad de la población de la Ciudad de Buenos Aires cubre sus necesidades de atención y prevención de la salud a través de la afiliación a las Obras Sociales, en todas las franjas etáreas. La cuarta parte lo hace a través del Sistema Público. En el sector privado, la afiliación a opciones de Medicina Prepaga alcanza al 18% del total de la población, mientras que aquella adherida sólo a Mutuales, (1,2%) y las otras opciones de protección parcial, no resultan significativas.

El alcance de cada una de estas alternativas entre la población tiene una distribución heterogénea entre las diversas divisiones territoriales de la Ciudad. Dado su carácter administrativo, éstas no pueden ser consideradas en sí mismas como unidades homogéneas representativas del nivel socioeconómico de sus habitantes, pero de todos modos, demarcan pautas diferenciales de la cobertura de la salud de la población, fundamentalmente entre las zonas Norte y Sur de la Ciudad, dadas en este último caso, por la mayor dependencia del Sistema Público de Salud.

Asimismo, es de destacar como un elemento de la precariedad de la situación laboral de la población ocupada, que su cobertura a través de las Obras Sociales sólo se da en un 50%. El Sistema Público concentra en igual proporción a los desocupados, aunque éstos en un 30% adhieren a sistemas de seguridad social.

Los niveles de pobreza constituyen un elemento claramente diferenciador en el análisis de las opciones de cobertura. Es así que la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en un 70% recurre a las diversas ofertas de la atención pública, tanto a través de los Centros de Salud, como de los hospitales o los consultorios del Plan Médicos de Cabecera implementado por el Gobierno de la Ciudad.

En el último semestre de 2002, un 66% de la población demandó atención a través de las consultas a profesionales de la salud. Esta fue efectivizada en proporciones similares a las adhesiones propias de los diversos tipos de cobertura, aunque el Sistema Público de Salud recibió una menor demanda que las otras opciones.

Este destacable nivel de consultas médicas de la población de la Ciudad sólo se concretó en la utilización de los servicios de internación en un 8% en

los últimos doce meses, tanto en las instituciones del ámbito público como privado, sin que se destaquen diferencias de importancia entre las diversas áreas administrativo-territoriales.

Es interesante señalar que el sexo se constituye en un factor que delimita diferencias tanto en el caso de las consultas médicas como en el uso de los servicios de internación. Las mujeres efectuaron más cantidad de consultas médicas que los hombres entrevistados. Ejemplo de ello es, al analizarlo por su respectiva condición de actividad, que las mujeres ocupadas han efectuado consultas en un 71% y los hombres en un 54%.

En el segundo caso, la mayor proporción de mujeres internadas podría explicarse por la incidencia de las internaciones obstétricas en el conjunto de las mismas.

La relación entre el acceso a los servicios de internación en efectores del ámbito público o privado está ligada a la condición socioeconómica de los habitantes de la Ciudad que tiene una expresión territorial clara. A pesar de que el sector privado es el que concentra el 67% de las internaciones del último año en la Ciudad, en los CGP de la Zona Sur, donde residen los sectores sociales más desfavorecidos, se da un importante predominio del uso de los hospitales públicos.

Las divergencias entre el uso de efectores públicos y privados también se relacionan con la edad. Los primeros son los que predominan en las internaciones de niños y adolescentes, entre los que el factor de excelencia de los hospitales públicos especializados hace que sean priorizados en la elección. Por su lado, la población de mayor edad, a partir de la pertenencia al PAMI, se concentra en las internaciones del sector privado y es asimismo, la que constituye la tercera parte de la población que ha sido internada.

El predominio del financiamiento de las internaciones a través del ámbito público, se vincula con el nivel socioeconómico de la población residente en las diversas áreas territoriales. Así, son cubiertas por dicho tipo de financiamiento, por ejemplo, el 57% de las internaciones del CGP 8 de la Zona Sur y sólo en un promedio del 7%, las de los CGP de la Zona Norte. En otras divisiones territoriales las modalidades de financiamiento más frecuentes son las dadas a través de las Obras Sociales, Mutuales y/o Prepagas.

Las prácticas de consulta médica se articulan con un cuidado de la salud en otros ámbitos como el odontológico. Es así que casi las tres cuartas partes de la población que efectuó este tipo de consultas, en el mismo período realizó por lo menos una consulta médica. Esto define una actitud en este sector de la población, de mayor protección y cuidado de su cuerpo. De todos modos, la realización paralela de consultas médicas y odontológicas, así como también las de control ginecológico, está influida por el nivel de instrucción de los entrevistados.

El análisis de las condiciones de salud de la primera infancia, indica que prácticas como el amamantamiento, valiosas por la incidencia en la evitabilidad de enfermedades infectocontagiosas durante el primer año de vida, no están afianzadas en la población femenina de la Ciudad, sin que en ello incida la condición de actividad de las madres. Los niveles de cobertura a través de las inmunizaciones, son altos en los casos de aquellas vacunas

aplicadas durante el período de internación o exigidas para la documentación del recién nacido (como la BCG), pero luego aparecen resultados dispares en sus niveles de administración, tanto entre quienes exhibieron o no el carnet al momento de ser encuestados, como por división territorial y por sexo.

Todos estos elementos muestran una realidad heterogénea de la población de la Ciudad de Buenos Aires en relación a sus prácticas de atención de su salud, incluyendo las de carácter preventivo, que tienen una cierta expresión territorial. Las limitaciones socioeconómicas, así como el acceso diferenciado a las posibilidades que desde la oferta de los diversos tipos de cobertura se brindan, van delineando subgrupos poblacionales con desiguales niveles de calidad de vida en relación a su salud. La aplicación periódica de esta Encuesta Anual de Hogares en futuras ondas, permitirá precisar aún más dichos perfiles poblacionales incluyendo la salud como un factor sustantivo de sus condiciones de reproducción social.

10 Bibliografía

Ferrer, M. *Los Módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe. Un Análisis de cuestionarios recientes*. Serie Informes Técnicos No.72 Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 2000.

GCBA Secretaría de Salud. *Síntesis estadística 1998*. Dirección General de Planeamiento y Evaluación del desempeño. Dirección de Estadísticas para la Salud. Buenos Aires.
En: GCBA. Secretaría de Medio ambiente y Desarrollo regional.
Diagnóstico Físico y Territorial. Programa de Revitalización de la Zona Sur. Buenos Aires, 1998.

INDEC /UNICEF.
Situación de las mujeres en la Argentina. Serie Análisis Social 1.
Buenos Aires, 2000.

Margulis, M.
Juventud, cultura y sexualidad.
IIGG. Universidad de Buenos Aires, 2003.

SIEMPRO. Encuesta de Desarrollo Social.
La utilización de los servicios de atención de la salud. Documento de Trabajo N° 10.
Buenos Aires, 2001.

SIEMPRO. Encuesta de Desarrollo Social.
Prescripción y consumo de medicamentos. Documento de Trabajo N° 9.
Buenos Aires, 2001.

11 Anexo metodológico

Objetivo de la encuesta

La Encuesta Anual de Hogares se propone conocer la situación socioeconómica de la población residente en la Ciudad de Buenos Aires y de los hogares conformados por dicha población. Da cuenta de diversos aspectos como composición demográfica, salud, educación, las características de inserción en la producción de bienes y servicios y de su participación en la distribución de esos bienes y servicios.

Dos son los rasgos principales que distinguen los alcances de la Encuesta Anual de Hogares:

1) Posibilidad de disponer de indicadores a nivel desagregado, reconociendo unidades territoriales menores dentro del espacio de la Ciudad (Centro de Gestión y Participación, entre otros).

La desagregación territorial debe permitir realizar un análisis sobre la situación de la Ciudad a nivel del conjunto del territorio, y además a nivel de las distintas divisiones político-administrativas requeridas. Este rasgo aparece como fundamental, ya que el relevamiento actualmente existente (la Encuesta Permanente de Hogares) da cuenta de un amplio espectro temático que resulta insuficiente cuando los resultados deben referirse a unidades espaciales menores que el territorio de la Ciudad en su conjunto.

2) Permite indagar ampliamente en una determinada gama temática, posibilitando contar con un conjunto de indicadores básicos acerca de las distintas tendencias que se advierten en la situación económica y sociodemográfica de la Ciudad.

Es por ejemplo el caso de los indicadores laborales, ya que en este punto se indaga en profundidad, acerca del grado de cobertura de la población ocupada y desocupada, respecto a los diversos beneficios en materia de programas de empleo, capacitación, seguros de desempleo, etc. otorgados por el gobierno nacional o de la Ciudad.

Áreas temáticas

Los temas incluidos y algunas de las variables con las que se cubren dichos temas son:

- Características demográficas básicas (composición y estructura, fecundidad, movilidad territorial).

- Hogares y familias (composición del hogar, características, identifica diferentes familias que viven en una misma vivienda, edad a la que se realizó la primera unión, personas con más de una unión conyugal).

- Vivienda y hábitat (tipo de vivienda, servicios y saneamiento básico, condiciones del hábitat, accesibilidad de la vivienda respecto de transporte público).

- Salud (acceso a servicios de salud, se indaga acerca de consultas médicas realizadas, tipo de consulta, tipo de cobertura, enfermedades que ha tenido en el último año).

- Educación (tipo de establecimiento al que concurren o concurren, rendimiento educativo, lugar del establecimiento al que concurren, nivel de educación alcanzado).

- Trabajo y empleo (situación en el mercado de trabajo, características ocupacionales, acceso a programas de empleo).

- Ingresos (montos, distribución del ingreso).

- Políticas sociales (se indaga si alguna persona del hogar recibió ayuda de instituciones u organizaciones, en dinero, alimentos, remedios, ropa, becas de estudio).

- Participación social (participación en instituciones comunitarias).

- Tiempo libre (desplazamientos turísticos, asistencia a espectáculos).

Población bajo estudio

La población bajo estudio está conformada por los hogares particulares de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluye en esta conceptualización a los hogares particulares residentes en viviendas particulares, residentes en villa de emergencia, inquilinatos/conventillos y hoteles y pensiones, quedando excluidas de la encuesta la población de hogares colectivos, los pasajeros de hoteles y pensiones y las personas sin techo.

Estimaciones y resultados

Toda información que se produce está referida al conjunto del territorio de la Ciudad y a cada uno de los CGP como dominio de análisis de la Ciudad. Como pueden interesar otros recortes territoriales,

se plantea un sistema de muestreo simple y versátil, en el sentido de poder adaptarse para dar respuesta a requerimientos diversos, que constituye el planteo de diseño de la muestra.

Procedimiento de muestreo

Para la realización del diseño de la muestra se contó con la información correspondiente al Censo Nacional de Población del 2001 (CNP'2001), disponible en la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, incluyendo planillas de segmentos censales, así como también información cartográfica.

Dado que al momento del diseño de la muestra los datos disponibles del CNP' 2001 eran provisionarios, se tomó también como referencia la información correspondiente al Censo Nacional de Población de 1991.

El tamaño global de la muestra para toda la Ciudad fue establecido en 8500 encuestas efectivas (hogares encuestados) luego de analizar la precisión general previsible, las posibilidades para ciertas variables de aumentar la precisión uniendo CGP contiguos y semejantes, la magnitud del operativo, y los recursos económicos disponibles para afrontar las tareas de organización e impresión, de encuesta, de procesamiento, y otros conexos.

Del total de encuestas efectivas se asignaron 8150 para las viviendas particulares situadas en áreas no Villa y 350 para las viviendas en Villas. A su vez las encuestas en áreas No Villas se distribuyeron por igual entre los CGP, 509 en promedio.

Viviendas en áreas de "NO Villas de emergencia"

Las unidades de muestreo de primera etapa (UP) fueron los segmentos censales para cada CGP. En cada uno de ellos se efectuó la selección de seis muestras o réplicas de UP, independientes, en forma sistemática y con igual probabilidad entre UP.

Una vez seleccionadas las unidades de primera etapa, en gabinete se actualizó y adecuó el marco muestral eliminando aquellas direcciones que a todas luces, no podían ser viviendas. A partir de esta información para cada CGP se determinó la cantidad de viviendas a seleccionarse por cada UP. Si bien el número de viviendas seleccionadas por UP no fue constante entre CGP, en promedio se seleccionaron 6,05 viviendas por UP muestreada.

Viviendas en áreas de "Villas de emergencia"

Las zonas de villas de emergencias fueron incorporadas al CGP de pertenencia como un estrato más, independiente del resto del CGP, y además se lo agrupó en un dominio de análisis conformado por todas las villas de emergencia de todos los CGP. Es decir, el objetivo ha sido que, por un lado se integren a su CGP de pertenencia, y por otro que con todas ellas se defina un dominio especial de estudio, de forma que fuese posible, de ser de interés, efectuar el análisis de la encuesta específicamente referido a las "**viviendas en villas**" de la ciudad.

Los CGP con villas son CGP 1, (2 norte), 3, 4, 5 y 8, es decir que se encuentran formados por dos estratos de muestreo. En los CGP con más de una villa de emergencia, las mismas fueron agrupadas, conformando todo ese conjunto un solo estrato de muestreo dentro del mismo.

Una de las dificultades del trabajo de encuesta en estos conglomerados radica en que no se dispone de un listado de viviendas sobre el cual pueda efectuarse una selección aleatoria de viviendas, lo cual ha implicado resignar la posibilidad de aprovechar la muestra para efectuar la estimación del total de viviendas existentes en esta porción de la Ciudad. Es decir, se aceptó que el total de hogares existentes a la fecha de la encuesta es el indicado por el total de encuestas del CNP'2001.

El esquema de muestreo en los estratos de Villas consistió en una selección a dos etapas, donde las UP fueron las unidades operativas con que trabajaron los guías de los censistas del CNP'2001 (190 en el total de la ciudad).

La selección de las UP se efectuó en forma sistemática y con probabilidad proporcional a la cantidad de cédulas censales abiertas por el censista en el CNP'2001. Posteriormente se definió un procedimiento de selección de viviendas que constituyeron las unidades de segunda y última etapa. En total se seleccionaron 37 UP de las cuales se seleccionaron 356 viviendas.