



# Encuesta Anual de Hogares

## de la Ciudad de Buenos Aires

N° 7 | Año 2005



# Aspectos referidos a la salud

## 2003



estadística  
de la Ciudad

**gobBsAs**

SECRETARÍA DE HACIENDA Y FINANZAS



**Encuesta Anual de Hogares  
de la Ciudad de Buenos Aires**

---

**Aspectos** referidos a la  
**salud | 2003**



**gobBsAs**

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

**Editor responsable:**

Lic. Martín J. Moreno

**Coordinadora de la edición:**

Diana Lacal

**Elaboración de contenidos:**

Lic. Adriana Redondo, Prof. Verónica Stáffora

**Diseño Gráfico:**

Adrián Trémoli, Adriana Costantino, Eduardo Carnevale

Fotografías de tapa: Dirección General de Comunicación Social,  
Depto. Fotografía (G.C.B.A.)

*Esta edición con una tirada de 200 ejemplares,  
se terminó de imprimir en el mes de febrero de 2005  
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 17 hs.; email: [bibdgeyc@buenosaires.gov.ar](mailto:bibdgeyc@buenosaires.gov.ar), o en la página de internet: <http://www.estadistica.buenosaires.gov.ar>



## **Autoridades**

---

**Jefe de Gobierno**

Aníbal Ibarra

**Vicejefe de gobierno**

Jorge Telerman

**Secretaría de Hacienda y Finanzas**

Marta C. F. Albamonte

**Subsecretario de Gestión y  
Administración Financiera**

Fernando Calvo

**Director General de Estadística y Censos**

Martín J. Moreno



## Presentación

---

Con la presente publicación continuamos la serie **Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires**, en la que se difunden los resultados más importantes que se obtienen de este relevamiento.

Es esta encuesta un estudio por muestreo que, año tras año, permite seguir los cambios producidos en diversos aspectos de la Ciudad. Está diseñada para dar cuenta de la realidad en que se encuentran los hogares y la población de manera desagregada espacialmente, ya que el tamaño de la muestra y su diseño así lo permiten.

Este es justamente uno de sus aportes más interesantes. Se obtienen así resultados representativos no sólo para el conjunto de la Ciudad, sino para cada uno de los Centros de Gestión y Participación.

En este número se presentan los **aspectos referidos a la salud**, que fueron analizados por la licenciada Adriana Redondo y la profesora Verónica Stáffora.

Las diversas publicaciones que se vienen ofreciendo de esta serie, fueron pensadas y son producidas por esta Dirección General, para que operen como herramientas útiles en el diseño de las políticas públicas, y como insumo necesario para la investigación de la realidad social de Buenos Aires en sus variados aspectos.

El material de base de este documento, (sólo limitado por las restricciones que impone el secreto estadístico) se encuentra a disposición de aquellas personas que deseen consultarlo en nuestro Centro de Documentación, donde se encuentra además el resto de las publicaciones que regularmente se producen.

Agradecemos a todos los que colaboraron con esta publicación; a quienes de una u otra manera han participado y muy especialmente a las personas que al atender a los encuestadores, aportaron los datos con los que se han elaborado estos materiales.

Lic. Martín J. Moreno



# Índice

---

<b>Introducción</b>	<b>11</b>
Mapa: Agrupamiento por Zonas de los Centros de Gestión y Participación (CGP)	12
<b>1 La segmentación del sistema de salud en la Ciudad</b>	<b>13</b>
1.1 El tipo de cobertura según división territorial	13
1.2 La composición del tipo de cobertura por tipo de residencia	15
1.3 La composición del tipo de cobertura en los hogares	15
1.4 La composición del tipo de cobertura por edad	15
1.5 La composición del tipo de cobertura por sexo y zona de residencia	16
<b>2 La demanda de atención médica</b>	<b>19</b>
2.1 El tipo de financiamiento utilizado para la realización de consultas médicas por CGP	19
2.2 El tipo de financiamiento utilizado para la realización de consultas médicas por tipo de cobertura	20
<b>3 La demanda de internación</b>	<b>23</b>
3.1 La demanda de internación por edad	23
3.2 La demanda de internación por edad según tipo de efector	25
3.3 Modalidades de financiamiento de las internaciones	25
<b>4 El consumo de medicamentos</b>	<b>29</b>
4.1 El consumo de medicamentos por edad	29
4.2 El consumo por zona de residencia	30
4.3 Modalidades de financiamiento para el acceso a la medicación	30
4.4 El consumo de medicamentos por tipo de cobertura	31
4.5 Relación entre el consumo de medicamentos, el tipo de residencia y el tipo de cobertura	32
<b>5 El acceso a la consulta odontológica</b>	<b>35</b>
5.1 Consultas odontológicas según edad del entrevistado	35
5.2 Lugares de realización de las consultas odontológicas	36
5.3 El tipo de financiamiento de las consultas odontológicas	37
<b>6 Perfiles de morbilidad en relación a las enfermedades crónicas</b>	<b>41</b>
6.1 Relación entre las enfermedades crónicas declaradas y las condiciones socioeconómicas de los entrevistados	42
6.2 Las enfermedades crónicas, la realización de consultas médicas y el consumo de medicación	43
<b>7 Conductas preventivas en relación al VIH-SIDA</b>	<b>45</b>
7.1 La realización de exámenes de VIH-SIDA por edad	46
7.2 La realización de exámenes de VIH-SIDA por sexo	46
7.3 La realización de exámenes de VIH-SIDA según tipo de residencia	47

<b>8 Conductas preventivas ginecológicas</b>	<b>47</b>
8.1 La realización de controles ginecológicos	47
8.2 La realización de mamografías y Papanicolau	51
8.3 La realización de controles obstétricos	54
<b>9 Las condiciones de salud en los primeros años de vida: alimentación</b>	<b>55</b>
9.1 La lactancia materna	55
9.2 El uso de mamadera	57
<b>10 Conclusiones</b>	<b>59</b>
<b>11 Bibliografía</b>	<b>61</b>
<b>12 Anexo metodológico</b>	<b>63</b>

## Introducción

---

La implementación de la Encuesta Anual de Hogares 2003 y el análisis de sus datos en la presente publicación, brindan la posibilidad de dar a conocer información sobre la situación de salud de los residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

El Módulo de Salud 2003 modificó el cuestionario utilizado en el relevamiento anterior a partir de la experiencia del 2002 en algunas áreas temáticas. Se tomaron decisiones en cuanto al relevamiento de ciertos ejes con mayor profundidad, así como a la incorporación y/ o exclusión de otros.

Algunas de las modificaciones se dieron en el caso de, por ejemplo, las conductas de prevención ginecológica incorporando la consulta acerca de la realización de otras prácticas de control como las mamografías. En relación con las enfermedades crónicas, se incluyeron preguntas que permiten avanzar en el conocimiento del tipo de enfermedades reconocidas como tales por quienes indican padecerlas, para poder delimitar más claramente el perfil de morbilidad de dicho conjunto poblacional.

Asimismo, se exploraron en el caso del consumo de medicamentos, los motivos así como quiénes lo determinaron, para poder abordar preliminarmente el fenómeno de automedicación entre los residentes de la Ciudad.

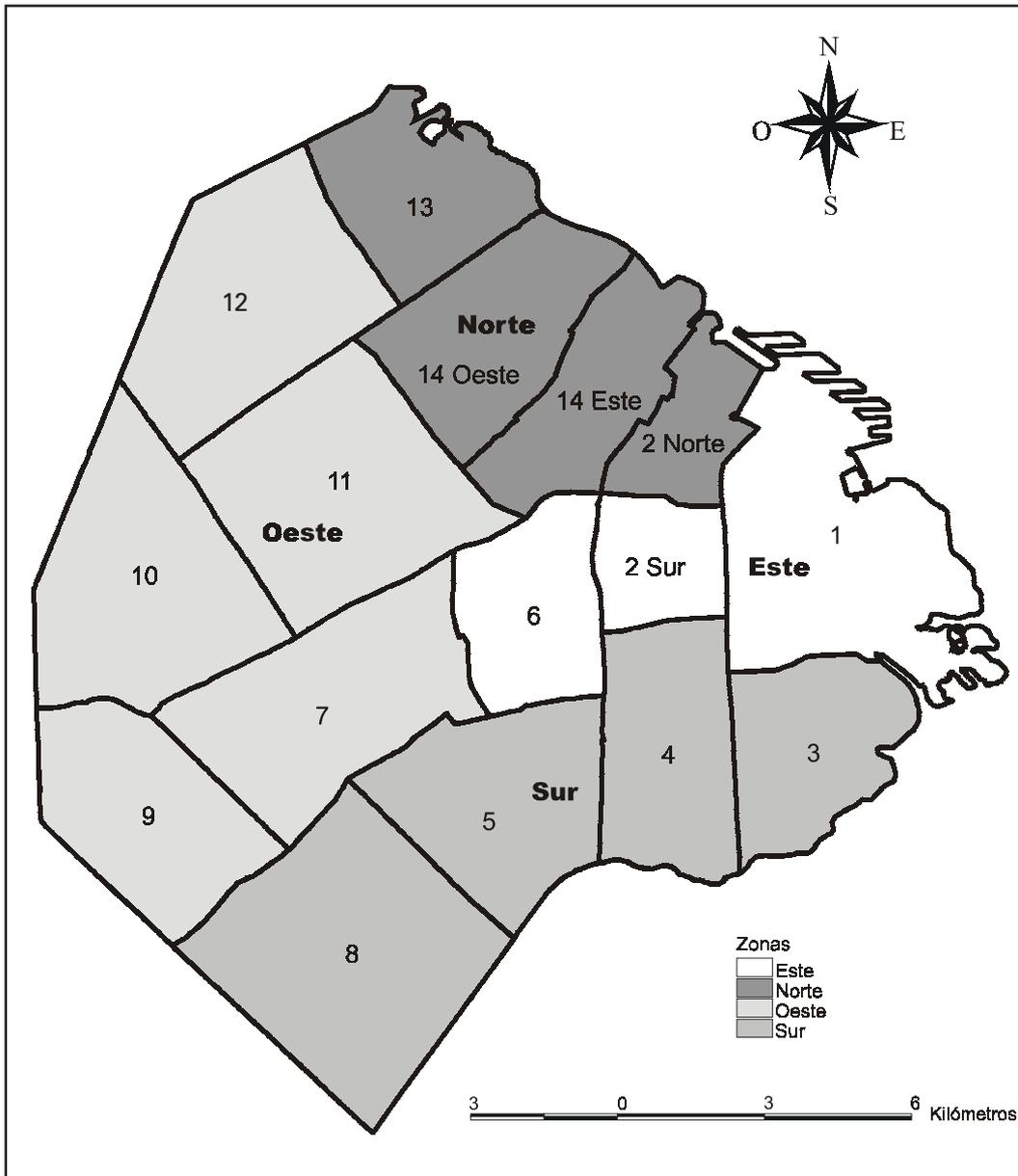
También se identificaron las causas determinantes del movimiento de internaciones y establecer así las que tienen mayor peso entre la población masculina y femenina, incluyendo la atención de partos y cesáreas para una mayor discriminación de la información en relación con este tópico.

La inclusión de un bloque vinculado a la realización del test de VIH supone un primer abordaje de esta temática, que resulta significativa en cuanto al conocimiento del impacto de aquellas acciones planteadas desde organismos públicos y privados para la prevención de conductas sexuales de riesgo en la población.

Dado que los resultados obtenidos se originan en la información brindada por los encuestados en función de su autopercepción, no es posible considerar lo analizado como una descripción exhaustiva de la situación sanitaria de la población de la Ciudad. Implica la existencia de posibles subregistros o sesgos, en cuanto a que dichas miradas sobre el propio estado de salud pueden estar condicionadas por diversos factores tales como la falta de conocimientos precisos, la no admisión de la realización de ciertas prácticas (como en el caso del test de VIH), la ausencia de un registro personal de las acciones vinculadas con su atención, entre otros.

Esta aproximación, sin embargo, resulta valiosa en cuanto aporta un perfil diferenciado que complementa los datos cuantitativos surgidos de otras fuentes, para construir un conocimiento más complejo sobre las condiciones de acceso a la salud de la población, tanto desde el plano de su atención como desde las prácticas de carácter preventivo, elaborado a partir de quienes son sus protagonistas.

**Mapa 1** Agrupamiento por Zonas de los Centros de Gestión y Participación (CGP)



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

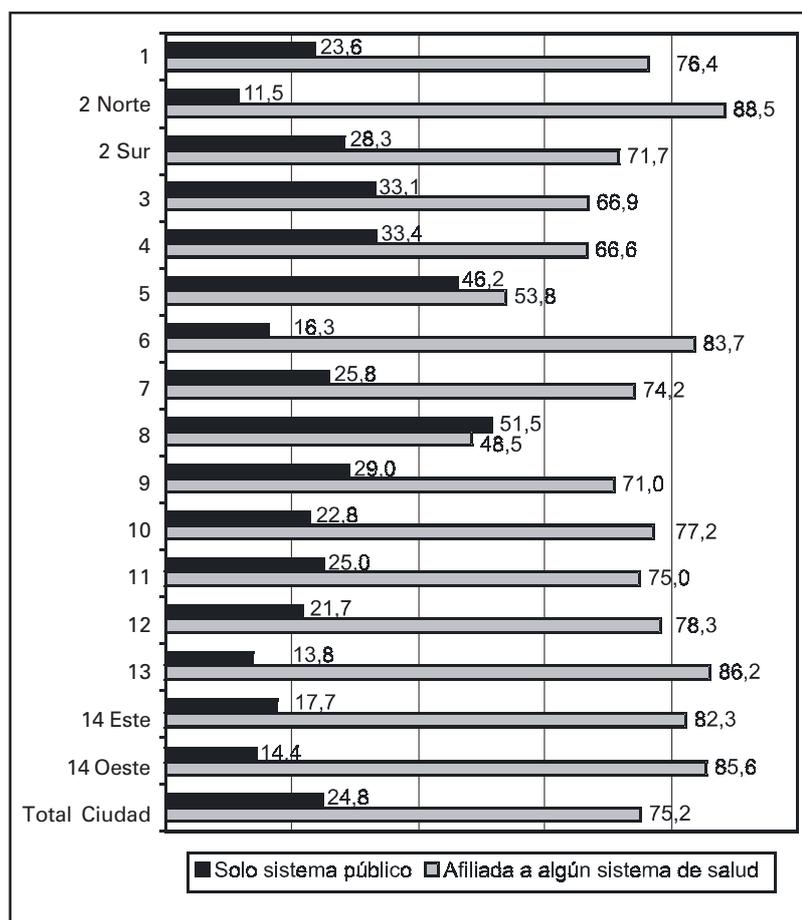
# 1 La segmentación del sistema de salud en la Ciudad

## 1.1 El tipo de cobertura según división territorial

Tres cuartas partes (75,1%) de la población de la Ciudad de Buenos Aires está afiliada a algún sistema de salud, el resto sólo cuenta con el servicio público de atención médica.

Esta situación varía notablemente en las diferentes divisiones territoriales porteñas: en algunos casos, una importante proporción de los vecinos cuenta con cobertura privada (en los CGP 2 Norte, 14 Oeste y 13, la cobertura a través de algún sistema de salud supera el 85%), mientras que en otros, el sistema público se hace imprescindible asumiendo la protección de la mitad de la población (en el CGP 5 alcanza el 46,2% y en el CGP 8 el 51,5%).

**Gráfico 1** Distribución porcentual de la población según CGP por tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

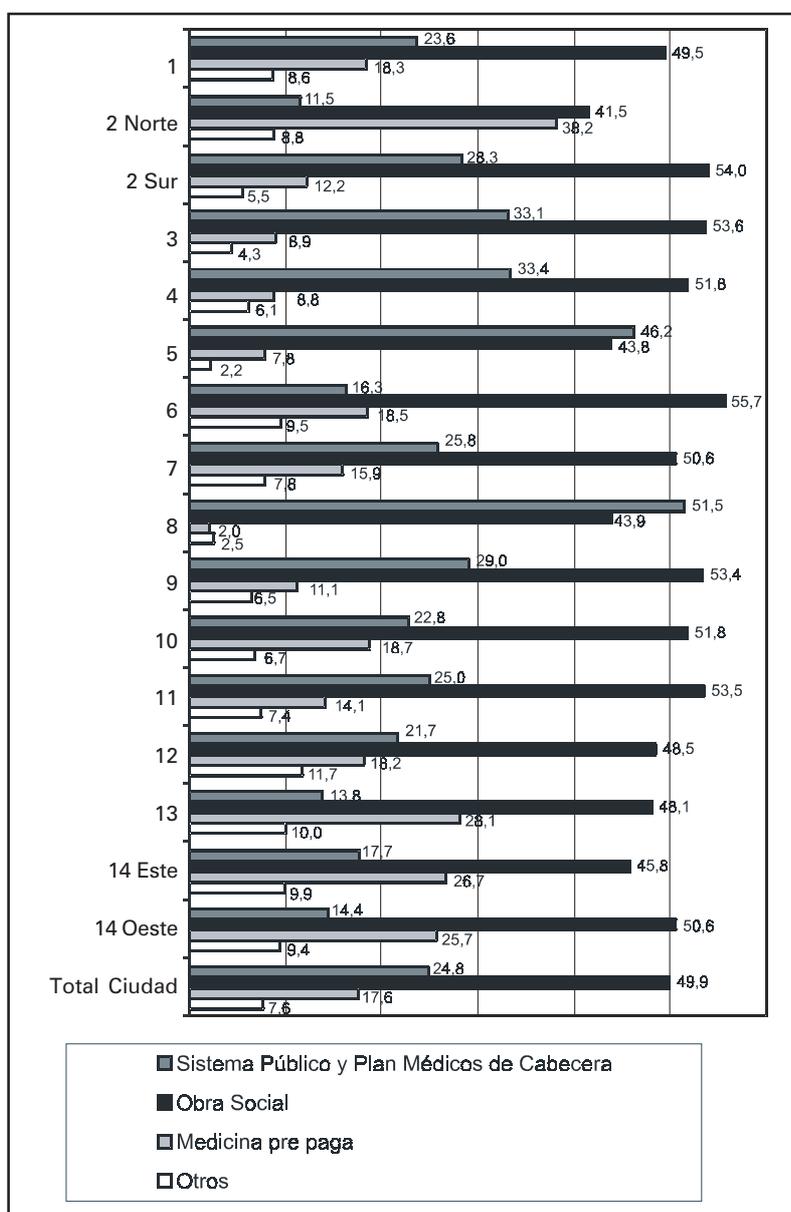
Es posible analizar con más detalle el modo en que la población resguarda su salud diferenciando el tipo de cobertura del que dispone.

Alrededor de la mitad de la población de todas las divisiones territoriales cuenta con la cobertura de una obra social (los valores se distribuyen entre el 41,5% en el CGP 2 Norte y el 55,7% en el 6).

Los casos de afiliación a un Sistema de Medicina pre-paga y el acceso a la atención de la salud a través del Sistema Público se distribuyen de manera contrapuesta en las diversas divisiones territoriales. Estas variantes derivan de los factores socioeconómicos que condicionan la elección de un tipo de cobertura y las posibilidades que la población tiene de afrontar el pago de los servicios sanitarios mercantilizados.

Ejemplo de ello son los casos de los CGP 8 y 2 Norte. En el primero, la contratación de un Sistema de Medicina pre-paga es solventada sólo por el 2% de la población y, en contraparte, más de la mitad de sus habitantes cubren su atención a través del Sistema Público o del Plan Médicos de Cabecera del GCBA (47,4% y 4,1% respectivamente). En el segundo, se presenta una distribución opuesta: disminuye la cobertura estatal (10,3% por el Sistema Público y 1,2% por el Plan Médicos de Cabecera), en tanto un importante sector de su población está en condiciones de adherirse a un Sistema de Medicina pre-paga (38,2%).

**Gráfico 2** Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La afiliación a una mutual o a un sistema de emergencias médicas como única cobertura es, en cambio, una opción absolutamente minoritaria en todos los sectores de la Ciudad: a través de una mutual alcanza su máximo en los CGP 1 y 14 Oeste con un 1,1% y la contratación de asistencia para emergencias, en el CGP 12 es de 1,3%.

## **1.2 La composición del tipo de cobertura por tipo de residencia<sup>1</sup>**

La heterogeneidad territorial se agudiza al analizar el tipo de residencia de la población. Entre quienes viven en zonas que no son villas, el sistema público (incluido el Plan Médicos de Cabecera del GCBA) cubre poco menos de la cuarta parte de esta población (22,6%) y son mayoría quienes cuentan con una Obra social (51,1%), un Sistema de Medicina pre-paga (18,3%) o están afiliados a algún otro sistema (7,9%). Por el contrario, 8 de cada 10 encuestados residentes en villas sólo cuenta con la cobertura provista por el estado (79,2%) y el 20,7% está afiliado a alguna Obra Social. La cobertura a través de Sistemas de Medicina pre-paga o de otros sistemas de cobertura como mutuales o sistemas de emergencias médicas es prácticamente inexistente (0,2% entre ambas opciones).

## **1.3 La composición del tipo de cobertura en los hogares**

En la Ciudad de Buenos Aires son mayoría los hogares con una cobertura homogénea para todos sus integrantes: en un 73,6% todos los miembros del hogar están afiliados a algún tipo de cobertura de la seguridad social o privada y en un 12,6% el grupo completo utiliza la ofrecida por el Sistema Público.

Sin embargo, en el 13,8% de los hogares, al menos uno de los miembros queda por fuera del sistema al que se encuentra afiliado el resto de ellos. Esta presencia de una cobertura no homogénea para los miembros de un hogar puede deberse a diferentes situaciones organizacionales o al padecimiento de enfermedades por algunos de ellos, que requieren cuidados especiales que exijan contar con una cobertura específica. Es el caso, por ejemplo, de familias en que sólo los jubilados cuentan con una obra social (PAMI) o de aquellas otras en las que se decide contratar un sistema de emergencias médicas para quien consideran en condiciones de mayor riesgo. Esto supone niveles diferenciados de protección dentro del propio núcleo familiar así como la apropiación de las lógicas diferentes que el uso de cada tipo de cobertura impone.

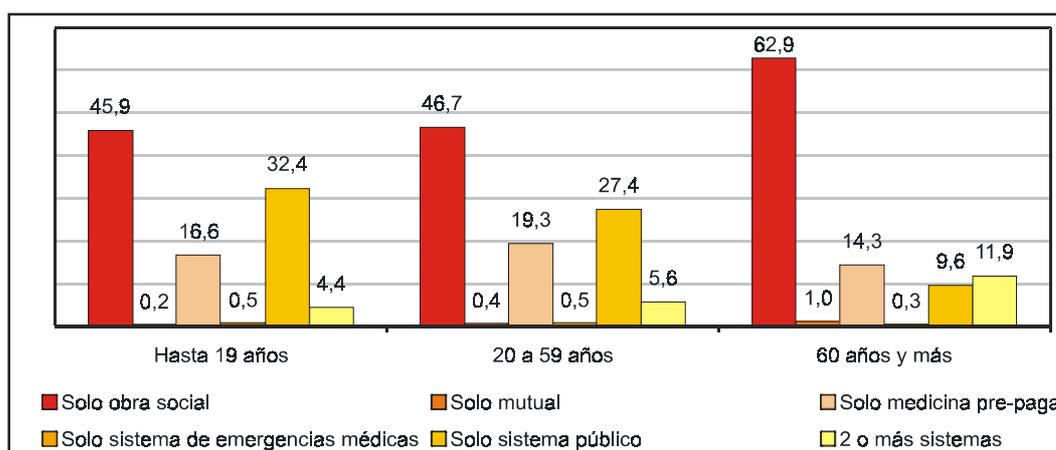
## **1.4 La composición del tipo de cobertura por edad**

El alcance de cada tipo de cobertura tampoco es equivalente entre los diferentes grupos de edad de la población de la Ciudad. La afiliación sólo a una obra social o a una mutual aumenta junto con la edad de los encuestados, alcanzando su punto máximo entre los mayores de 60 años. Contrariamente, la cobertura a través del Sistema Público es más significativa entre los grupos de menor edad: es la única opción disponible para 1 de cada 3 menores de hasta 19 años. La contratación exclusiva de un Sistema de Medicina pre-paga, por su parte, registra un alza en la población de edad adulta entre 20 y 59 años.

---

<sup>1</sup> La variable "tipo de residencia" resulta del procesamiento y análisis de los datos por dominio. Sus categorías son "villa / no villa".

**Gráfico 3** Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

En todos los grupos de edad, la población de la Zona Sur (CGP 3, 4, 5, 8); es la que, en mayor medida, cuenta con la cobertura exclusiva del Sistema Público. Por el contrario, la de la Zona Norte (CGP 13, 14O, 14E, 2N) es la que registra la mayor contratación de Sistemas de Medicina pre-paga en la población de diferentes edades.

**Cuadro 1** Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura médica por grupos de edad y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Edad	Zona	Cobertura en salud				Total
		Sistema Público	Obra Social	Medicina pre-paga	Otros	
Total	Zona Norte	14,5	46,5	29,5	9,5	100,0
	Zona Sur	41,9	47,9	6,5	3,7	100,0
	Zona Oeste	24,5	51,3	16,0	8,2	100,0
	Zona Este	22,0	53,2	16,6	8,1	100,0
	Total	24,8	49,9	17,6	7,6	100,0
Hasta 19	Zona Norte	15,3	46,3	32,1	6,4	100,0
	Zona Sur	52,1	40,4	5,2	2,3	100,0
	Zona Oeste	30,9	44,8	17,7	6,7	100,0
	Zona Este	27,8	54,0	13,9	4,3	100,0
	Total	32,4	45,9	16,6	5,0	100,0
20 a 59	Zona Norte	17,3	44,6	30,3	7,8	100,0
	Zona Sur	44,7	44,2	7,4	3,7	100,0
	Zona Oeste	27,4	47,4	18,1	7,1	100,0
	Zona Este	25,2	49,9	18,0	6,9	100,0
	Total	27,4	46,7	19,3	6,6	100,0
60 y más	Zona Norte	7,0	51,6	25,0	16,4	100,0
	Zona Sur	14,1	73,3	6,2	6,3	100,0
	Zona Oeste	11,3	67,2	9,2	12,3	100,0
	Zona Este	6,7	61,4	16,1	15,8	100,0
	Total	9,6	62,9	14,3	13,2	100,0

Nota: Zona Norte (CGP 13, 14O, 14E, 2N); Zona Sur (CGP 3, 4, 5, 8); Zona Oeste (7, 9, 10, 11, 12) y Zona Este (1, 2S, 6).

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

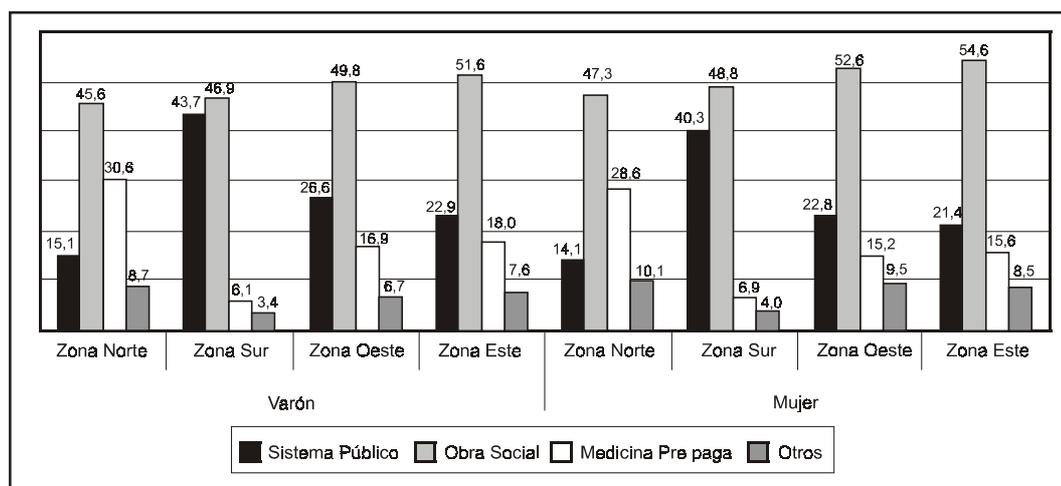
### 1.5 La composición del tipo de cobertura por sexo y zona de residencia

Al diferenciar la población residente en las diversas zonas de la Ciudad de Buenos Aires según su sexo, no se encuentran variaciones notables entre el tipo de cobertura con el que cuentan varones y mujeres. En el caso de la cobertura a través del Sistema

Público, los varones registran valores ligeramente superiores a los de las mujeres de igual zona de residencia (en Zona Norte 15,1% y 14,1%; en Zona Sur 43,7% y 40,3%, en Zona Oeste 26,6% y 22,8%; y en la Zona Este 22,9% y 21,4% respectivamente).

Es así que la afiliación a los diversos sistemas de cobertura por zona, registran diferencias de significación entre las distribuciones de las Zonas Norte y Sur, mientras que éstas se minimizan en el caso de las Zonas Este y Oeste, que tienen distribuciones casi homogéneas. Las variaciones no se ligan al sexo, sino seguramente a otros condicionantes socioeconómicos dados por los tipos de inserción laboral y los consecuentes niveles de ingresos de la población analizada.

**Gráfico 4** Distribución porcentual de la población según tipo de cobertura médica por sexo y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Los alcances de los tipos de cobertura en salud de la población presentados, dependen de múltiples factores (tenencia de trabajo registrado, riesgos, necesidades, limitaciones de la oferta de los sistemas y dificultades económicas entre otros) que son los que condicionan la elección libre u obligada de los habitantes de la Ciudad. La comparación con la distribución de la cobertura reflejada en el relevamiento de la EAH del año 2002, no ofrece diferencias de significación, por lo que es posible reconocer en este caso, un comportamiento estable de la población dado por la escasa variación en este período, de las condiciones de oferta del sistema de salud en su conjunto.



## 2 La demanda de atención médica

Según los datos obtenidos a través de la EAH 2003, 7 cada 10 habitantes de la Ciudad de Buenos Aires realizó alguna consulta médica en los últimos 6 meses (69,2%). Este nivel de demanda de atención médica se mantiene prácticamente constante respecto del relevamiento del año 2002 que fue del 66%.

Dichas consultas se reparten de manera equitativa entre los consultorios particulares (25,2%), los sanatorios, clínicas y consultorios de las obras sociales (24,8%) y los sanatorios, clínicas y consultorios de hospitales públicos (24,1%). Por su parte, las diferentes opciones ofrecidas por los efectores públicos recibieron algo menos de la cuarta parte de los controles médicos realizados por los entrevistados (22,7%) distribuidos de la siguiente manera: el 7,6% en salas o centros de salud, el 12,9% en los consultorios y el 0,8% en las salas de emergencia de los hospitales públicos y el 1,4% a través del Programa Médicos de Cabecera del GCBA.

### 2.1 El tipo de financiamiento utilizado para la realización de consultas médicas por CGP

Poco menos de las tres cuartas partes de estas consultas fue financiada a través de la obra social, la pre-paga o la mutual de los entrevistados. El pago total por parte de alguno de estos subsistemas alcanza al 57,5% y el pago compartido con el afiliado al 14,9%. Asimismo, una de cada cinco consultas fue efectuada de manera gratuita en instituciones públicas (19,1%).

**Cuadro 2** Distribución porcentual de la población que realizó alguna consulta médica en los últimos 6 meses, según tipo de financiamiento por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

División territorial	¿Quién pagó esa consulta?							Total
	Fue gratis a una institución pública	Fue a una institución pública pero pagó con bonos	Pagó todo la obra social, pre-paga o mutual	Parte la obra social, pre-paga o mutual y parte en forma particular	El entrevistado u otro en forma particular privada	Otro	Ns/Nc	
<b>Total Ciudad</b>	<b>19,1</b>	<b>2,5</b>	<b>57,5</b>	<b>14,9</b>	<b>4,7</b>	<b>1,1</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>
1	15,5	2,2	62,3	15,2	3,8	0,9		100,0
2 Norte	5,8	1,4	70,9	14,4	5,3	2,2		100,0
2 Sur	19,2	4,5	49,2	19,3	5,4	1,9	0,5	100,0
3	32,1	2,9	47,2	11,7	5,4	0,8		100,0
4	30,9	2,4	48,8	13,1	3,6	1,2		100,0
5	38,8	3,5	35,3	16,5	4,9	0,9	0,1	100,0
6	11,2	2,9	62,8	18,0	4,1	0,7	0,2	100,0
7	17,8	2,4	58,2	14,8	4,3	1,7	0,8	100,0
8	49,2	3,3	34,5	6,8	4,6	1,4	0,1	100,0
9	22,1	3,4	53,2	11,6	7,9	1,7	0,1	100,0
10	16,1	3,9	57,8	15,2	5,7	1,0	0,3	100,0
11	22,6	3,4	54,4	13,7	4,6	0,6	0,6	100,0
12	19,2	1,1	54,4	19,7	4,9	0,6	0,3	100,0
13	9,2	1,8	68,0	15,1	4,0	1,5	0,3	100,0
14 Este	12,9	1,0	65,5	15,1	4,6	0,9		100,0
14 Oeste	10,2	0,8	72,5	12,5	3,4	0,6		100,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La importancia de estas opciones presenta un comportamiento dispar en las diversas divisiones territoriales de la Ciudad. En los CGP 2 Norte, 13 y 14 Oeste el financiamiento total a través de subsistemas privados o de la seguridad social ronda el 70% de las consultas (70,9%, 68% y 72,5% respectivamente). En otros, en cambio, aumenta notablemente la incidencia de los servicios públicos de atención sanitaria: en el CGP 5 alcanzan el 38,8% y en el CGP 8 el 49,2% de las consultas.

## 2.2 El tipo de financiamiento utilizado para la realización de consultas médicas por tipo de cobertura

La amplitud del sistema de cobertura de la población incide en sus posibilidades de atención y en la forma de financiarla. Aquellos que han contratado un sistema de medicina pre-paga han recibido en mayor proporción una financiación completa de la consulta que aquellos que cuentan sólo con una obra social o con una mutual (83,6%, 65% y 63,1% respectivamente). Por su parte, casi la tercera parte de los entrevistados que sólo están en condiciones de afiliarse a un sistema de emergencias médicas ha recurrido a la atención gratuita en instituciones públicas para sus consultas.

De manera previsible, dicho modo de financiamiento ha sido aprovechado de manera mayoritaria por la población que sólo cuenta con el sistema público (73,4%) o con la cobertura del Programa Médicos de Cabecera (89%).

**Cuadro 3** Distribución porcentual de la población que realizó al menos una consulta médica durante los últimos 6 meses según tipo de financiamiento por tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

¿Quién pagó esa consulta?	Cobertura en salud							
	Sólo obra social	Sólo mutual	Sólo medicina pre-paga	Sólo sistema de emergencias médicas	Sólo Plan médicos de cabecera del GCBA	Sólo sistema público	2 o más sistemas	Ciudad
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Fue gratis a una institución pública	8,2	8,3	0,6	30,2	89,0	73,4	2,4	19,1
Fue a una institución pública pero pagó con bonos	1,4		0,3	7,6	3,4	9,5	0,3	2,5
Pagó todo la obra social o pre-paga/mutual	65,0	63,1	83,6	26,0	1,4	0,9	78,6	57,5
Parte la obra social/pre-paga/mutual y parte en forma particular	20,7	24,5	13,3	9,4	0,4	1,1	14,2	14,9
El entrevistado u otro en forma particular/privada	3,7	0,6	1,5	18,4	1,4	12,6	3,7	4,7
Otro	0,9	3,4	0,5	8,4	4,4	2,2	0,8	1,1
Ns/Nc	0,2		0,3					0,2

**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La prestación de servicios sin contrapartida financiera que se brinda en la Ciudad a través del sistema hospitalario y los centros de salud municipales resulta para el 20% de la población residente en ella, un vital recurso para acceder a condiciones dignas de atención de su salud. A ello debemos agregar a través de

los datos surgidos de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad, a partir del análisis del movimiento hospitalario 2003, que el sector público municipal atiende del total de su demanda, un 40 % de residentes en el Conurbano bonaerense, con lo cual su papel resulta aún más significativo.

Cabe señalar para el análisis de los datos acerca de entrevistados que declaran contar sólo con el Sistema Público de cobertura o con el Plan Médicos de Cabece-  
ra pero que han financiado su consulta total o parcialmente a través de una obra social, pre-paga o mutual que posiblemente dan cuenta de los cambios en su situación producidos a partir de posibles modificaciones en la situación laboral. El tipo de cobertura es el que posee al momento del relevamiento mientras que la consulta fue realizada en el semestre anterior período en el que, es probable, dejaron de estar afiliados a un sistema privado o a la seguridad social.

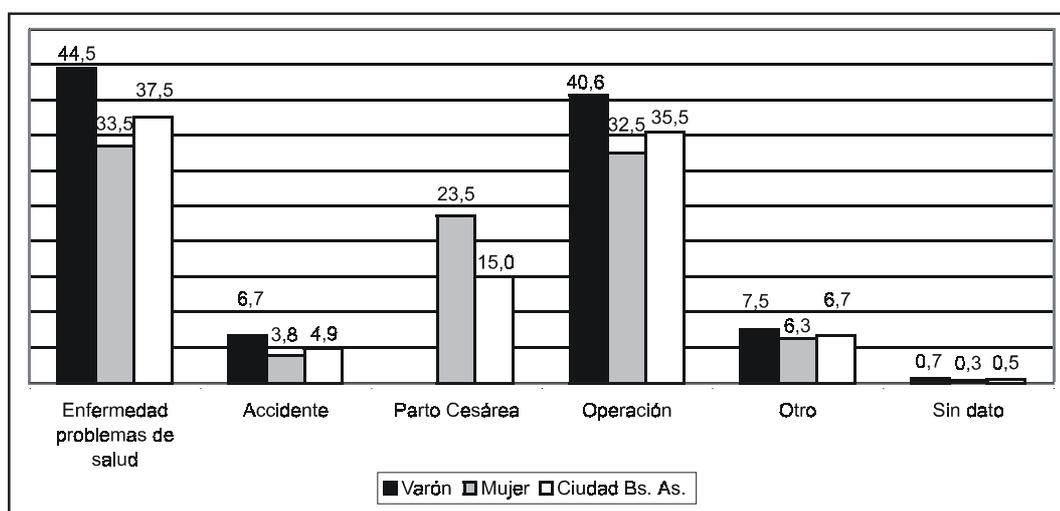


### 3. La demanda de internación

El 7% de la población de la Ciudad de Buenos Aires estuvo internada al menos una vez durante el último año, siendo las mujeres quienes representan las dos terceras partes de dicha población (63,6%).

Existen diferencias en los motivos de internación<sup>2</sup> de la población masculina y femenina de la Ciudad. Entre los varones son mayoría las internaciones por enfermedades (44,5%), seguidas por las debidas a operaciones (40,6%). Entre las mujeres, en cambio, el porcentaje de internaciones por estas causas disminuye (33,5% y 32,5% respectivamente). Las originadas por partos o cesáreas representan el 23,5%.

**Gráfico 5** Distribución porcentual de la población total, masculina y femenina que estuvo internada durante el último año según motivo de la internación. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

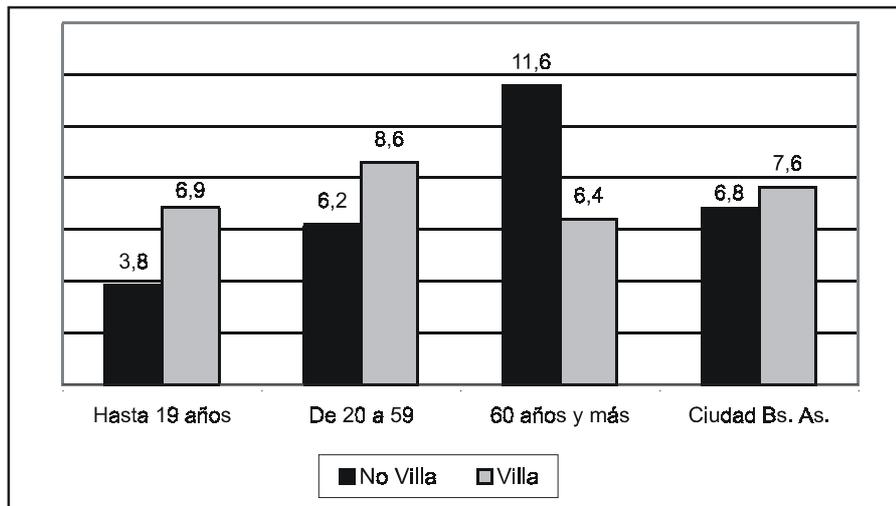
#### 3.1 La demanda de internación por edad

La edad aparece como un condicionante en el aumento de las internaciones entre los residentes en la Ciudad. Los niños y jóvenes de hasta 19 años que han estado internados alcanzan el 4,1%, los adultos de hasta 59 años representan al 6,3% de su franja etaria y en el caso de los mayores de 60 años quienes se internan constituyen el 11,5%.

Sin embargo, el mayor número de casos de internaciones en cada franja etaria que aumenta en las edades más adultas, no se corresponde con la distribución de esta situación cuando se la analiza respecto al tipo de residencia. Entre los habitantes de las villas de emergencia de la Ciudad, la proporción de personas que debieron ser internadas se mantiene relativamente constante en los diferentes grupos etarios, alcanzando su punto máximo (8,6%) en la franja de 20 a 59 años.

<sup>2</sup> En la EAH 2003, dada una modificación en el cuestionario en las preguntas diseñadas para abordar esta temática, es posible diferenciar los motivos de las internaciones y entre ellos, la necesidad de asistencia motivadas por partos.

**Gráfico 6** Proporción de población que estuvo internada durante el último año según edad por tipo de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

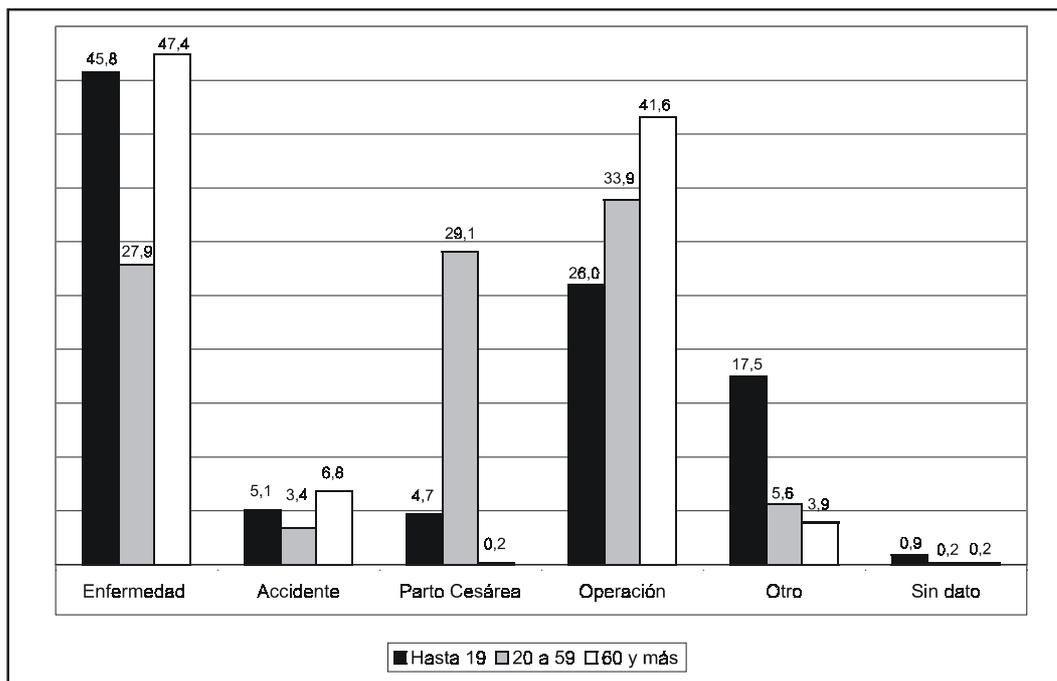


**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Los motivos de las internaciones tienen diferente peso en cada grupo de edad. Las enfermedades son la principal causa de internación de los niños y jóvenes de hasta 19 años (45,8%), y en mucho menor medida las operaciones (26%). La población adulta entre 20 y 59 años presenta una distribución relativamente más "homogénea": las enfermedades, las operaciones y los partos y cesáreas resultan ser causas con niveles relativamente similares de impacto en la necesidad de internación (27,9%, 33,9% y 29,1% respectivamente).

Las intervenciones quirúrgicas alcanzan su máximo valor (41,6%) entre los mayores de 60 años, mientras que un 47,1% de ellos se internan por enfermedades. Los accidentes representan una causa minoritaria de internación en todos los grupos etarios.

**Gráfico 7** Distribución porcentual de población que estuvo internada durante el último año según motivo de la internación por edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



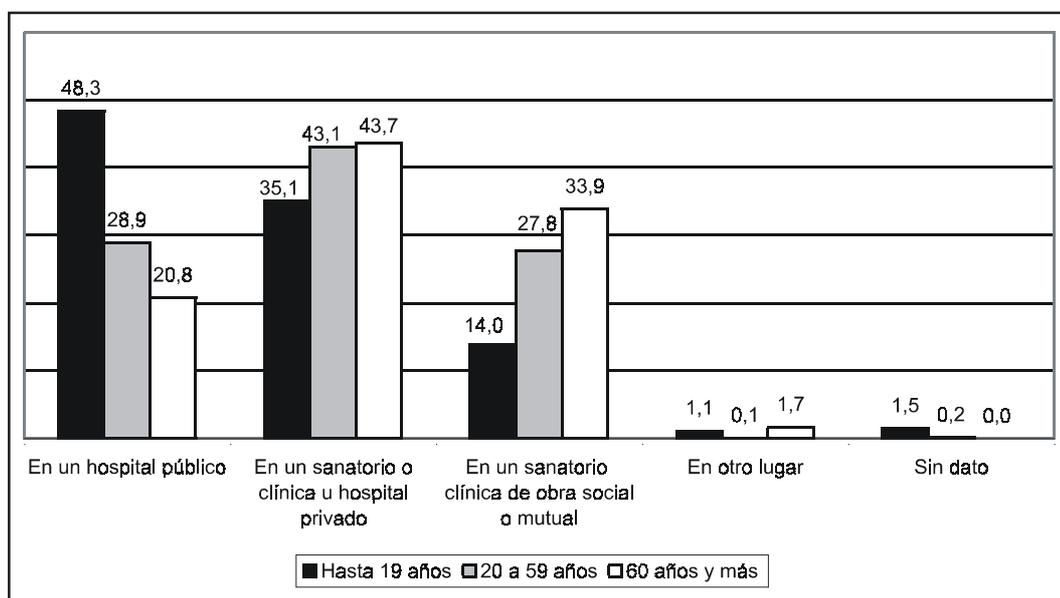
**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

### 3.2 La demanda de internación por edad según tipo de efector

La demanda de internación se cubrió en la siguiente proporción: el 28,8% en los hospitales públicos, el 27,9% en los sanatorios de Obras sociales o mutuales y el 42,1% en los sanatorios, clínicas u hospitales privados.

Sin embargo, dicha demanda no se dio de igual manera entre los pacientes pertenecientes a los diferentes grupos etarios. Casi la mitad de la población internada de hasta 19 años utilizó los hospitales públicos (48,3%). La opción más frecuentemente utilizada entre los adultos entre 20 y 59 años y entre los mayores de 60 fue la de clínicas y sanatorios privados (43,1% y 43,7% en cada caso). El porcentaje de internación en sanatorios o clínicas de obra social o mutual es relativamente bajo entre los menores de 19 años (14%) en comparación con las franjas de mayor edad (27,8% y 33,9% respectivamente).

**Gráfico 8** Distribución porcentual de la población que estuvo internada durante el último año según lugar de internación por edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

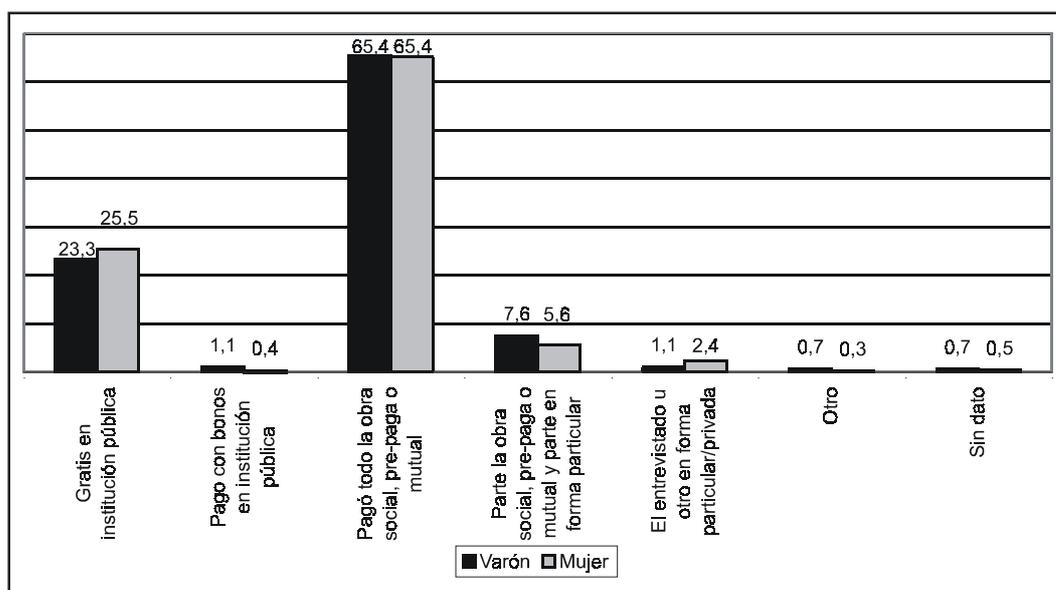


Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

### 3.3 Modalidades de financiamiento de las internaciones

En relación al financiamiento, los servicios gratuitos de las instituciones públicas fueron utilizados por la cuarta parte de la población que debió internarse en la Ciudad (24,7%). Las dos terceras partes de las internaciones declaradas por los encuestados (65,4%) fueron financiadas totalmente por su Obra social, Mutual o Sistema de Medicina Pre-paga. Estos sistemas de cobertura también aportaron un financiamiento parcial en el 6,3% de los casos. No se registran diferencias importantes en la distribución de la población femenina y masculina según el modo en que fue financiada su internación.

**Gráfico 9** Distribución porcentual de la población masculina y femenina que estuvo internada durante el último año según tipo de financiamiento. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

El tipo de financiamiento al que accede la población para cubrir su internación varía según la edad del encuestado. El uso del servicio gratuito de las instituciones públicas disminuye entre la población de mayor edad: 44,1% en la población internada de hasta 19 años; el 26,8% de 20 a 59 años y 13,7% de los mayores de 60. Contrariamente, el pago completo por parte de la Obra Social, Mutual o Pre-paga tiene una mayor incidencia en la población de edades más avanzadas (49,1%, 62,3% y 76,2% respectivamente). Cabe señalar que esto es consecuencia de que en el grupo de los mayores de 60 años, gran parte de la población está cubierta por el sistema de cobertura para jubilados y pensionados (PAMI) incorporado al subsistema de seguridad social.

**Cuadro 4** Distribución porcentual de la población total, que estuvo internada durante el último año según tipo de financiamiento por edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Edad	Financiamiento de la internación							Total
	Gratis en institución pública	Fue a una institución pública y pagó con bonos	Pagó todo la obra social, pre-paga y mutual	Parte la obra social, pre-paga, mutual y parte en forma particular	El entrevistado u otro en forma particular, privada	Otro	Sin dato	
<b>Total Ciudad</b>	<b>24,7</b>	<b>0,7</b>	<b>65,4</b>	<b>6,3</b>	<b>2,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>100,0</b>
Hasta 19	44,4	1,1	49,1	2,5	1,6	0,2	1,0	100,0
20 a 59	26,8	0,8	62,3	6,4	2,6	0,5	0,7	100,0
60 y más	13,7	0,4	76,2	7,8	1,3	0,4	0,2	100,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Los niveles de internación descritos por la EAH 2003 se mantienen estables respecto al año anterior. Los hospitales públicos cubren, en ambos períodos, poco menos de la tercera parte de la demanda de internaciones (30% en el 2002 y 28,8% en el 2003), siendo su uso particularmente intenso en el caso de los niños y adolescentes menores de 19 años.

Las diferentes modalidades de financiamiento también registran distribuciones equivalentes a las del 2002.



## 4. El consumo de medicamentos

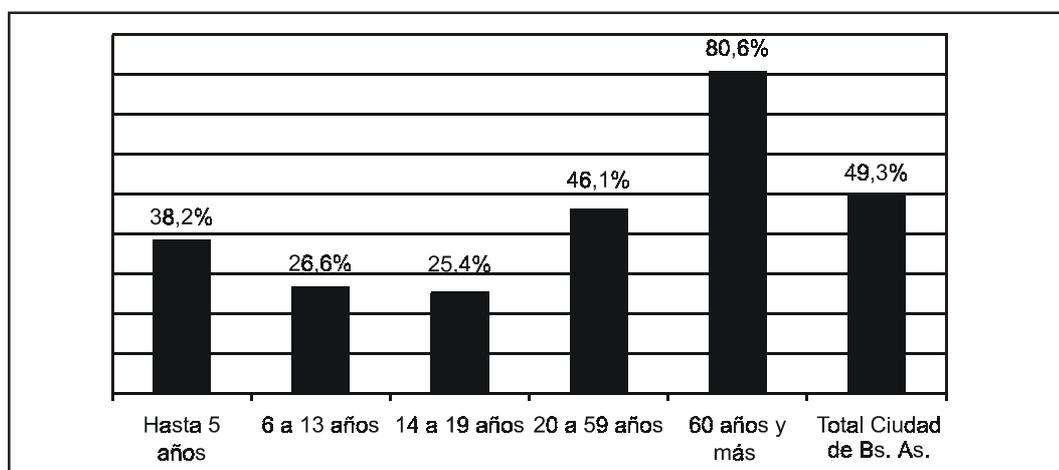
La mitad de la población de la Ciudad de Buenos Aires (49,3%) declaró haber consumido medicamentos en el mes anterior al momento de la entrevista<sup>3</sup>. La gran mayoría de los encuestados fue asesorada por un profesional: el 85,9% enunció que siguió una prescripción médica, mientras que el 12,6% se automedicó. Es ínfima la proporción de quienes recibieron el consejo de un farmacéutico (0,7%) o, por el contrario, decidieron su ingesta a partir de la opinión de alguna otra persona (0,8). Es posible suponer que los bajos valores de la automedicación sean resultado de que, por un lado, algunos medicamentos no sean considerados como tales para ser incluidos en la respuesta por los entrevistados, en especial aquellos cuya característica de venta libre hace que se expendan en todo tipo de comercios, desnaturalizando de alguna manera, su condición de fármacos. Este hecho ha limitado también el rol del farmacéutico como prescriptor de medicación. Por otro lado, la automedicación como práctica esporádica y cotidiana en el caso de procesos patológicos poco valorados por los enfermos como tales (ej. gripe, cefaleas) es generalizada, pero no es identificada conceptualmente como tal por quienes la realizan, lo que puede llevar a un condicionamiento de las respuestas.

En la mayoría de los casos, los encuestados declaran que el no consumo de medicación es consecuencia de no haberla necesitado. Sólo un 1% indica que no pudo afrontar su pago o que tuvo otros motivos para no utilizarla (0,8% y 0,2% respectivamente).

### 4.1 El consumo de medicamentos por edad

Es posible registrar un consumo de medicamentos diferencial según la edad de los encuestados. Más de la tercera parte de los niños de hasta 5 años ha recibido medicación en el último mes. A partir de los 6 años y entre los adolescentes de 14 a 19 años, el consumo ronda el 25% y se mantiene relativamente estable para aumentar casi al doble entre los adultos de 20 a 59 años (46,1%). Por último, entre la población de edad avanzada aparece el consumo más significativo: 8 cada 10 encuestados mayores de 60 años ha consumido alguna medicación.

**Gráfico 10** Proporción de la población que consumió medicamentos, según edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



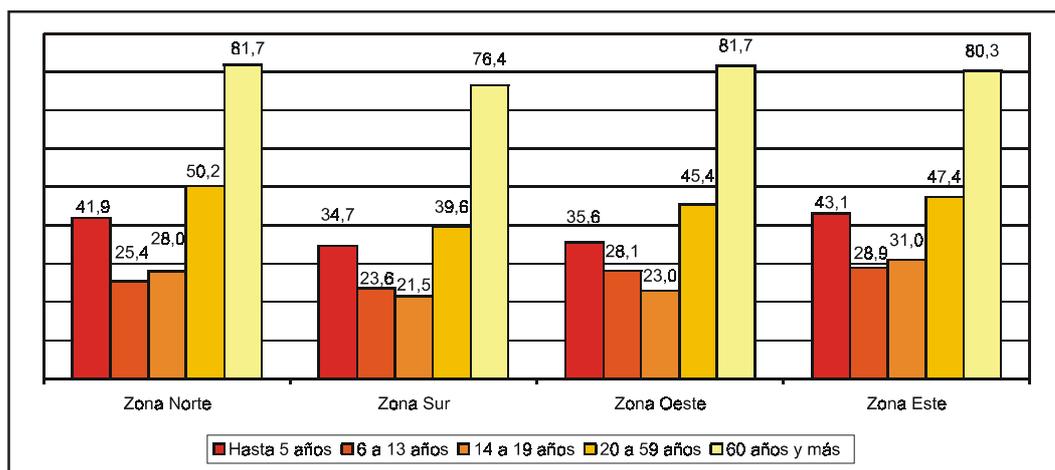
**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

<sup>3</sup> Se debe considerar que el relevamiento se realizó durante el último trimestre de 2003, por lo que el porcentaje de consumo de medicamentos es posible que sea menor al que se hubiera relevado si el trabajo de campo se hubiera desarrollado durante el período invernal.

## 4.2 El consumo de medicamentos por zona de residencia

El consumo de medicamentos varía también según la zona de residencia de los encuestados. Cabe destacar que, en todos los grupos de edad, son los habitantes de la Zona Sur (CGP N° 3, 5, 6, 8) quienes registran un menor nivel de consumo de medicación (34,7%, 23,6%, 21,5%, 39,6% y 76,4% en los respectivos grupos etarios). Es posible que esto se deba a mayores dificultades en el acceso a la misma.

**Gráfico 11** Proporción de población que consumió medicamentos, según zona de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Nota:** Zona Norte (CGP 13,14O,14E, 2N); Zona Sur ( CGP 3, 4, 5, 8); Zona Oeste (7, 9, 10, 11, 12) y Zona Este (1, 2S, 6).

**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 4.3 Modalidades de financiamiento para el acceso a la medicación

Más de la mitad de la población de la Ciudad que consumió medicamentos en el último mes (54,6%) los abonó en forma conjunta con su obra social, pre-paga o mutual. La tercera parte, en cambio, debió afrontar el pago completo de los mismos (31,4%). Existen también opciones menos usuales como la obtención de muestras gratis (3,7%), la recepción de medicación en hospitales o centros de salud públicos (3,4%), o con un pago parcial por algún programa del gobierno (1,4%). La obligación de pagar la medicación, ya sea en forma total o parcial en la amplia mayoría de los casos, da cuenta de las dificultades a afrontar por aquella población sin los recursos económicos necesarios para poder acceder a ella.

La distribución de las formas en que la población financió la medicación utilizada varía en las diferentes divisiones territoriales de la Ciudad.

La financiación parcial a través de algún sistema de cobertura alcanza sus niveles mayores en los CGP 1, 13, 14 Oeste (61%, 64,6% y 62,9% respectivamente). Por el contrario, los encuestados de los CGP 2 Sur y 8 han abonado los medicamentos de manera particular en mayor medida que el resto de la población (40,6% y 40%).

El nivel de entrega gratuita de medicamentos en hospitales y centros de salud varía notablemente. En los CGP 2 Norte, 6, 7 y 14 Oeste es una opción absolutamente minoritaria (0,5%, 1,2%, 1% y 0,8% respectivamente) mientras que en los CGP 4, 5 y 8 cubre las necesidades de un porcentaje mayor de la población (9,1%, 8% y 14,9%).

**Cuadro 5** Distribución porcentual de la población total que consumió algún tipo de medicamento según tipo de financiamiento por CGP.  
Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

CGP	Lo pagó todo	Pagó parte la obra social, pre-paga, mutual	Pagó parte algún programa de gobierno	Se lo dieron en el hospital, centro de salud	Le entregaron muestras gratis	Farmacia con descuento especial	Otro	Sin dato Ns/Nc	Total
<b>Total Ciudad</b>	<b>31,4</b>	<b>54,6</b>	<b>1,4</b>	<b>3,4</b>	<b>3,7</b>	<b>2,6</b>	<b>1,9</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>
1	28,0	61,0	0,4	3,4	2,3	0,4	2,6	1,8	100,0
2 Norte	25,3	60,0	4,2	0,5	6,8	2,4	0,6	0,2	100,0
2 Sur	40,6	46,3	2,5	3,1	4,0	2,1	1,1	0,2	100,0
3	34,1	49,3	1,5	4,9	5,8	2,1	2,1	0,2	100,0
4	32,2	45,9	0,7	9,1	4,5	2,8	4,1	0,7	100,0
5	35,7	38,2	1,3	8,0	5,1	8,4	2,3	0,9	100,0
6	34,9	55,6		1,2	4,4	2,1	1,8		100,0
7	33,9	56,3	1,7	1,0	2,0	2,2	1,9	1,1	100,0
8	40,0	30,7	2,5	14,9	6,2	2,9	2,6	0,2	100,0
9	35,8	43,2	2,7	6,3	2,5	5,0	2,5	1,9	100,0
10	30,4	55,5	1,0	2,2	4,1	3,9	1,9	1,0	100,0
11	29,7	58,5	1,3	3,1	2,1	1,5	2,2	1,7	100,0
12	25,5	57,9	0,9	2,4	2,6	3,9	1,6	5,1	100,0
13	24,9	64,6	2,0	1,6	2,9	1,2	1,7	1,0	100,0
14 Este	27,8	60,0	0,6	3,6	3,4	2,9	1,5	0,3	100,0
14 Oeste	29,4	62,9	0,4	0,8	3,5	1,4	1,3	0,4	100,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

#### 4.4 El consumo de medicamentos por tipo de cobertura

El tipo de cobertura con el que cuenta el encuestado define, en gran medida, el tipo de financiamiento de los medicamentos consumidos. Es sencillo afirmar que quienes están afiliados a algún sistema de salud privado o a la asistencia social registran valores muy importantes de pago parcial de la medicación a través de esa cobertura; mientras que en el caso de la población que sólo cuenta con el sistema público o el Plan médicos de Cabecera debe afrontar en su mayoría el pago completo de la medicación. Sin embargo, también es posible detectar ciertas particularidades interesantes.

Los planes de cobertura de los Sistemas de Medicina pre-paga, las obras sociales y las mutuales varían en la amplitud de su oferta. En el primer caso, el 75,6% de los encuestados afiliados pagó sólo una parte del valor de los medicamentos utilizados en el último mes, en el segundo el 70% y en el tercero apenas el 61,1%. Es posible entonces que las obras sociales limiten en mayor medida el tipo de medicación incluida en su cobertura, a tal punto que más de la cuarta parte de quienes cuentan con una de ellas tuvo que afrontar el pago completo de los fármacos (28,1%). Aquellos encuestados que combinan dos o más sistemas presentan estrategias de cobertura más completas ya que pueden optar en cada caso por aquel que le brinde mejores posibilidades: es entre ellos donde se registra el menor pago completo por parte del encuestado (12,8%).

Por su parte, entre quienes utilizan el sistema público de salud también existen diferencias llamativas. Tal como hemos señalado, el pago completo de la medicación se da en una mayoría de casos: el 46,1% entre los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera y el 67,5% entre los pacientes de hospitales y otros centros de atención pública. Pero hay otras opciones cuyos valores son importantes. Entre los primeros, el 11,6% recibió muestras gratuitas, el 9,8% pagó la medicación conjuntamente con un programa del gobierno y el 8,6% acudió a una farmacia con descuentos especiales. Entre los segundos, estas opciones alternativas de financiamiento han sido menos utilizadas (7,7%, 1,6% y 4,3% respectivamente).

Asimismo, en ambos casos la entrega de medicamentos en el hospital o sala de salud alcanza valores relevantes (20,4% los beneficiarios del Plan y 14,5% del resto de los encuestados con cobertura estatal). Es posible suponer que la mayor relación entre médico y paciente que implica el Plan Médicos de Cabecera facilite a los encuestados obtener la medicación a través de ellos.

Por último, el pago completo por parte del encuestado alcanza su punto máximo (75,5%) entre los afiliados a un sistema de emergencias médicas que no suele incluir entre sus prestaciones el financiamiento de los medicamentos requeridos.

**Cuadro 6** Distribución porcentual de la población que consumió medicamentos en el último mes, según tipo de financiamiento por tipo de cobertura. Buenos Aires. Año 2003

¿Cómo lo obtuvo?	Cobertura en salud							
	Sólo obra social	Sólo mutual	Sólo medicina pre-paga	Sólo sist. de emerg. médicas	Sólo Plan Médicos de Cabecera	Sólo sistema público	2 o más sistemas	Ciudad Bs. As.
<b>Total Ciudad</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Lo pagó todo	28,1	20,4	17,5	75,5	46,1	67,5	12,8	31,4
Pagó parte la obra social/pre-paga/mutual	61,1	70,1	75,6	16,8	1,3	0,6	78,8	54,6
Pagó parte algún programa de gobierno	1,3	0	1,0	0	9,8	1,6	0,6	1,4
Se lo dieron en el hospital/centro de salud	1,1	0	0,2	0	20,4	14,5	0,3	3,4
Le entregaron muestras gratis	3,0	6,2	2,0	2,7	11,6	7,7	2,1	3,7
Farmacia con descuento especial	2,4	0,7	0,9	5,0	8,6	4,3	2,7	2,6
Otro	2,0		1,4	0	2,1	2,4	1,3	1,9
Sin dato	0,9	2,6	1,3	0	0	1,4	1,5	1,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

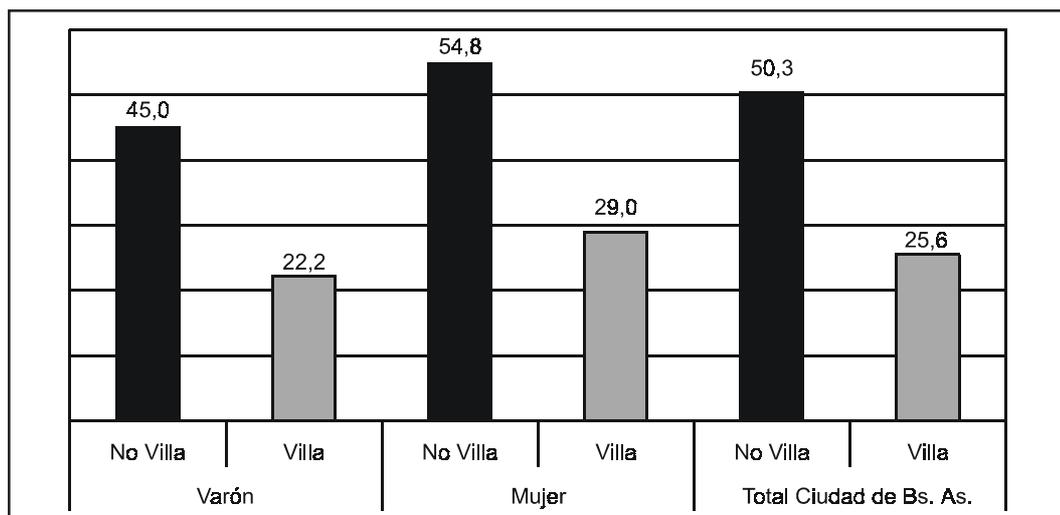
#### 4.5 Relación entre el consumo de medicamentos y el tipo de residencia y el tipo de cobertura

Las grandes diferencias en el consumo de medicamentos según el tipo de residencia de los encuestados, nos permite pensar en las dificultades en el acceso a los mismos que sufren los habitantes de menores recursos de la Ciudad.

Cerca de la cuarta parte de los varones que habitan las villas de emergencia de Buenos Aires (22,2 %) declaran haber consumido medicamentos en el último mes. En cambio, entre los que no habitan en villas este consumo alcanza a poco menos de la mitad de los encuestados (45%). Entre las mujeres residentes en villas se registra un consumo comparativamente mayor que entre los hombres. Pero al analizar la situación en relación a las mujeres no residentes en dichas zonas, la situación es similar a la de los hombres. El 29% de las habitantes de villas que utilizaron medicación se encuentra muy por debajo del 54,8% de las mujeres residentes en otros tipos de urbanizaciones.

El análisis del consumo de fármacos entre la población residente en villas evidencia que las mujeres los consumen en mayor medida que los hombres (29% y 22,2% respectivamente).

**Gráfico 12** Proporción de población masculina y femenina que consumió medicamentos según sexo por tipo de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

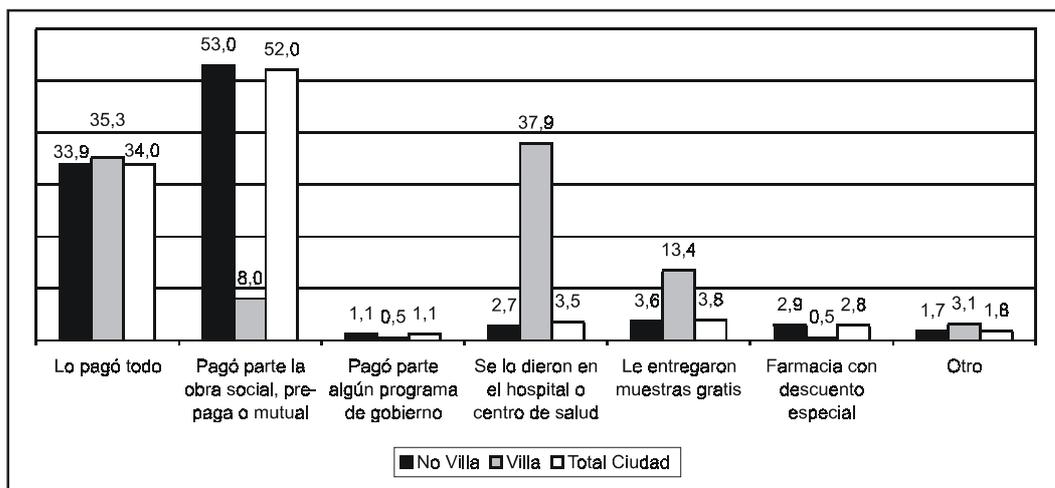
Este menor consumo por parte de los residentes en las villas de emergencia porteñas no implicaría una menor necesidad de medicación. Los datos de la EAH 2003 muestran claramente que frente a la falta de cobertura de los remedios por parte de las obras sociales, mutuales o pre-pagas, entre los habitantes de villas sólo quedan dos opciones: pagar el valor completo de los medicamentos u obtenerlos a través del sistema público de salud. Es así que el tipo de financiamiento utilizado diferencia claramente a quienes residen en villas de emergencia del resto de los habitantes de la Ciudad.

Más de la mitad de los encuestados que no habitan en villas de emergencia (55,6%) recurren a su obra social, pre-paga o mutual para afrontar parte del costo de la medicación que necesitan. Esta opción, en cambio, sólo cubre al 5,9% de los residentes en villas. En concordancia con esta baja cobertura a través del sistema privado y de la asistencia social, el pago completo por parte del encuestado es levemente mayor en este sector de la población (35,8% frente al 31,3% de los encuestados que no viven en villas).

Más de la mitad de los residentes en villas declaran buscar alternativas para conseguir la medicación sin un desembolso económico. El 40,3% de ellos obtuvo la medicación en forma gratuita al ser atendido en un hospital o centro de salud y el 12,4% mediante la entrega de muestras gratis. Estas opciones son minoritarias en el resto de los encuestados (2,6% y 3,5% respectivamente).

Esta situación general se mantiene al analizar separadamente a la población femenina y masculina de la Ciudad. Cabe destacar, que, probablemente por sus posibilidades de inserción laboral formal, el pago parcial de medicación a través de una obra social, sistema de medicina pre-paga o mutual es aún menor entre las mujeres que entre los varones residentes en villas (4,3% y 8%).

**Gráfico 13** Proporción de población que consumió medicamentos, según zona de residencia por tipo de financiamiento y grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

A diferencia de la EAH 2002, la encuesta 2003 aporta información significativa acerca de los motivos por los que los residentes de la Ciudad no han consumido medicación y permite sopesar la influencia de la prescripción médica en el consumo de fármacos.

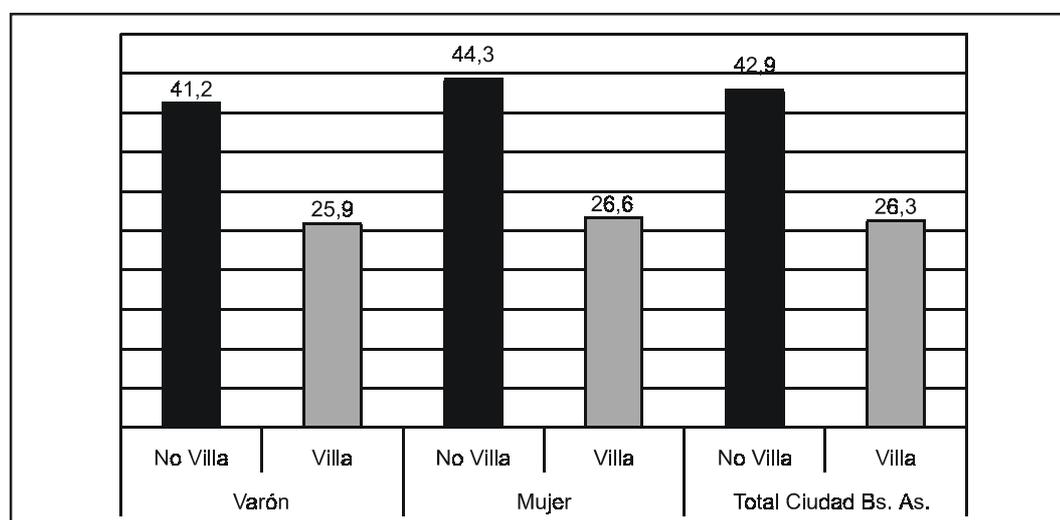
Los niveles de consumo y la distribución territorial del mismo permanecen estables. Se reitera la relación entre edad y consumo de medicamentos tanto como las dificultades de acceso a los mismos a partir de situaciones de pobreza.

## 5 El acceso a la consulta odontológica

El 42,2% de la población entrevistada de la Ciudad de Buenos Aires realizó alguna consulta odontológica en los 6 meses previos al relevamiento. Las mujeres superan levemente a los varones en la realización de estos controles (43,6% y 40,6% respectivamente).

La asistencia odontológica manifiesta niveles desiguales al analizar la distribución que se da entre los residentes según el tipo de residencia. Es así que la proporción de los residentes en áreas de "no villas" ronda alrededor del 42% de la población encuestada, en tanto que esta situación se reduce notablemente en el caso de los habitantes de villas: sólo 1 de cada 4 personas encuestadas visitó a un odontólogo en el último semestre (26,3%).

**Gráfico 14** Proporción de población que realizó al menos una consulta odontológica, según zona de residencia, por sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

### 5.1 Consultas odontológicas según edad del entrevistado

La realización de controles odontológicos registra importantes diferencias según los grupos etarios de pertenencia. Los niños entre 6 y 13 años son quienes han realizado consultas en mayor medida (60,6%). A partir de los 14 años, en cambio, se registra un movimiento descendente: 48,2% entre los de 14 a 19 años; 44% entre los de 20 a 59 años y 32,5% entre los mayores de 60 años.

Es posible constatar también diferencias territoriales en el comportamiento de dichos grupos etarios. En todos los casos, la Zona Norte de la Ciudad (integrada por los habitantes de los territorios de los Centros de Gestión y Participación N° 13, 14 Oeste, 14 Este y 2 Norte) presenta los porcentajes mayores de realización de consultas y la Zona Sur (conformada por los CGP 3, 5, 6 y 8) los menores. Es así que por ejemplo, en la franja de 6 a 13 años en la Zona Norte sólo el 29% de los niños no han sido controlados, mientras que en idéntica situación se encuentra el 49,3% de los que residen en la zona Sur. Esta diferencia territorial en los niveles de atención se mantiene en todos los grupos etarios.

**Cuadro 7** Distribución porcentual de la población según realización de consulta odontológica en los últimos seis meses por grupos de edad y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Grupos de Edad	Zona	Realización de Consulta Odontológica			Total
		Si	No	Ns/Nc	
Total	Zona Norte	47,7	52,2	0,0	100,0
Ciudad de Bs. As.	Zona Sur	34,8	65,2	0,1	100,0
	Zona Oeste	41,1	58,7	0,2	100,0
	Zona Este	44,4	55,6	0,0	100,0
	Total	42,2	57,7	0,1	100,0
	Hasta 5	Zona Norte	24,4	75,6	0,0
	Zona Sur	18,8	81,2	0,0	100,0
	Zona Oeste	22,1	76,2	1,7	100,0
	Zona Este	16,9	83,1	0,0	100,0
	Total	20,7	78,7	0,6	100,0
	6 a 13	Zona Norte	71,0	29,0	0,0
	Zona Sur	50,7	49,3	0,1	100,0
	Zona Oeste	59,8	40,0	0,2	100,0
	Zona Este	65,5	34,5	0,0	100,0
	Total	60,6	39,3	0,1	100,0
	14 a 19	Zona Norte	57,0	43,0	0,0
	Zona Sur	42,7	57,3	0,0	100,0
	Zona Oeste	45,6	54,4	0,0	100,0
	Zona Este	50,9	49,1	0,0	100,0
	Total	48,5	51,5	0,0	100,0
	20 a 59	Zona Norte	49,6	50,3	0,1
	Zona Sur	35,8	64,2	0,1	100,0
	Zona Oeste	44,7	55,2	0,1	100,0
	Zona Este	46,8	53,2	0,0	100,0
	Total	44,8	55,1	0,1	100,0
	60 y más	Zona Norte	39,0	61,0	0,0
	Zona Sur	23,6	76,4	0,1	100,0
	Zona Oeste	30,0	70,0	0,0	100,0
	Zona Este	35,2	64,8	0,0	100,0
	Total	32,5	67,5	0,0	100,0

**Nota:** Zona Norte (CGP 13,14O,14E ,2N); Zona Sur ( CGP 3, 4, 5, 8); Zona Oeste (7, 9, 10, 11, 12) y Zona Este (1, 2S, 6).

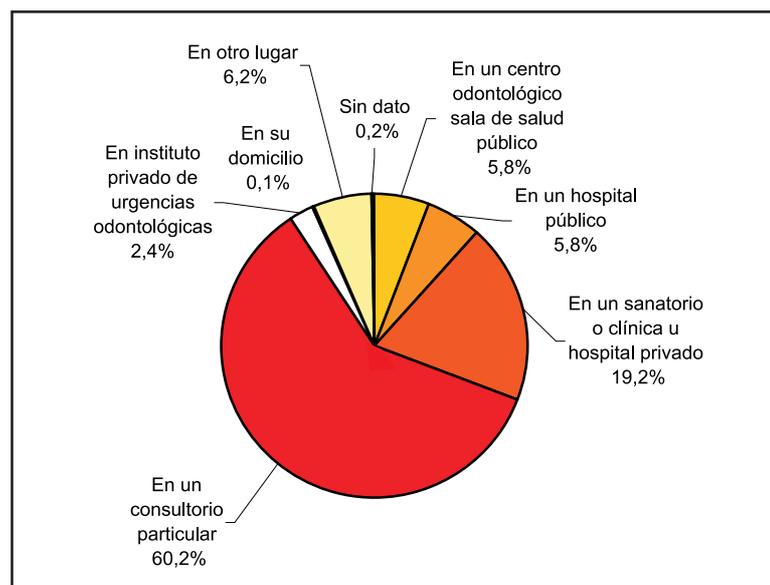
**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 5.2 Lugares de realización de las consultas odontológicas

La población de la Ciudad de Buenos Aires concentra fuertemente la realización de consultas odontológicas en el sector privado. Las consultas efectuadas en este tipo de servicios alcanza el 81,8% entre consultorios particulares (60,2%), sanatorios, clínicas y hospitales privados (19,2%) e institutos privados de urgencias odontológicas (2,4%). Los servicios públicos (centros odontológicos, salas de salud y hospitales), en cambio, cubren el 11,6% de las consultas.

Esta situación de preeminencia de las instituciones privadas en este tipo de atención ya fue señalada en oportunidad del análisis realizado a partir de la Encuesta Anual de Hogares del año 2002.

**Gráfico 15** Distribución porcentual de la población que realizó al menos una consulta odontológica, según lugar de atención. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

### 5.3 El tipo de financiamiento de las consultas odontológicas

Más de la mitad de las consultas realizadas por los encuestados (60,3%) fueron financiadas total o parcialmente a través de la Obra Social, Mutual o Sistema de Medicina pre-paga a la que están afiliados. La cobertura total de las prácticas alcanzó al 40,7% y la parcial al 19,6% de la población que realizó controles odontológicos. El pago completo de manera particular alcanzó a la cuarta parte de la población (24,3%). Las consultas en instituciones públicas admitieron, además de la atención gratuita del 9,6%, el pago con bonos por parte del 1,8% de aquellos que consultaron a un odontólogo.

Sin embargo, en algunas divisiones territoriales de la Ciudad, la posibilidad de realización de consultas gratuitas en instituciones públicas modifica el comportamiento de la población. Es entonces que en algunas de ellas la población controlada alcanza porcentajes mucho mayores. Ejemplo de ello son los valores relevados, fundamentalmente en las áreas territoriales de la zona Sur: 19,1% en el CGP 3, 19,5% en el CGP 4, 21,5% en el CGP 5 y 36,4% en el CGP 8. Por el contrario, en los CGP 2 Norte, 13 y 14 Oeste, la atención en el sistema público no alcanza al 3% de los encuestados.

**Cuadro 8** Distribución porcentual de la población que realizó al menos una consulta odontológica, según tipo de financiamiento por división territorial. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

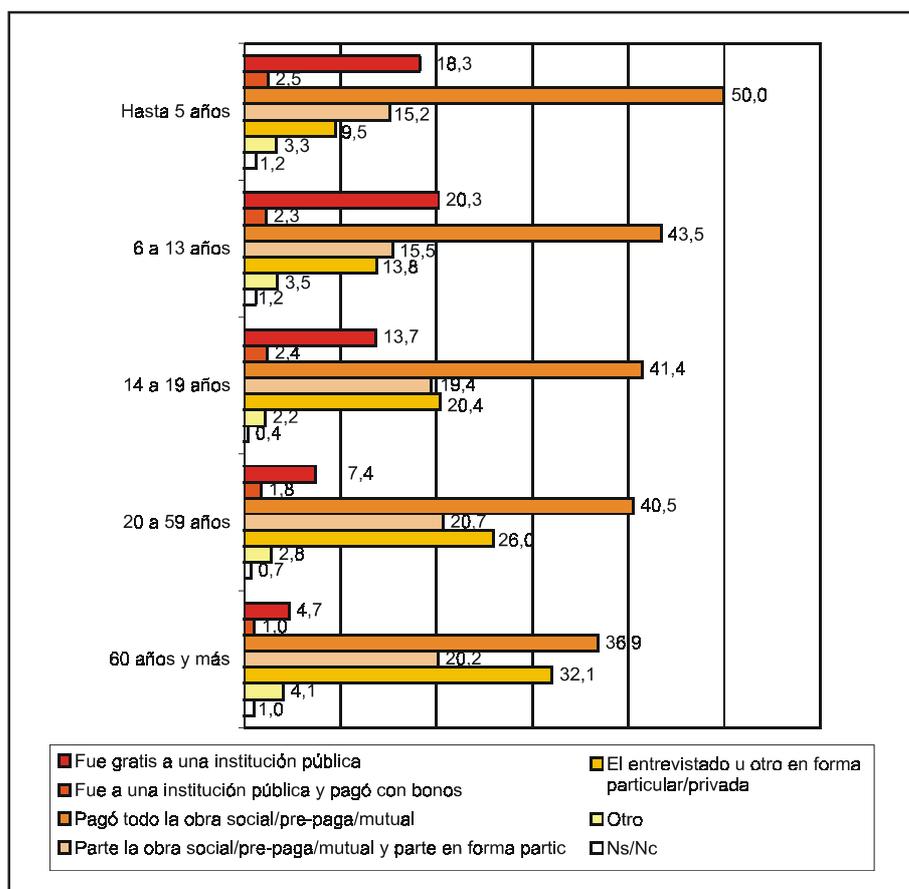
División territorial	Fue gratis a una institución pública	Fue a una institución pública y pagó con bonos	Pagó todo la obra social, pre-paga o mutual	Parte la obra social, pre-paga o mutual y parte particular	El entrevistado u otro en forma particular privada	Otro	Ns/Nc	Total
<b>Total Ciudad</b>	<b>9,7</b>	<b>1,8</b>	<b>40,7</b>	<b>19,6</b>	<b>24,3</b>	<b>3,1</b>	<b>0,8</b>	<b>100,0</b>
1	8,6	1,4	41,0	21,6	23,4	3,6	0,3	100,0
2 Norte	2,9	0,4	48,5	19,2	25,8	2,4	0,8	100,0
2 Sur	11,0	2,5	33,2	27,4	21,6	4,3		100,0
3	19,1	3,5	32,8	22,4	20,1	2,2		100,0
4	19,5	2,7	37,6	19,7	16,1	3,5	1,1	100,0
5	21,7	3,8	23,5	21,8	24,1	3,1	1,9	100,0
6	6,8	1,5	44,5	21,3	24,4	1,4		100,0
7	10,0	1,9	39,1	20,7	26,0	1,4	1,1	100,0
8	36,1	3,9	24,8	11,5	19,6	3,3	0,8	100,0
9	14,5	4,8	39,7	15,3	22,4	3,1	0,2	100,0
10	7,7	0,9	33,3	21,5	31,3	3,0	2,2	100,0
11	7,1	3,0	42,9	15,7	25,9	4,3	1,1	100,0
12	7,1	1,4	36,6	24,3	26,6	1,6	2,4	100,0
13	2,0	0,6	50,0	15,1	28,5	3,6	0,2	100,0
14 Este	5,8	1,0	45,6	19,5	22,8	4,4	0,9	100,0
14 Oeste	2,9	0,1	56,3	13,5	22,5	4,7		100,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Reafirmando lo anteriormente señalado en relación al aprovechamiento de los servicios gratuitos del sector público, aparece el análisis por tipo de residencia. La mayoría de los residentes en villas que realizaron consultas odontológicas declaran haber utilizado los servicios públicos (11.002 en centros odontológicos o salas de salud y 9.265 en hospitales) en desmedro de los centros privados de atención (3.108 en sanatorios o clínicas; 4.746 en consultorios particulares y 435 en institutos de emergencias odontológicas).

El análisis de la distribución en relación a la edad revela que entre los grupos de menor edad es posible identificar un uso intensificado de los servicios ofrecidos por los diversos subsistemas de atención. Así se dan los más altos valores en el uso de los servicios públicos tanto gratuitos (18,3% entre los pequeños de hasta 5 años y 20,3% entre los niños de 6 a 13 años) como abonados con bonos (2,5% y 2,3%), y en los casos de pago completo por parte de la Obra social, Mutual o Sistema de Medicina pre-paga (50% y 43,5%). Entre los residentes de mayor edad, en cambio, aumenta fuertemente el pago de manera particular o privada: la tercera parte de los mayores de 60 años utilizó esta última opción (32,1%).

**Gráfico 16** Distribución porcentual de la población que realizó alguna consulta odontológica en los últimos 6 meses, según tipo de financiamiento por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Los datos obtenidos en el año 2003 confirman los niveles de atención odontológica de la Encuesta 2002. Se repite la tendencia a una mayor realización de consultas y a un uso más intenso de los servicios públicos por parte de los niños, como práctica preventiva de los padres, además de las exigencias planteadas por el sistema educativo en cuanto a la presentación de constancias de controles.

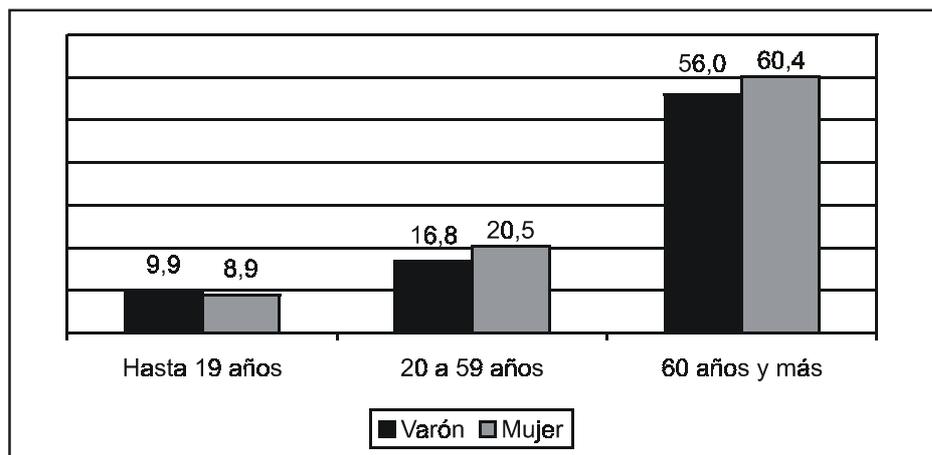
Con respecto al tipo de financiamiento, el pago a través de sistemas de cobertura privada y de la seguridad social sigue siendo mayoritario. Sin embargo, se registra una leve disminución respecto del 2002 del pago completo y un aumento equivalente del pago parcial de los honorarios odontológicos por parte de la Obra Social, Mutual o Pre-paga (5%). Esto podría indicar un debilitamiento de la cobertura en este sector.



## 6 Perfiles de morbilidad en relación a las enfermedades crónicas

Una cuarta parte de la población de la Ciudad declara padecer al menos una enfermedad crónica<sup>4</sup>. Este reconocimiento varía notablemente según la edad de los entrevistados, aumentando en ambos sexos entre los mayores de 60 años (56% y 60,4%).

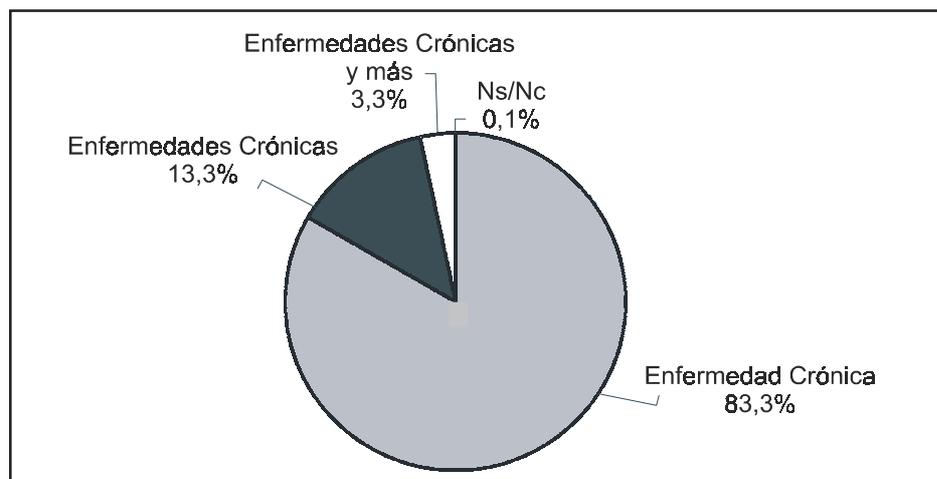
**Gráfico 17** Proporción de población masculina y femenina, que padece al menos una enfermedad crónica, según edad y sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Las tres cuartas partes de quienes se declaran como enfermos crónicos manifiestan padecer sólo una de estas afecciones, mientras que una proporción menor (13,3%) señala sufrir dos.

**Gráfico 18** Distribución porcentual de la población total que padece enfermedades crónicas según cantidad de enfermedades crónicas padecidas. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

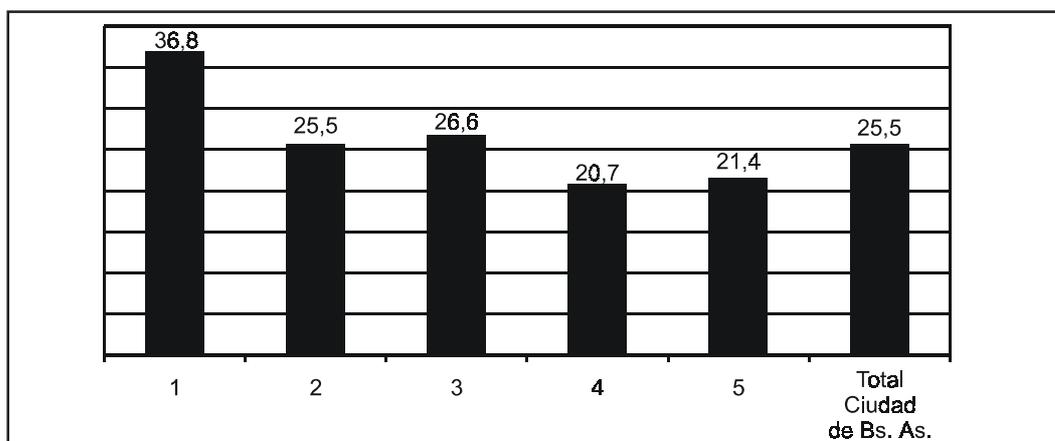
<sup>4</sup> Son consideradas «Enfermedades crónicas» las siguientes: enfermedades respiratorias; artrosis; artritis; enfermedades reumáticas; enfermedades cardíacas; enfermedades renales; enfermedad neurológica; diabetes; tumor maligno; hipertensión arterial.

Es importante señalar que, dado que en el caso de las enfermedades crónicas no siempre quienes las padecen las perciben como tales, los valores registrados no son un reflejo del perfil de morbilidad de la población. Una naturalización de dichas patologías en la cotidianidad de los individuos lleva a que puedan no ser declaradas ya que no existe una valoración de sí mismos como "enfermos crónicos", sobre todo en aquellas enfermedades que exigen un tratamiento mínimo de larga duración.

### 6.1 Relación entre las enfermedades crónicas declaradas y las condiciones socioeconómicas de los entrevistados

El análisis por tramos de ingresos evidencia que quienes en mayor proporción se reconocen como enfermos crónicos y requieren tratamiento, se concentran en el quintil<sup>5</sup> 1 en un valor significativo (un 36,8%). En el resto de los quintiles, se observa que la proporción de enfermos se reduce de manera importante entre el 2° y 3° (ambos próximos al 26%) y disminuye aún más entre quienes se encuentran ubicados en el 4° y 5° quintil, que giran alrededor del 21%. Esta distribución indica según la declaración de los residentes entrevistados una relación directamente proporcional entre el nivel de ingresos y la posesión de enfermedades crónicas.

**Gráfico 19** Proporción de población que padece al menos una enfermedad crónica por quintiles de ingreso. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

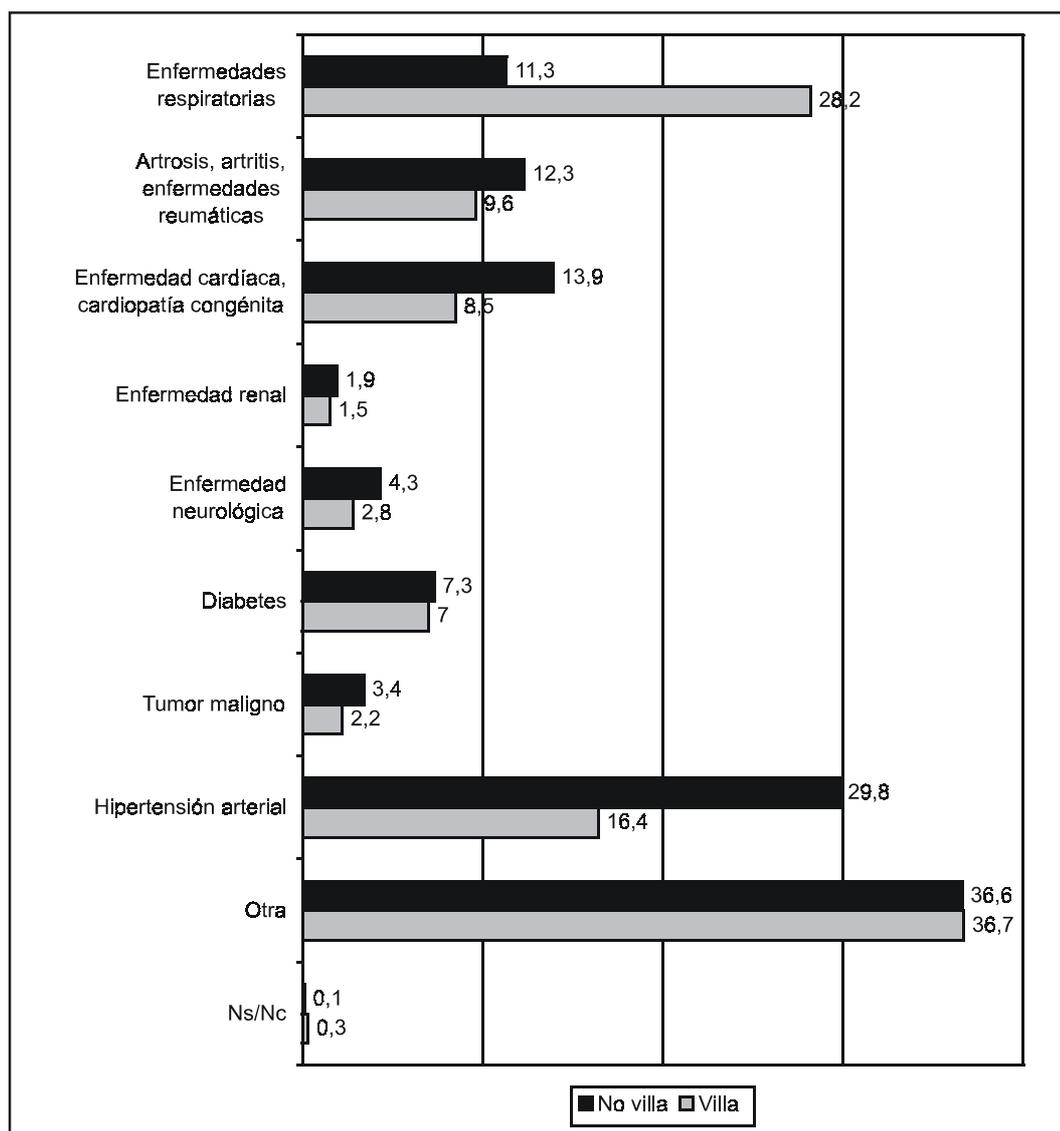


Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

También varía el nivel de reconocimiento del padecimiento de enfermedades crónicas según el tipo de afección y el tipo de residencia de la población. El sufrimiento de enfermedades respiratorias es el único caso en el que los habitantes de villas de la Ciudad se definen como enfermos crónicos con mayor frecuencia que el resto de los entrevistados (28,2% y 11,3%). Al analizar, en cambio, las demás enfermedades crónicas (artritis, artrosis, enfermedades reumáticas, diabetes, hipertensión arterial, tumores malignos, enfermedades cardíacas, renales y neurológicas) son los habitantes de áreas residenciales no pertenecientes a las villas, quienes manifiestan padecerlas o las registran en mayor medida.

<sup>5</sup> Quintil de ingreso: cada quintil de ingreso está conformado por un 20% de la población receptora. La población es ordenada por su nivel de ingresos de menor a mayor, de modo tal que el primer quintil de ingresos comprende a la población de menores ingresos.

**Gráfico 20** Población que padece enfermedades crónicas según tipo de enfermedad por tipo de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 6.2 Las enfermedades crónicas, la realización de consultas médicas y el consumo de medicación

Entre quienes padecen enfermedades crónicas, el 87,7% de la población ha realizado consultas médicas en los últimos 6 meses. El análisis de dicha población por sexo indica que las mujeres en un 89,5% lo hicieron en dicho período y los hombres lo hicieron en un 85,1%. En casi idéntica proporción, ambos han consumido medicamentos en dicho período (89,8% y 86,5% respectivamente).

El uso de los servicios de salud por parte de la población de la Ciudad que ha realizado consultas en los últimos seis meses a raíz del padecimiento de una enfermedad crónica, se ha concretado mayoritariamente (46,1%) en efectores pertenecientes al sector privado. La seguridad social concentra en sus establecimientos el 27,1% de dichas consultas y el sector público lo hace en un 23,5%.

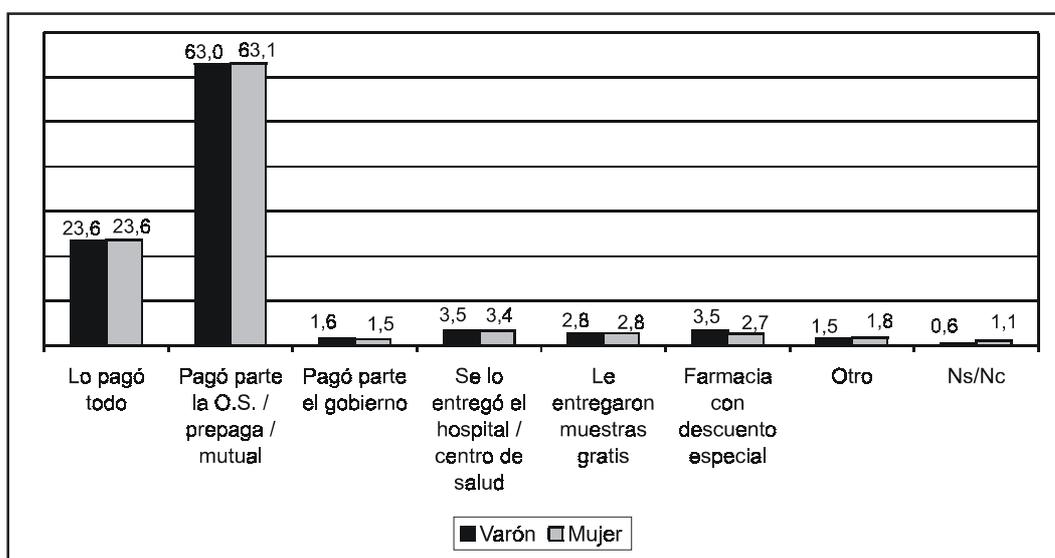
**Cuadro 9** Distribución porcentual de la población que padece al menos una enfermedad crónica y realizó alguna consulta médica en los últimos 6 meses según lugar de consulta. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

Lugar de consulta	%
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
Sanatorio / clínica / consultorio de O.S. / mutual	27,1
Sanatorio / clínica / consultorio de hospital privado	24,0
Consultorio particular	22,1
Consultorios de hospital público	14,7
Centro de salud / sala de salud (público)	6,1
Su domicilio	1,8
Consultorio de "Plan médicos de cabecera"	1,7
Sala de emergencias de hospital público	1,0
En otro lugar	1,6

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

El financiamiento de los medicamentos fue realizado en un 63% por las Obras Sociales, Sistemas de Medicina pre-paga o Mutuales; una cuarta parte de la población afectada (23,6%) autofinanció su medicación en forma completa y el sector público sólo lo hizo, en forma parcial o total, con un 5% de los pacientes. No se registran variaciones por sexo en los modos de financiamiento de la medicación requerida.

**Gráfico 21** Distribución porcentual de la población femenina y masculina que padece al menos una enfermedad crónica según tipo de financiamiento de los medicamentos consumidos. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La proporción de entrevistados que declara padecer al menos una enfermedad crónica es igual a la del relevamiento anterior (24,7% en EAH 2002). Cabe destacar que en la EAH 2003 es posible identificar la incidencia de los diversos tipos de enfermedades crónicas que afectan a los residentes de la Ciudad.

Los varones y mujeres que sufren estas enfermedades mantienen los altos niveles de realización de consultas médicas y de consumo de medicamentos señalados en el año anterior.

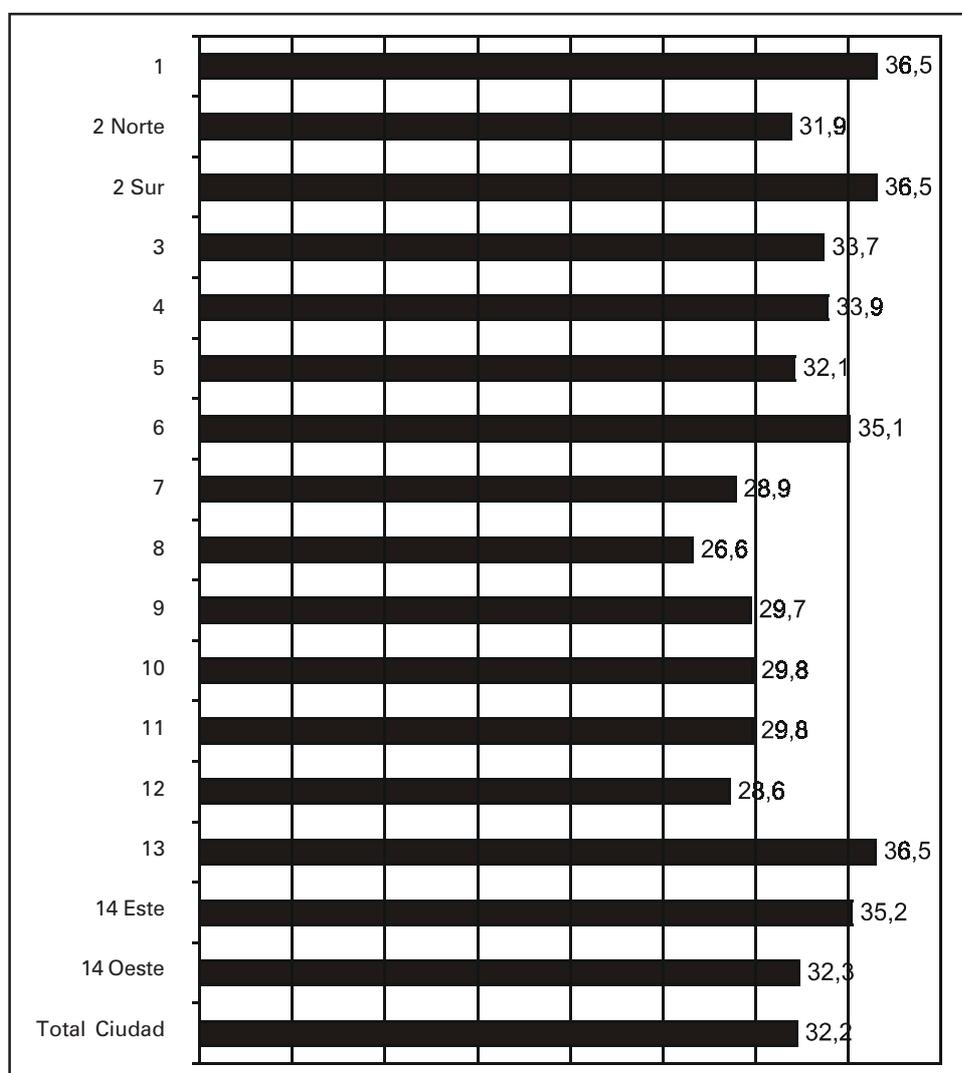
Con respecto al modo de financiamiento de la medicación requerida, el pago completo por parte del paciente disminuyó en un 7% respecto al año previo.

## 7. Conductas preventivas en relación al VIH-SIDA

La EAH 2003 incorporó una serie de preguntas para conocer los niveles de realización del test de VIH-SIDA como expresión de la preocupación existente en la sociedad acerca de la potencial incidencia de esta enfermedad relacionada con la calidad de vida de la población.

En la Ciudad de Buenos Aires 1 de cada 3 personas encuestadas declara haber realizado, por lo menos una vez, el test de VIH-SIDA (32,2%). Aunque la distribución es bastante homogénea, algunos CGP registran valores un poco menores (los CGP 7, 8 y 12) mientras que otras divisiones territoriales superan levemente la media de la Ciudad (CGP 1, 6, 13 y 14 Este).

**Gráfico 22** Proporción de población que realizó test de VIH-SIDA por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

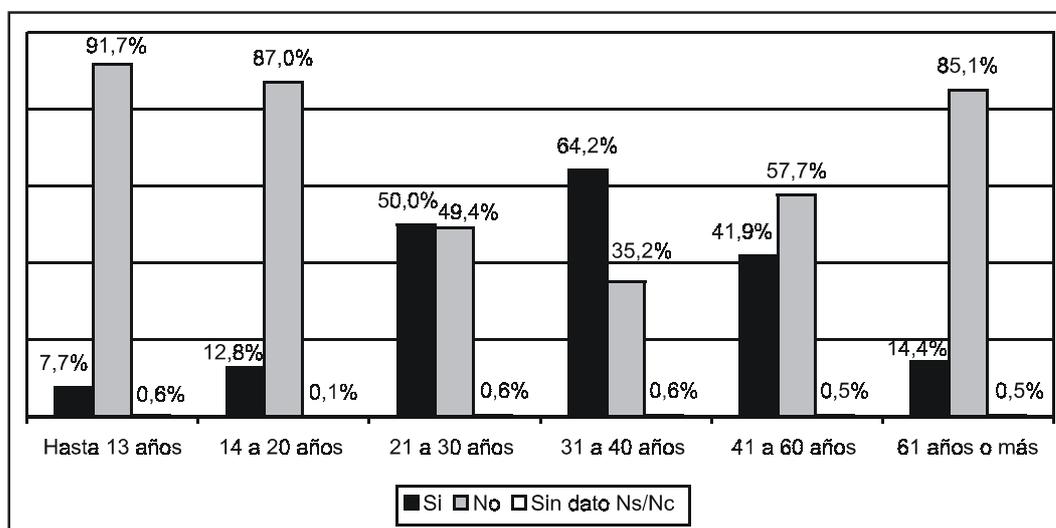


**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 7.1 La realización de exámenes de VIH-SIDA por edad

La realización de estos exámenes varía notablemente según la edad de los encuestados. Son pocos los niños hasta 13 años y los adolescentes menores de 20 años que han sido testeados (7,7% y 12,8% respectivamente). La población adulta, en cambio, registra valores mucho mayores, alcanzando un máximo en la franja etaria entre 31 y 40 años. En este grupo la población que ha realizado exámenes supera ampliamente a quienes nunca lo hicieron. Una vez alcanzados los 41 años y, en particular, a partir de los 61, la tendencia se revierte y quienes no realizaron el test constituyen la mayoría. Es posible suponer que la población adulta joven tiene mayores motivos para realizar el test; cuenta con una vida sexual más activa iniciada en tiempos en que el riesgo de contraer la enfermedad forma parte de una preocupación generalizada.

**Gráfico 23** Distribución porcentual de la población según realización de test de VIH-SIDA por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



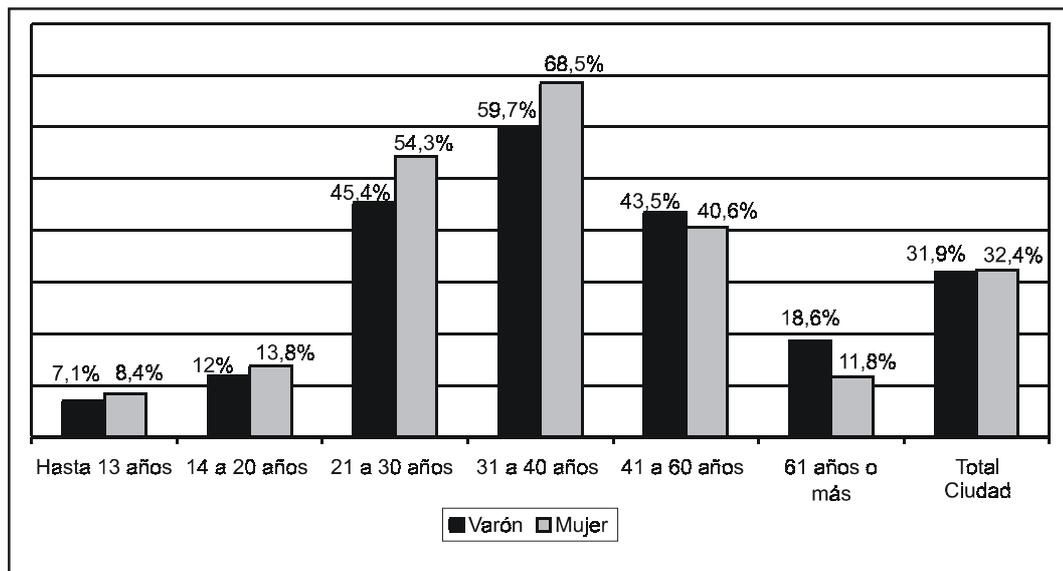
Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 7.2 La realización de exámenes de VIH-SIDA por sexo

La realización de exámenes para detectar la presencia del VIH-SIDA no presenta diferencias sustantivas según el sexo de los encuestados. El 31,9% de los varones y el 32,4% de las mujeres han sido testeados en alguna oportunidad. Asimismo, en su amplia mayoría, los encuestados de ambos sexos han retirado los resultados de sus análisis (94,7% de los varones y 96,2% de las mujeres).

Sin embargo, al analizar conjuntamente el sexo y la edad de los encuestados esta similitud en las conductas de varones y mujeres comienza a complejizarse. Entre las niñas menores de 13 años y las adolescentes de hasta 20 se registran valores de realización de exámenes levemente mayores que entre los varones. Esta mayor realización de exámenes por parte de las mujeres alcanza un margen bastante más amplio entre los 21 y los 30 (54,3% frente al 45,4% de los varones) así como entre los 31 y los 40 años (68,5% y 59,7%). Es posible que esta frecuencia aumente en las mujeres en edad reproductiva como parte de los cuidados preventivos durante el embarazo. Entre la población de edad más avanzada, entre los 41 a 60 años los valores son casi equivalentes (43,5% y 40,6%), pero en los mayores de 61 por el contrario, son los hombres quienes más han efectuado controles (el 18,8% y el 11,8% de las mujeres de la misma edad).

**Gráfico 24** Proporción de población que realizó el test de VIH-SIDA por sexo según grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

### 7.3 La realización de exámenes de VIH-SIDA según tipo de residencia

Por último, la realización del test de VIH-Sida varía según la residencia o no de los encuestados en villas. El 72,2% de los habitantes de villas de emergencia nunca ha efectuado estos análisis. Este valor disminuye al 67,1% entre los encuestados que tiene otra residencia territorial. Esta disimilitud aparentemente menor adquiere relevancia al evidenciar que no existe una diferencia de importancia entre aquellos que residen en villas y por lo tanto, viven en condiciones socioeconómicas sumamente diferentes.



## 8 Conductas preventivas ginecológicas

### 8.1 La realización de controles ginecológicos

La gran mayoría de las mujeres mayores de 14 años entrevistadas (91,7%) se ha realizado alguna vez un control ginecológico. Más de la mitad de ellas (55%) ha sido controlada en el año anterior a la realización del relevamiento, el 21,2% en un período entre 1 y 3 años y el 12,1% en un lapso que supera los 3 años.

En algunas divisiones territoriales, cerca de las dos terceras partes de las mujeres ha realizado el último control en el último año: 65,2% en el CGP 2 Norte, 63,3% en el CGP 6 y 62 % en el CGP 14 Oeste. Incluyendo a quienes los han efectuado en un período no mayor a los últimos tres años, las mujeres que han hecho de los controles ginecológicos una práctica de cuidado de su salud, alcanzan a una proporción del 80%.

Una situación diferente se plantea en el caso de las mujeres residentes en los CGP de la Zona Sur que se caracterizan por estar sujetas a una mayor vulnerabilidad en este sentido. Este es el caso de la población femenina de los CGP 8 y 5, que es la que menos se ha controlado en el último año (43,7% y 46,5% respectivamente). A ello se agrega como factor de riesgo que es el grupo poblacional del conjunto de la Ciudad que alcanza los más altos valores en cuanto a la ausencia total de controles ginecológicos (12,6% en ambos casos).

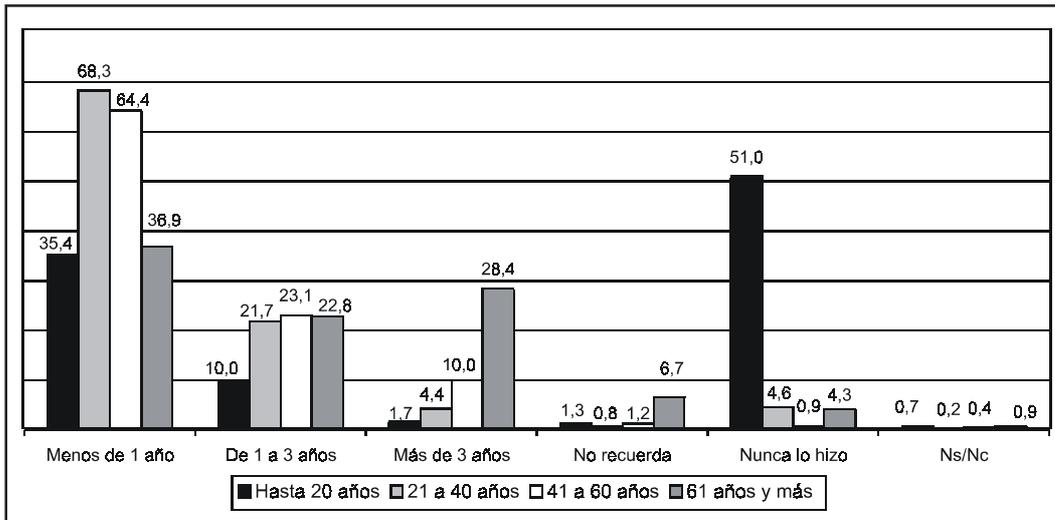
**Cuadro 10** Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización del último control ginecológico por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

División territorial	Tiempo transcurrido desde el último control ginecológico						Total
	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc	
<b>Total Ciudad</b>	<b>55,2</b>	<b>21,2</b>	<b>12,2</b>	<b>2,6</b>	<b>8,3</b>	<b>0,5</b>	<b>100,0</b>
1	53,8	24,8	12,3	2,3	6,3	0,5	100,0
2 Norte	65,2	14,9	9,8	2,1	8,0	0,0	100,0
2 Sur	54,6	18,9	16,5	2,6	7,2	0,2	100,0
3	49,5	22,0	13,9	4,6	9,7	0,3	100,0
4	49,7	26,6	12,9	1,2	8,9	0,7	100,0
5	46,5	25,4	11,7	2,9	12,6	0,9	100,0
6	63,3	18,1	10,7	1,7	5,7	0,4	100,0
7	51,4	21,0	13,1	4,2	10,2	0,2	100,0
8	43,7	27,4	13,0	2,9	12,6	0,3	100,0
9	51,8	22,5	13,7	2,8	8,9	0,4	100,0
10	51,8	22,9	14,5	1,6	8,5	0,7	100,0
11	55,1	22,3	12,2	2,5	6,8	1,2	100,0
12	52,9	18,5	14,3	3,2	10,5	0,5	100,0
13	60,3	21,1	9,7	2,8	5,5	0,7	100,0
14 Este	59,7	22,3	7,6	2,3	7,2	1,0	100,0
14 Oeste	62,2	17,8	10,5	1,8	7,4	0,3	100,0

**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

El análisis por edades indica que la mitad de las adolescentes entre 14 y 20 años nunca ha realizado un control ginecológico. Las jóvenes entre 21 y 40 años (en plena edad fértil) y las mujeres del grupo entre 40 y 60 años, en su mayoría han realizado consultas ginecológicas hace menos de un año (68,3% y 64,4% respectivamente). Entre las mayores de 61 años, en cambio, parecen espaciarse los controles en tanto una parte importante de ellas no ha visitado un ginecólogo en los últimos 3 años (28,4%).

**Gráfico 25** Proporción de población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización del último control ginecológico por edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

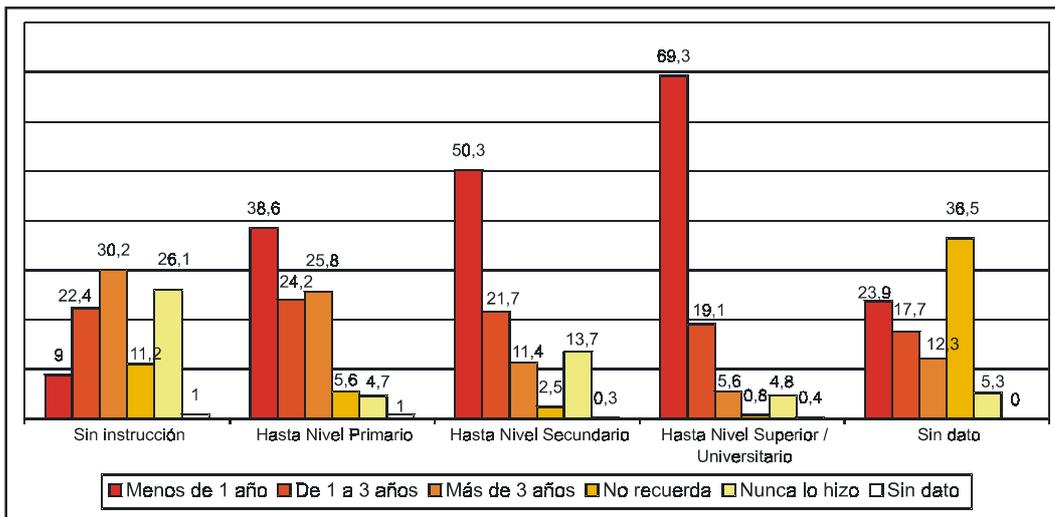


Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

El nivel de instrucción alcanzado por las entrevistadas parece tener una influencia importante en la realización de controles ginecológicos. A medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye el tiempo transcurrido desde el último control.

Sólo el 9% de las mujeres sin instrucción ha realizado algún control en el último año. Esta conducta aumenta al 38,6% de las entrevistadas que realizaron estudios primarios, a la mitad entre las que alcanzaron el secundario (50,3%) y a poco más de las dos terceras partes de las que iniciaron o completaron el nivel superior o universitario (69,3%).

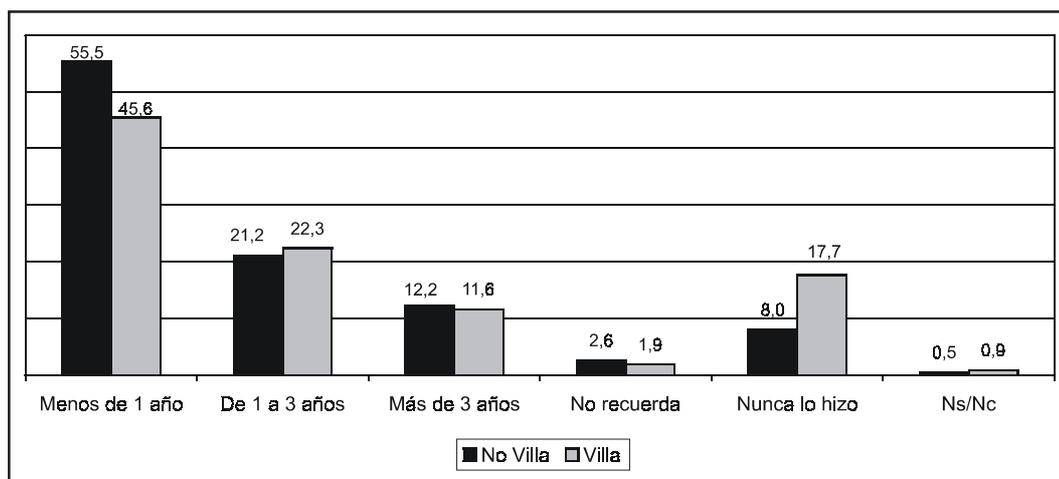
**Gráfico 26** Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde el último control ginecológico por nivel de instrucción. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La población femenina mayor de 14 años que habita en las villas de emergencia de la Ciudad presenta una situación más precaria en el cuidado de la salud ginecológica. No sólo el porcentaje de mujeres que ha realizado controles en el último año es menor que en las áreas no consideradas como villas (45,6% y 55,5% respectivamente), sino que el 17,7% de ellas nunca ha realizado este tipo de consultas.

**Gráfico 27** Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde el último control ginecológico por tipo de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 8.2 La realización de mamografías y Papanicolau

Más de la mitad de las mujeres mayores de 14 años se ha realizado alguna vez un control preventivo del cáncer mamario a través de una **mamografía** (55,9%). Sin embargo, este valor se modifica notablemente al analizar separadamente a la población femenina que habita en villas de emergencia y a las del resto de la Ciudad: las segundas duplican y más a las primeras en la realización de estas prácticas (56,8% y 23,3% respectivamente).

La distribución según otras divisiones territoriales es heterogénea. En algunas de ellas, la realización de estos estudios abarca a una importante proporción de la población femenina: el 63,6 % en el CGP 6 y el 61,4% en el CGP 14 Oeste. En el CGP 8 por el contrario, estas conductas preventivas son claramente menores pues fueron llevadas adelante por sólo el 37,2% de las mujeres.

**Cuadro 11** Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según realización de alguna mamografía por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

División territorial	¿Hizo alguna vez una mamografía?			Total
	Si	No	Ns/Nc	
<b>Total Ciudad</b>	<b>55,9</b>	<b>43,3</b>	<b>0,7</b>	<b>100,0</b>
1	57,2	42,3	0,5	100,0
2 Norte	57,9	42,1		100,0
2 Sur	54,6	45,0	0,4	100,0
3	50,8	48,5	0,7	100,0
4	51,9	47,2	1	100,0
5	46,2	52,6	1,2	100,0
6	63,6	35,6	0,8	100,0
7	51,7	47,9	0,3	100,0
8	37,2	62,2	0,6	100,0
9	57,1	42,5	0,4	100,0
10	60,6	38,5	1,0	100,0
11	56,9	41,6	1,6	100,0
12	54,3	45,2	0,5	100,0
13	63,6	35,2	1,2	100,0
14 Este	59,1	39,7	1,2	100,0
14 Oeste	61,4	38,1	0,5	100,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La edad de las entrevistadas es también un condicionante de la realización de mamografías ya que, como criterio profesional, éstas no son indicadas a las más jóvenes. Es así que apenas un 4,6% de las adolescentes de hasta 20 años han realizado estos controles. En cambio, las mujeres entre 21 y 40 años que lo han hecho alcanzan el 35,9%, las de 41 a 60 años superan al resto de los grupos alcanzando el 83,6% y, por último, las mayores de 61 años el 70,9%. La actitud responsable de las mujeres acerca de la necesidad de efectuar mamografías regularmente como práctica preventiva del cáncer mamario, claramente se manifiesta a partir de los 40 años.

La mitad de las mujeres de la Ciudad ha realizado un **Papanicolau** hace menos de un año (50,4%), un 20,7% en un período entre 1 y 3 años y el 12,2% hace más de 3 años. El porcentaje de mujeres que nunca lo han realizado es mayor que el de las que no han acudido a ningún control ginecológico (13,1% y 8,3% respectivamente).

La proporción de mujeres que realizaron este análisis en un período menor al año anterior a la entrevista, varía en las diferentes divisiones territoriales de la Ciudad. El menor porcentaje se encuentra en el CGP 8 (40,3%) y el mayor en el CGP 6 (60,2%). Los CGP 5 y 8 registran la mayor proporción de mujeres que nunca han realizado estos estudios (18,4 y 18,1% respectivamente).

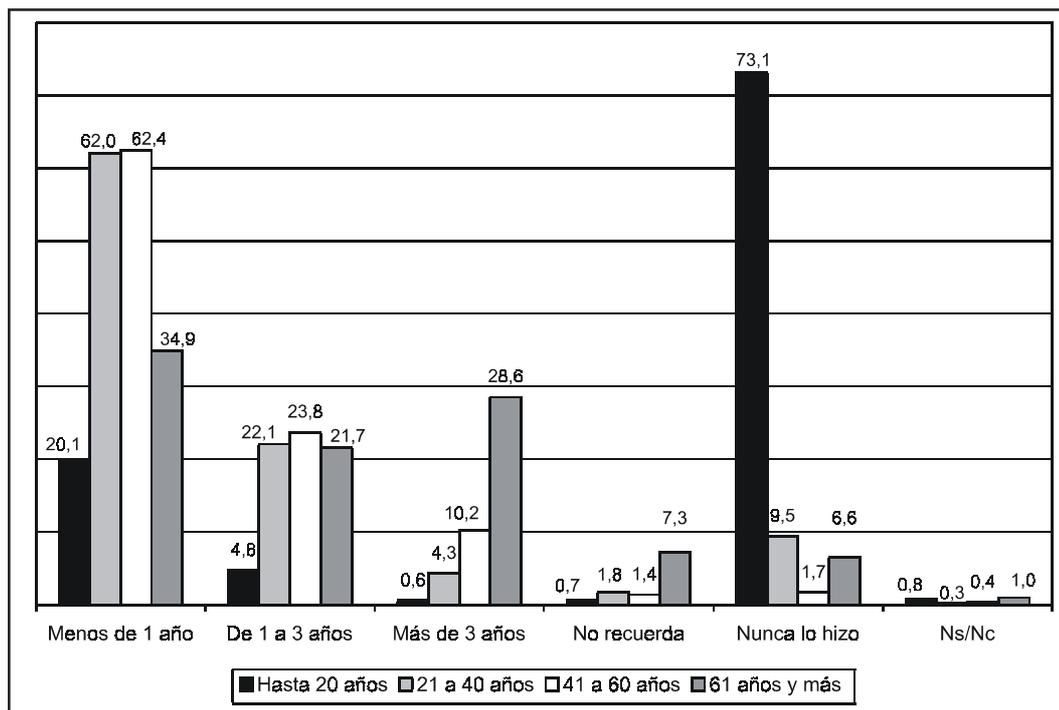
**Cuadro 12** Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización del último Papanicolau, por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003

CGP	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc	Total
<b>Total Ciudad</b>	<b>50,4</b>	<b>20,7</b>	<b>12,2</b>	<b>3,0</b>	<b>13,1</b>	<b>0,6</b>	<b>100,0</b>
1	51,0	22,3	12,8	3,4	10,1	0,5	100,0
2 Norte	55,6	16,3	9,8	3,4	14,9	0	100,0
2 Sur	48,5	20,1	16,8	2,5	11,6	0,4	100,0
3	43,9	21,8	12,9	5,2	15,8	0,4	100,0
4	44,8	25,0	13,7	1,8	13,8	0,9	100,0
5	42,6	23,7	11,3	3,0	18,4	1,0	100,0
6	60,2	17,5	10,6	2,0	9,3	0,4	100,0
7	48,5	20,6	13,2	4,8	12,6	0,2	100,0
8	40,3	25,4	12,9	3,0	18,1	0,3	100,0
9	45,7	22,7	14,3	3,1	13,9	0,4	100,0
10	47,9	21,5	13,2	2,3	14,5	0,6	100,0
11	49,0	20,9	12,1	2,7	14,0	1,4	100,0
12	46,5	19,1	13,8	3,9	15,6	0,9	100,0
13	53,6	22,1	10,1	3,7	9,4	1,0	100,0
14 Este	55,5	21,8	8,3	1,9	11,6	1,0	100,0
14 Oeste	58,5	16,5	10,8	2,2	11,8	0,3	100,0

Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Tal como se ha analizado en los ítems anteriores, los diferentes grupos de edad en los que se divide a la población femenina presentan situaciones diversas. Las tres cuartas partes de las adolescentes de entre 14 y 20 años nunca han realizado estos controles (73,1%). A la inversa, entre las entrevistadas de más edad, son mayoría quienes lo hicieron hace menos de un año (el 62% de quienes tienen entre 21 y 40 años y 62,4% de entre 41 y 60 años).

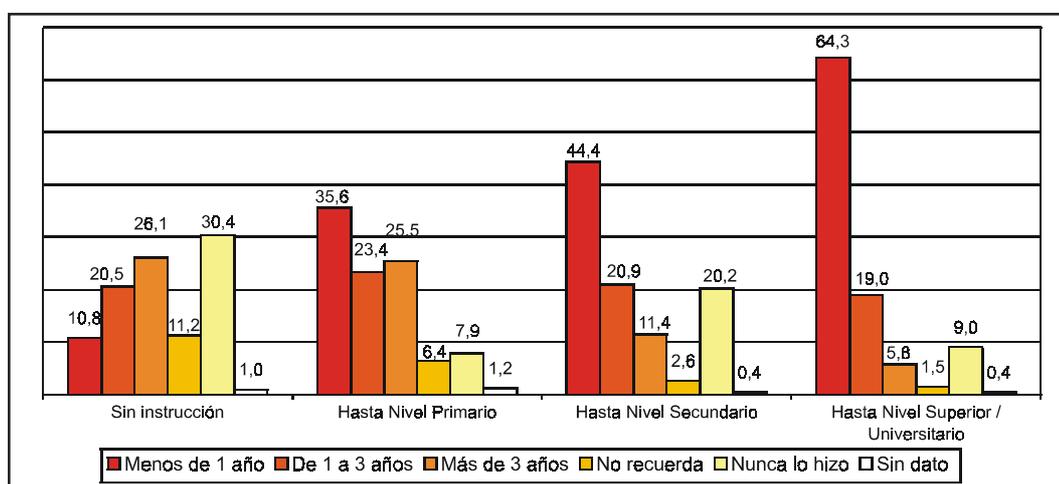
**Gráfico 28** Proporción de la población femenina de 14 años y más según la realización y tiempo transcurrido desde el último Papanicolau por grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

La relación entre la realización de Papanicolau y el nivel de instrucción de las entrevistadas registra una situación equivalente a la analizada en el caso de los controles ginecológicos. A medida que aumenta el nivel de instrucción aumenta la proporción de la población femenina que realizó un Papanicolau en el año anterior al relevamiento: el 10,8% de las mujeres sin instrucción, el 35,6% de las que alcanzaron el nivel primario, el 44,4% de las que iniciaron el secundario y el 64,3% de las que llegaron a niveles superiores o universitarios. Asimismo, casi la tercera parte de las mujeres sin instrucción entrevistadas (30,4%) nunca ha efectuado estos estudios. La situación de este grupo poblacional resulta preocupante dada la importancia del PAP como elemento de detección del cáncer uterino.

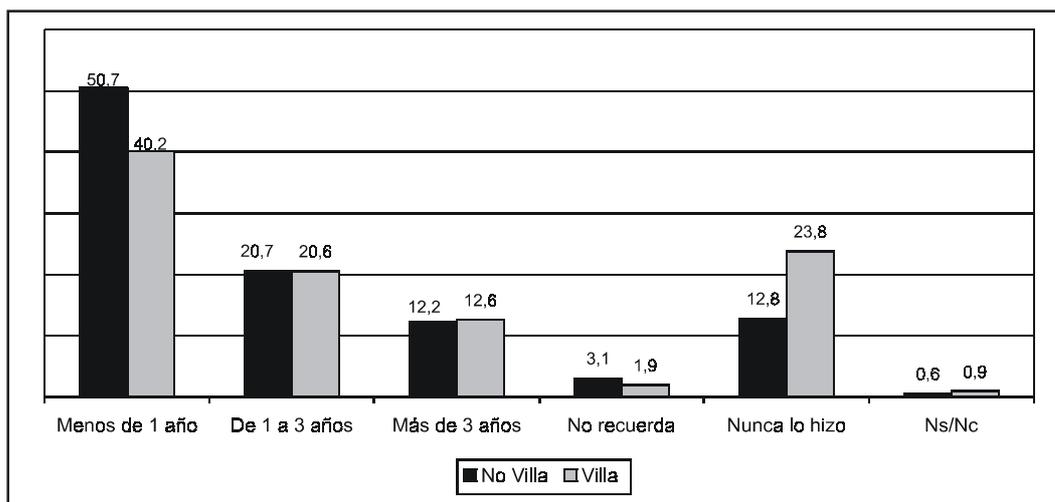
**Gráfico 29** Proporción de población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización del último Papanicolau por nivel de instrucción. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

Por último, las mujeres que habitan en las villas de emergencia muestran una menor puesta en práctica de estas conductas preventivas que las residentes en el resto de la Ciudad: el 40,2% de las primeras y el 50,7% de las segundas, se ha realizado un Papanicolau como control durante el año anterior a la entrevista. Casi la cuarta parte (23,8%) de las residentes en villas nunca lo ha efectuado, mientras que en el resto de las entrevistadas esta proporción es del 12,8%.

**Gráfico 30** Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización del último Papanicolau por tipo de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

### 8.3 La realización de controles obstétricos

Un punto importante con respecto a la salud ginecológica es la realización de controles médicos más frecuentes durante el embarazo. El 92% de las 23.656 mujeres mayores de 14 años que declaran estar embarazadas ha realizado alguna consulta con su ginecólogo. Más de la mitad de ellas (51%) realizó dicha consulta durante el primer mes de gestación y el 27,7% durante el segundo.

A partir del análisis de los partos y cesáreas que constituyeron motivos de internación de las entrevistadas durante el último año, es posible afirmar que la amplia mayoría de las mujeres que llegan al momento del parto son mayores de 20 años (95,0%). Las mujeres menores de 19 años, en cambio, representan el 4,5% de las intervenciones obstétricas realizadas en dicho período.

## 9 Las condiciones de salud en los primeros años de vida: la alimentación

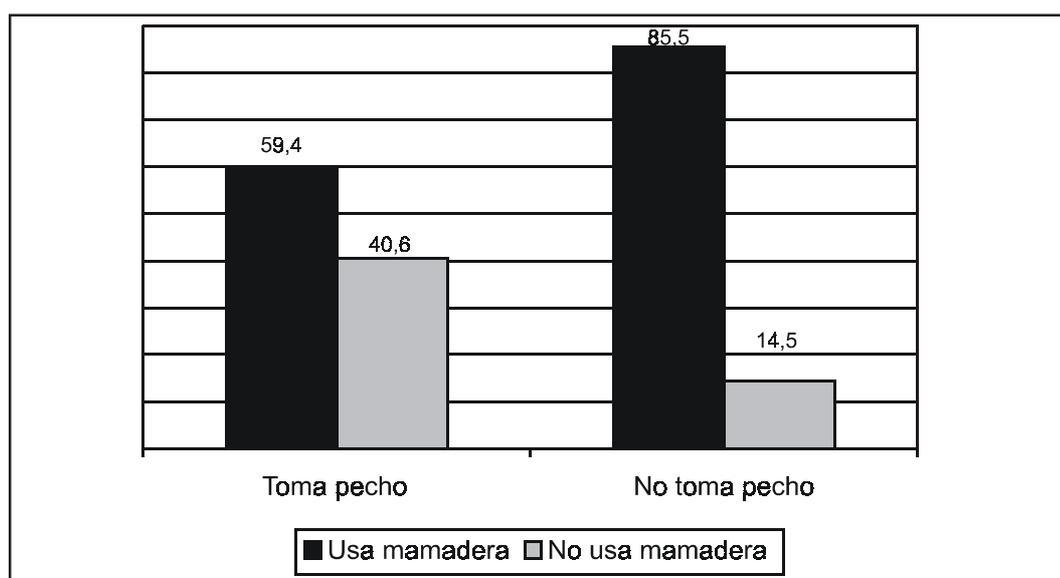
La alimentación es obviamente el elemento fundamental que determina las condiciones de salud de los niños hasta los dos años de vida. Es por eso importante conocer las características que ésta adopta entre los residentes en la Ciudad y analizar en qué medida una lactancia natural basada en el consumo de leche materna es una práctica adoptada por las madres para asegurar la evitabilidad de enfermedades infecto-contagiosas en los pequeños así como para desarrollar un vínculo afectivo más sólido con ellos.

Es interesante considerar que las recomendaciones internacionales<sup>6</sup> en esta temática, señalan que para satisfacer sus requisitos nutricionales todos los lactantes debieran ser alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 4 a 6 meses de edad y que a partir del sexto mes, a ésta se le agregarán alimentos complementarios, continuando con el consumo de leche materna durante el primer año como mínimo.

### 9.1 La lactancia materna

Los niños de 0 a 2 años de la Ciudad que integran la población relevada a través de la EAH 2003, consumen leche materna en un 45,2%. Una parte importante de ellos complementa el pecho con el uso de mamadera (59,4%). En cambio, entre quienes no toman pecho, el uso del biberón es la modalidad predominante (85,5%).

**Gráfico 31** Población de 0 a 2 años por consumo de leche materna según consumo de mamadera. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



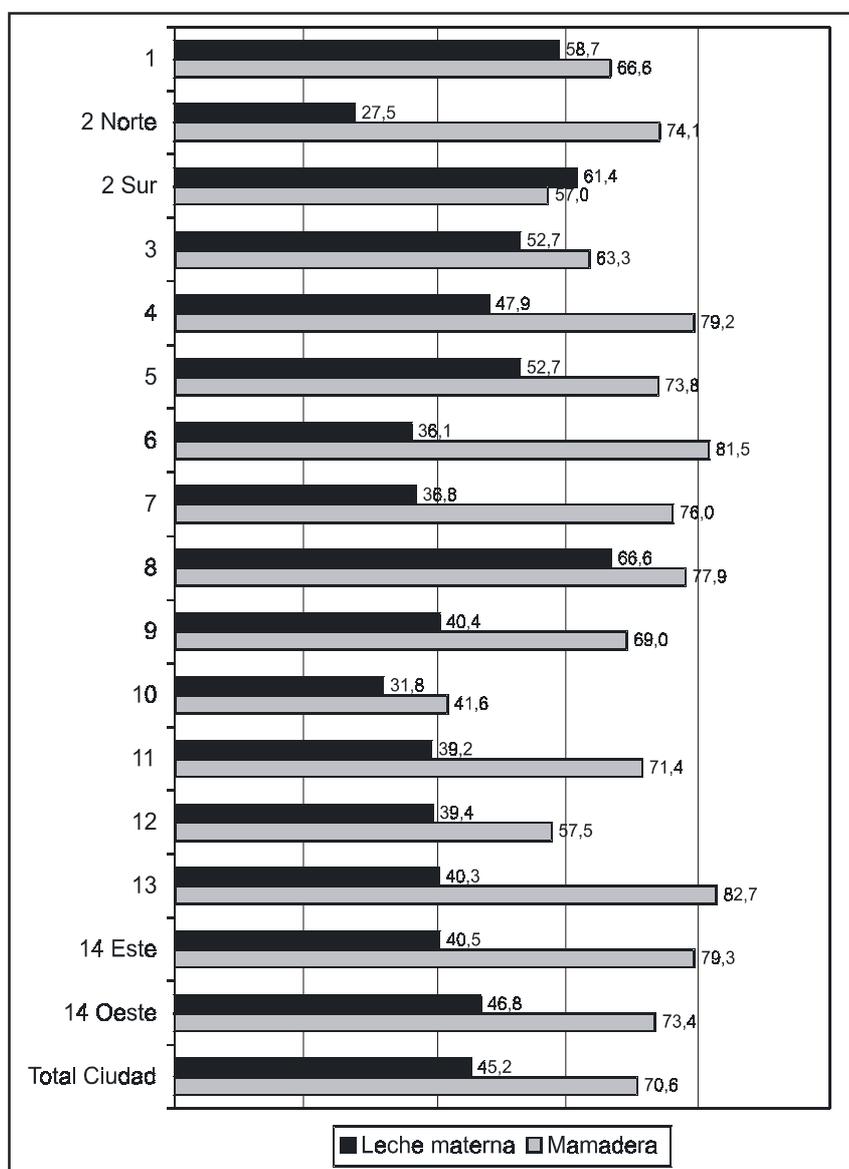
**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

<sup>6</sup> OPS- OMS (1991) Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna, mimeo, Ginebra, Suiza.

La práctica de la lactancia materna varía notablemente en las diversas divisiones territoriales de la Ciudad. Son ejemplo de ello, los CGP 2 Sur y 2 Norte: la proporción de niños residentes en el primero que toman pecho duplica y más a la de aquellos residentes en el segundo (61,4% y 27,5% respectivamente). El uso de mamadera también registra importantes variaciones territoriales. El rango de la distribución se da entre los CGP 10 y 13 como puntos extremos de ella (41,6% y 82,7% respectivamente).

De todos modos, no es el factor territorial lo que explica estas variaciones, dado que la práctica de la lactancia materna está vinculada a otros factores que tienen que ver fundamentalmente con los diversos niveles de conocimiento y consecuente concientización de las madres respecto a sus beneficios, que incidirán en su adopción regular. La difusión realizada a través de los servicios hospitalarios o de los pediatras en el ámbito privado, tienen un peso importante en la posibilidad de asegurar la ampliación de una alimentación de los niños pequeños basada en la lactancia natural en mayor proporción.

**Gráfico 32** Población de 0 a 2 años según consumo de leche materna y consumo de mamadera por CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**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.

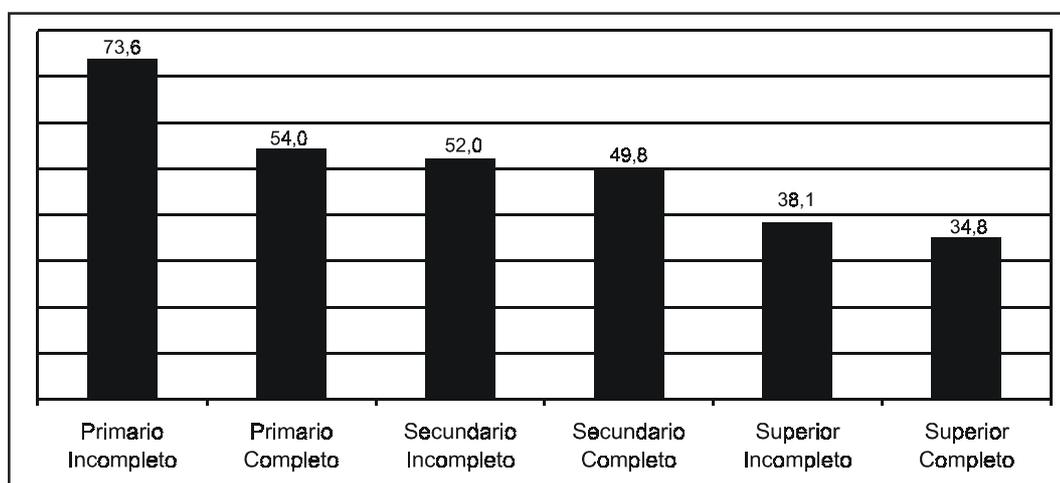
**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

El análisis de la lactancia según la condición de actividad de las madres, permite establecer que los niños de 0 a 2 años cuyas madres son ocupadas consumen leche materna en menor medida que aquellos cuyas madres son desocupadas o inactivas: el 40,1% de los primeros, frente al 50,4% de los restantes.

El consumo de leche materna está relacionado asimismo con la edad de las madres. Es así que disminuye a medida que aumenta la edad de las madres. Este consumo se registra en la mitad de los niños entre 0 y 2 años cuyas madres tienen entre 15 y 24 años (50,5%), en el 43,8% con madres de 25 a 34 años y en el 41,5% con madres de 35 a 54 años.

El análisis por nivel de instrucción de las madres permite encontrar variaciones respecto a las prácticas de amamantamiento. La distribución encuentra el mayor valor de consumo de leche materna en la población infantil con madres que no completaron los estudios primarios (73,6%) y se reduce al 34,8% en aquellos cuyas madres completaron estudios superiores.

**Gráfico 33** Proporción de población de 0 a 2 años según consumo de leche materna por nivel de instrucción de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

El análisis de la lactancia materna como práctica en relación a la distribución de la población según la línea de pobreza y de acuerdo a su edad, refleja diferencias entre pobres y no pobres. Por un lado, los menores de un año indigentes y pobres no indigentes registran valores de amamantamiento más altos que los no pobres (85,6%, 86,9% y 70,1% respectivamente) y por el otro, los niños entre 1 y 2 años de edad son amamantados en las siguientes proporciones: el 38,1% de los niños indigentes, el 38% de los pobres no indigentes, frente al 18,4% de los no pobres.

Asimismo, los niños hasta dos años que habitan en las villas de emergencia consumen leche materna en un 62,3% mientras que aquellos que residen en zonas de la Ciudad que no son villas, lo hacen en un 43,7%. Esta importante diferencia es un dato valioso en cuanto a su significado para la salud de los niños en condiciones sociales altamente desfavorables por la incidencia en sus potenciales niveles de morbilidad.

## 9.2 El uso de mamadera

La alimentación a través de mamadera es la opción utilizada por 7 de cada 10 niños menores de 2 años (70,6%).

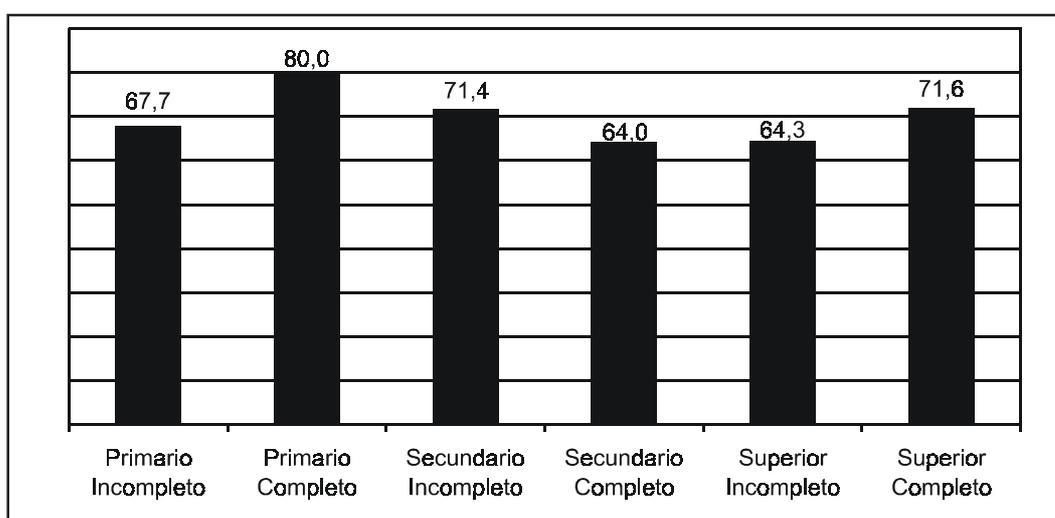
La condición de actividad de la progenitora modifica el uso de mamadera en la alimentación de los niños. Esta modalidad es recibida por los niños de acuerdo a la si-

guiente distribución: 83% de aquellos con madres desocupadas, 72,8% de aquellas ocupadas y 60% de los de madres inactivas.

El uso de mamadera no se modifica cuando los niños tienen madres de diferentes grupos de edad. El 70,4% de los niños con madres entre 15 y 24 años utiliza esta opción, así como el 68,3% de los que tienen madres entre 25 y 34 años y el 69% de 35 y 54 años.

El nivel de instrucción de la madre no muestra una tendencia unívoca respecto al uso de mamadera por parte de los niños. Los valores de menor utilización se registran entre aquellos cuyas madres completaron el secundario o iniciaron estudios superiores (64% y 64,3%) y los mayores entre los que tienen madres que no completaron el primario (80%).

**Gráfico 34** Proporción de población de 0 a 2 años según uso de mamadera por nivel de instrucción de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Año 2003



**Fuente:** Encuesta Anual de Hogares 2003. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.).

## 10 Conclusiones

---

El análisis del módulo de Salud de la Encuesta Anual de Hogares 2003 presenta una descripción de diversos ejes temáticos relacionados con las condiciones de acceso y el estado de salud de la población residente en la Ciudad de Buenos Aires.

En relación a la distribución de la población en función de los tres subsistemas de cobertura (público, de seguridad social y privado), el 25% de los entrevistados canalizan su demanda de atención a través del subsistema público, en hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria, alcanzando mayores valores entre los hombres en todas las zonas. Esta proporción alcanza un valor significativo próximo al 80% en el caso de los residentes en villas. Esto refuerza la importancia que la atención médica gratuita adquiere para la población en contextos de pobreza así como para aquella excluida del mercado laboral que no tiene posibilidades de contar con cobertura a través de una obra social o de la contratación de un sistema prepago. Cabe señalar que la población cubierta total o parcialmente por las Obras Sociales constituye el 51% de la distribución y el 18% lo hace a través del sector privado.

Dichos valores, así como los del 69% de la población que realizó consultas médicas en el semestre anterior al relevamiento, se mantienen estables respecto a los registrados en el 2002.

Es bajo el porcentaje de población internada durante el último año (7%). El tratamiento de enfermedades constituyen el motivo más importante de internación, con valores por sobre las intervenciones quirúrgicas. Los partos o cesáreas representan casi la cuarta parte de las internaciones femeninas. Si lo analizamos en relación al tipo de cobertura, la demanda fue cubierta en un 29% por el sistema público, un 28% en sanatorios de Obras sociales o mutuales y el 42% en el sector privado. En relación a la posibilidad de acceder a su financiamiento completo, es a través de la seguridad social y el sistema privado que se cubrieron un 65% de las internaciones.

La consulta acerca del consumo de medicamentos, restringida al mes anterior de la entrevista, para evitar subregistros por olvidos involuntarios, indica que casi la mitad de la población lo hizo. Dicho consumo fue prescripto por un profesional en un 86% y los niveles de automedicación se manifestaron en un 12%. Este valor es bajo en la medida en que la difusión comercial de los medicamentos de venta libre, o el consumo naturalizado de otros, en casos de enfermedades para los que no se acude a la consulta médica, posiblemente incidan en la percepción de los entrevistados acerca de su nivel de consumo de fármacos. Asimismo, los niveles de consumo están relacionados con la posibilidad de acceso a su adquisición. Así, la población residente en las zonas de niveles socioeconómicos más altos registra consecuentemente niveles más altos de consumo (ej. Zona Norte). Por el contrario, en los residentes en villas éste alcanza al 22%.

La consulta odontológica resulta significativamente menor que la consulta médica en el conjunto de la Ciudad (42% y 69% respectivamente). Entre los residentes en villas, la situación es de mayor vulnerabilidad ya que sólo la cuarta parte de la población entrevistada fue asistida por un odontólogo. Esto se relaciona con un menor nivel de prestación del sector público, que sólo cubrió el 11% de las consultas realizadas. La preeminencia del sector privado en el caso de la asistencia odontológica se mantiene al igual que en el 2002.

En relación a las enfermedades crónicas, una cuarta parte de la población declara padecerlas. Entre ellas, quienes se encuentran en el quintil de ingresos más bajo son los mayormente afectados. Las enfermedades respiratorias son las reconocidas

prevalentemente por los habitantes de las villas, y aquellas de otro tipo (neurológico, reumatológico, cardíaco, entre otros) son registradas en mayor medida por sectores de ingresos más altos. Es elevado (88%) el nivel de quienes consultan por dichas enfermedades y dicha proporción se mantiene en relación al consumo de medicamentos.

La consulta en el sector público se restringe a un 23% para estos casos.

Las conductas preventivas fueron evaluadas a través de la realización del test de HIV. Según las respuestas obtenidas un tercio de la población afirma haberlo realizado en una distribución relativamente homogénea ya que oscila entre el 27% de los residentes en el CGP 8 de la Zona Sur y el 36% de los habitantes del CGP 13 de la Zona Norte. Aquí las diferencias socioeconómicas, no resultan condicionantes de significación. El sexo resulta un factor de diferenciación al relacionarlo con la edad, y es en las mujeres entre los 21 y 40 años entre quienes se dan mayores niveles de realización (esto seguramente influido por la obligatoriedad del examen en los embarazos).

También en el caso de las mujeres se consultó acerca de sus conductas preventivas ginecológicas: el 55% efectuó controles en el año anterior al relevamiento. El nivel de instrucción de las mujeres influye tanto en la regularidad de los controles como en la realización de prácticas específicas como el Papanicolau. Entre aquellas mujeres sin instrucción, el 9% ha efectuado controles en el último año y el 30% nunca se ha realizado un PAP.

Los aspectos analizados en relación con la salud de los habitantes de la Ciudad, muestran heterogeneidades que tienen su expresión territorial al introducir como elemento de análisis el tipo de residencia, que se vincula con las condiciones socioeconómicas de la población y consecuentemente, con sus necesidades de demanda de atención y sus posibilidades de acceso a los diversos subsistemas de salud vigentes.

Del análisis comparativo con la Encuesta Anual de Hogares 2002 surge una estabilidad en relación al movimiento de internación y de consultas de la población, y no se perfilan diferencias en relación al acceso a los diversos tipos de cobertura.

La continuidad anual de este relevamiento permitirá ir avanzando, a partir del análisis de sus resultados, en el delineamiento de los perfiles de morbilidad y de las prácticas de cuidado y atención de la salud de la población residente en la Ciudad.

## 11 Bibliografía

---

Dirección General de Estadística y Censos. (G.C.B.A.), (2004)  
*Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires.*  
Aspectos referidos a la salud 2002.

\_\_\_\_\_, (2004)  
*Anuario Estadístico 2003*

OPS - OMS, (1991)  
*Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna.*  
Ginebra, Suiza.



## 12 Anexo metodológico

---

### Objetivos

La Encuesta Anual de Hogares (EAH) se propone, cada año, brindar conocimiento sobre la situación socioeconómica de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de los hogares conformados por dicha población. La EAH recoge datos sobre diversos temas, entre otros, demográficos básicos, 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 de la EAH:

1) Proveer datos e indicadores a nivel territorial desagregado, es decir, para las distintas unidades territoriales que comprende el 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.

2) El tamaño de la muestra permite profundizar en el conocimiento de las distintas temáticas, lo que posibilita la elaboración de un conjunto más amplio de indicadores sobre las tendencias demográficas, sociales y económicas de la población de la Ciudad. Además, la EAH es flexible, tanto para la profundización de los temas que investiga habitualmente como para la incorporación de nuevos módulos temáticos.

### Áreas temáticas

Los temas y algunas de las variables incluidas en la EAH 2003 son los siguientes:

- Características demográficas básicas de la población (composición y estructura, fecundidad, mortalidad, movilidad territorial).
- Hogares y familias (tamaño y composición de los hogares, identificación de las familias que comparten una misma vivienda, situación conyugal, convivencia de los menores con los padres).
- Vivienda y hábitat (tipo de vivienda, acceso a servicios básicos, régimen de tenencia).
- Salud (acceso a servicios de salud, consultas médicas realizadas, tipo de consulta, tipo de cobertura, enfermedades en el último año, lactancia).
- Educación (tipo de establecimiento al que concurren o concurren, rendimiento educativo, nivel de educación alcanzado).
- Trabajo y empleo (situación en el mercado de trabajo, características ocupacionales).
- Ingresos (montos, conceptos).

### Población bajo estudio

La población cubierta por la EAH es aquella que reside en hogares particulares en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluye en esta conceptualización a los hogares particulares residentes en viviendas particulares, residentes en villa de emergencia, inquilinatos, hoteles y pensiones. Queda excluida de la encuesta la población que reside en hogares colectivos, los pasajeros de hoteles y pensiones, y las personas sin techo.

### Procedimiento de muestreo

El esquema o procedimiento general de muestreo para la Encuesta Anual de Hogares 2003 se realizó siguiendo los lineamientos establecidos para la onda del 2002. En el año 2002, el tamaño global de la muestra para toda la Ciudad se estableció en

8.500 encuestas efectivas (hogares encuestados) luego de analizar la precisión general previsible, las posibilidades de aumentar la precisión de ciertas variables uniendo CGPs contiguos y semejantes, la magnitud del operativo, los recursos económicos disponibles, etc. Del total de encuestas efectivas se asignaron 8.150 para las viviendas particulares situadas en áreas “No Villas” y 350 para las viviendas en “Villas”. A su vez las encuestas en áreas “No Villas” se distribuyeron por igual entre los CGP, lo que dio un promedio de 509 viviendas.

- *Viviendas en áreas “No Villas”*. 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, el marco muestral se actualizó y adecuó en gabinete eliminando aquellas direcciones que, a todas luces, no podían ser viviendas. A partir de esta información se determinó la cantidad de viviendas a seleccionar por cada UP para cada CGP. Si bien el número de viviendas seleccionadas por UP no fue constante entre CGPs, en promedio se seleccionaron 6,05 viviendas por UP muestreada. Para la onda del 2003 la muestra estuvo compuesta por seis réplicas, 5 de las cuales son las mismas de onda 2002 y sólo una de ellas fue reemplazo.

- *Viviendas en áreas de “Villas”*. Las zonas de Villas fueron incorporadas al CGP de pertenencia como un estrato más, independiente del resto del CGP. Además se lo agrupó en un dominio de análisis conformado por todas las Villas de todos los CGP. El objetivo fue entonces, por un lado, que se integren a su CGP de pertenencia y, por otro, que con todas ellas se defina un dominio especial de estudio. 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, las mismas se agruparon conformándose así un solo estrato de muestreo. El esquema de muestreo en los estratos de “Villas” consistió en una selección en dos etapas, donde las UP fueron las unidades operativas con que trabajaron los guías de los censistas del CNP2001 (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 CNP2001. Posteriormente se diseñó un procedimiento de selección de viviendas que constituyeron las unidades de segunda y última etapa. En total se seleccionaron 37 UP y, entre ellos, 356 viviendas.

Para el marco muestral del 2003, con la información obtenida de la onda 2002 se realizaron nuevas salidas a campo a fin de verificar las viviendas que eran realmente habitables. Posteriormente, se actualizó el marco muestral, agrupando segmentos pequeños y dividiendo segmentos grandes.

### **Estimaciones y resultados**

La EAH 2003 se realizó entre octubre y diciembre de 2003. Se encuestaron 7.193 viviendas, 7.310 hogares y 20.477 personas.

Si bien la muestra de la EAH 2003 representa a toda la diversidad de viviendas, de hogares y de población de la ciudad, o de cada CGP separadamente, la misma presenta inconvenientes para estimar cuantías o cantidades para toda la ciudad (o CGP) como sería el total de viviendas, de hogares, de población, y similares. Las razones de estos inconvenientes están asociadas con el marco muestral, el cual arrastra omisiones de viviendas derivadas de las omisiones del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.