

EL ACCESO A LA SALUD EN ARGENTINA

III ENCUESTA DE UTILIZACIÓN Y GASTO EN SERVICIOS DE SALUD - 2010



FESP
FUNCIONES ESENCIALES Y PROGRAMAS
PRIORIZADOS DE SALUD PÚBLICA



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

PRESIDENTA DE LA NACIÓN
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

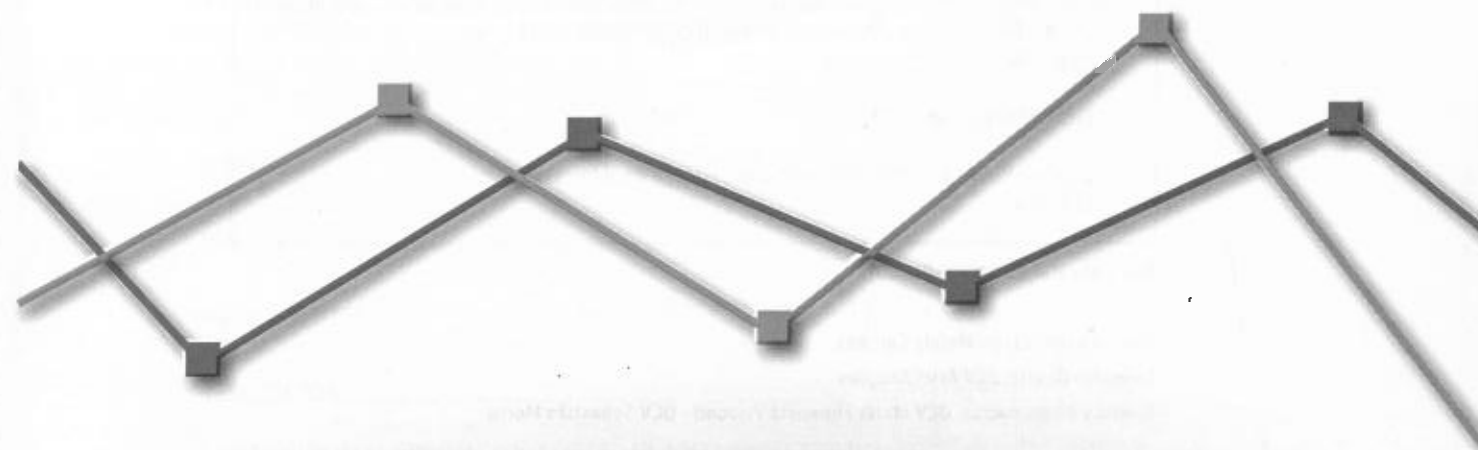
MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN
Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS
DIRECTOR NACIONAL DEL PROYECTO FESP
Dr. Máximo Diosque

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS
Dr. Gabriel Eduardo Yedlin

SECRETARIO DE DETERMINANTES DE LA SALUD
Y RELACIONES SANITARIAS
Dr. Eduardo Bustos Villar

SECRETARIO DE COORDINACIÓN
CPN Eduardo Garvich



EL ACCESO A LA SALUD EN ARGENTINA

III ENCUESTA DE UTILIZACIÓN Y GASTO EN SERVICIOS DE SALUD - 2010

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD

Lic. Élide Marconi

Lic. María de las Mercedes Fernández

Lic. Carlos Guevel

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Prof. Jorge Raúl Jorrat

PROYECTO FUNCIONES ESENCIALES Y PROGRAMAS PRIORIZADOS
DE SALUD PÚBLICA - FESP

Ministerio de Salud de la Nación

info@fesp.gov.ar - www.msal.gov.ar/fesp



Utilización y gasto en servicios de salud en Argentina 2010 / Jorge Raúl Jorrat ... [et.al.] -
1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
73 p. ; 24x20 cm.

ISBN 978-950-38-0122-2

1. Salud Pública. 2. Servicios de Salud. I. Jorge Raúl Jorrat
CDD 614

Fecha de catalogación: 26/10/2011

Edición y corrección: Malala Carones

Dirección de arte: DCV Ariel Aragües

Diseño y diagramación: DCV María Florencia Visconti - DCV Sebastián Morro

© Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925 (C1073ABA)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública (FESP)

Ministerio de Salud de la Nación

Av. de Mayo 844 6to piso - (011) 4331-5667

info@fesp.gov.ar - www.msal.gov.ar/fesp

Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 6 Of. 601, 605 y 606

Tel: (011) 4379-9024 - Tel/fax: (011) 4379-9122/4381-2015

direst@deis.gov.ar - www.deis.gov.ar

Serie 10 N° 22

ISSN 1850-3446

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires

Pte J. E. Uriburu 950, 6° (1114)

Tel: (54) (11) 4508-3715 - Tel/fax: (54) (11) 4508-3822

iigg@mail.fsoc.uba.ar

IMPRESO EN ARGENTINA - AÑO 2012

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Imprenta Hugo Ernesto Navarro.

Perú 2905, San Justo. Telfax: 3528-7552

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este material, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito solicitado a info@fesp.gov.ar.

ÍNDICE

PRÓLOGO	07
PRESENTACIÓN	09
ANTECEDENTES	11
RESULTADOS	13
1. Utilización de servicios de salud según variables sociodemográficas	13
1.1. Afiliación voluntaria	15
1.2. Consulta médica	17
1.3. Análisis, estudios, tratamientos	17
1.4. Consulta con el dentista	18
1.5. Consulta con el psiquiatra, psicólogo o psicoanalista	18
1.6. Consultas con otros profesionales: fonoaudiólogos, kinesiólogos y similares	18
1.7. Uso de medicamentos	19
1.8. Compra de medicamentos	21
1.9. Internaciones	21
1.10. Otros gastos en salud	21
1.11. Otras prácticas de salud	22
1.12. Variaciones entre 2005 y 2010	22
2. Algunos aspectos de la consulta médica	23
2.1. Promedios de consulta según segmentos sociodemográficos	23

2.2. Motivo de las consultas al médico	25
2.3. Lugar de la consulta médica	25
2.4. Perfil sociodemográfico según lugar de consulta médica	26
3. Aspectos básicos del gasto en salud	30
4. Comparaciones del gasto en salud 2005-2010	32
5. Gasto en salud según variables sociodemográficas	33
6. Estado de salud	37
7. Algunas observaciones finales	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	
1. Definiciones y conceptos utilizados	45
2. Datos y medición	49
3. Tabla de errores de muestreo	51
4. Regresión logística para el análisis de diferenciales sociales en salud	55
5. Formulario de encuesta	59

PRÓLOGO

La salud como derecho obliga a los gobiernos a formular políticas públicas para garantizarlo, recordando que en cada decisión el patrimonio real y los destinatarios finales son los individuos, las familias, las comunidades, la población.

Entre los desafíos actuales de la salud pública, y de los Ministerios de Salud, se considera de manera integral el abordaje de los problemas vinculados al proceso de salud - enfermedad - atención, buscando soluciones concretas y eficaces para paliar la inequidad, la exclusión, la inaccesibilidad y la ineficiencia que hoy muestran algunos sistemas y servicios de salud.

La armonía entre el modelo de atención, el modelo de financiamiento y el modelo de gestión es posible si se dispone de información confiable que aporte a los decisores las bases fundamentales de la planificación, orientando las actividades hacia las necesidades reales de los ciudadanos, en diferentes contextos, considerando las realidades sociales diversas.

El principio solidario que debe caracterizar a nuestro sistema de salud, nos compromete colectivamente para contribuir a una salud universal y establecer mecanismos que permitan la protección social de los más vulnerables y desprotegidos para lograr la equidad y sustentabilidad del sistema.

Para alcanzar un adecuado funcionamiento del sistema de salud, es indispensable generar mecanismos de monitoreo y control social, que hagan de los instrumentos de gestión, herramientas técnicas útiles, que contribuyan a un mejoramiento de la asignación y uso del recurso en salud. La existencia de mecanismos de evaluación del sistema de salud es responsabilidad del Estado y el ejercicio de esta función debe ser compartido por el Estado y los ciudadanos.

En las últimas décadas este Ministerio de Salud de la Nación ha realizado muchas investigaciones sobre diferentes temáticas con el fin de generar una masa crítica de datos e información sustantiva que sirva de insumo prioritario al momento de la planificación.

En tal sentido, *El acceso a la salud en Argentina, III Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud* es un recurso indispensable de inteligencia sanitaria para la implementación de políticas orientadas a lograr mayor eficiencia y equidad. Este instrumento permitirá contar con una base de datos homogénea y comparable para analizar tendencias a lo largo del tiempo, fortalecer la gobernanza y consolidar la inteligencia sanitaria, presentando a la misma como un atributo que facilita el accionar de quienes tienen la responsabilidad de gestionar políticas públicas en salud, tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población y reducir la inequidad.

En el año 2003, a través de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Ciencias Sociales - Instituto Gino Germani - Centro de Estudios de Opinión Pública), se realiza la I Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud como el primer estudio de este tipo con alcance nacional. Como corolario se consideró la necesidad de una evaluación periódica, realizando entonces un segundo estudio de igual alcance en 2005.


En 2010 se desarrolla la Tercera Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, cuyos resultados se presentan en esta publicación, ofreciendo una nueva mirada sobre la utilización y el gasto en servicios de salud para el país, actualizando los estudios, y resaltando que los resultados obtenidos en los años 2003, 2005 y 2010 componen un relevamiento estadístico, dentro de la metodología establecida (encuestas poblacionales), que posibilita analizar en una misma unidad –conceptual y operativamente- la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud de la población total del país, representando una mirada nacional.

Si se comparan las encuestas 2003, 2005 y 2010, se observa que el acceso a la salud de la población ha mejorado a partir del,

- ▷ aumento de la cobertura de salud, ocasionado por el aumento del empleo y por ende, el aumento de cobertura a través de la seguridad social;
- ▷ disminución de la incidencia del gasto en medicamentos sobre el total del gasto directo de bolsillo de la población.

La realización efectiva de la encuesta y la socialización de los resultados en el contenido de la publicación, es la expresión de una fuerte convicción por parte del ejecutivo nacional en su función rectora desde el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública, de promoverla y financiarla y así garantizar la continuidad y la periodicidad, cuyos resultados contribuyen a orientar las decisiones tendientes a lograr los valores que atraviesan a esta política, la inclusión, la justicia social, y la equidad en salud.

El conocimiento proveniente de las investigaciones científicas, como el obtenido en este estudio, debidamente procesado y compartido con la sociedad de manera pública, contribuye a orientar las decisiones, con un mayor grado de acierto en relación a la realidad social. Con el propósito de lograr equidad en salud es que seguimos desarrollando estrategias inclusivas para continuar trabajando por una Argentina más justa, más solidaria, más igualitaria, para todos.



Dr. Juan L. Manzur
Ministro de Salud de la Nación

PRESENTACIÓN

Este libro presenta los resultados de la *III Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud - 2010*, realizada a partir de un convenio entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de Universidad de Buenos Aires. En esta oportunidad, el financiamiento del estudio fue gestionado por el Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados en Salud Pública (FESP).

Dentro de la estrategia de cooperación entre el Sistema Estadístico de Salud y otros organismos oficiales, el relevamiento de contenidos de utilización y gasto en salud por encuestas a población tiene una larga trayectoria y es importante señalar que ésta es la tercera encuesta con alcance nacional.

También es necesario enfatizar que la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud es el único relevamiento estadístico, dentro de la metodología de encuestas a población, que posibilita analizar en una misma unidad –conceptual y operativa- la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud de la población.

Los objetivos pueden resumirse en los siguientes puntos:

- ▷ Permitir una exploración de las bases sociales de la utilización y el gasto en servicios de salud a partir de una amplia información sociodemográfica de cada encuestado.
- ▷ Explorar la asociación entre estado de salud (percepción subjetiva), utilización y gasto en salud y variables sociodemográficas, a partir de diferentes aproximaciones.
- ▷ Explorar en qué medida el comportamiento sobre utilización y gasto en servicios de salud ha variado en los últimos años.

El eje teórico del estudio se basa en el supuesto de que existen desigualdades con relación a la cobertura, la utilización y el gasto en salud según distintas variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, nivel de ingreso y tamaño de la población.

Por un lado, los factores socioeconómicos interrelacionados entre sí inciden en la utilización de los servicios estableciendo diferencias entre los distintos grupos o sectores sociales.

Por otra parte, la condición de afiliación y el gasto de bolsillo en salud impactan en el presupuesto familiar de manera distinta según los grupos sociales. Los antecedentes existentes muestran que el gasto en salud es relevante dentro del gasto total directo de los hogares y, dentro de éste, el gasto en medicamentos y en afiliación da cuenta de una parte muy importante del gasto en salud.

ANTECEDENTES

La Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) utiliza distintas fuentes de datos para cumplir los objetivos de producción y elaboración de información sobre el sector salud:

- ▷ la información estadística originada en los registros permanentes del Sistema Estadístico de Salud (SES) (hechos vitales y servicios de salud); y
- ▷ las encuestas a población en hogares que se han incorporado al SES y/o al sector a partir de 1969.

En 1969 se realizó la “Encuesta de Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica de la República Argentina”. Este estudio constó de una encuesta domiciliaria sobre salud, un estudio de evaluación clínica y una encuesta de seguimiento retrospectivo. La recolección de los datos se realizó durante los años 1969, 1970 y 1971.

En 1980 se realizó la “Encuesta de Utilización de Servicios y Gastos en Atención Médica”. Este relevamiento –incluido como un módulo especial de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH/INDEC)– captó información sobre afiliación, demanda, utilización y gasto en salud.

En 1989 –también utilizando la infraestructura de la Encuesta Permanente de Hogares– se incluyó un módulo sobre “Utilización y Gasto en Servicios de Salud”.

Los contenidos incluidos fueron: afiliación, percepción de enfermedad, utilización y gasto en servicios de salud, y contenidos sociales y demográficos específicos de la EPH. En 1993 se aplicó el mismo módulo al aglomerado Gran Rosario.

En 1995, como parte de un convenio entre el Centro de Estudios de Opinión Pública (CEDOP-UBA) del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y la Dirección de Estadísticas de Salud, se incorporó un módulo de “Utilización y Gasto en Servicios de Salud” dentro de la Encuesta de Estratificación Social. Los contenidos de este módulo son comparables a los incluidos en los relevamientos de 1989, 1992 y 1993 antes mencionados. El módulo se aplicó en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

En 2001, el CEDOP-UBA convino con la DEIS la realización de un proyecto que vinculase aspectos de estratificación social con temas relacionados con la utilización y el gasto en servicios de salud.

A diferencia de los relevamientos anteriores, por razones presupuestarias la encuesta de 2001 se circunscribió a adultos (personas de 18 años y más).

En 2003, el CEDOP-UBA y la DEIS realizaron la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y Medicamentos 2003, que se constituyó en el primer estudio nacional sobre utilización y gasto en servicios de salud por parte de la población.

En 2005, se incorporó el módulo “Utilización y Gasto en Salud” al relevamiento realizado por el Centro de Estudios de Opinión Pública (CEDOP-UBA) y el Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación. Las posibilidades de realización de esta encuesta se vieron favorecidas por el otorgamiento de tres becas por parte de la Comisión Nacional de Programas de Investigación –CONAPRIS– del Ministerio de Salud de la Nación.

RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentan corresponden al relevamiento por encuesta domiciliaria a una muestra nacional de base probabilística de 3128 personas de todas las edades. El trabajo de campo se realizó entre agosto y octubre de 2010.

Notas técnicas y definiciones utilizadas, así como aspectos de la muestra y las localidades que la integran se describen en los anexos al final del libro, como así también allí se incorpora el cuestionario sobre utilización y gasto en salud utilizado para el presente estudio.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1

Se presentan a continuación las pautas de utilización de servicios de salud según segmentos sociodemográficos. Para ello, se toman en cuenta todas las distinciones según los distintos cortes de tales variables.

Hay que señalar que las personas de 18 años y más respondían sobre su propio estado de salud, y que en el caso de los aspectos de salud de los menores de 18 era un adulto responsable quien brindaba la información solicitada en la encuesta.

Tabla 1. Utilización de servicios de salud por segmentos sociodemográficos (en porcentajes), Argentina, 2010

Segmentos socio-demográficos	Afiliación	Consultas a				Usó medicamentos	Compró medicamentos	Análisis o tratamientos	Internación	Población expandida
		Médico	Dentista	Psicoterapeuta	Otros profesionales					
SEXO										
Varones	66,0	35,1	12,6	3,0	2,6	64,0	55,4	16,6	6,6	18.268.780
Mujeres	67,2	49,2	18,7	4,9	3,4	74,6	64,8	24,0	10,8	17.991.350
GRUPO ETARIO										
0 a 14 años	61,0	50,1	13,9	2,7	2,5	50,7	35,0	9,2	5,0	8.163.081
15 a 29 años	52,0	31,3	18,2	2,6	1,9	67,8	55,0	16,1	8,3	7.254.289
30 a 44 años	62,7	34,3	16,8	5,9	2,1	69,5	67,1	20,6	9,8	7.352.525
45 a 59 años	68,1	40,5	15,9	5,5	2,1	75,4	70,9	23,8	8,6	6.751.617
60 años y más	91,7	53,9	13,2	3,1	6,4	86,9	77,2	34,4	12,5	6.738.618

Segmentos socio-demográficos	Afiliación	Consultas a				Usó medicamentos	Compró medicamentos	Análisis o tratamientos	Interacción	Población expandida
		Médico	Dentista	Psicoterapeuta	Otros profesionales					
NIVEL DE EDUCACIÓN										
Primaria incompleta	60,5	41,8	12,3	2,9	3,2	67,6	57,5	19,8	8,5	12.140.812
Estudios secundarios	62,2	41,1	15,5	2,4	2,4	68,7	58,5	20,3	8,7	15.655.718
Estudios superiores	83,4	44,2	20,6	8,2	3,7	72,6	66,7	21,0	9,1	8.463.600
NIVEL DE INGRESO FAMILIAR										
1	43,4	44,5	12,7	3,6	2,8	72,5	56,6	22,0	8,5	5.336.920
2	60,7	40,5	14,6	2,8	3,3	68,2	59,9	22,1	9,0	6.113.194
3	61,8	39,6	15,1	3,5	1,6	68,6	61,4	17,6	10,1	6.426.346
4	78,9	40,2	12,5	3,5	2,5	67,0	57,1	16,5	9,1	5.704.737
5	83,3	42,4	22,5	6,0	3,2	69,4	63,2	22,5	7,7	4.993.865
especificar	71,3	44,6	16,7	4,4	4,1	70,0	61,7	21,3	7,8	7.685.068
TIPO DE SERVICIO SOCIAL										
de servicios sociales (profesionales, etc.)	92,7	45,8	20,6	7,5	4,4	71,9	65,3	22,9	10,8	4.810.630
manuales rutinarios (empleados)	76,5	45,5	15,9	4,9	3,3	70,9	64,6	23,4	10,0	7.508.555
pequeña burguesía (pequeño comerciante, cuenta propia)	62,2	40,6	15,6	3,9	1,8	70,8	66,4	21,0	3,0	2.799.525
profesionales calificados (empleado)	61,7	38,1	13,2	2,8	3,2	69,2	60,6	19,0	7,6	8.951.906
profesionales no calificados	52,3	43,4	14,4	2,6	2,1	64,4	51,5	20,1	9,6	8.914.116
especificar	61,4	37,1	17,3	3,4	2,8	73,9	58,4	12,6	8,2	3.275.398
NIVEL SOCIAL SUBJETIVO										
baja y obrera	52,8	41,9	13,7	2,2	1,7	69,2	55,6	18,3	7,6	11.666.672
media-baja	69,1	41,6	14,5	4,7	2,8	69,1	60,6	19,4	8,5	6.770.638
media, media-alta	75,0	42,3	17,4	5,0	4,0	69,1	62,9	22,0	9,6	17.206.672
especificar	64,3	40,9	13,3	---	---	75,6	58,5	19,0	8,0	616.147
TIPO DE LA LOCALIDAD										
ciudades grandes	66,4	43,2	16,4	5,2	3,2	70,8	61,5	21,9	7,5	17.843.125
ciudades medias	72,9	39,8	13,5	3,6	3,2	70,0	59,5	22,0	9,4	7.492.930
pequeñas ciudades	64,7	44,3	17,6	2,3	3,1	65,7	59,6	18,7	11,7	6.637.179
zonas rurales	59,0	37,3	12,9	1,8	1,0	67,1	55,8	13,0	7,8	4.286.895

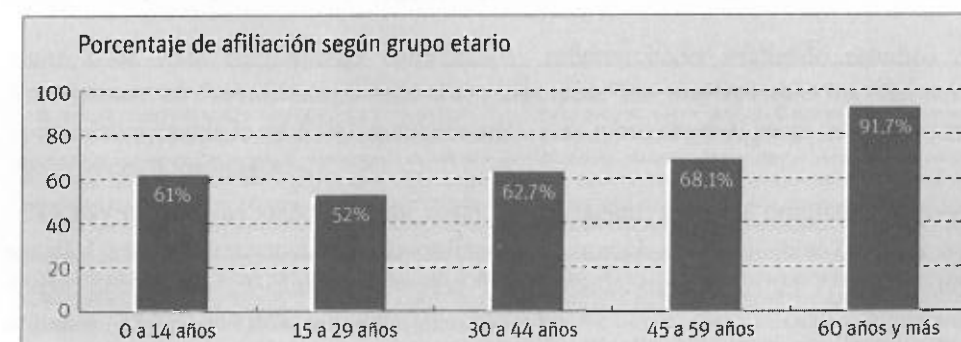
Segmentos socio-demográficos	Afiliación	Consultas a				Usó medicamentos	Compró medicamentos	Análisis o tratamientos	Interacción	Población expandida
		Médico	Dentista	Psicoterapeuta	Otros profesionales					
REGIONES										
AMBA	66,3	42,9	15,9	5,1	3,6	70,8	61,3	22,3	7,3	12 046 799
Pampeana	69,6	43,9	16,0	4,3	3,1	69,8	60,9	20,5	9,1	12 081 485
Cuyo	52,0	40,4	15,4	2,1	1,9	72,0	63,7	18,3	8,0	2 567 607
NOA	64,7	40,1	13,6	4,1	2,6	71,0	59,7	18,2	11,2	4 458 470
NEA	63,8	37,7	14,9	0,5	---	66,3	58,4	17,1	9,2	3 367 518
Patagonia	78,8	39,2	17,3	2,1	5,6	52,1	44,1	19,5	9,5*	1 738 251
AFILIACIÓN										
Si	---	45,7	16,9	4,5	3,7	71,7	63,5	23,7	9,7	24 136 469
No	---	34,7	13,0	2,7	1,4	64,5	53,2	13,4	6,7	12 123 661
TOTAL	66,6	42,1	15,6	3,9	3,0	69,3	60,1	20,3	8,7	36 260 130

Notas: 1) Los valores de la muestra fueron expandidos a la población. 2) Los porcentajes se calculan horizontalmente, pero no se supone que la suma horizontal sea el 100%.

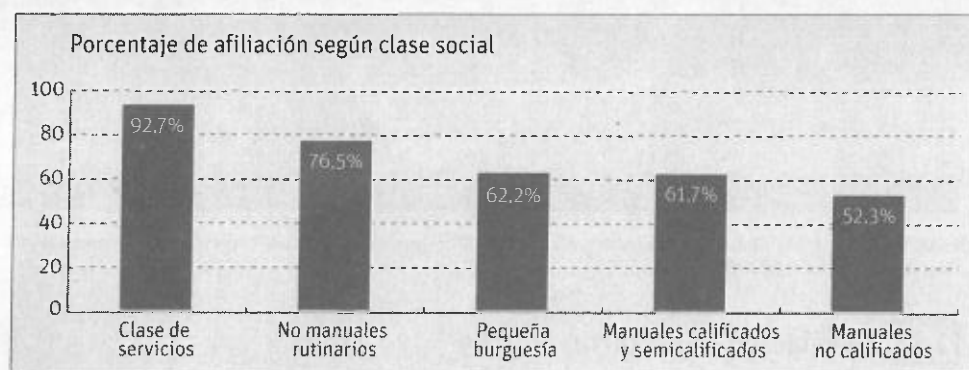
1.1 Afiliación voluntaria

Dos tercios de los encuestados (66,6%) están afiliados a algún sistema de protección de la salud. De cada 10 personas de la población, casi 6 están afiliados a una obra social, menos de 1 a empresas de medicina prepaga (de forma directa o vía obra social) y 3 no están afiliados a ningún sistema. Entre los afiliados, 9 de cada 10 corresponden a una obra social.

El porcentaje general de afiliación baja al pasar del grupo de hasta 14 años al de 15 a 29, probablemente a causa de la desaparición de la protección automática cuando los jóvenes alcanzan la mayoría de edad. De allí en adelante la afiliación crece, para llegar a un notorio 92% entre las personas de 60 años y más (efecto de la cobertura del PAMI).



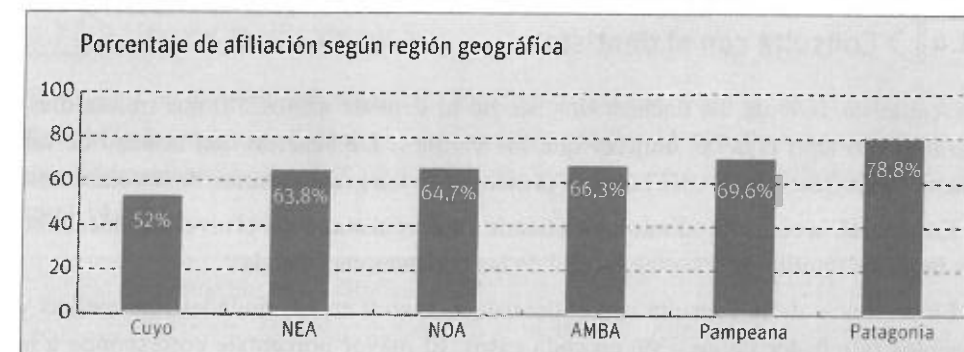
La afiliación es mayor entre quienes tienen estudios superiores mientras que, al considerar los quintiles de ingreso familiar, el sector de más altos ingresos casi duplica en afiliación al de más bajos ingresos. (Debe tomarse en cuenta que un 21% no informa sobre ingresos familiares). Por clase social,¹ los gerentes y profesionales muestran sensiblemente mayor afiliación que los trabajadores manuales no calificados (93% contra 52%), es decir, los primeros superan en un 79% a los últimos. En este mismo sentido, la afiliación crece al pasar de la autopercepción de clase más baja (52,8%) a la más alta (75%).²



Por tamaño de localidades, las ciudades intermedias muestran el mayor porcentaje de afiliación (73%) y los pueblos, el menor (59%). Al considerar regiones, es mayor el porcentaje de afiliación se presenta en la Patagonia (79%), mientras el menor valor se observa en Cuyo (52%).

1. Esta variable, muy gruesamente, sigue una clasificación usada internacionalmente propuesta por Erikson y Goldthorpe (1992), de la que aquí consideraremos la siguiente versión de cinco categorías: 1) *Clase de servicios*. Comprende a los profesionales de nivel alto y bajo, administradores y gerentes. 2) *Empleados no manuales rutinarios*. Comprenden posiciones con relaciones de empleo diversas, en administración, comercio, personal de ventas, etc. 3) *Pequeña burguesía*. Abarca a los pequeños propietarios y artesanos con empleados y a aquellos sin empleados. 4) *Trabajadores manuales calificados*. Tienen claramente un contrato de trabajo. Incluyen supervisores de trabajadores manuales y técnicos de nivel bajo, además de los obreros manuales calificados. Se incluyen aquí los trabajadores semicalificados. 5) *Trabajadores manuales no calificados*. Incluyen obreros manuales no calificados, en la producción general y rural.

2. En el cuestionario se interrogaba a las personas si creían pertenecer a una determinada clase social. En caso afirmativo, se ofrecía la siguiente batería de respuestas posibles: 1) clase baja, 2) clase obrera, 3) clase media-baja, 4) clase media, 5) clase media-alta, 6) clase alta. En caso de respuesta negativa en cuanto a la pertenencia a clase, se insistía: "Mucha gente dice que pertenece a una determinada clase social. Si usted tuviera que elegir, ¿diría que pertenece a...?"; luego se repetía la misma batería de alternativas de respuestas. El resultado final es la integración de la autoidentificación espontánea y la presionada.



1.2 Consulta médica

Unos 4 de cada 10 encuestados consultaron al médico en los últimos treinta días. Lo hicieron más las mujeres (casi 5 de cada 10). Por grupo etario, la mitad de los menores de 14 años concurre al médico, porcentaje que desciende drásticamente (al 31%) entre los jóvenes de 15 a 29 años; a partir de allí los porcentajes de consulta aumentan con la edad y alcanzan su pico entre las personas de 60 años y más (54%).

La consulta médica está poco diferenciada por nivel educacional, de ingresos familiares o clase social. Sería la utilización "más equilibrada", comparada con otros rubros.

Tampoco se observan diferencias atendibles por tamaño de localidad, aunque parece algo menor en los pueblos y, según regiones geográficas, en el NEA y la Patagonia.

Sí surgen diferencias al tomar en cuenta la afiliación de las personas a algún sistema de protección de la salud. El 34,7% de las personas no afiliadas consultaron al médico en los últimos treinta días. Entre los afiliados, ese porcentaje fue de 45,7, un 32% más respecto de los consultantes que no cuentan con ese beneficio.

1.3 Análisis, estudios, tratamientos

Unas 2 de cada 10 personas entrevistadas refieren haber realizado estudios o tratamientos en los últimos treinta días, algo más las mujeres que los varones. Tomando en cuenta la edad de los encuestados, este rubro crece al pasar de los grupos más jóvenes a los mayores.

No hay diferencias atendibles por nivel de educación, ingresos familiares o clase social. La menor frecuencia de esta utilización se aprecia en los pueblos (13%) y no surgen diferencias relevantes por región. Los afiliados superan en un 77% a los no afiliados (23,7% y 13,4%, respectivamente).

1.4 Consulta con el dentista

Cerca de un 16% de los encuestados acudió al dentista en los últimos treinta días. Lo hicieron algo más las mujeres que los varones. De acuerdo con la edad de los encuestados, los valores más bajos se presentan en los grupos etarios de los extremos.

En general, la consulta odontológica tiende a crecer al aumentar el nivel de educación, de ingresos familiares y la clase social de las personas encuestadas.

La presencia de la consulta con el dentista es menor en las ciudades intermedias y pueblos (alrededor de un 13% en cada caso). El mayor porcentaje corresponde a la Patagonia y el menor, al NEA. Los afiliados consultaron algo más que los no afiliados (17% y 13%, respectivamente). Al parecer, la condición de afiliación tiene limitada incidencia en la consulta odontológica.

1.5 Consulta con el psiquiatra, psicólogo o psicoanalista

En los últimos treinta días, un 4% de las personas encuestadas dice haber hecho este tipo de consulta. Algo más las mujeres que los varones, mientras que exhiben mayores valores las personas de 30 a 59 años.

La consulta psicoterapéutica es particularmente más alta entre quienes tienen estudios superiores y en los niveles más altos de ingreso familiar, al igual que para los sectores de clase más altos.

Los porcentajes de consultantes disminuyen al decrecer el tamaño de las localidades. El porcentaje es mayor en el AMBA y casi inexistente en el NEA. Es mayor este tipo de consulta entre las personas afiliadas.

1.6 Consultas con otros profesionales: fonoaudiólogos, kinesiólogos y similares

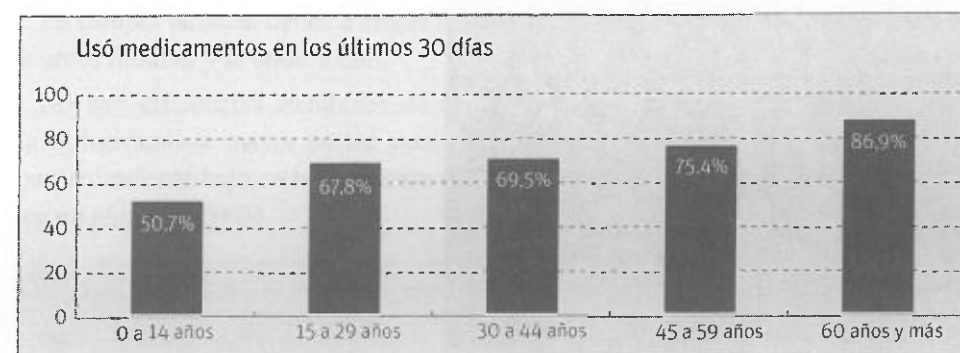
De las personas encuestadas, un 3% refiere haber hecho este tipo de consultas, ligeramente más las mujeres que los varones. La mayor relevancia aparece en el grupo de 60 años y más.

No hay pautas claras respecto del nivel educativo, de ingreso familiar o clase social, aunque se observa una ligera preeminencia de los niveles más altos. La diferencia es más marcada en la autoidentificación con las clases medio-altas.

Este tipo de consultas es más bajo en los pueblos. Es más importante en la Patagonia e inexistente en el NEA. Su presencia es más marcada entre los afiliados.

1.7 Uso de medicamentos

Cerca de 7 de cada 10 personas (69,3%) usaron medicamentos en los últimos treinta días. Más las mujeres (75%) que los varones (64%). El uso de medicación crece sistemáticamente con la edad. Los de 60 años y más superan en un 70% a los niños de hasta 14 años.



El uso de medicamentos en líneas generales no parece afectado por el nivel educativo, de ingreso familiar o de clase social. Es ligeramente más bajo en pequeñas ciudades y en pueblos. Los valores más bajos (52%) se observan en la región patagónica, seguida por el NEA (66%).

Los afiliados (72%) superan en su uso a los no afiliados (64,5%). Obsérvese que, de todas formas, el uso de medicamentos es importante también entre los no afiliados.

Dejando de lado la distinción por segmentos sociodemográficos, se puede observar en el cuadro a continuación el tipo de medicamento usado en el mes de referencia, independientemente de que se haya comprado en ese mes o no. Se trata de una primera aproximación, ya que los medicamentos agrupados como "otros" dan cuenta de un 15% de las instancias de uso, que muchas veces incluyen medicamentos que pueden redistribuirse en las categorías fijas. Se utiliza la expresión "instancias de uso" porque una persona encuestada puede haber consumido más de un tipo de medicamento. Debe señalarse que estos valores no fueron expandidos al total poblacional ya que se refieren al total de instancias de uso relevadas en el estudio (3884 entre las 3128 personas encuestadas).

Tabla 2. Tipos de medicamentos utilizados (en porcentajes), Argentina, 2010

Tipo de medicamento	Porcentaje
Vitaminas o tónicos	2,5
Antibióticos	7,9
Digestivos, laxantes, para diarrea o cólicos	5,7
Para los nervios	2,6
Para fiebre o gripe	9,6
Para la tos	2,3
Para el dolor (cabeza, menstrual, etc.)	14,4
Para el dolor muscular y/o articular	10,0
Para el reuma	0,9
Para la presión	10,6
Para el corazón	3,5
Para la alergia	2,5
Para el asma	1,1
Para el colesterol	2,7
Para la diabetes	3,1
Homeopáticos	0,3
Para adelgazar	0,1
Para los ojos	1,3
Para los oídos	0,3
Para la piel / cabello	0,3
Para los parásitos / piojos / sarna	0,3
Anticonceptivos	2,9
Otros	15,0
TOTAL	100,0%
N (Instancias de uso, sin expandir a población)	3.884

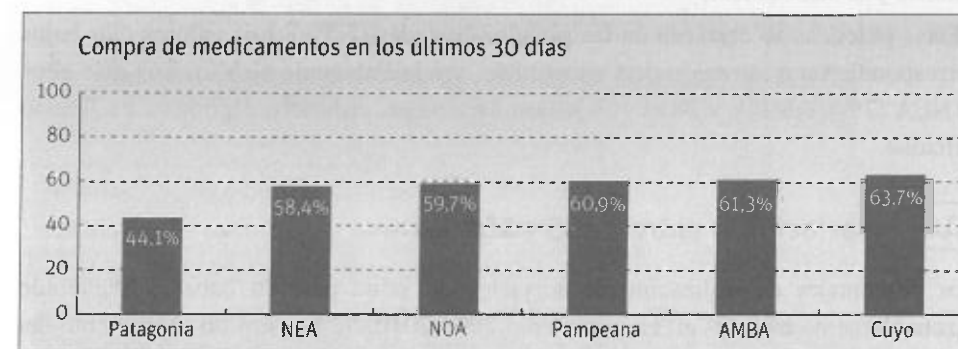
Una cuarta parte (25,3%) de las instancias de uso se refiere a medicamentos para el dolor de cabeza u ósteo-artro-muscular. Un 14,1% da cuenta de consumos de medicamentos para la presión o el corazón. La fiebre, gripe o tos comprenden un 11,9% de las instancias. Los antibióticos dan cuenta de un 7,9%. El asma y la alergia un 3,6%, la diabetes un 3,1%. El colesterol, por su parte, un 2,7%. Los medicamentos para los nervios un 2,6%.

1.8 Compra de medicamentos

Un 60% de las personas encuestadas compró medicamentos en los últimos treinta días. Los porcentajes son más altos entre las mujeres (65%) que entre los varones (55%). A su vez, la compra aumenta con la edad: el grupo mayor de 60 años (77%) más que duplica la compra destinada a los niños de hasta 14 (35%).

La compra también tiende a crecer ligeramente al aumentar el nivel educacional, de ingreso familiar y la clase social.

No hay diferencias atendibles de acuerdo al tamaño de las localidades, aunque la es ligeramente mayor en las grandes ciudades. El porcentaje de compradores es particularmente bajo en la Patagonia (44%). Los afiliados compran más (63,5%) que los no afiliados (53%).



1.9 Internaciones

Menos de una de cada diez personas encuestadas estuvo internada en los últimos 12 meses (8,7%). Más las mujeres (11%) que los varones (7%). En general, los porcentajes tienden a crecer con la edad.

No hay pautas claras por nivel educacional, de ingreso familiar o de clase social.

La internación tiende a prevalecer en las ciudades pequeñas, seguidas por las ciudades intermedias. Por regiones, el valor más bajo corresponde a Cuyo (8%). La internación es algo mayor entre los afiliados (10%) que entre los no afiliados (7%).

1.10 Otros gastos en salud

En los últimos treinta días un 8% de los encuestados realizaron otros gastos en salud (gasas, lentes, etc.). Estos gastos prácticamente no se diferencian por variables

sociodemográficas. Fueron particularmente bajos en los pueblos y en la región patagónica, y más altos entre los afiliados.

1.11 ► Otras prácticas de salud

Este punto fue indagado por primera vez en la encuesta de 2010. El agrupamiento incluye acupuntura, Reiki, uso de hierbas medicinales, reflexología, quiropraxia, consulta con un curandero, etcétera. El período indagado, en este caso, incluyó los últimos doce meses. Un 4,5% de la muestra respondió positivamente, algo más las mujeres que los varones, creciendo con la edad (estos resultados no se presentan en el cuadro general).

Los porcentajes tienden a aumentar junto con el nivel educacional, de ingreso familiar y la clase social.

Estas prácticas se destacan en las grandes ciudades (5,5%). Los valores más bajos correspondieron a la región de Cuyo (0,8%) y a la Patagonia (1,5%). Los más altos al NEA (7%), AMBA y NOA (6%). Lo afiliados las utilizaron algo más que los no afiliados.

1.12 ► Variaciones entre 2005 y 2010

Los porcentajes de utilización de servicios de salud parecen haberse mantenido razonablemente estables en el quinquenio 2005-2010. Se registró un crecimiento del 38% entre quienes realizaron estudios, tratamientos o internaciones. Más alejadas, le siguen la afiliación voluntaria (6% de crecimiento) y la consulta médica (3%). Los valores se mantienen estables o tienden a crecer.

Tabla 3. Porcentajes de variación de la utilización 2005-2010, Argentina

Servicios de salud	2005 %	2010 %	Variación %
Afiliación voluntaria	62,7	66,6	6,2
Consultaron al médico	40,6	42,1	3,7
Consultaron al dentista	15,3	15,6	2,0
Consultaron a otros profesionales	6,8	6,9	1,5
Usaron medicamentos	69,2	69,3	0,1
Hicieron análisis, tratamientos / Internaciones	22,1	30,5	38,0

ALGUNOS ASPECTOS DE LA CONSULTA MÉDICA

2

2.1 ► Promedios de consulta según segmentos sociodemográficos

Las referencias que siguen descansan en los datos recabados acerca de la primera consulta al médico de las personas encuestadas. El promedio de esta clase de consulta en la población fue de 0,72 en los últimos treinta días. Entre los consultantes, el promedio fue de 1,71 consultas. Llevando estos datos al total poblacional, se estima que unas 15 millones de personas consultaron al médico, lo que arroja un total de 26 millones de consultas. Si bien el cuadro que sigue ofrece los promedios por consultante y por personas en la población—independientemente de que hayan consultado o no—, **sólo se leerán los valores correspondientes a los consultantes** (primera columna del cuadro).

Tabla 4. Promedios de consulta médica según segmentos sociodemográficos, Argentina, 2010

Segmentos sociodemográficos	Promedio de consultas médicas por consultante	Promedio de consultas médicas en población
SEXO		
Varones	1,66	0,58
Mujeres	1,74	0,85
GRUPO ETARIO		
0 a 14 años	1,49	0,75
15 a 29 años	1,52	0,48
30 a 44 años	1,92	0,66
45 a 59 años	1,64	0,66
60 años y más	1,96	1,05
NIVEL DE EDUCACIÓN		
Hasta primario completo	1,67	0,70
Estudios secundarios	1,75	0,72
Estudios superiores	1,69	0,74
QUINTIL DE INGRESO FAMILIAR		
Quintil 1	1,67	0,74
Quintil 2	1,80	0,73
Quintil 3	1,66	0,66
Quintil 4	1,78	0,72
Quintil 5	1,65	0,70
Sin especificar	1,68	0,75

Segmentos sociodemográficos	Promedio de consultas médicas por consultante	Promedio de consultas médicas en población
CLASE SOCIAL		
Clase de servicios (gerentes, profesionales, etc.)	1,70	0,78
No manuales rutinarios (empleados)	1,76	0,80
Pequeña burguesía (pequeño comerciante, cuenta propia)	1,76	0,72
Manuales calificados y semicalificados	1,65	0,63
Manuales no calificados	1,68	0,73
Sin especificar	1,73	0,64
CLASE SOCIAL SUBJETIVA		
Clase baja y obrera	1,65	0,69
Clase media-baja	1,79	0,74
Clase media, media-alta y alta	1,72	0,73
Sin especificar	1,47	0,60
TAMAÑO DE LA LOCALIDAD		
Ciudades grandes	1,81	0,78
Ciudades intermedias	1,66	0,66
Pequeñas ciudades	1,56	0,69
Pueblos, rurales	1,55	0,58
REGIONES		
AMBA	1,84	0,79
Pampeana	1,71	0,75
Cuyo	1,45	0,59
NOA	1,69	0,68
NEA	1,41	0,53
Patagonia	1,68	0,66
AFILIACIÓN A CUALQUIER SISTEMA		
Sí	1,77	0,81
No	1,55	0,54
TOTAL	1,71	0,72
CANTIDAD DE CONSULTAS	25.984.245	

Estos promedios son mayores para las mujeres: 1,74 por mujer consultante, mientras que el de los varones es de 1,66. El promedio aumenta con la edad hasta alrededor de los 44 años, baja en el grupo de 45 a 59 y vuelve a crecer fuertemente a partir de los 60 (1,96).

El promedio de consultas al médico parece poco afectado por los niveles de educación, de ingreso familiar o de clase social. Sí tiende a bajar al disminuir el tamaño de la localidad. Asimismo, los promedios son más bajos en el NEA y la región de Cuyo (1,41 y 1,45, respectivamente).

Por último, el promedio de consultas entre los afiliados es 1,77, mientras que entre los no afiliados es de 1,55.

2.2 Motivo de las consultas al médico

Se consideran aquí las razones dadas por los encuestados para la primera consulta al médico en el período de los últimos treinta días.

Tabla 5. Motivos de las consultas de los últimos 30 días (1ª consulta), Argentina, 2010

Motivos	% sobre consultantes	% sobre población
Control de embarazo y postparto	2,0	0,8
Control general sin sentirse enfermo	26,0	10,9
Control de enfermedad	33,2	13,9
Síntomas o enfermedad	29,0	12,2
Estudios, análisis	2,6	1,1
Accidentes	2,4	1,0
Otros	4,9	2,0
Total consultantes (1ª consulta)	15.237.030	42,0
No consultaron en los últimos 30 días		58,0
TOTAL %	100,0	100,0

Tomando en cuenta las respuestas de los consultantes, los motivos se reparten básicamente entre el control por enfermedad (33%), la consulta por síntomas o enfermedad (29%) y el control sin sentirse enfermo (26%). Esto significa que 9 de cada 10 personas consultan por estas causas, y que 6 de cada 10 lo hacen por cuestiones vinculadas a una enfermedad.

2.3 Lugar de la consulta médica

Del total de encuestados, un 42% consultó al médico en los últimos treinta días. Entre los consultantes, 2 de cada 10 lo hicieron en un hospital público, 2 en un establecimiento de obra social, otros 2 en un establecimiento privado y otros 2 en un consultorio particular. Algo menos (14%) ha acudido a una unidad sanitaria o "salita".

Tabla 6. Lugar de la consulta médica (1ª consulta), Argentina, 2010

Lugar de la consulta	% sobre consultantes	% sobre población
En un centro de salud, unidad sanitaria o "salita"	14,2	6,0
En un hospital público	20,5	8,6
En un establecimiento de obra social	20,1	8,4
En un establecimiento privado, clínica, sanatorio	22,2	9,3
En un consultorio particular	20,9	8,8
En otro lugar	2,1	0,9
RESUMEN POR SUBSECTOR		
Consultas en el subsistema público	34,7	14,6
Consultas en establecimientos de obra social	20,1	8,4
Consultas en el subsistema privado	45,2	19,0
Total consultantes (1ª consulta)	15.237.030	42,0
No consultaron en los últimos 30 días		58,0
TOTAL %	100,0	100,0

Así, los consultantes de los últimos treinta días se reparten de la siguiente manera: un 34,7% fueron al subsector público, un 20,1% a un establecimiento de obra social y un 45,2% a un establecimiento privado o consultorio particular.

Tomando en cuenta el total de la población, los que realizaron consultas (primera consulta de los últimos treinta días) en el subsistema privado más que duplican a quienes lo hicieron en establecimientos de obra social (19% y 8,4%, respectivamente), mientras que casi el 15% del total de la población argentina realizó consultas en el subsistema público.

2.4 Perfil sociodemográfico según lugar de consulta médica

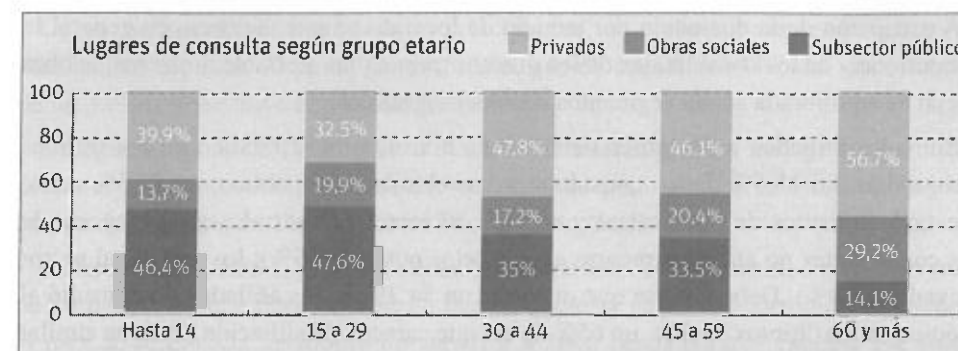
A continuación se presentan los datos del perfil sociodemográfico de quienes consultaron en los últimos 30 días, según lugar de consulta.

Tabla 7. Consulta médica en los distintos sectores, según segmentos sociodemográficos (en porcentajes), Argentina, 2010

Segmentos socio-demográficos	Consultantes			Población			
	Subsector público	Obra social	Privados, consultorios	Subsector público	Obra social	Privados, consultorios	No consultó
SEXO							
Varones	36,6	20,1	43,3	12,8	7,1	15,2	64,9
Mujeres	33,4	20,1	46,5	16,3	9,8	22,9	50,9
GRUPO ETARIO							
0 a 14 años	46,4	13,7	39,9	23,3	6,8	20,0	49,9
15 a 29 años	47,6	19,9	32,5	14,9	6,2	10,2	68,7
30 a 44 años	35,0	17,2	47,8	12,0	5,9	16,4	65,7
45 a 59 años	33,5	20,4	46,1	13,5	8,2	18,6	59,7
60 años y más	14,1	29,2	56,7	7,6	15,7	30,5	46,2
NIVEL DE EDUCACIÓN							
Hasta primario completo	44,2	17,1	38,7	18,5	7,2	16,2	58,1
Estudios secundarios	38,5	22,8	38,7	15,8	9,3	15,9	59,0
Estudios superiores	15,1	19,5	65,4	6,7	8,6	28,8	55,9
QUINTIL DE INGRESO FAMILIAR							
Quintil 1	57,9	13,6	28,5	25,8	6,0	12,7	55,5
Quintil 2	45,9	16,0	38,1	18,6	6,5	15,5	59,4
Quintil 3	39,0	20,7	40,3	15,5	8,2	15,9	60,4
Quintil 4	25,9	17,3	56,8	10,4	7,0	22,8	59,8
Quintil 5	17,4	19,6	63,0	7,4	8,3	26,7	57,6
Sin especificar	23,8	29,2	47,0	10,6	13,0	21,0	55,4
CLASE SOCIAL							
Clase de servicios	8,7	18,0	73,3	4,0	8,3	33,7	54,0
No manuales rutinarios	24,4	25,6	50,0	11,1	11,6	22,6	54,7
Pequeña burguesía	33,3	21,9	44,8	13,6	8,9	18,3	59,2
Manuales calificados y semicalificados	37,9	21,3	40,8	14,4	8,1	15,5	62,0
Manuales no calificados	54,2	17,3	28,5	23,4	7,5	12,3	56,8
Sin especificar	41,0	12,2	46,8	15,2	4,5	17,4	62,9

Segmentos socio-demográficos	Consultantes			Población			
	Subsector público	Obra social	Privados, consultorios	Subsector público	Obra social	Privados, consultorios	No consultó
CLASE SOCIAL SUBJETIVA							
Baja y obrera	51,0	17,6	31,4	21,4	7,4	13,1	58,1
Media-baja	34,7	22,9	42,4	14,5	9,5	17,6	58,4
Media, media-alta, alta	23,4	21,0	55,6	9,9	8,9	23,5	57,7
Sin especificar	41,7	9,3	49,0	17,1	3,8	20,0	59,1
TAMAÑO LOCALIDADES							
Ciudades grandes	31,25	29,17	39,35	13,5	12,6	17,0	56,8
Ciudades intermedias	30,15	10,30	59,55	12,0	4,1	23,7	60,2
Pequeñas ciudades	33,18	12,64	54,40	14,7	5,6	24,1	55,7
Pueblos, rurales	62,20	8,04	29,76	23,2	3,0	11,1	62,7
REGIONES							
AMBA	29,6	33,0	37,4	12,7	14,2	16,0	57,1
Pampeana	33,8	15,8	50,4	14,8	6,9	22,1	56,2
Cuyo	36,8	26,2	37,0	14,9	10,6	15,0	59,5
NOA	47,3	3,3	49,4	19,0	1,3	19,8	59,9
NEA	44,4	10,0	45,6	16,7	3,8	17,2	62,3
Patagonia	25,6	8,9	65,5	10,0	3,5	25,7	60,8
AFILIACIÓN							
Sí	15,5	27,5	57,0	7,1	12,6	26	54,3
No	85,0	0,6	14,4	29,4	0,2	5,0	65,4
TOTAL	34,7	20,1	45,2	14,6	8,4	19,0	58,0
PERSONAS	5.284.743	3.057.896	6.894.391				21.023.100

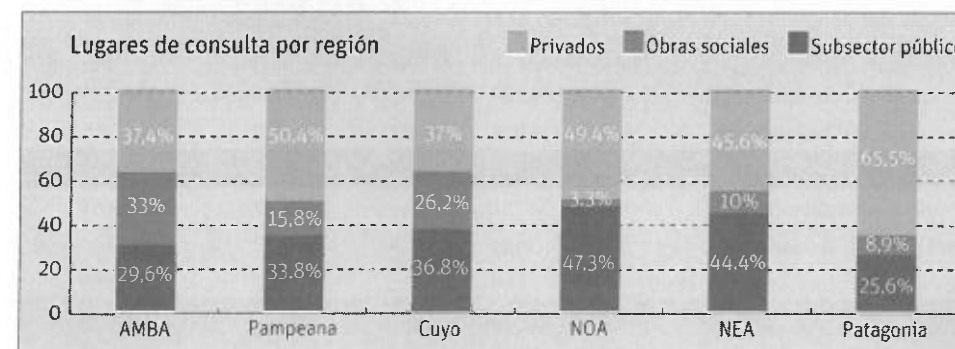
No se observan diferencias atendibles según sexo para el lugar de consulta; los niños de hasta 14 años son quienes menos concurren a los establecimientos de obra social y las personas mayores de 60, los que más utilizan esta alternativa.



La concurrencia al subsector público disminuye con la edad. Paralelamente, la consulta en el sector privado avanza con la edad. La asistencia al subsector público también disminuye al crecer el nivel de educación, el de ingresos familiares o de clase social. Lo contrario se observa para la asistencia al sector privado.

Cuando se toma en cuenta el tamaño de las localidades, la concurrencia al subsector público es marcada en los pueblos o áreas rurales; a los establecimientos de obra social, en las grandes ciudades; y a establecimientos privados y consultorios, en las ciudades intermedias y pequeñas.

La mayor concurrencia al subsector público se da en las provincias del norte (NOA y NEA) y la menor en la Patagonia, donde se presenta la mayor demanda del sector privado, seguida por la región pampeana. La mayor asistencia a establecimientos de obra social ocurre en el AMBA, seguida por Cuyo. El NOA y a cierta distancia la Patagonia (3 y 9%, respectivamente) muestran los menores porcentajes de asistencia a establecimientos de obra social. En el caso del NOA, ello podría deberse a que las obras sociales no cuentan con establecimientos propios en esta región.



A excepción de la distinción por tamaño de localidad o por regiones, en general la concurrencia de los consultantes de los últimos treinta días a establecimientos de obra social es equilibrada según segmentos sociodemográficos.

Entre los afiliados a cualquier sistema que consultaron al médico en los últimos treinta días, un 15,5% de los consultantes usa el subsector público, un 27,5% asiste a establecimientos de obra social y el 57%, al sector privado. La gran mayoría de los consultantes no afiliados recurre al subsector público (85%); los menos, al sector privado (14,4%). Debe notarse que mientras un 54,3% de los afiliados no consultó al médico en los últimos 30 días, un 65% de los que carecen de afiliación tuvieron similar comportamiento.

ASPECTOS BÁSICOS DEL GASTO EN SALUD

El gasto de bolsillo en la Argentina, durante los treinta días previos a la encuesta, fue, en promedio, de 92 pesos. Si no se considera el gasto en afiliación voluntaria, el promedio desciende a algo más de 76 pesos.

Tabla 8. Montos y porcentajes de gastos en salud, por tipo de gasto, Argentina, 2010

Distintos rubros de gasto en salud	Monto de gasto	% de cada gasto en el total	% de cada gasto s/total sin afiliación	Promedio de gasto poblacional (en \$)
Afiliación voluntaria per cápita	559.029.673	16,8		15,42
Consulta médica	184.365.686	5,5	6,7	5,08
Análisis, estudios	128.303.997	3,9	4,6	3,54
Tratamientos	35.822.489	1,1	1,3	0,99
Consulta al dentista	376.186.133	11,3	13,6	10,37
Consulta al psicoterapeuta	98.959.187	3,0	3,6	2,73
Consulta a otros profesionales	24.739.825	0,7	0,9	0,68
Medicamentos	1.467.327.722	44,1	53,0	40,47
Internación (mensualizado)	74.224.757	2,2	2,7	2,05
Otros gastos (gasas, anteojos)	361.700.987	10,9	13,1	9,98
Prácticas alternativas (mensualizado)	18.084.850	0,5	0,7	0,50
TOTAL	3.328.745.306	100,0	100,0	91,80
TOTAL SIN AFILIACIÓN	2.769.715.633			76,38
Población	36.260.130			

Como es usual, el componente principal es el correspondiente al gasto en medicamentos, unos 40 pesos del promedio, que da cuenta del 44% del gasto total y de un 53% si se excluye el gasto en afiliación.

Le sigue el gasto de bolsillo en afiliación voluntaria (que no incluye lo que a las personas les descuentan por mes de sus ingresos para atender este rubro), que da cuenta de algo más de 15 pesos (un 17% del gasto total).

En tercer lugar, está el gasto en consultas al dentista, con un promedio de algo más de 10 pesos, aunque debe tenerse en cuenta que este gasto fue corregido asignando al mes de referencia un monto no superior a 1000 pesos (lo que excedía ese valor se tomaba como 1000). Ello da cuenta de la necesidad de "mensualizar" nuevos tratamientos (como implantes) que implican montos muy grandes para asignarlos a un único mes.

Vienen luego los *otros gastos* (gasas, anteojos, etc.), con casi 10 pesos, y la consulta médica con 5. Si se suman los gastos en estudios, análisis, tratamientos e internaciones (mensualizadas) se llega a algo menos de 7 pesos de gasto de bolsillo.

Los tres primeros gastos mencionados (medicamentos, afiliación y dentista) dan cuenta de algo más del 70% del gasto total de la población en salud.

COMPARACIONES DEL GASTO EN SALUD 2005-2010

Respecto del relevamiento realizado en 2005, las comparaciones a valores constantes³ muestran que el gasto total de bolsillo de 2010 (con relación al mes de referencia) habría aumentado en algo más de un 50% en el último quinquenio. Si no se toma en cuenta el gasto en afiliación voluntaria, el aumento se establece en algo más de un 60%.

Tabla 9. Promedio de gastos de 2005, actualizados y de 2010, con variaciones del último quinquenio, Argentina

Distintos rubros de gasto en salud	Promedio 2005	Promedio 2005 actualizado	Promedio 2010	% Variación 2005-2010
Afiliación per cápita	7,97	12,73	15,42	21,13 %
Consultas al médico	2,44	3,90	5,08	30,49 %
Consultas al dentista	3,14	5,01	10,37	106,90 %
Consultas a otros profesionales	2,58	4,12	3,41	-17,24 %
Medicamentos	14,82	23,42	40,47	72,79 %
Análisis, tratamientos, internaciones	3,23	5,16	5,59	8,28 %
Otros gastos	3,09	4,93	9,98	102,15 %
TOTAL SIN AFILIACIÓN	29,30	46,79	75,89	62,18 %
TOTAL GENERAL DE GASTOS	37,27	59,52	91,30	53,40 %

Tanto en el rubro de consultas al dentista como en otros gastos (anteojos, gasas, inyecciones), el crecimiento es muy relevante (se duplica), mientras que lo referido a medicamentos habría crecido un 73%, frente a un 30% de crecimiento del gasto en consulta médica. Los dos gastos que menos crecen son el de análisis, tratamientos e internaciones (8%) y la afiliación per cápita (21%). El único gasto que parece haber bajado es el de consultas a otros profesionales (psicoterapia, fonoaudiología, kinesiología, etc.).

Estas variaciones ocurren en un contexto en que los porcentajes de utilización de los distintos servicios de salud, como se indicó, se habrían mantenido.

Una digresión en este punto se refiere a comparaciones de pautas de gasto en 2005 y 2010, para apreciar la distancia de gastos del quintil 5 (de mayores ingresos), con la suma de los quintiles 1 y 2 (de menores ingresos). Se suman estos quintiles a los efectos comparativos, ya que el menor tamaño muestral del relevamiento de 2005 aconsejaba hacerlo así.

3. Actualizaciones realizadas con la colaboración de la licenciada Julieta Parente, de la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 10. Cocientes de los gastos en salud de los sectores de ingresos familiares más altos (quintil 5) en los gastos de los de menores ingresos (quintiles 1 y 2).

Tipo de gasto	Q5 / (Q1+Q2) 2010	Q5 / (Q1+Q2) 2005
Afiliación voluntaria	6,0	9,3
Consulta al médico	1,8	1,7
Consulta al dentista	5,8	4,3
Consulta a otros profesionales	5,0	19,9
Análisis, tratamientos, internaciones	3,9	3,3
Medicamentos	1,4	1,4
Otros gastos	1,7	2,9
GASTO TOTAL	2,4	2,9

Como puede observarse, la distancia del gasto en salud de los sectores de mayores y menores ingresos familiares parece haberse acortado un poco en el último quinquenio. En 2005, los de mayores ingresos gastaban en salud 2,9 veces lo que gastaban los de menores ingresos. En 2010, esa relación baja a 2,4.

Una variable que contribuye a esa baja está en el acortamiento de la distancia en el gasto de afiliación voluntaria. Las pautas para el gasto en consulta médica y en medicamentos se habrían mantenido. Desciende drásticamente la distancia de gasto de los de mayores ingresos familiares con respecto a los de menores ingresos para la consulta con otros profesionales, básicamente la consulta psicoterapéutica. A su vez, los casos en que la distancia parece crecer en 2010 se dan únicamente en el gasto de consulta al dentista y de análisis, tratamientos o internaciones.

Los gastos en consulta médica y en medicamentos se mantienen como los menos "desiguales" en términos de lo que gastan los sectores de mayores y de menores ingresos. Es decir, serían los gastos menos afectados por la desigualdad en ingresos.

GASTO EN SALUD SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las mujeres gastan en promedio 1,4 veces lo que gastan los varones. La diferencia es más relevante en la consulta psicoterapéutica, caso en que las mujeres gastan algo más del doble. Es de interés notar que mujeres gastan en promedio un 70% más que los varones en consulta médica.

Tabla 11. Promedios de gasto poblacional en salud, según tipo de gasto y segmentos sociodemográficos, en pesos, Argentina, 2010

Variables sociodemográficas	Afiliación	Consulta médica	Análisis - estudios	Tratamientos	Consulta al dentista	Consulta psico-terapéutica	Consulta a otros profesionales	Medicamentos	Internación	Otros gastos	Gasto total
SEXO											
Hombres	14,28	3,73	2,42	1,00	8,55	1,68	0,57	33,80	1,68	7,96	75,89
Mujeres	16,57	6,46	4,67	0,97	12,22	3,80	0,79	47,23	2,42	12,02	107,95
GRUPO ETARIO											
Hasta 14 años	1,48	4,19	0,75	0,17	3,77	0,68	0,59	14,12	0,02	4,29	30,08
15 a 29 años	7,15	2,00	2,20	0,51	7,92	1,99	0,78	22,51	0,30	8,82	54,30
30 a 44 años	23,10	6,29	5,04	0,87	8,95	5,64	0,32	41,50	4,52	5,02	101,86
45 a 59 años	28,51	7,08	5,30	0,81	17,33	4,98	0,29	54,83	5,07	21,03	146,15
60 años y más	19,70	6,17	4,96	2,80	15,60	0,58	1,48	76,21	0,65	12,44	141,52
NIVEL DE EDUCACIÓN											
Primaria completo	7,85	4,75	3,13	0,70	6,22	0,79	0,66	36,96	0,57	10,83	72,62
Estudios secundarios	12,54	4,15	2,94	1,14	8,49	1,24	0,79	41,13	0,34	8,63	81,67
Estudios superiores	31,59	7,29	5,23	1,12	19,81	8,26	0,50	44,27	7,31	11,23	138,06
QUINTIL DE INGRESO FAMILIAR											
Quintil 1	4,14	2,46	1,79	0,86	2,91	1,28	1,20	33,75	0,28	9,90	58,68
Quintil 2	7,25	5,38	3,04	0,25	3,23	0,85	0,06	37,26	0,45	6,83	64,82
Quintil 3	9,59	3,92	3,23	0,48	10,79	1,27	0,13	41,16	1,05	8,59	80,74
Quintil 4	10,98	7,26	4,28	0,50	5,62	2,96	0,16	43,01	9,37	9,34	93,88
Quintil 5	34,80	7,28	6,55	3,13	18,00	6,29	1,96	50,70	1,70	14,32	145,88
No especificar	25,32	4,60	2,90	1,06	19,46	3,96	0,84	38,56	0,17	11,34	108,84
CLASE SOCIAL											
Clase de servicios	37,33	9,81	5,20	1,57	18,45	8,77	0,67	49,93	12,81	17,32	163,55
O manual rutinario	19,75	6,01	4,35	0,79	8,85	3,64	0,54	51,77	0,19	4,49	100,95
Pequeña burguesía	25,93	4,35	6,19	1,13	32,35	3,85	0,06	46,68	0,66	3,00	125,08
Manual calificado	9,10	4,41	2,77	1,64	4,60	1,18	1,31	37,18	0,14	13,49	76,06
Semicalificado	4,63	3,13	2,82	0,16	5,50	0,74	0,35	30,63	0,75	8,64	57,42
Manuales no calificados	10,96	3,81	1,02	0,94	12,27	0,47	0,74	31,09	0,43	11,73	73,59

Variables sociodemográficas	Afiliación	Consulta médica	Análisis - estudios	Tratamientos	Consulta al dentista	Consulta psico-terapéutica	Consulta a otros profesionales	Medicamentos	Internación	Otros gastos	Gasto total
CLASE SOCIAL SUBJETIVA											
Baja y obrera	4,95	3,43	2,45	0,54	4,96	0,72	0,52	34,80	0,25	7,78	60,45
Media-baja	13,76	6,05	2,62	0,72	7,88	2,02	0,54	42,47	0,48	10,27	87,06
Media, media-alta y alta	23,26	5,79	4,71	1,30	14,98	4,47	0,87	42,58	3,95	11,28	114,11
Sin especificar	12,93	6,28	1,59	3,66	11,72	0,00	0,00	66,80	0,00	11,67	114,65
TAMAÑO DE LA LOCALIDAD											
Ciudades grandes	20,40	3,74	2,22	0,77	14,15	4,26	0,34	42,04	0,19	10,99	99,89
Ciudades intermedias	11,48	7,01	3,84	1,66	6,80	1,68	1,10	45,79	8,43	11,01	99,12
Ciudades pequeñas	12,26	8,53	7,58	1,09	7,95	1,26	0,96	38,02	0,80	11,51	90,14
Pueblos, rurales	6,45	1,96	2,24	0,56	4,67	0,45	0,93	28,41	0,57	1,59	47,91
REGIONES											
AMBA	22,48	3,49	2,26	0,80	13,93	4,98	0,32	42,73	0,05	13,05	105,07
Pampeana	13,28	6,86	3,52	0,96	11,53	2,21	1,06	41,93	0,50	8,29	90,41
Cuyo	4,81	7,44	4,72	0,19	2,16	0,29	0,08	30,59	11,99	11,19	73,47
NOA	16,04	4,50	5,02	1,88	9,76	2,53	0,79	46,94	7,79	3,76	99,58
NEA	8,44	2,46	2,82	0,00	4,65	0,00	0,00	25,43	0,48	16,02	60,45
Patagonia	8,95	6,89	8,39	3,32	2,50	0,12	2,51	41,67	0,25	2,82	77,44
TOTAL	15,42	5,08	3,54	0,99	10,37	2,73	0,68	40,47	2,05	9,98	91,80

Nota: Por razones de espacio, no se incluyen en el cuadro los gastos en otras prácticas de salud (\$0,50 de promedio), ni el total de gastos sin afiliación (\$76,38 en promedio).

Como era de esperar, el gasto crece al aumentar la edad de las personas. Las de 60 años y más gastan 5 veces lo que gastan las de hasta 14 años. Las diferencias son más relevantes en internaciones y tratamientos. En medicamentos –gasto relevante– los adultos de mayor edad gastan en promedio 5,4 veces lo que gastan los menores. En la afiliación voluntaria, llegan a gastar en promedio 13 veces lo que gastan los menores.

Las personas con estudios superiores gastan en salud, en promedio, el doble que aquellas de menores estudios. Ello es importante en los rubros de internaciones, psicoterapia y odontología. También es relevante en el gasto de afiliación voluntaria, donde los de estudios superiores gastan 4 veces lo que aquellos de menores estudios.

El quintil de más altos ingresos familiares gasta 2,5 veces lo que gasta el quintil de menores ingresos familiares. Estas diferencias son más relevantes (unas 8 veces) para el gasto en afiliación voluntaria, seguido por la consulta al dentista y las internaciones

(6 veces), y luego por la consulta psicoterapéutica (5 veces). En medicamentos la distancia es menor (1,5 veces). Así, este último gasto sería el más “equilibrado”, o “menos afectado” por el nivel de ingresos familiares, seguido por la consulta médica (casi 3 veces).

En esta misma línea, cuando se considera la clase social, la clase de servicios (profesionales, gerentes, etc.) gasta en promedio casi 3 veces lo que gastan los trabajadores manuales no calificados. Es más importante la diferencia en internaciones, tratamientos, consulta al psicoterapeuta y afiliación voluntaria (8 veces en este caso), y en cierta medida en la consulta al dentista. La menor diferencia corresponde también a medicamentos (1,6 veces). La autoidentificación con una clase social es consistente con estos resultados. Los que se identifican con la clase media, media-alta y alta gastan el doble de quienes se identifican con la clase baja u obrera.

Tomando en cuenta el tamaño de la localidad, en las grandes ciudades se gasta en salud el doble de lo que se gasta en los pueblos. Entre los gastos más relevantes, la afiliación voluntaria y la consulta al dentista en las grandes ciudades son el triple respecto de los pueblos, relación que baja al doble para la consulta médica y a una vez y media para los medicamentos. Debe observarse que el gasto en consulta psicoterapéutica en las grandes ciudades es casi 10 veces su equivalente en los pueblos.

Al considerar las regiones geográficas, el gasto promedio mayor se observa en el AMBA, seguida por el NOA y luego por la región pampeana. El menor promedio de gasto corresponde al NEA. Las regiones que están por encima del promedio global son AMBA y NOA.

Por último, se considera el gasto total en salud. El mismo es mayor para las mujeres, crece al aumentar la edad, el nivel educativo, el nivel de ingreso familiar y tiende a aumentar al crecer el nivel de clase social; es menor en las localidades más chicas y en el norte del país, en particular en el NEA.

Al observar los quintiles de ingreso familiar, es de interés señalar que el peso del gasto total en salud de cada quintil sobre el total de ingresos de los respectivos quintiles aumenta al pasar de los más bajos a los más altos. El gasto en salud del primer quintil (ingresos más bajos) da cuenta del 5,9% del total de ingresos de dicho quintil. Para el 2° es de 3,7%, para el 3° de 3,1%, para el 4° de 2,4% y para el quinto (nivel más alto de ingresos) un 1,9%. O sea: los más pobres dedican un 6% de sus ingresos al gasto en salud, los más ricos un 2%.

ESTADO DE SALUD

Las personas encuestadas fueron interrogadas sobre si alguna vez un médico les diagnosticó una enfermedad que se extendiera en el tiempo o que requiriera tratamiento prolongado o medicación permanente; se les ofrecía una lista de enfermedades para señalar si les fueron diagnosticadas o no. Cerca de la mitad, un 47%, mencionó que les fue diagnosticada. Entre un 32 y un 35% de las personas encuestadas sintieron que estas enfermedades los afectaban un poco o mucho en sus actividades principales o en su tiempo libre.⁴

Primero, se ofrece una breve descripción de enfermedades prolongadas o “crónicas”. Estas enfermedades fueron reconocidas por las personas entrevistadas como las que les fueron diagnosticadas por un médico.

Tabla 12. Enfermedades prolongadas que las personas encuestadas reconocen por su nombre como que les fueron diagnosticadas, Argentina, 2010

Enfermedades prolongadas diagnosticadas:	%	%
Artritis	3,7	
Artrosis	7,6	14,5
Reumatismo	3,2	
Alergias	10,0	13,0
Asma	3,0	
Bronquitis crónica	2,6	2,6
Hipertensión	15,1	15,1
Infarto	1,7	6,1
Otras enfermedades del corazón	4,4	
Colesterol alto	9,5	9,5
Enfermedades de hígado o vesícula biliar	5,0	11,8
Gastritis, úlcera	6,8	
Diabetes	5,5	5,5
Molestias urinarias (problemas de próstata)	4,6	4,6
Depresión, ansiedad	5,0	5,0
Otras	14,2	14,2

Nota: La suma de porcentajes excede ligeramente 100%, porque se pudo haber señalado más de una.

4. Se interrogaba a las personas sobre si debido a los problemas de salud mencionados tuvieron en los últimos doce meses dificultades [muchas, algunas, ninguna] para: a) caminar una cuadra, b) subir unos cuantos pisos por escaleras, c) inclinarse, agacharse o arrodillarse, y d) hacer ejercicios o trabajos vigorosos, como levantar objetos pesados, correr, etc. Igualmente, se les consultaba a continuación si habían dejado de hacer alguna de las siguientes actividades por problemas de salud en los últimos doce meses: a) ir a su trabajo, b) hacer trabajos en la casa, y c) ir a la escuela, colegio o universidad.

Puede verse, entre los valores relevantes, que las enfermedades óseo-musculares dan cuenta de un 14,5% de las referencias, las del sistema respiratorio un 13%, la hipertensión un 15%, las vinculadas al corazón un 6%, mientras que el colesterol alto da cuenta de un 9,5% de las referencias. Las enfermedades del aparato digestivo son un 12% de las referencias.

Luego les fue requerido que informaran sobre cómo percibían su estado de salud, en una escala de siete puntos que iba desde excelente a pésimo. En la tabla 13, se presentan los porcentajes correspondientes.

Un 14% mencionó que su salud era regular, mala, muy mala o pésima. Un 38,5% dijo que su salud era buena, mientras que el 47,5% restante señaló que era muy buena o excelente.

Algo menos de la mitad de las personas encuestadas, un 46,8%, mencionó el diagnóstico médico de alguna enfermedad que se prolonga en el tiempo (última columna del cuadro).

Tabla 13. Autopercepción de salud y diagnóstico de enfermedades crónicas según segmentos sociodemográficos (en porcentajes), Argentina, 2010

Segmentos sociodemográficos	Dice que su salud es			Le diagnosticaron enfermedad crónica
	Regular a pésima	Buena	Muy buena - excelente	
SEXO				
Varones	10,9	39,0	50,1	41,8
Mujeres	17,1	38,0	44,8	51,8
GRUPOS DE EDAD				
0 a 14 años	3,1	19,8	77,1	22,5
15 a 29 años	7,1	37,6	55,2	31,3
30 a 44 años	11,8	39,6	48,6	38,3
45 a 59 años	20,3	49,8	29,9	63,5
60 años y más	30,5	49,8	19,6	85,3
NIVEL DE EDUCACIÓN				
Hasta primario completo	22,9	39,8	37,3	54,4
Estudios secundarios	11,6	40,3	48,1	43,7
Estudios superiores	5,5	33,5	61,0	41,4

Segmentos sociodemográficos	Dice que su salud es			Le diagnosticaron enfermedad crónica
	Regular a pésima	Buena	Muy buena - excelente	
QUINTIL DE INGRESO FAMILIAR				
Quintil 1	26,4	39,4	34,2	53,7
Quintil 2	18,8	40,8	40,4	50,7
Quintil 3	13,1	37,0	49,9	43,8
Quintil 4	9,7	40,3	50,0	43,9
Quintil 5	6,1	33,9	60,0	40,4
Sin especificar	10,5	39,1	50,4	47,6
CLASE SOCIAL				
Clase de servicios	8,7	34,0	57,4	47,9
No manuales rutinarios	12,4	37,2	50,4	46,8
Pequeña burguesía	10,5	46,1	43,3	51,4
Manuales calificados y semicalificados	14,2	42,1	43,7	44,4
Manuales no calificados	18,4	37,6	44,0	48,6
Sin especificar	15,4	34,6	49,9	42,7
CLASE SOCIAL SUBJETIVA				
Clase baja y obrera	15,8	39,5	44,7	45,2
Clase media-baja	17,3	38,3	44,4	48,5
Clase media, media-alta y alta	11,2	37,8	51,0	46,8
Sin especificar	21,3	42,7	36,0	55,8
TAMAÑO DE LA LOCALIDAD				
Ciudades grandes	12,5	37,7	49,8	45,7
Ciudades intermedias	15,1	40,3	44,7	49,2
Pequeñas ciudades	15,3	43,8	40,9	49,9
Pueblos, rurales	16,1	30,9	53,0	42,4
REGIONES				
AMBA	13,0	39,9	47,1	47,6
Pampeana	12,4	38,2	49,4	49,6
Cuyo	11,5	35,3	53,1	40,7
NOA	20,1	38,5	41,4	43,7
NEA	17,6	38,1	44,3	43,4
Patagonia	12,3	37,5	50,2	44,3
TOTAL	14,0	38,5	47,5	46,8

Puede observarse que tanto los indicadores de la percepción de la propia salud como el diagnóstico de enfermedades crónicas son peores para las mujeres. A su vez, la percepción y diagnóstico empeoran al aumentar la edad de las personas encuestadas.

La buena percepción aumenta con el nivel de educación, a la par que disminuye el diagnóstico de enfermedades crónicas. Una perspectiva similar se observa por niveles de ingreso familiar y de clase social.

La buena percepción de salud predomina en los pueblos, seguida por las grandes ciudades. En estas localidades también es menor el diagnóstico de enfermedades crónicas. Paradójicamente, los pueblos o áreas rurales, que cuentan con menores servicios de salud, exhibirían mejores pautas de salud, en términos de estos dos aspectos. La peor percepción de salud se observa en el NOA y la mejor, en Cuyo. El mayor diagnóstico de enfermedades crónicas se da en el AMBA, seguida por la región pampeana.

7 ALGUNAS OBSERVACIONES FINALES

Dos terceras partes de las personas entrevistadas cuentan con algún sistema de protección de la salud. En todos los servicios de salud, incluyendo uso y compra de medicamentos, predominan las mujeres, al igual que el grupo de mayor edad (60 años y más). Con excepción de la consulta médica y a otros profesionales (kinesiólogos, fonoaudiólogos, etc.), caso en que ocupan el segundo lugar, los niños de hasta 14 años son los que exhiben la menor utilización.

Por lo general, la utilización es más baja en el sector de menor nivel educacional, aunque no de forma marcada. Con excepción de la consulta médica y el uso de medicamentos, casos en que tiende a predominar el quintil más bajo de ingresos, los sectores de mayores ingresos tienden a un mayor uso. Las clases sociales en el nivel más alto de la jerarquía de clases también exhiben un uso algo mayor. Los pueblos o áreas rurales, al igual que la región del NEA, muestran una menor utilización de servicios de salud.

La utilización en el último quinquenio (2005-2010) se mantuvo estable, aunque aumentó la afiliación y en alguna medida la consulta al médico.

Los argentinos exhiben un promedio de 0,72 consultas al médico, promedio de 1,71 si se considera el universo de los consultantes. Un 15% de la población, algo más de un tercio de los consultantes (35%), hizo sus consultas en el subsistema público.

En cuanto al gasto en salud, los argentinos gastaron de bolsillo, con respecto al mes de referencia (mediados de 2010), unos 92 pesos en promedio. Excluyendo el gasto en afiliación voluntaria, dicho promedio baja a 76 pesos. Dentro de pautas conocidas, predomina el gasto en medicamentos, que da cuenta de un 44% del gasto total en salud. Comparando con los gastos en salud de 2005 (actualizados), el gasto en 2010 habría crecido un 50%, en particular por el aumento de la consulta al dentista y, muy en especial, por el crecimiento del gasto en medicamentos. La “inequidad” del gasto en salud, medida por el cociente del gasto de los sectores de ingresos familiares más altos en el gasto de los de ingresos más bajos habría disminuido en el último quinquenio, particularmente por la baja en el gasto en afiliación voluntaria.

El gasto total en salud es mayor para las mujeres, crece al aumentar la edad, el nivel educativo, el de ingreso familiar y el de clase social. Es menor en las localidades más chicas y en el norte del país, en particular el NEA. El peso del gasto total en salud de cada quintil sobre los ingresos de dichos quintiles aumenta al pasar del más bajo (6%) al más alto (2%), es decir: los más pobres dedican un mayor porcentaje de sus ingresos que los ricos al gasto en salud.

La evaluación del estado de salud, según diagnóstico de enfermedades crónicas, concurrencia al médico y autopercepción de salud, muestra –vía ecuaciones de regresión logística que se presentan en un anexo– que las chances de un mal estado de salud se vinculan más a las mujeres y a las personas de mayor edad, y que a su vez tales posibilidades disminuyen en la medida en que aumenta el nivel educativo, crece el estatus socioeconómico de las ocupaciones o el ingreso familiar. La tendencia es bastante consistente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▷ ERIKSON, ROBERT Y JOHN H. GOLDTHORPE (1992): *The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Nations*. Oxford, Clarendon Press.
- ▷ GANZEBOOM, HARRY B. G. Y DONALD J. TREIMAN (1996): "Internationally Comparable Measures of Occupational Status for the 1988 International Standard Classification of Occupations", *Social Science Research*, 25 (pp. 201-239).
- ▷ GANZEBOOM, HARRY B. G. Y DONALD J. TREIMAN (2003): "Three Internationally Standardized Measures for Comparative Research on Occupational Status", en JÜRGEN H. P. HOFFMEYER-ZLOTNIK Y CHRISTOF WOLF (COMPS.): *Advances in Cross-National Comparison. A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Nueva York, Kluwer Academic Press, capítulo 9 (pp. 159-193).
- ▷ ISHIDA, HIROSHI (2004): "Socio-economic differentials in Health in Japan". Ponencia presentada al Comité de Investigación en Estratificación Social de la Asociación Internacional de Sociología, Río de Janeiro, Brasil, agosto.
- ▷ JORRAT, JORGE RAÚL, MARÍA DE LAS MERCEDES FERNÁNDEZ Y ÉLIDA H. MARCONI (2004): "Utilización y gasto en servicios de salud y medicamentos", en FEDERICO TOBAR Y LUCAS GODOY GARRAZA (COMPS.): *El futuro del acceso a los medicamentos en la Argentina*. Buenos Aires, Consejo Nacional de Programas de Investigación en Salud, Ministerio de Salud (pp. 58-76).
- ▷ JORRAT, JORGE RAÚL, MARÍA DE LAS MERCEDES FERNÁNDEZ Y ÉLIDA H. MARCONI (2008): "Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud". *Salud Colectiva*, 4, 1: 57-75.
- ▷ PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD (2004): *Encuesta a población*. Serie 10, N° 17. Buenos Aires, DEIS-MSN.
- ▷ PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD (2006): *Encuesta a población*. Serie 10, N° 20. Buenos Aires, DEIS-MSN.

ANEXO 1

DEFINICIONES Y CONCEPTOS UTILIZADOS

Afiliación a algún sistema de atención de salud

La afiliación se define como la integración de una parte de la población a alguna institución que brinda y/o financia servicios para la atención de su salud: consultas con el médico, con el dentista, internaciones, análisis de laboratorio, etc.

La información de este bloque interesa particularmente al sector Salud pues se parte del conocimiento de que el hecho de estar afiliado o no a alguna institución ofrece a la población distintas posibilidades de acceso a la atención de salud.

La afiliación se concreta mediante descuentos automáticos en las remuneraciones o a través del pago periódico de cuotas en efectivo. Puede ser obligatoria, como aquellos casos en que la ley lo establece para todos los trabajadores en relación de dependencia, o voluntaria cuando lo decide la propia persona.

Consultas

▷ Consultas con el médico

Se define como consulta con el médico todo contacto que se establece entre un paciente y el médico por un problema de salud o para su cuidado.

Comprende los contactos realizados con el médico por distintos motivos: por problemas de salud, por consultas, por controles de salud y por cualquier otro motivo relacionado con su salud.

▷ Consultas con el dentista

Se define como consulta con el dentista todo contacto que se establece entre un paciente y el dentista por un problema de salud bucal o para su cuidado.

▷ Consultas psicoterapéuticas y con otros profesionales de la salud

Se define como consulta con otros profesionales de la salud todo contacto que se establece entre un paciente y el psicólogo/psiquiatra/psicoanalista, fonoaudiólogo, kinesiólogo, etc. por un problema de salud o para su cuidado.

Medicamentos

Se define como utilización de medicamentos lo que la población manifiesta y entiende como uso de medicamentos, sin tener en cuenta, en ningún caso, las dosis o cantidades consumidas y excluyendo aquellos utilizados en las internaciones.

El consumo y la utilización de medicamentos presentan características específicas que los diferencian de los otros rubros. Por un lado, puede estar relacionado directamente con la indicación de algún profesional del sistema de atención de la salud (médico, dentista, etc.), pero también pueden ser aconsejados por personas que no tienen reconocimiento para hacerlo (vecino, familiar, etc.) o utilizados por propia decisión.

Por otra parte, no existe en este caso una vinculación directa entre la compra y el consumo. Es decir, se puede estar usando medicamentos que se tenían, o bien, haber comprado medicamentos que aún no se hayan utilizado.

Análisis y tratamientos

Se define como análisis y tratamientos lo que la población manifiesta como utilización de servicios de laboratorio, radiología, electrocardiogramas, ecografías, tomografías, biopsias y otros estudios y tratamientos, excluyendo los realizados durante las internaciones.

La utilización de estos servicios está directamente relacionada con la consulta a profesionales de la salud, ya que habitualmente requieren prescripción para su acceso.

Internación

Se define como internación los casos en que la población manifiesta haber ocupado una cama de un establecimiento de salud (hospital, sanatorio o clínica, etc.).

La utilización de este tipo de servicio no responde a una actitud espontánea de las personas sino que depende, en general, de una indicación profesional.

Otros servicios de salud

Se refiere a lo que la población manifiesta como utilización (o gasto) en otros rubros relacionados con la atención de la salud, tales como aplicación de inyecciones, nebulizaciones, medición de la presión arterial, compra de chequeras, compra de anteojos, alquiler de sillas de ruedas, etc. Incluye también cualquier gasto en salud (consultas, medicamentos, internaciones, etc.) que se realice para otra persona. Excluye los gastos realizados durante las internaciones.

Otras prácticas de salud

Este rubro fue agregado en la encuesta de 2010 y da cuenta de otras prácticas o terapias, tales como acupuntura, consumo de hierbas medicinales, Reiki, reflexología, terapias florales, quiropraxia, concurrencia un curandero, tirada de cuerito, etc.

Lugar de atención

Se refiere al sitio donde acude la población para realizar consultas con el médico, con el dentista, con otros profesionales de la salud como psicólogos, fonoaudiólogos, o donde se interna.

En este relevamiento, la categoría “establecimiento público” se subdividió en:

- ▷ centro de salud, unidad sanitaria o “salita”
- ▷ hospital público

Esta subclasificación posibilita conocer el acceso de la población a los distintos tipos de establecimientos del subsector oficial, con diferentes modalidades de atención y complejidad.

Gasto

El gasto en salud comprende el gasto directo o “de bolsillo” que efectúan las personas en concepto de:

- ▷ cuota de afiliación voluntaria a algún sistema de atención de salud (incluye también los adicionales por opción de cambio de sistema de atención o por incorporación de otros beneficiarios).
- ▷ utilización de servicios ofrecidos por el sistema de atención de salud, tales como consultas con el médico, con el dentista, con otros profesionales de la salud, métodos diagnósticos y tratamientos, internaciones, compra de medicamentos y otros gastos relacionados con la atención de la salud.

Se requiere registrar el gasto “de bolsillo” originado por los servicios utilizados, comprados o alquilados, durante el período de referencia de un mes independientemente de:

- ▷ el origen del dinero (propio o prestado);
- ▷ la forma de pago (en efectivo, cheques, tarjeta de crédito);
- ▷ el momento del pago (en el momento de utilizar el servicio o con posterioridad);
- ▷ la modalidad del pago (pago total, arancel, bonificación, etc.).

Deben hacerse algunas aclaraciones con respecto al gasto en medicamentos, internación y consultas con el dentista.

En medicamentos se registra el gasto realizado durante el período de referencia independientemente del momento, forma y modalidad del pago, así como del momento de su utilización.

En internación se registra el gasto total, que incluye derechos de internación, honorarios médicos, servicios de enfermería, pensión sanatorial, medicamentos, materiales descartables y cualquier otro gasto que se haya tenido que efectuar durante la internación.

En las consultas con el dentista, se toma el pago total realizado durante el período de referencia. Se registra el monto global correspondiente al pago realizado durante el período de referencia por consultas realizadas durante ese período o fuera de él. Este cambio en el registro del gasto se fundamenta en la dificultad de la población para precisar las características del servicio odontológico. Sin embargo, en la encuesta de 2010 a los valores que excedían los 1000 pesos les fueron asignados al mes de referencia ese máximo de 1000 pesos.

Vías de financiamiento

Hace referencia a la financiación total o parcial del gasto originado en los servicios utilizados. Las vías de financiamiento pueden ser: una obra social, una mutual o prepaga, o alguna otra institución o, solamente, por la persona encuestada.

Quintiles de ingreso per cápita del hogar

Los quintiles de ingreso per cápita del hogar son determinados a partir de: a) el ordenamiento en forma ascendente de la totalidad de los hogares con ingresos mayores a cero, en función del valor de su ingreso per cápita, y b) la distribución posterior de estos hogares en cinco grupos de aproximadamente igual tamaño.

De esta forma, los hogares del primer quintil representan –aproximadamente– el 20 por ciento de los hogares con los ingresos per cápita mas bajos, mientras que aquellos pertenecientes al quinto quintil constituyen –también aproximadamente– el 20 por ciento de hogares con mayores ingresos per cápita.

ANEXO 2

DATOS Y MEDICIÓN

La muestra estuvo compuesta por 3128 personas: 2263 adultos (18 años y más) y alrededor de 865 menores (de 0 años a menos de 18 años). Obsérvese que en el caso de los menores, respondió la encuesta la madre o algún otro adulto responsable.

El trabajo de campo se realizó entre agosto y octubre de 2010, y los pasos considerados para la muestra fueron los siguientes:

- ▷ Se elaboró la distribución de individuos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 de acuerdo a sus edades y aglomerados de residencia.
- ▷ Se añadió el total de hogares por aglomerado y la proporción de los mismos con IPMH (Índice de Privación Material de los Hogares), sumando la privación coyuntural, la estructural y la conjunta.
- ▷ Se seleccionó una muestra estratificada en tres etapas de tamaño $n=2.200$ desde los $N=24.090.463$ individuos de 18 años y más. De este modo, la fracción de muestreo es $f=2.200/24.090.463$, lo que determina la selección de un individuo cada $F=1/f=10.950,21$ casos. La muestra de adultos final fue de 2.263 casos, con lo que esta fracción resulta en 10.645,37.
- ▷ Se definieron 28 estratos: 8 correspondientes a los aglomerados de inclusión forzosa, 15 correspondientes a los tres tamaños de aglomerados por las cinco regiones y 5 correspondientes a la población rural de las cinco regiones.

Los lugares resultantes para la muestra por tener 300.000 y más habitantes, incluyendo los ocho aglomerados de inclusión forzosa, son, por orden alfabético:

- Aguilares (Tucumán)
- Área Metropolitana de Buenos Aires (Capital Federal y 32 partidos del conurbano bonaerense)
- Bahía Blanca (Buenos Aires)
- Bonpland (Misiones)
- Colonia Caroya (Córdoba)
- Concarán (San Luis)
- Deán Funes (Córdoba)
- Dolores (Buenos Aires)
- Ferri (Río Negro)

- Garmendia (Tucumán)
- Gran Córdoba
- Gran La Plata (Buenos Aires)
- Gran Mar del Plata (Buenos Aires)
- Gran Mendoza
- Gran Neuquén
- Gran Posadas (Misiones)
- Gran Resistencia (Chaco)
- Gran Rosario (Santa Fe)
- Gran Salta
- Gran San Juan
- Gran San Luis
- Gran San Miguel de Tucumán
- Gran San Nicolás de los Arroyos (Buenos Aires)
- Gran Santa Fe
- Luján (Buenos Aires)
- Luque (Córdoba)
- María Juana (Santa Fe)
- Mercedes (Corrientes)
- Navarro (Buenos Aires)
- 9 de Julio (Buenos Aires)
- Pehuajó (Buenos Aires)
- Piedras Blancas (Entre Ríos)
- Profesor Salvador Mazza (Salta)
- Rafaela (Santa Fe)
- Roque Pérez (Buenos Aires)
- Saavedra (Buenos Aires)
- Santiago del Estero - La Banda
- Santiago Temple (Córdoba)
- Sumampa (Santiago del Estero)
- Tres Arroyos (Buenos Aires)
- Viedma (Chubut)
- Villa General San Martín (San Juan)
- Villa María - Villa Nueva (Córdoba)
- Villa Regina (Río Negro)
- Villa San Lorenzo (Salta)
- Wanda (Misiones)
- Yocsina (Córdoba)

ANEXO 3

TABLA DE ERRORES DE MUESTREO

En las encuestas por muestreo, los errores que se presentan pueden clasificarse en: errores ajenos al muestreo y errores debidos al muestreo.

Los errores ajenos al muestreo no pueden ser medidos directamente a partir de los datos de una encuesta específica y pueden atribuirse a diversas causas: problemas de las definiciones o conceptos utilizados, errores de recordación, de codificación de los datos obtenidos y otros errores en la recolección, procesamiento, cobertura y estimación de datos faltantes.

Los errores debidos al muestreo, en cambio, pueden ser estimados –cumpliendo razonablemente con los supuestos apropiados– y es conveniente que el usuario los conozca al utilizar la información. Estos errores se expresan a través de medidas específicas como el error estándar y el error relativo o coeficiente de variación:

$$n \text{ (muestra)} = 3.128$$

$$N \text{ (expansión a la población)} = 36.260.130$$

Estimación	Error estándar	Coeficiente de variación (%)
50.000	24.057,4	48,1
60.000	26.349,9	43,9
70.000	28.457,2	40,7
80.000	30.417,8	38,0
90.000	32.258,5	35,8
100.000	33.998,7	34,0
110.000	35.653,3	32,4
120.000	37.233,5	31,0
130.000	38.748,4	29,8
140.000	40.205,6	28,7
150.000	41.611	27,7
160.000	42.969,7	26,9
170.000	44.286	26,1
180.000	45.563,6	25,3
190.000	46.805,7	24,6
200.000	48.015	24,0



Estimación	Error estándar	Coefficiente de variación (%)
210.000	49.193,9	23,4
220.000	50.344,5	22,9
230.000	51.468,9	22,4
240.000	52.568,6	21,9
250.000	53.645,1	21,5
260.000	54.699,9	21,0
270.000	55.734,2	20,6
280.000	56.749	20,3
290.000	57.745,5	19,9
300.000	58.724,5	19,6
310.000	59.686,9	19,3
320.000	60.633,5	18,9
330.000	61.565,1	18,7
340.000	62.482,2	18,4
350.000	63.385,6	18,1
360.000	64.275,8	17,9
370.000	65.153,3	17,6
380.000	66.018,7	17,4
390.000	66.872,4	17,1
400.000	67.714,8	16,9
410.000	68.546,5	16,7
420.000	69.367,7	16,5
430.000	70.178,9	16,3
440.000	70.980,3	16,1
450.000	71.772,3	15,9
460.000	72.555,3	15,8
470.000	73.329,5	15,6
480.000	74.095,1	15,4
490.000	74.852,5	15,3
500.000	75.601,9	15,1
510.000	76.343,5	15,0
520.000	77.077,5	14,8
530.000	77.804,2	14,7
540.000	78.523,8	14,5
550.000	79.236,4	14,4
560.000	79.942,3	14,3



Estimación	Error estándar	Coefficiente de variación (%)
570.000	80.641,6	14,1
580.000	81.334,6	14,0
590.000	82.021,2	13,9
600.000	82.701,8	13,8
610.000	83.376,4	13,7
620.000	84.045,3	13,6
630.000	84.708,5	13,4
640.000	85.366,1	13,3
650.000	86.018,4	13,2
660.000	86.665,4	13,1
670.000	87.307,2	13,0
680.000	87.944	12,9
690.000	88.575,8	12,8
700.000	89.202,8	12,7
710.000	89.825,1	12,7
720.000	90.442,7	12,6
730.000	91.055,8	12,5
740.000	91.664,5	12,4
750.000	92.268,8	12,3
760.000	92.868,8	12,2
770.000	93.464,6	12,1
780.000	94.056,3	12,1
790.000	94.643,9	12,0
800.000	95.227,6	11,9
810.000	95.807,5	11,8
820.000	96.383,5	11,8
830.000	96.955,7	11,7
840.000	97.524,2	11,6
850.000	98.089,2	11,5
860.000	98.650,6	11,5
870.000	99.208,4	11,4
880.000	99.762,9	11,3
890.000	100.313,9	11,3
900.000	100.861,7	11,2
910.000	101.406,1	11,1
920.000	101.947,3	11,1



Estimación	Error estándar	Coefficiente de variación (%)
930.000	102.485,4	11,0
940.000	103.020,3	11,0
950.000	103.552,2	10,9
960.000	104.081	10,8
970.000	104.606,9	10,8
980.000	105.129,8	10,7
990.000	105.649,9	10,7
1.000.000	106.167,1	10,6
1.010.000	106.681,5	10,6
1.020.000	107.193,1	10,5
1.030.000	107.702	10,5
1.040.000	108.208,2	10,4
1.050.000	108.711,7	10,4
1.060.000	109.212,7	10,3
1.070.000	109.711	10,3
1.080.000	110.206,8	10,2
1.090.000	110.700,1	10,2
1.100.000	111.191	10,1
1.110.000	111.679,3	10,1
1.120.000	112.165,3	10,0
1.130.000	112.648,9	10,0
1.140.000	113.130,2	9,9
1.150.000	113.609,1	9,9
1.160.000	114.085,7	9,8
1.170.000	114.560,1	9,8
1.180.000	115.032,2	9,7
1.190.000	115.502,1	9,7
1.200.000	115.969,9	9,7
1.210.000	116.435,5	9,6
1.220.000	116.899	9,6
1.230.000	117.360,3	9,5
1.240.000	117.819,6	9,5
1.250.000	118.276,9	9,5

Se sugiere atender a valores de 500.000 casos o más en la muestra expandida.

ANEXO 4

REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EL ANÁLISIS DE DIFERENCIALES SOCIALES EN SALUD

Para explorar, de forma breve, hipótesis que vinculan la educación y las posiciones socioeconómicas con un buen estado de salud, ya sea según indicadores más objetivos o por percepción del propio estado de salud por parte de los encuestados, se ha recurrido a un análisis de regresión logística.

Es un método de regresión que se aplica cuando la variable dependiente es una variable dicotómica 0-1. Se puede así ver qué variables contribuyen a las chances (*odds*) de la presencia de una determinada característica. Se consideran tres variables dependientes:

- a) presencia de enfermedades crónicas, igual a 1 si le diagnosticaron enfermedad que se prolonga en el tiempo, igual a 0 si no le diagnosticaron;
- b) hizo consultas con el médico (igual a 1 si lo hizo, 0 si no); y
- c) percepción de salud regular o mala (igual a 1 si contestaron regular, mala, muy mala o pésima, igual a 0 si dijeron buena, muy buena, o excelente).

En estas ecuaciones se toman personas de 20 años y más.

De los diferentes elementos que constituyen estas regresiones, nos interesa leer aquí los coeficientes de regresión y su significación. Una observación es que, a diferencia de exploraciones anteriores, todas las variables consideradas son altamente significativas.

Para presencia de enfermedades crónicas, el modelo 1 muestra que el estatus socioeconómico (como *proxy* de clase social) es altamente significativo, controlando por sexo y edad. Su valor negativo muestra que al aumentar el estatus disminuye la presencia de enfermedades crónicas. El signo negativo de la presencia de varones es producto de que las mujeres están más asociadas al diagnóstico médico de enfermedades que se prolongan en el tiempo. La edad, dentro de pautas conocidas, se asocia a la chance de presencia de enfermedades crónicas.

Regresiones logísticas con presencia de enfermedades crónicas, concurrencia al médico y percepción regular-mala de la salud como variables dependientes, con diversas variables sociodemográficas, personas de 20 años y más, Argentina, 2010

	Enfermedades crónicas			Realización de consulta médica				Percepción regular-mala de salud			
	Mod. 1	Mod. 2	Mod. 3	Mod. 1	Mod. 2	Mod. 3	Mod. 4	Mod. 1	Mod. 2	Mod. 3	Mod. 4
bles	-0,551	-0,564	-0,560	-0,942	-0,923	-0,936	-0,864	-0,412	-0,473	-0,444	-0,269
dientes	0,057	0,057	0,057	0,019	0,021	0,021	0,009	0,034	0,027	0,026	0,008
	-0,003	-0,001	-0,001	0,003	-0,001	-0,003	-0,003	-0,027	-0,013	-0,009	-0,009
	-----	-0,010	-0,008	-----	0,027	0,019	0,022	-----	-0,092	-0,070	-0,074
DE LOCALIDAD											
nde	-----	-0,230	-0,215	-----	0,202	0,152	0,217	-----	-0,004	0,113	0,234
ia	-----	0,003	0,004	-----	0,045	0,041	0,047	-----	0,159	0,191	0,199
ta	-----	0,019	0,022	-----	0,158	0,148	0,156	-----	0,111	0,158	0,163
ef.)											
am.	-----	-----	0,000	-----	-----	0,000	0,000	-----	-----	0,000	0,000
ocl.	-----	-----	-0,099	-----	-----	0,315	0,349	-----	-----	-0,842	-0,871
cas	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1,051	-----	-----	-----	1,910
	-1,937	-1,772	-1,778	-0,909	-1,256	-1,251	-1,447	-2,057	-1,371	-1,217	-1,837
ell	0,182	0,185	0,185	0,074	0,076	0,078	0,122	0,071	0,083	0,093	0,152

Nota: todos los coeficientes de regresión son muy significativos ($p = 0,000$), con una excepción ($p < 0,01$).

* ISEI (*International Socioeconomic Index of Occupational Status*) indica los puntajes de una escala de puntajes socioeconómicos, que teóricamente pueden variar entre 0 y 100. Se construye tomando en cuenta códigos de cuatro dígitos de la Clasificación Internacional de Ocupaciones de la Oficina Internacional del Trabajo de 1988, según propuesta de Ganzeboom y Treiman (1996, 2003).

El modelo 2 agrega los años de educación completados y el tamaño de la localidad en que viven, tomando como referencia los pueblos o áreas rurales (que el análisis descriptivo mostraba con menor presencia de enfermedades crónicas). Dentro de lo esperado, la educación se vincula negativamente con el diagnóstico de estas enfermedades crónicas. Los que habitan las grandes ciudades tendrían menos chances de mencionar enfermedades crónicas (respecto de los que viven en pueblos o áreas rurales). Las localidades medias y chicas son favorables a su diagnóstico, siempre respecto de los pueblos o áreas rurales.

Finalmente, el modelo 3 agrega el ingreso familiar, debiéndose incluir la falta de información de ingreso, dado su peso (21%). Mientras el ingreso familiar exhibe valor positivo, es el ingreso no declarado el que asume un esperado peso negativo significativo.⁵

5. En esta y en ecuaciones subsiguientes, si se elimina el ingreso no declarado y en vez del ingreso se considera su logaritmo, el coeficiente muestra ya un claro valor negativo significativo.

La realización de consultas médicas tendría más chances según estatus socioeconómico de las personas encuestadas (20 años y más), controlando por sexo y edad (modelo 1). Consultan más las mujeres y las chances de consultas crecen con la edad. En el modelo 2 se introducen los años de educación completados y tamaño de la localidad. La educación toma un valor positivo con la visita al médico, llevando a un valor negativo el estatus socioeconómico. Todas las localidades consideradas, respecto de los pueblos o áreas rurales, tienen efectos positivos en las chances de visita al médico. En el modelo 3, el agregado del ingreso familiar exhibe un efecto positivo en la consulta. También, en el modelo 4, el diagnóstico de enfermedades crónicas se vincula a la visita al médico.

Finalmente, la autopercepción de la salud como regular o mala es menor cuando aumenta el estatus socioeconómico de las ocupaciones, controlando por sexo y edad. De forma consistente, es más alta para las mujeres y crece con la edad (modelo 1). Al agregar los años de educación y el tamaño de la localidad, las chances de mala percepción disminuyen al aumentar la educación, manteniendo el estatus socioeconómico sus efectos negativos sobre la mala percepción (modelo 2). Sólo en las grandes ciudades, respecto de los pueblos o áreas rurales, se observan menos chances de una mala percepción de la salud. Nuevamente, la posibilidad de que disminuya la mala percepción de la salud al considerar ingresos familiares (modelo 3) es expresada por el coeficiente de ingresos no declarados. La presencia de enfermedades crónicas (modelo 4) está claramente asociada a las mayores chances de una mala percepción de salud. En todas las ecuaciones el estatus socioeconómico de las ocupaciones y los años de educación completados se vinculan con una mejor percepción del estado de salud por parte de las personas encuestadas.

La característica más sobresaliente de la evaluación actual de las bases sociodemográficas del estado de salud, en comparación con el relevamiento de 2005, es que las mejores condiciones de salud parecen más consistentemente asociadas a mejores niveles educacionales, ocupacionales o de ingresos familiares, tomando en cuenta la alta significación de los coeficientes de regresión.

ANEXO 5

FORMULARIO DE ENCUESTA

Voy a formularle, para empezar, preguntas sobre temas de salud:

1. ¿Está usted afiliado/a a algún sistema de atención de la salud, como Obra Social, Mutual o Prepaga, etc.?

Sí	1	
No	2	-> P. 4

- 1a. ¿A cuáles? [Puede ser múltiple]

		(Escriba el nombre de Obra Social, Prepaga, Sistema de Emergencias, etc)
Obra Social	1	
Prepaga o Mutual vía Obra Social	2	
Prepaga o Mutual	3	
Sistema de Emergencias	4	
Otros (esp.): _____	5	

2. ¿Hay otros integrantes del grupo familiar afiliados a la misma Obra Social, Prepaga o Mutual, etc.?

No, sólo el encuestado	1	
Sí, hay otros integrantes del grupo familiar afiliados	2	¿Cuántos? _____

3. ¿Cuánto cuesta por mes, lo haya pagado o lo adeude?

Adicional Obra Social	\$
Mutual o Prepaga	\$
Sistema de Emergencia	\$
Diferencia Prepaga a través O. Soc. *	\$
Otros (esp.): _____	\$
Nada	0

* Diferencia que se paga cuando una Obra Social ofrece una Prepaga vinculada a ella.

3a. ¿Este costo mensual es individual o incluye al grupo familiar?

Corresponde sólo al encuestado	1
Corresponde a todo el grupo familiar	2
Corresponde a parte del grupo familiar	3

4. Durante los últimos 30 días, ¿hizo consultas con el médico, como clínicos, cirujanos, ginecólogos, oculistas, etc. ?

No	0
Sí	¿Cuántas consultas hizo en total? _____ -> P. 6

5. ¿Cuánto tiempo hace que consultó con el médico?

Más de un mes pero menos de seis meses	1
De seis meses a un año	2
Más de un año	3
Nunca consultó	9
(No recuerda)	8

[PASAR A PREG. 7]

6. ¿Cuál fue el motivo de la/s consulta/s de los últimos 30 días?

	Cons. 1	Cons. 2	Cons. 3
Control de embarazo y post-parto	1	1	1
Control general sin sentirse enfermo	2	2	2
Control de enfermedad	3	3	3
Síntomas o enfermedad (¿Cuál?: _____)	4	4	4
Estudios-análisis	5	5	5
Accidentes	6	6	6
Otros: (Especificar) _____	7	7	7

6a. ¿Dónde realizó las consultas?

	Cons. 1	Cons. 2	Cons. 3
En un centro de salud, unidad sanitaria o "salita"	1	1	1
En un hospital público	2	2	2
En un establecimiento de obra social	3	3	3
En un establecimiento privado	4	4	4



En un consultorio particular	5	5	5
En otro lugar (¿Cuál?: _____)	6	6	6

6b. ¿Cuánto le costaron a usted, se hayan pagado o se adeuden, todas las consultas de los últimos 30 días ?

[Indicar cuánto pagó o pagará de su bolsillo]	\$		
	Nada	0	-> P. 6c1
	NS/NR	998	

6c. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	9

6c1. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (esp.): _____	5

7. Durante los últimos 30 días, ¿se hizo algún análisis de sangre u orina, o alguna radiografía, o le realizaron algún estudio como ecografía, electrocardiograma, etc?

No	0	-> P. 8
Sí	¿Cuál/es? _____	

7a. ¿Cuánto le costaron a usted, se hayan pagado o se adeuden?

\$		
Nada	0	-> P. 7b1
NS/NR	998	

7b. Por favor, indíqueme si ese monto era ..

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	9

7b1. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (esp.): _____	5

8. Y durante los últimos 30 días, ¿se hizo algún tratamiento como kinesiología, rayos, diálisis, quimioterapia, etc.?

No	0	-> P. 9
SI	¿Cuál/es? _____	

8a. ¿Cuánto le costaron a usted, se hayan pagado o se adeuden?

\$		
Nada	0	-> P. 8b1
NS/NR	998	

8b. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	9

8b1. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (esp.): _____	5

9. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó a usted la presencia de una enfermedad que se extiende en el tiempo o que requiere tratamiento prolongado o medicación permanente, como las que se mencionan a continuación?

	Sí	No
a) Artritis	1	2
b) Artrosis	1	2
c) Reumatismo	1	2
d) Alergias	1	2
e) Asma	1	2
f) Bronquitis crónica	1	2
g) Diabetes	1	2
h) Presión alta	1	2
i) Infarto	1	2
j) Otras enfermedades del corazón	1	2
k) Colesterol alto	1	2
l) Enfermedades del hígado o vesícula biliar	1	2
m) Gastritis / Úlcera	1	2
n) Molestias urinarias (por ej. problemas de próstata)	1	2
o) Depresión / ansiedad	1	2
p) Otra:	1	2
No le diagnosticaron ninguna	9	-> P10

9a. Durante los últimos 12 meses, ¿estas enfermedades han limitado de alguna manera su actividad principal, su trabajo, estudios, labores del hogar, etc.?

Sí, la mayor parte del tiempo	1
Sí, pero por poco tiempo	2
No, prácticamente no me limitaron	3

9b. ¿Y las actividades que usted normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, caminatas, algún deporte)?

Sí, la mayor parte del tiempo	1
Sí, pero por poco tiempo	2
No, prácticamente no me limitaron	3

10. En los últimos 30 días, ¿realizó consultas con el dentista?

No	0	→ P11
Sí	¿Cuántas consultas hizo en total? _____	

10a. ¿Dónde realizó las consultas?

	Cons. 1	Cons. 2	Cons. 3
En un centro de salud, unidad sanitaria o "salita"	1	1	1
En un hospital público	2	2	2
En un establecimiento de obra social	3	3	3
En un establecimiento privado	4	4	4
En un consultorio particular	5	5	5
En otro lugar (¿Cuál? _____)	6	6	6

10b. ¿Cuánto le costaron a usted, las haya pagado o adeude, todas esas consultas de los últimos 30 días?

\$		→ P. 10c1
Nada	0	
NS/NR	998	

10c. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	9

10c1. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (esp.): _____	5

11. En los últimos 30 días, ¿hizo consultas con otros profesionales de la salud, como...?

	No	Sí	¿Cuántas?
a) psiquiatras, psicólogos o psicoanalistas	0	1	
b) fonoaudiólogos, kinesiólogos o similares	0	1	

[SI NO HIZO EN NINGÚN CASO, PASAR A P. 12]

11c. ¿Cuánto le costaron a usted, se hayan pagado o se adeuden, las consultas con estos otros profesionales de la salud?

11c.1. Psicólogos, etc.

\$	
Nada	0
NS/NR	998
No consultó	999

11c.2. Fonoaudiólogos, etc.

\$		→ P.12
Nada	0	
NS/NR	998	
No consultó	999	→ P.12

11d. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

[PREGUNTAR PARA CADA CASO, SEGÚN RESPUESTAS EN P11c.1 Y P11c.2]

11d.1. Psicólogos, etc.

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	8

11d.2. Fonoaudiólogos, etc.

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	8

11e. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

	11e.1	11e.2
Una Obra Social o Prepaga	1	1
El hospital público	2	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3	3
Sólo usted y no lo recupera	4	4
Otros (esp.): _____	5	5

12. En los últimos 30 días, ¿usó medicamentos, incluyendo aspirinas, digestivos, para el hígado, anticonceptivos, etc., sin interesar cuándo los compró?

Sí	1	→ P13
No	2	→ P14

13. ¿Qué tipo de medicamentos usó en los últimos 30 días ?

13a. ¿Quién se lo indicó?

13b. Indicar marca comercial del medicamento

Tipo de medicamento:	13a. Se lo indicó:			13b. Indique marca comercial del medicamento
	13a.1 Médico / Dentista	13a.2 Farma- ceútico	13a.3 Otro	
1) Vitaminas o tónicos	1	1	1	
2) Antibióticos	2	2	2	
3) Digestivos, laxantes, para diarrea o cólicos	3	3	3	
4) Para los nervios	4	4	4	
5) Para fiebre o gripe	5	5	5	
6) Para el dolor (cabeza, menstrual, etc.)	6	6	6	
7) Para el dolor muscular y/o articular	7	7	7	
8) Para el reuma	8	8	8	
9) Para la presión	9	9	9	
10) Para el corazón	10	10	10	
11) Para el colesterol	11	11	11	
12) Para la tos	12	12	12	
13) Para la alergia	13	13	13	
14) Para el asma	14	14	14	
15) Para la diabetes	15	15	15	
16) Homeopáticos	16	16	16	
17) Para adelgazar	17	17	17	
18) Para los ojos	18	18	18	
19) Para los oídos	19	19	19	
20) Para la piel / cabello	20	20	20	
21) Para los parásitos / piojos / sarna	21	21	21	
22) Anticonceptivos	22	22	22	
23) Otros (cuál):	23	23	23	
24)	24	24	24	
25)	25	25	25	

14. ¿Compró medicamentos en los últimos 30 días, ya sea para usted o para su familia?

Si	1
No	2 -> P17

15. ¿Qué tipo de medicamentos compró en los últimos 30 días ?

15a. ¿Y los compró con o sin receta?

15b. ¿Dónde los compró?

15c. ¿Se lo proveyó gratis el médico?

Tipo de medicamento:	15a		15b			15c
	¿Los compró?		¿Dónde los compró ?			Se lo proveyó gratis el médico
	15a.1 Con receta	15a.2 Sin receta	15b.1 Farmacia	15b.2 Kiosco	15b.3 Otro lugar	
1) Vitaminas o tónicos	1	1	1	1	1	1
2) Antibióticos	2	2	2	2	2	2
3) Digestivos, laxantes, para diarrea, cólicos	3	3	3	3	3	3
4) Para los nervios	4	4	4	4	4	4
5) Para fiebre o gripe	5	5	5	5	5	5
6) Para el dolor (cabeza, menstrual, etc.)	6	6	6	6	6	6
7) Para el dolor muscular y/o articular	7	7	7	7	7	7
8) Para el reuma	8	8	8	8	8	8
9) Para la presión	9	9	9	9	9	9
10) Para el corazón	10	10	10	10	10	10
11) Para el colesterol	11	11	11	11	11	11
12) Para la tos	12	12	12	12	12	12
13) Para la alergia	13	13	13	13	13	13
14) Para el asma	14	14	14	14	14	14
15) Para la diabetes	15	15	15	15	15	15
16) Homeopáticos	16	16	16	16	16	16
17) Para adelgazar	17	17	17	17	17	17
18) Para los ojos	18	18	18	18	18	18
19) Para los oídos	19	19	19	19	19	19
20) Para la piel / cabello	20	20	20	20	20	20
21) Para los parásitos / piojos / sarna	21	21	21	21	21	21
22) Anticonceptivos	22	22	22	22	22	22
23) Otros (cuál):	23	23	23	23	23	23
24)	24	24	24	24	24	24
25)	25	25	25	25	25	25

16. ¿Cuánto le costaron a usted todos esos medicamentos, los haya pagado o adeude?

\$		-> P16a
Nada	0	-> P16a.1
NS/NR	998	-> P16a.1

16a. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

	Med. 1	Med. 2	Med. 3
la totalidad del costo (sin descuentos o reintegros)	1	1	1
sólo una parte (con descuento por O. Social, Prepaga, etc.)	2	2	2
sólo una parte (con descuento de la farmacia)	3	3	3
(No corresponde)	9	9	9

16a1. ¿Quién se hizo cargo del gasto de esos medicamentos? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria, centro de salud o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (cuál):	5

16b. Al momento de realizar la compra de medicamentos en la farmacia, el farmacéutico le presentó ...

Una sola marca	1	-> P.17
Más de una marca	2	-> P16b.1
No le presentó	3	-> P.17
NS / NR	8	-> P.17

16b.1. (Si la respuesta es más de una marca) ¿Cómo eligió?

Por precio	1
Por recomendación	2
Otra (esp.):	3

17. En los últimos 12 meses, ¿estuvo internado/a?

No	0	-> P18
Sí	¿Cuántas veces estuvo internado/a?	

17a. ¿Estuvo internado/a en ... ?

Un establecimiento de obra social	1
Un establecimiento privado	2
Un hospital público	3
Otro lugar (cuál):	4

17b. ¿Cuánto le costaron a usted esas internaciones, se hayan pagado o se adeuden?

\$		-> P. 17c1
Nada	0	
NS/NR	998	

17c. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	9

17c1. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (esp.):	5

18. Durante los últimos 30 días, ¿tuvo algún otro gasto en salud, como compra de chequeras, anteojos, gasas, vendas, aplicación de inyecciones, nebulizaciones, alquiler de ambulancia, silla de ruedas, etc.? [EXCLUIR LO GASTADO DURANTE INTERNACIÓN]

No	0	-> P19
Sí	¿En qué gastó?	

18a. ¿Cuánto le costaron a usted, se haya pagado o se adeuden?

\$	
Nada	0
NS/NR	998

-> P. 18b1

18b. Por favor, indíqueme si ese monto era ...

la totalidad del costo	1
sólo una parte	2
NS / NR	9

18b1. ¿Quién se hizo cargo o colaboró en el gasto? [Puede ser múltiple]

Una Obra Social o Prepaga	1
El hospital público	2
Una unidad sanitaria o "salita"	3
Sólo usted y no lo recupera	4
Otros (esp.): _____	5

18c. ¿Y, finalmente, utilizó usted alguna práctica o terapia como acupuntura, hierbas medicinales, Reiki, reflexología, terapias florales, quiropraxia, o fue a un curandero, le tiraron el cuerito, etc., en los últimos 12 meses?

No	2	
Si	1	¿Cuáles? _____

-> A P. 19

18c1. ¿Cuánto le costaron en los últimos 12 meses esas terapias, entre los tratamientos y productos que utilizó?

\$	
Nada	0

19. Debido a problemas de salud, ¿tuvo usted en los últimos 12 meses dificultades para...?

	Muchas	Algunas	Ninguna
a) Caminar una cuadra	1	2	3
b) Subir unos cuantos pisos por escaleras	1	2	3

c) Inclinar, agacharse o arrodillarse	1	2	3
d) Hacer ejercicios o trabajos vigorosos, como levantar objetos pesados, correr, etc.	1	2	3

20. ¿Ha dejado usted de hacer alguna de las siguientes actividades por problemas de salud en los últimos 12 meses...?

	Si	No
a) Ir a su trabajo	1	2
b) Hacer trabajos en la casa	1	2
c) Ir a la escuela, colegio o universidad	1	2

21. ¿Diría usted, en líneas generales, que su estado de salud es ... ?

Excelente	7
Muy bueno	6
Bueno	5
Regular	4
Malo	3
Muy malo	2
Pésimo	1
No podría decir	8

Dentro de la estrategia de cooperación entre el Sistema Estadístico de Salud y otros organismos oficiales, el relevamiento de contenidos de utilización y gasto en salud por encuestas a población tiene una larga trayectoria y es importante señalar que ésta es la tercera encuesta con alcance nacional.

La Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud es el único relevamiento estadístico, dentro de la metodología de encuestas a población, que posibilita analizar en una misma unidad –conceptual y operativa– la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud de la población.



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación