

SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD

ENCUESTA DE UTILIZACION Y GASTO EN SERVICIOS DE SALUD

**ARGENTINA - AÑO 2010
PRIMEROS RESULTADOS**

**SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS
DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD**

**SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS
PROYECTO FUNCIONES ESENCIALES Y PROGRAMAS PRIORIZADOS
DE SALUD PUBLICA - FESP**

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GINO GERMANI**

ENCUESTA DE UTILIZACION Y GASTO EN SERVICIOS DE SALUD

**ARGENTINA - AÑO 2010
PRIMEROS RESULTADOS**

Julio de 2012

**MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS
DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD**

**SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS
PROYECTO FUNCIONES ESENCIALES Y PROGRAMAS
PRIORIZADOS DE SALUD PUBLICA - FESP**

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GINO GERMANI**

AUTORIDADES NACIONALES

PRESIDENTA DE LA NACION

DRA. CRISTINA E. FERNANDEZ DE KIRCHNER

MINISTRO DE SALUD

DR. JUAN L. MANZUR

SECRETARIO DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS

DR. GABRIEL YEDLIN

SECRETARIO DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS

DR. MAXIMO DIOSQUE

DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD

Lic. Elida H. MARCONI

Lic. María de las M. Fernández

Lic. Karina V. Loíacono
Dra. María Laura Martínez
Cont. José A. Garro
Técn. Est. Salud Catalina Lazaroff
Aux. Est. Salud María Rosa Machado

Lic. Carlos G. Guevel

Lic. Adrián Gabriel Santoro
Lic. Giselle García
Lic. Irene V. Kliewer
Técn. Est. Salud Ana María Vander Horden
Técn. Est. Salud Ada R. Miño

Sra. Marisa S. Peyton

Lic. Aurea Marisol de Arriba
Sr. Germán Breda
Sra. Olga M. Pivchuk
Sra. Dalinda M. Liendo

Lic. Marta E. Grünwaldt

Lic. Andrea F. Pantano

INDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN	1
ANTECEDENTES	2
1. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	3
2. ASPECTOS BÁSICOS DEL GASTO EN SALUD	11
3. ESTADO DE SALUD	15
OBSERVACIONES FINALES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO METODOLÓGICO	20

PRESENTACIÓN

Esta publicación presenta –en forma abreviada- los primeros resultados referidos a utilización y gasto en servicios de salud de la Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Argentina 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 la 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).

Los cuadros y textos incluidos forman parte de un estudio más amplio sobre la temática de desigualdad y salud, coordinado por el Dr. Raúl Jorrat del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

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 servicios de salud por encuestas a población tiene una larga trayectoria. Asimismo, es importante señalar que ésta es la tercera encuesta con alcance nacional en la que el módulo de utilización y gasto en servicios de salud forma parte de un relevamiento sociodemográfico más amplio sobre estratificación social y desigualdades.

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 servicios de 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 servicios de 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) del Ministerio de Salud de la Nación 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 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 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. 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.

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.

1. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 1

Utilización de servicios de salud por segmentos sociodemográficos (en %). Argentina, 2010

Segmentos sociodemográficos	Afiliación	USUARIOS DE						Población (N)
		Consultas a Médico	Consultas a Dentista	Consultas a Otros Prof.	Medicam.	Análisis y/o Tratam.	Internación	
TOTAL	66,6	42,1	15,6	6,9	69,3	20,3	8,7	36260130
SEXO								
Varones	66,0	35,1	12,6	5,6	64,0	16,6	6,6	18268780
Mujeres	67,2	49,2	18,7	8,3	74,6	24,0	10,8	17991350
GRUPOS DE EDAD								
0 a 14 años	61,0	50,1	13,9	5,2	50,7	9,2	5,0	8163081
15 a 29 años	52,0	31,3	18,2	4,5	67,8	16,1	8,3	7254289
30 a 44 años	62,7	34,3	16,8	8,0	69,5	20,6	9,8	7352525
45 a 59 años	68,1	40,5	15,9	7,6	75,4	23,8	8,6	6751617
60 años y más	91,7	53,9	13,2	9,5	86,9	34,4	12,5	6738618
NIVEL EDUCACIÓN								
Hasta Prim.comp.	60,5	41,8	12,3	6,1	67,6	19,8	8,5	12140812
Est. Secundarios	62,2	41,1	15,5	4,8	68,7	20,3	8,7	15655718
Est. Superiores	83,4	44,2	20,6	11,9	72,6	21,0	9,1	8463600
QUINTILES INGRESO								
Quintil 1	43,4	44,5	12,7	6,4	72,5	22,0	8,5	5336920
Quintil 2	60,7	40,5	14,6	6,1	68,2	22,1	9,0	6113194
Quintil 3	61,8	39,6	15,1	5,1	68,6	17,6	10,1	6426346
Quintil 4	78,9	40,2	12,5	6,0	67,0	16,5	9,1	5704737
Quintil 5	83,3	42,4	22,5	9,2	69,4	22,5	7,7	4993865
CLASE SOCIAL								
Clase de servicios	92,7	45,8	20,6	11,9	71,9	22,9	10,8	4810630
No manuales rutinarios	76,5	45,5	15,9	45,5	70,9	23,4	10	7508555
Cuenta Propia y Comerc.	62,2	40,6	15,6	5,7	70,8	23,4	10	7508555
Man. calif. y semicalif.	61,7	38,1	13,2	6	69,2	19	7,6	8951906
Manuales no calif.	52,3	43,4	14,1	4,7	64,4	20,1	9,6	8914116
CLASE SUBJETIVA								
Clase baja y obrera	52,8	41,9	13,7	3,9	69,2	18,3	7,6	11666672
Clase media-baja	69,1	41,6	14,5	7,5	69,1	19,4	8,5	6770638
Media, media-alta y alta	75,0	42,3	17,4	9,0	69,1	22,0	9,6	17206672
TAMAÑO LOCALIDADES								
Ciudades grandes	66,4	43,2	16,4	8,4	70,8	21,9	7,5	17843125
Ciudades medias	72,9	39,8	13,5	6,8	70,0	22,0	9,4	7492930
Pequeñas ciudades	64,7	44,3	17,6	5,4	65,7	18,7	11,7	6637179
Pueblos o áreas rurales	59,0	37,3	12,9	2,8	67,1	13,0	7,8	4286895
REGIONES								
AMBA	66,3	42,9	15,9	8,7	70,8	22,3	7,3	12046799
PAMPEANA	69,6	43,9	16,0	7,4	69,8	20,5	9,1	12081485
CUYO	52,0	40,4	15,4	4,0	72,0	18,3	8,0	2567607
NOA	64,7	40,1	13,6	6,7	71,0	18,2	11,2	4458470
NEA	63,8	37,7	14,9	0,5	66,3	17,1	9,2	3367518
PATAGONIA	78,8	39,2	17,3	7,7	52,1	19,5	9,5	1738251
AFILIACIÓN								
Afiliados	----	45,7	16,9	8,2	71,7	23,7	9,7	24136469
No afiliados	----	34,7	13,0	4,1	64,5	13,4	6,7	12123661

En la Tabla 1 se presentan 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 menores de 18 era un adulto responsable quien brindaba la información solicitada.

1.1 Afiliación a sistemas de atención de la salud

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 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 (seguramente debido a 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. 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 en la Patagonia (79%), mientras el menor valor se observa en Cuyo (52%).

1.2 Consultas al médico

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 15 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%).

Las consultas al médico están poco diferenciadas 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 las localidades pequeñas y, según regiones geográficas, en el NEA y en la Patagonia.

1. Esta variable, muy gruesamente, sigue una clasificación usada internacionalmente propuesta por Erikson y Goldthorpe (1992). 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*. 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.

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.

1.2.1 Algunos aspectos de la consulta médica

La información que se presenta a continuación proviene de los datos recabados para las personas que manifestaron haber realizado **al menos una consulta al médico en los últimos treinta días** y, en caso afirmativo, cuántas consultas se realizaron.

Del total de encuestados, un 42% consultó al médico en los últimos treinta días. 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. El promedio mensual de consultas al médico en la población fue de 0,7 y, entre los consultantes, 1,7 consultas. El promedio crece con la edad hasta alrededor de los 44 años, baja en el grupo de 45 a 59 años y aumenta fuertemente a partir de los 60 años (2 consultas).

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 (1,4 y 1,5 respectivamente). Por último, el promedio de consultas entre los afiliados es 1,8 y entre los no afiliados es de 1,6.

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.

Tomando en cuenta las respuestas de los consultantes, los motivos se reparten básicamente entre el control o seguimiento de enfermedad (33%), la consulta por problemas de salud o enfermedades (29%) y el control sin sentirse enfermo (26%). Esto significa que 9 de cada 10 personas consultaron por estas causas, y que 6 de cada 10 lo hicieron por cuestiones vinculadas a un problema de salud o enfermedad.

Tabla 2
Motivos de las consultas al médico (1ª consulta). Argentina, 2010

<i>Motivos</i>	<i>% sobre Consultantes</i>
Total	100,0
Control de embarazo y post-parto	2,0
Control general sin sentirse enfermo	26,0
Control de enfermedad	33,2
Síntomas o enfermedad	29,0
Estudios-análisis	2,6
Accidentes	2,4
Otros	4,9
(Población Consultante con al menos 1 Consulta)	(15.237.030)

Lugar de las consultas al médico

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 3
Lugar de la consulta médica (1ª consulta). Argentina, 2010

<i>Lugar de la consulta</i>	<i>% sobre Consultantes</i>
Total	100,0
En un centro de salud, unidad sanitaria o "salita"	14,2
En un hospital público	20,5
En un establecimiento de obra social	20,1
En un establecimiento privado (Clínicas/ Sanatorios)	22,2
En un consultorio particular	20,9
En otro lugar	2,1
RESUMEN POR SUBSECTOR:	
<i>Consultas en el subsistema público</i>	34,7
<i>Consultas en establecimientos de obra social</i>	20,1
<i>Consultas en el subsistema privado</i>	45,2
(Población consultante con al menos 1 consulta)	(15.237.030)

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.

Perfil sociodemográfico según lugar de consulta médica

A continuación, en la Tabla 4, se presentan los datos del perfil sociodemográfico de quienes consultaron en los últimos 30 días, según lugar de consulta.

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 subsector privado.

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 subsector 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.

Entre los afiliados (a cualquier sistema) que consultaron al médico en los últimos treinta días, un 15,5% de los consultantes utilizó el subsector público, un 27,5% asistió a establecimientos de obra social y el 57%, al subsector privado. La gran mayoría de los consultantes no afiliados recurre al subsector público (85%); los menos, al 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.

**Tabla 4. Perfil de los consultantes según segmentos sociodemográficos (en %)
Argentina, 2010**

Segmentos sociodemográficos	Distribución porcentual de los consultantes según lugar de atención		
	Establ. Público	Establ. Obra Social	Establ. Privado
TOTAL	34,7	20,1	45,2
SEXO			
Varones	36,6	20,1	43,3
Mujeres	33,4	20,1	46,5
GRUPOS DE EDAD			
0 a 14 años	46,4	13,7	39,9
15 a 29 años	47,6	19,9	32,5
30 a 44 años	35,0	17,2	47,8
45 a 59 años	33,5	20,4	46,1
60 años y más	14,1	29,2	56,7
NIVEL EDUCACIÓN			
Hasta Primaria comp.	44,2	17,1	38,7
Est. Secundarios	38,5	22,8	38,7
Est. Superiores	15,1	19,5	65,4
QUINTILES INGRESO			
Quintil 1	57,9	13,6	28,5
Quintil 2	45,9	16,0	38,1
Quintil 3	39,0	20,7	40,3
Quintil 4	25,9	17,3	56,8
Quintil 5	17,4	19,6	63,0
Sin especificar	23,8	29,2	47,0
CLASE SOCIAL			
Clase de servicios	8,7	18,0	73,3
No manuales rutinarios	24,4	25,6	50,0
Cuenta Propia y Comerciantes	33,3	21,9	44,8
Manuales calificados .y semicalificados	37,9	21,3	40,8
Manuales no calificados	54,2	17,3	28,5
Sin especificar	41,0	12,2	46,8
REGIONES			
AMBA	29,6	33,0	37,4
PAMPEANA	33,8	15,8	50,4
CUYO	36,8	26,2	37,0
NOA	47,3	3,3	49,4
NEA	44,4	10,0	45,6
PATAGONIA	25,6	8,9	65,5
AFILIACIÓN			
Afiliados	15,5	27,5	57,0
No afiliados	85,0	0,6	14,4

1.3 Consultas al 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 al dentista es menor en las ciudades intermedias y pequeñas (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).

1.4 Consultas a otros profesionales de salud

1.4.1. Salud mental

En los últimos 30 días, un 4% de las personas encuestadas dijo haber hecho este tipo de consultas. 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 los niveles más altos de ingreso familiar, al igual que para los sectores de clase más altos y entre los afiliados.

Los porcentajes de consultantes disminuyen al decrecer al tamaño de la localidad. El porcentaje es mayor en el AMBA y casi inexistente en el NEA.

1.4.2. Fonoaudiología, kinesiología, etc.

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.

1.5 Análisis, estudios y 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 las localidades más pequeñas (13%) y no surgen diferencias relevantes por región. Los afiliados superan en un 77% a los no afiliados (23,7% y 13,4%, respectivamente).

1.6 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 educacional, 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, esta utilización es importante también entre los no afiliados.

Dejando de lado la distinción por segmentos sociodemográficos, se puede observar en el siguiente 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 agrupados como “otros” dan cuenta de un 16% de las instancias de uso, que muchas veces incluyen medicamentos que pueden redistribuirse en las categorías ya establecidas. Se utiliza la expresión “instancias de uso” porque una persona encuestada puede haber consumido más de un tipo de medicamento.

Tabla 5
Tipos de medicamentos utilizados (en porcentajes). Argentina, 2010

<i>Tipo de Medicamento usado</i>	Porcentaje
Para el dolor (cabeza, menstrual, etc.)	14,4
Para la presión	10,6
Para el dolor muscular u óseo-articular	10,9
Para fiebre o gripe	9,6
Antibióticos	7,9
Digestivos, laxantes, etc.	5,7
Para el corazón	3,5
Para la diabetes	3,1
Anticonceptivos	2,9
Para el colesterol	2,7
Ansiolíticos, para dormir, etc.	2,6
Vitaminas o tónicos	2,5
Para la alergia	2,5
Para la tos	2,3
Para los ojos	1,3
Para el asma	1,1
Otros	16,3
TOTAL	100,0

Una cuarta parte (25,3%) de las instancias de uso se refiere a medicamentos para el dolor de cabeza u óseomuscular. 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 tranquilizantes o para dormir 2,6%.

1.7 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%).

1.8 Otros gastos en salud

En los últimos treinta días un 8% de los encuestados realizaron otros gastos en salud: adquisición de lentes, alquiler o compra de tensiómetros, bastones, 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.

1.9 Otras prácticas de salud

Este punto fue indagado por primera vez en la encuesta de 2010. El agrupamiento incluye acupuntura, Reiki, reflexología, quiropraxia así como consulta con sanadores, curanderos, etc.

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%). Los afiliados las utilizaron algo más que los no afiliados.

1.10 Utilización de servicios de salud: variaciones entre 2005 y 2010

Los porcentajes de utilización de servicios de salud en el quinquenio 2005-2010 se mantienen estables o tienden a crecer.

Se registró un crecimiento del 38% entre quienes realizaron estudios, tratamientos o internaciones. Más alejadas, le siguen la afiliación (6% de crecimiento) y la consulta médica (3%).

Tabla 6
Utilización de servicios de salud: porcentajes de variación por tipo de utilización
Argentina 2005 y 2010

<i>Cobertura y tipo de utilización</i>	2005	2010	Variación 2010/2005
Personas Afiliadas	62,7	66,6	6,2
Consultantes al Médico	40,6	42,1	3,7
Consultantes al Dentista	15,3	15,6	2,0
Consultantes a Otros Profesionales	6,8	6,9	1,5
Usaron Medicamentos	69,2	69,3	0,1
Utilizaron análisis, tratamientos o internaciones	22,1	30,5	38,0

2. ASPECTOS BÁSICOS DEL GASTO EN SALUD

El gasto de bolsillo en salud 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.

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*, 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.

Tabla 7. Montos y porcentajes de gastos de bolsillo en salud, por tipo de gasto Argentina, 2010

Distintos rubros de gasto en salud	Monto de gasto mensual (en \$)	Promedio gasto mensual (en \$)	% de cada gasto	% de cada gasto sin afiliación
TOTAL	3.328.745.306	91,8	100,0	100,0
Afiliación voluntaria	559.029.673	15,4	16,8	- -
Consulta médica	184.365.686	5,1	5,5	6,7
Consulta al dentista	376.186.133	10,4	11,3	13,6
Consulta de salud mental	98.959.187	2,7	3,0	3,6
Consulta otros profesionales	24.739.825	0,7	0,7	0,9
Análisis – Estudios - Tratamientos	164.426.486	4,5	5,0	5,9
Medicamentos	1.467.327.722	40,5	44,1	53,0
Internación (mensual)	74.224.757	2,1	2,2	2,7
Otros gastos en salud	361.700.987	10,0	10,9	13,1
Prácticas no tradicionales	18.084.850	0,5	0,5	0,7

2.1 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.

Tabla 8. Promedio mensual de gasto de bolsillo en salud 2005 y 2010, con variaciones del último quinquenio. Argentina. 2010

Tipo de gasto en salud	Promedio mensual de gastos en salud			
	2005	2005 actualizado	2010	Variación % 2010 - 2005
Afiliación	8,0	12,7	15,4	21,1%
Consultas al médico	2,4	3,9	5,1	30,3%
Consultas al dentista	3,1	5,0	10,4	107,0%
Consultas a otros profesionales	2,6	4,1	3,4	-17,2%
Medicamentos	14,8	23,4	40,5	72,8%
Análisis, Tratamientos e Internaciones	3,2	5,2	6,6	27,9%
Otros Gastos	3,1	4,9	10,0	102,2%
Total	37,3	59,5	91,8	53,4%

Tanto en el rubro de consultas al dentista como en otros gastos, 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 (28%) y la afiliación (21%).

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

3. Actualizaciones realizadas con la colaboración de la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

2.2 Gasto en salud según variables sociodemográficas

Tabla 9. Promedio de gasto de bolsillo en salud, según tipo de gasto y segmentos sociodemográficos, en pesos, Argentina, 2010

Segmentos sociodemográficos	Todos los rubros	Afilación	Consultas a			Medicam.	Est., trat. internac.	Otros gastos
			Médico	Dentista	Otros Prof.			
TOTAL	91,8	15,4	5,1	10,4	3,4	40,5	6,6	10,0
SEXO	75,9	14,3	3,7	8,6	2,3	33,8	5,1	8,0
Varones	108,0	16,6	6,5	12,2	4,6	47,2	8,1	12,0
Mujeres								
GRUPOS DE EDAD	30,1	1,5	4,2	3,8	1,3	14,1	0,9	4,3
0 a 14 años	54,3	7,2	2,0	7,9	2,8	22,5	3,0	8,8
15 a 29 años	101,9	23,1	6,3	9,0	6,0	41,5	10,4	5,0
30 a 44 años	146,2	28,5	7,1	17,3	5,3	54,8	11,2	21,0
45 a 59 años	141,5	19,7	6,2	15,6	2,1	76,2	8,4	12,4
60 años y más								
NIVEL EDUCACIÓN								
Hasta Prim.comp.	72,6	7,9	4,8	6,2	1,5	37,0	4,4	10,8
Est. Secundarios	81,7	12,5	4,2	8,5	2,0	41,1	4,4	8,6
Est. Superiores	138,1	31,6	7,3	19,8	8,8	44,3	13,7	11,2
QUINTILES INGRESO								
Quintil 1	58,7	4,1	2,5	2,9	2,5	33,8	2,9	9,9
Quintil 2	64,8	7,3	5,4	3,2	0,9	37,3	3,7	6,8
Quintil 3	80,7	9,6	3,9	10,8	1,4	41,2	4,8	8,6
Quintil 4	93,9	11,0	7,3	5,6	3,1	43,0	14,2	9,3
Quintil 5	145,9	34,8	7,3	18,0	8,3	50,7	11,4	14,3
Sin especificar	108,8	25,3	4,6	19,5	4,8	38,6	4,1	11,3
CLASE SOCIAL								
Clase de servicios	163,6	37,3	9,8	18,5	9,4	49,9	19,6	17,3
No manuales rutinarios	101,0	19,8	6,0	8,9	4,2	51,8	5,3	4,5
Cuenta Propia y Comerc.	125,1	25,9	4,4	32,4	3,9	46,7	8,0	3,0
Man. calif.y semicalif.	76,1	9,1	4,4	4,6	2,5	37,2	4,6	13,5
Manuales no calif.	57,4	4,6	3,1	5,5	1,1	30,6	3,7	8,6
Sin especificar	73,6	11,0	3,8	12,3	1,2	31,1	2,4	11,7
CLASE SUBJETIVA								
Clase baja y obrera	60,5	5,0	3,4	5,0	1,2	34,8	3,2	7,8
Clase media-baja	87,1	13,8	6,1	7,9	2,6	42,5	3,8	10,3
Media, media-alta y alta	114,1	23,3	5,8	15,0	5,3	42,6	10,0	11,3
Sin especificar	114,7	12,9	6,3	11,7		66,8	5,3	11,7
TAMAÑO LOCALIDADES								
Ciudades grandes	99,9	20,4	3,7	14,2	4,6	42,0	3,2	11,0
Ciudades medias	99,1	11,5	7,0	6,8	2,8	45,8	13,9	11,0
Pequeñas ciudades	90,1	12,3	8,5	8,0	2,2	38,0	9,5	11,5
Pueblos o áreas rurales	47,9	6,5	2,0	4,7	1,4	28,4	3,4	1,6
REGIONES								
AMBA	105,1	22,5	3,5	13,9	5,3	42,7	3,1	13,1
PAMPEANA	90,4	13,3	6,9	11,5	3,3	41,9	5,0	8,3
CUYO	73,5	4,8	7,4	2,2	0,4	30,6	16,9	11,2
NOA	99,6	16,0	4,5	9,8	3,3	46,9	14,7	3,8
NEA	60,5	8,4	2,5	4,7	0,0	25,4	3,3	16,0
PATAGONIA	77,4	9,0	6,9	2,5	2,6	41,7	12,0	2,8

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.

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 aquéllas de menores estudios. Ello es importante en los rubros de internaciones, salud mental y odontología. También es relevante en el gasto de afiliación voluntaria, donde los de estudios superiores gastan 4 veces lo que aquéllos 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). 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 2º es de 3,7%, para el 3º de 3,1%, para el 4º 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%.

3. ESTADO DE SALUD

Tabla 10.
Autopercepción del estado de salud y diagnóstico de enfermedades crónicas según segmentos sociodemográficos (en porcentajes). Argentina, 2010

Segmentos sociodemográficos	Autopercibe su estado de salud como			Le diagnosticaron una enfermedad
	Regular a pésimo	Bueno	Muy bueno - excelente	
TOTAL	14,0	38,5	47,5	46,8
SEXO				
Varones	10,9	39	50,1	41,8
Mujeres	17,1	38	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 EDUCACIÓN				
Hasta Primaria completa	22,9	39,8	37,3	54,4
Est. Secundarios	11,6	40,3	48,1	43,7
Est. Superiores	5,5	33,5	61	41,4
QUINTILES INGRESO				
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	49,9	43,8
Quintil 4	9,7	40,3	50	43,9
Quintil 5	6,1	33,9	60	40,4
Sin especificar	10,5	39,1	50,4	47,6
CLASE SOCIAL				
Clase de servicios	8,7	34	57,4	47,9
No manuales rutinarios	12,4	37,2	50,4	46,8
Cuenta Propia y Comerc.	10,5	46,1	43,3	51,4
Man. calif.y semicalif.	14,2	42,1	43,7	44,4
Manuales no calif.	18,4	37,6	44	48,6
Sin especificar	15,4	34,6	49,9	42,7
TAMAÑO LOCALIDADES				
Ciudades grandes	12,5	37,7	49,8	45,7
Ciudades medias	15,1	40,3	44,7	49,2
Pequeñas ciudades	15,3	43,8	40,9	49,9
Pueblos o áreas rurales	16,1	30,9	53	42,4
REGIONES				
AMBA	13	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

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 de la población, un 47%, mencionó que les fue diagnosticada. Asimismo, entre un 32 y un 35% de las personas encuestadas manifestaron que estas enfermedades los afectaban un poco o mucho en sus actividades principales o en su tiempo libre.⁴

Por último, les fue requerido que informaran sobre cómo percibían su estado de salud, en una escala de siete puntos que iba desde excelente a pésimo.

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 que el médico le diagnosticó alguna enfermedad que se prolonga en el tiempo (última columna del cuadro).

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 las localidades más pequeñas o rurales, seguida por las grandes ciudades. En estas localidades también es menor el diagnóstico de enfermedades crónicas.

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.

Finalmente, en la Tabla 12 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.

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%.

4. Se interrogó 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.

Tabla 11
Enfermedades referidas por la población como diagnosticadas por el médico
Argentina, 2010

Grupos de enfermedades diagnosticadas	Peso relativo porcentual
Artritis	3,7
Artrosis	7,6
Reumatismo	3,2
Alergias	10,0
Asma	3,0
Bronquitis crónica	2,6
Hipertensión	15,1
Infarto	1,7
Otras enfermedades del corazón	4,4
Colesterol Alto	9,5
Enfermedades de hígado o vesícula biliar	5,0
Gastritis – Úlcera	6,8
Diabetes	5,5
Enfermedades sistema urinario	4,6
Depresión – Ansiedad	5,0
Otras	14,2

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.), los menores de 15 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 también exhiben un uso algo mayor. Las localidades pequeñas 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.

El promedio mensual de consultas al médico es de 0,72 y, asciende a 1,71 si se considera sólo 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, la población gastó 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 socioeconómicos en salud". *Salud Colectiva*, 4, 1: 57-75.

SISTEMA ESTADÍSTICO DE SALUD (2004): *Encuesta a población*. Serie 10, N° 17. Buenos Aires, DEIS-MSN.

SISTEMA ESTADÍSTICO DE SALUD (2006): *Encuesta a población*. Serie 10, N° 20. Buenos Aires, DEIS-MSN.

ANEXO METODOLÓGICO

A. 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 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 los utilizados en las internaciones.

El consumo y la utilización de medicamentos presentan características específicas que lo 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 se utilizan 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, en particular con la realizada con el médico, 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 la internación no responde a una actitud espontánea de la población 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, 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 se agregó en 2010 y da cuenta de otras prácticas o terapias 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” y Hospital público. Esta clasificación posibilita conocer el acceso de la población a los distintos tipos de establecimientos del subsector oficial, con diferentes modalidades de atención y complejidad.

✓ **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.

✓ **Gasto de bolsillo en salud**

El gasto en salud comprende el gasto directo de "bolsillo" que efectúa la población 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** y en **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 máximos que excedían los \$ 1000 les fueron asignados al mes de referencia ese máximo de \$ 1000.

B. 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)
- 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)

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.

C. TABLA DE ERRORES DE MUESTREO

n (muestra) = 3.128; N (expansión a la población) 36.260.130

Estimación	Error Estándar	C. Var (%)	Estimación	Error Estándar	C. Var (%)	Estimación	Error Estándar	C. Var (%)
50000	24057,4	48,1	560000	79942,3	14,3	1070000	109711,0	10,3
60000	26349,9	43,9	570000	80641,6	14,1	1080000	110206,8	10,2
70000	28457,2	40,7	580000	81334,6	14,0	1090000	110700,1	10,2
80000	30417,8	38,0	590000	82021,2	13,9	1100000	111191,0	10,1
90000	32258,5	35,8	600000	82701,8	13,8	1110000	111679,3	10,1
100000	33998,7	34,0	610000	83376,4	13,7	1120000	112165,3	10,0
110000	35653,3	32,4	620000	84045,3	13,6	1130000	112648,9	10,0
120000	37233,5	31,0	630000	84708,5	13,4	1140000	113130,2	9,9
130000	38748,4	29,8	640000	85366,1	13,3	1150000	113609,1	9,9
140000	40205,6	28,7	650000	86018,4	13,2	1160000	114085,7	9,8
150000	41611,0	27,7	660000	86665,4	13,1	1170000	114560,1	9,8
160000	42969,7	26,9	670000	87307,2	13,0	1180000	115032,2	9,7
170000	44286,0	26,1	680000	87944,0	12,9	1190000	115502,1	9,7
180000	45563,6	25,3	690000	88575,8	12,8	1200000	115969,9	9,7
190000	46805,7	24,6	700000	89202,8	12,7	1210000	116435,5	9,6
200000	48015,0	24,0	710000	89825,1	12,7	1220000	116899,0	9,6
210000	49193,9	23,4	720000	90442,7	12,6	1230000	117360,3	9,5
220000	50344,5	22,9	730000	91055,8	12,5	1240000	117819,6	9,5
230000	51468,9	22,4	740000	91664,5	12,4	1250000	118276,9	9,5
240000	52568,6	21,9	750000	92268,8	12,3			
250000	53645,1	21,5	760000	92868,8	12,2			
260000	54699,9	21,0	770000	93464,6	12,1			
270000	55734,2	20,6	780000	94056,3	12,1			
280000	56749,0	20,3	790000	94643,9	12,0			
290000	57745,5	19,9	800000	95227,6	11,9			
300000	58724,5	19,6	810000	95807,5	11,8			
310000	59686,9	19,3	820000	96383,5	11,8			
320000	60633,5	18,9	830000	96955,7	11,7			
330000	61565,1	18,7	840000	97524,2	11,6			
340000	62482,2	18,4	850000	98089,2	11,5			
350000	63385,6	18,1	860000	98650,6	11,5			
360000	64275,8	17,9	870000	99208,4	11,4			
370000	65153,3	17,6	880000	99762,9	11,3			
380000	66018,7	17,4	890000	100313,9	11,3			
390000	66872,4	17,1	900000	100861,7	11,2			
400000	67714,8	16,9	910000	101406,1	11,1			
410000	68546,5	16,7	920000	101947,3	11,1			
420000	69367,7	16,5	930000	102485,4	11,0			
430000	70178,9	16,3	940000	103020,3	11,0			
440000	70980,3	16,1	950000	103552,2	10,9			
450000	71772,3	15,9	960000	104081,0	10,8			
460000	72555,3	15,8	970000	104606,9	10,8			
470000	73329,5	15,6	980000	105129,8	10,7			
480000	74095,1	15,4	990000	105649,9	10,7			
490000	74852,5	15,3	1000000	106167,1	10,6			
500000	75601,9	15,1	1010000	106681,5	10,6			
510000	76343,5	15,0	1020000	107193,1	10,5			
520000	77077,5	14,8	1030000	107702,0	10,5			
530000	77804,2	14,7	1040000	108208,2	10,4			
540000	78523,8	14,5	1050000	108711,7	10,4			
550000	79236,4	14,4	1060000	109212,7	10,3			

NOTA IMPORTANTE:

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

D. 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.

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. 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.

Variables Independent es	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
Varones	-0,551	-0,564	-0,560	-0,942	-0,923	-0,936	-0,864	-0,412	-0,473	-0,444	-0,269
Edad	0,057	0,057	0,057	0,019	0,021	0,021	0,009	0,034	0,027	0,026	0,008
ISEI ^a	-0,003	-0,001	-0,001	0,003	-0,001	-0,003	-0,003	-0,027	-0,013	-0,009	-0,009
Años Educ.	-----	-0,010	-0,008	-----	0,027	0,019	0,022	-----	-0,092	-0,070	-0,074
Tamaño Loc.:											
Ciud. Grande	-----	-0,230	-0,215	-----	0,202	0,152	0,217	-----	-0,004	0,113	0,234
Ciud Media	-----	0,003	0,004	-----	0,045	0,041	0,047	-----	0,159	0,191	0,199
Ciud. Chica	-----	0,019	0,022	-----	0,158	0,148	0,156	-----	0,111	0,158	0,163
RURAL (Ref.)											
Ingreso Fam.	-----	-----	0,000	-----	-----	0,000	0,000	-----	-----	0,000	0,000
Ing. No decl.	-----	-----	-0,099	-----	-----	0,315	0,349	-----	-----	-0,842	-0,871
Enf. Crónicas	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1,051	-----	-----	-----	1,910
Constante	-1,937	-1,772	-1,778	-0,909	-1,256	-1,251	-1,447	-2,057	-1,371	-1,217	-1,837
R2 Cox-Snell	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 ($p < 0,01$).

^a ISEI (*International Socioeconomic Index of Occupational Status*) indica los puntajes de una escala de puntajes socioeconómico, que teóricamente puede variar entre 0 y 100.