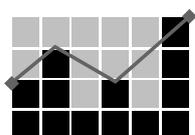




Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires

Aspectos referidos a la Salud 2004 - 2005

Nº 12 | Año 2008



estadística
de la Ciudad

Gobierno de la Ciudad
de Buenos Aires

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

Director

José M. Donati

**Supervisión y coordinación
del proyecto**

Martín J. Moreno

Responsable de edición

Diana Lacal

Elaboración de contenidos

Adriana Redondo

Karina Rigo

Martín Santellán

Lucía Vera

Diseño Gráfico

Pamela Carabajal

María José Vanier

Esta edición con una tirada de 300 ejemplares,
se terminó de imprimir en el mes de Enero de 2008
en la Dirección General de Estadística y Censos,
Av. San Juan 1340 (1148)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Los interesados en obtener información o publicaciones editadas por la
Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A), pueden remitirse a nuestro
Centro de Documentación, ubicado en Av. San Juan 1340 (1148) - Buenos Aires
Tel.: 4307-3547 Tel/fax: 4307-5661
Horario de atención: de lunes a viernes de 10 a 15 hs.
Email: cdocumentacion_estadistica@buenosaires.gov.ar
<http://www.estadistica.buenosaires.gov.ar>

Tirada: 300 ejemplares. Costo unitario de producción: \$ 10,00 (Ley N° 866)



Autoridades

Jefe de Gobierno
Mauricio Macri

Ministro de Hacienda
Néstor Grindetti

**Administrador Gubernamental
de Ingresos Públicos**
Carlos Walter

**Director General
de Estadística y Censos**
José M. Donati

Presentación

Con esta publicación continuamos la serie **Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires**, cuyo objetivo es difundir algunos de los resultados obtenidos en la encuesta.

Como explicáramos en las publicaciones anteriores, es este un estudio por muestreo probabilístico que, año tras año, permite seguir la evolución de los cambios producidos en diversos aspectos de la población de la Ciudad de Buenos Aires. La encuesta está diseñada para dar cuenta de la realidad en que se encuentra la población (y los hogares que ella conforma), de manera desagregada espacialmente, ya que el tamaño de la muestra es suficiente y fue diseñada de manea que permita obtener resultados no solo para el conjunto de la Ciudad sino para cada uno de los territorios que integran los Centros de Gestión y Participación (CGP).

En este número 13 se presentan los **aspectos referidos a la salud** que fueron analizados por la Lic. Adriana Redondo y complementado por la Lic. Karina Rigo y el Lic. Martín Santellán. La Lic. Lucia Vera tuvo a su cargo la redacción final que ahora se ofrece.

Las publicaciones de esta serie fueron pensadas y son producidas y puestas a disposición del público por esta Dirección General para que sean utilizadas como herramientas en el diseño de las políticas públicas y para que se constituyan en insumo para la investigación y mejor conocimiento de la realidad social de la Ciudad en los distintos aspectos que en ella pueden reconocerse.

En este número hemos incluido las preguntas de las Encuestas 2004 y 2005 referidas a los aspectos de salud.

El material sobre el cual se ha elaborado este documento se encuentra -con el único límite de las restricciones que impone el secreto estadístico- a disposición de aquellas personas que deseen consultarlo en nuestro Centro de Documentación, en el cual también puede accederse a otras publicaciones.

Por último sólo queda agradecer a todas las personas que con su colaboración, plasmada de una u otra forma, posibilitaron esta publicación; muy especialmente debe mencionarse a las personas que atendiendo a los encuestadores y respondiendo a sus preguntas aportaron los datos que resultan el insumo básico del conocimiento logrado.

Lic. José M. Donati

Índice

Introducción	9
Mapa Agrupamiento por zonas de los Centros de Gestión y Participación (CGP) y Barrios	11
1. La cobertura en salud	13
1.1 El tipo de cobertura por CGP y zonas de la Ciudad	14
1.2 La cobertura del sistema público de salud	16
1.3 El tipo de cobertura en salud por edad	18
1.4 El tipo de cobertura de la población por lugar de residencia, edad y sexo	18
2. La demanda de atención médica	23
2.1 Lugar de realización de las consultas	24
2.2 Consultas realizadas por sexo y edad	24
2.3 Consultas realizadas por tipo de cobertura	26
2.4 Consultas médicas y condición de actividad	26
3. La demanda de internación	29
4. El consumo de medicamentos	31
4.1 El consumo de medicamentos según sexo y edad	32
5. La consulta odontológica	33
6. La incidencia de las enfermedades crónicas	35
6.1 Las enfermedades crónicas y su expresión territorial	36
7. Mujeres y prevención	37
7.1 Exámenes de prevención ginecológica (PAP)	37
7.2 La realización de mamografías	40
8. La alimentación de los niños en sus primeros años de vida	43
8.1 La alimentación de los niños de hasta seis meses	43
8.2 La lactancia materna en los niños hasta el año de edad	45
8.3 La alimentación de los niños de hasta dos años	45
9. La salud de los adultos mayores	47
9.1 Nivel de dependencia en la vida cotidiana	48
10. Conclusiones	51
11. Bibliografía	53
12. Anexos	55
1. Metodológico	55
2. Cuestionario	59

Introducción

A partir de 2002, la Dirección General de Estadística y Censos lleva adelante la Encuesta Anual de Hogares para el conocimiento de diversos aspectos de las condiciones de vida de la población residente en la Ciudad, entre ellos, el de salud.

La presente publicación es un informe bianual que unifica el análisis de los datos de la Encuesta Anual de Hogares realizadas entre octubre y diciembre de 2004 y 2005. Sobre la base del Módulo de Salud del cuestionario que se aplica todos los años, se presentan algunas modificaciones, aunque se da continuidad a algunos subtemas específicos presentes en las diversas ediciones de la Encuesta; en otros temas se amplía o reduce la cantidad de preguntas con que se los aborda; otros, cuya indagación está planteada para realizarse bi o trianualmente, no se incluyen; y, finalmente, algunos se investigan por primera vez. Por eso, para varias de las temáticas presentes en las encuestas de 2004 y 2005 no se realiza un análisis comparativo.

Es así que **en 2004** tienen continuidad las temáticas de cobertura en salud, demanda de atención médica y de internación, el consumo de medicamentos, así como lo relativo a las conductas preventivas ginecológicas de las mujeres y el padecimiento de enfermedades crónicas. En relación a la demanda de atención odontológica se incorporó la indagación de los motivos que llevaron a ella, para poder delimitar el peso de lo preventivo en las actitudes de la población.

Se incluye por primera vez la exploración en relación a la autopercepción de la salud en los adultos mayores y sus niveles de dependencia en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana. Ello permite adentrarse en el conocimiento acerca de las condiciones del envejecimiento de los habitantes de la Ciudad.

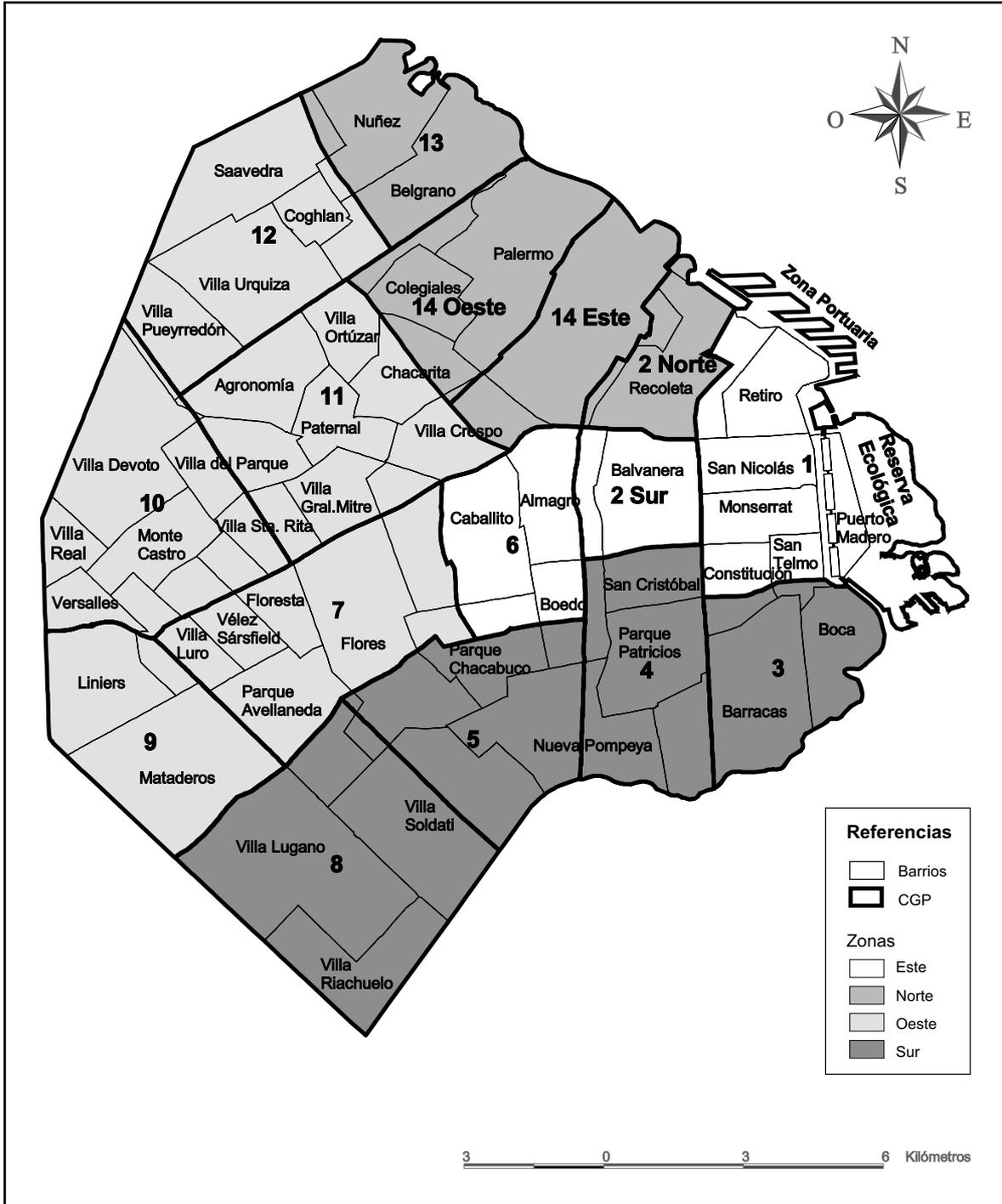
En 2005, por su parte, se avanzó en la indagación básica acerca del tipo de cobertura, el acceso a la atención a través de las consultas médicas y odontológicas, la prevención ginecológica, y se discriminaron los motivos de internación. No se incorporaron, por considerarse datos estables de un año al siguiente, la incidencia de las enfermedades crónicas y la percepción de la salud por los adultos mayores. En cambio, se incluyó un bloque destinado a la lactancia materna con un tratamiento más profundo que en años anteriores.

De la característica de la información proveniente de la Encuesta Anual de Hogares, en cuanto a que se origina en las percepciones de los encuestados, resulta una perspectiva de análisis valiosa para ahondar en las condiciones de acceso a los cuidados de salud de la población residente en la Ciudad. Así, los fenómenos pueden reconocerse entonces desde otra mirada.

La encuesta se convierte así en interesante instrumento de indagación*.

* Hay que señalar que las distribuciones porcentuales de los cuadros no siempre cierran estrictamente a 100, a causa de los redondeos al hacer los cálculos a partir de las cifras absolutas. Pero las diferencias no superan la décima de punto, es decir, que la suma puede ser 99,9 o 100,1. En algunos casos en que el valor es menor es porque no se han incluido categorías residuales y el hecho está indicado en notas al pie.

Mapa Agrupamiento por zonas de los Centros de Gestión y Participación (CGP) y Barrios



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

1. La cobertura en salud

Uno de los ejes de indagación en torno a las condiciones de atención de la salud de la población de la Ciudad es el tipo de cobertura médica con que cuentan los entrevistados. Esto representa situaciones diferenciales para los residentes en cuanto a gratuidad o no de la atención, diversidad en la oferta de servicios, alcance del pago de medicamentos, etc.

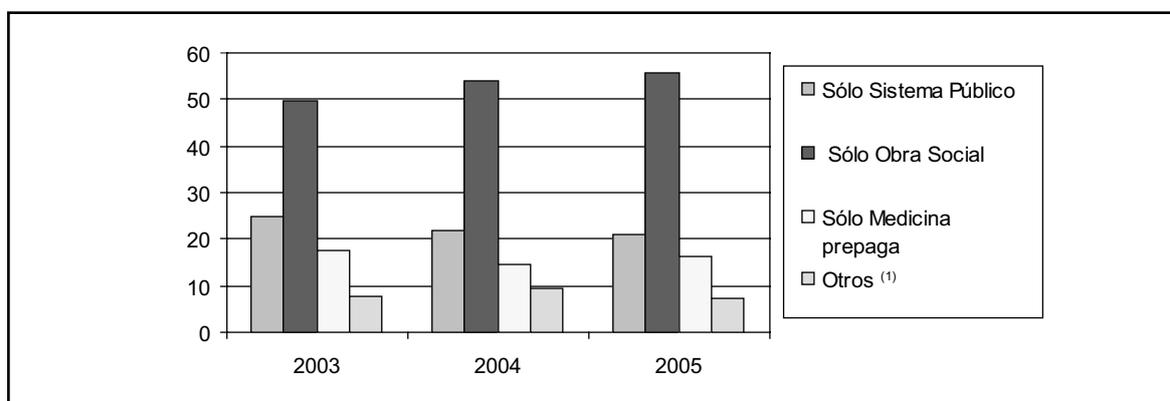
Los resultados de la onda **2004** de la Encuesta Anual de Hogares indican que el 22% de los residentes en la Ciudad accede a la atención de su salud a través del sistema público, el 54,1% lo hace mediante las Obras Sociales y el 14,4% a través del sector privado, por medio de sistemas de medicina prepaga. Estos valores representan una modificación en cuanto a la distribución dada en 2003.

Acceso de los residentes a la atención de la salud	Año 2004			
	Sistema público	Obras Sociales	Medicina prepaga	Otros sistemas
% sobre los residentes	22,0%	54,1%	14,4%	9,5%

La población afiliada a alguna Obra Social se incrementó en un 4,2 puntos porcentuales respecto a 2003, mientras que la adherida sólo al sistema privado, y aquella cubierta sólo a través del sistema público de salud, registran descensos en relación al año anterior, del 3,2 puntos porcentuales y del 2,8 puntos porcentuales respectivamente. Los ínfimos valores de adhesión exclusiva a un sistema de emergencias o a una mutual (0,5 puntos porcentuales), como sistemas canalizadores de las necesidades de atención, se mantuvieron estables.

Al analizar la adhesión de la población al Plan Médico de Cabecera, uno de los componentes de la estrategia planteada en la Ciudad de Buenos Aires desde el sistema público de salud, se observa que se ha incrementado levemente en 2004, en un 1% respecto al año anterior. Asimismo, la población que manifiesta haber optado por una adhesión múltiple (a 2 ó más sistemas), se incrementó en 2004 en un 2%.

Gráfico 1 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica. Ciudad de Buenos Aires. Años 2003/2005



(1) Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2003, 2004 y 2005.

El aumento de la afiliación a las Obras Sociales puede explicarse, entre otros factores, por el masivo operativo¹ de adhesión obligatoria a mecanismos de contribución fiscal individual para los trabajadores independientes durante 2004, que incluían la incorporación a una Obra Social.

La cobertura de la población en 2005 registró una continuidad en el aumento de la adhesión a las obras sociales (del 54% al 55,6%), y también en la afiliación a la medicina prepaga (del 14,4% al 16,3%); mientras disminuyó la proporción de la población cubierta por el sector público (del 22% al 21%).

Si se analiza la **tendencia del trienio**, aparece en alza la cobertura por la seguridad social, paralelamente con una disminución paulatina de quienes sólo acceden al sistema público.

Este es un claro reflejo del menor nivel de desempleo que se alcanzó en la Ciudad durante el período. En el caso del sistema privado se

manifestó una baja de significación en 2004, a causa del crecimiento de la seguridad social, y un restablecimiento hacia valores similares hacia el final del trienio.

1.1 El tipo de cobertura por CGP y zonas de la Ciudad

La proporción de residentes que manifiestan contar exclusivamente para la atención de su salud con el sistema público, es marcadamente más alta en los CGP de la Zona Sur² de la Ciudad (CGP 3, 4, 5, 8), donde las condiciones de pobreza³ y desempleo son notorias.

Es así que especialmente en el CGP 8, pero también en los 3, 4 y 5, los residentes que tienen como cobertura sólo el sistema público duplican el promedio del porcentaje para el total de la Ciudad (22%). En el primero utiliza el sistema público el 47,2% de la población, en el 5 el 45%, y en los CGP 3 y 4, las proporciones son algo menores, ya que alcanzan al 37,7% y al 34,8%;

Cuadro 1 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura según Centro de Gestión y Participación (CGP). Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

CGP	Tipo de cobertura				
	Total	Sólo sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾
Ciudad de Bs. As.	100,0	22,0	54,1	14,4	9,5
1	100,0	23,8	55,1	14,1	6,9
2 Norte	100,0	13,5	45,7	23,7	17,1
2 Sur	100,0	24,2	58,6	8,7	8,5
3	100,0	37,7	47,4	7,4	7,6
4	100,0	34,8	53,6	7,2	4,4
5	100,0	45,0	45,2	5,4	4,3
6	100,0	18,0	55,4	16,8	9,8
7	100,0	16,8	64,1	12,5	6,4
8	100,0	47,2	45,4	3,2	4,2
9	100,0	26,2	57,1	9,0	7,6
10	100,0	15,5	61,1	14,2	9,2
11	100,0	17,3	58,5	15,3	8,9
12	100,0	19,2	55,5	16,0	9,3
13	100,0	9,2	47,6	28,5	14,7
14 Oeste	100,0	12,6	47,9	21,8	17,7
14 Este	100,0	10,7	53,6	22,0	13,5

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Nota: algunas distribuciones no cierran a 100% porque hay un % mínimo de Ns/Nc.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

¹ Operativo fiscal de adhesión al "monotributo" que empadronó masiva y obligatoriamente a la población ocupada de la Ciudad de Buenos Aires.

² La Zona Norte incluye los CGP 13, 14 O, 14 E y 2 N; la zona Este los CGP 1, 2 S y 6; la Zona Oeste, los CGP 7, 9, 10, 11 y 12; y la Zona Sur los CGP 3, 4, 5 y 8.

³ Según datos de la EAH 2004, la distribución de la población pobre por zonas es: 10,9% en Zona Norte; 41,9% en Zona Sur; 26,3% en Zona Oeste y 20,9% en Zona Este.

pero las diferencias son notables con relación al resto de las unidades administrativas.

Este tipo de cobertura, cuando es la única opción, puede ser indicativa de desocupación, inactividad laboral o de situaciones de empleo precario en las que no está garantizada la estabilidad laboral del trabajador. Ello implica la inexistencia de opciones de inclusión en cualquier otro tipo de cobertura a través de una obra social, o la potencial adopción de un sistema de medicina prepaga.

Por otro lado, en 2004, los que dependen más del sector privado o de la seguridad social y menos del sistema público, son los que habitan la Zona Norte. Es el caso de quienes residen en el CGP 13, donde sólo recurre exclusivamente al sistema público el 9,2% de los residentes. Le sigue el CGP 14 Este, el 14 Oeste y el 2 Norte (con 10,7%, 12,6% y 13,5% respectivamente). En el primer caso (el CGP 13), la afiliación a otros tipos de cobertura alcanza al 90,8% de la población.

En 2005, los mayores niveles de cobertura a través del sistema público se dan en los CGP 5 y 8, ambos de la Zona Sur, en los que alcanza a casi la mitad de la población (46,1% y 46,3% respectivamente). La seguridad social (Obra Social) tiene su máxima expresión en los CGP 6, 2 Sur de la Zona Este y el 10 de la Oeste,

donde supera el 60 % de la población (66,6%, 64,7%, y 62,4% respectivamente).

También puede analizarse territorialmente la distribución del tipo de cobertura por zonas, de la población de la Ciudad. Así en 2004, quienes acceden al sistema público residen mayoritariamente en la Zona Sur (37,0%) y la Zona Oeste (28,8%). En la Zona Norte sólo alcanza al 12,6% de la población.

Por su parte, el 38,5% de los afiliados a las Obras Sociales reside en la Zona Oeste; y en la Zona Sur, sólo el 17,3%. Y los que adhieren a planes de medicina prepaga se concentran fundamentalmente en la Zona Norte (38,8%) y en valores mínimos (7,5%) en la Zona Sur.

Resulta interesante que los valores máximos alcanzados por cada tipo de cobertura en cada zona, en ningún caso exceden al 40% de la población.

El análisis de la distribución de las zonas por tipo de cobertura, permite observar que en 2004, en la zona Oeste, casi un 60% de los residentes están afiliados a Obras Sociales (59,7%). La proporción de los que residen en la zona Este es parecida (56,3%). Por su lado, en las zonas Norte y Sur los niveles cubiertos por este tipo de cobertura son similares, aunque no llegan a cubrir la mitad de la población (48,7% y 47,7% respectivamente).

Cuadro 2 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura según Centro de Gestión y Participación (CGP). Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

CGP	Tipo de cobertura				
	Total	Sólo sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾
Ciudad de Bs. As.	100,0	21,0	55,6	16,3	7,0
1	100,0	24,9	52,7	15,4	7,0
2 Norte	100,0	9,0	52,2	27,6	11,1
2 Sur	100,0	18,9	64,7	10,7	5,5
3	100,0	34,8	54,0	7,8	3,3
4	100,0	32,8	55,6	8,2	3,4
5	100,0	46,1	42,0	7,5	4,4
6	100,0	15,2	66,6	12,1	6,0
7	100,0	18,1	52,0	16,0	13,9
8	100,0	46,3	47,5	3,5	2,7
9	100,0	25,2	58,3	12,0	4,5
10	100,0	15,4	62,4	17,1	5,1
11	100,0	19,7	60,7	13,8	5,7
12	100,0	17,8	51,4	22,6	8,1
13	100,0	8,6	57,2	27,2	7,0
14 Oeste	100,0	8,0	49,0	33,8	9,2
14 Este	100,0	11,4	55,6	23,1	9,8

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Nota: algunas distribuciones no cierran a 100% porque hay un % mínimo de Ns/Nc.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

Cuadro 3 Distribución porcentual de la población por zona según tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Zona	Tipo de cobertura				
	Total	Sistema público	Obra social	Medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Zona Norte	23,7	12,6	21,4	38,8	39,8
Zona Sur	19,6	37,0	17,3	7,5	10,3
Zona Oeste	34,8	28,8	38,5	33,2	30,3
Zona Este	21,9	21,5	22,8	20,4	19,6

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Por el contrario, en el caso de la adhesión a sistemas de medicina prepaga las proporciones son más contrastantes. La zona Norte es la que registra el mayor porcentaje de adherentes (23,6% de los residentes) y la zona Sur, con el 5,6%, ostenta el valor menor. Las zonas Oeste y Este presentan distribuciones similares (13,8% y 13,5% respectivamente).

Es decir que al observar la distribución de la Ciudad, las zonas Norte y Sur se polarizan en cuanto a los valores alcanzados por la adhesión al sistema de medicina prepaga y, en cambio, se unifican en relación a la seguridad social. En las zonas Este y Oeste se manifiestan alcances similares para ambos tipos de cobertura.

En 2005, el análisis de la distribución de los residentes en las zonas por tipo de cobertura indica que el aumento registrado en la afiliación a Obras Sociales resulta de significación en la zona Norte (de 48,7% a 53,2%). En la zona Este es donde tiene el mayor peso, habiéndose generado un importante incremento respecto al año 2004. En esa zona el 61,7% de la población

residente está cubierta por la seguridad social (56,3% en 2004).

El acceso a la atención de la salud exclusivamente a través del sector público disminuyó en todas las zonas de la Ciudad, salvo en la Oeste, donde se registran niveles levemente superiores en 2005.

1.2 La cobertura del sistema público de salud

Se analizará en este punto a los que tienen como única asistencia médica al sistema público de salud, y la manera en que esa asistencia se distribuye territorialmente en la Ciudad. Esto no indica una relación directa con la infraestructura sanitaria instalada en cada CGP, ya que la población desarrolla distintos trayectos y recorridos dentro del ámbito de la Ciudad para su atención.

Con relación a la distribución que había en 2003 del tipo de cobertura de la población por CGP, en 2004 se manifiestan variaciones en los niveles de dependencia exclusiva del sistema

Cuadro 4 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura según zona. Ciudad de Buenos Aires. Años 2004 y 2005

Zona	Total		Tipo de cobertura							
			Sistema público		Obra Social		Medicina prepaga		Otros ⁽¹⁾	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Total	100,0	100,0	22,0	21,0	54,1	55,6	14,4	16,3	9,5	7,0
Norte	100,0	100,0	11,7	9,3	48,7	53,2	23,6	28,0	15,9	9,5
Sur	100,0	100,0	41,7	40,5	47,7	49,5	5,6	6,5	5,1	3,4
Oeste	100,0	100,0	18,3	18,7	59,7	56,6	13,8	16,7	8,2	8,1
Este	100,0	100,0	21,7	19,4	56,3	61,7	13,5	12,7	8,5	6,2

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004 y 2005.

Cuadro 5 Distribución porcentual de la población por su cobertura por el sistema público o algún otro tipo de sistema según CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

CGP	Total	Sólo sistema público	Afiliada a algún sistema de salud
Total	100,0	22,0	77,9
1	100,0	23,8	76,2
2 Norte	100,0	13,5	86,5
2 Sur	100,0	24,2	75,8
3	100,0	37,7	62,3
4	100,0	34,8	65,2
5	100,0	45,0	54,9
6	100,0	18,0	82,0
7	100,0	16,8	83,1
8	100,0	47,2	52,8
9	100,0	26,2	73,8
10	100,0	15,5	84,5
11	100,0	17,3	82,7
12	100,0	19,2	80,8
13	100,0	9,2	90,8
14 Oeste	100,0	12,6	87,3
14 Este	100,0	10,7	89,2

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

público de salud. Salvo en el caso de los CGP N° 3, 4, 6 y 2 Norte en los cuales se incrementó la proporción de quienes no acceden a otros sistemas de salud, en el resto de los CGP se registra una disminución de este grupo. Resulta interesante analizarlo por zonas, aunque no necesariamente haya un comportamiento homogéneo entre los CGP que las integran, como ya se mostrara anteriormente.

En el caso de la zona Sur (véase cuadro 4), la distribución de la población cubierta desde el sistema público de salud (41,7%) supera de manera relevante a la población con igual cobertura residente en el resto de las zonas: 11,7% de la Zona Norte, 18,3% de la Zona Oeste y 21,7% de la Zona Este.

También se observa un comportamiento particular en cuanto a este tipo de cobertura en el análisis del bienio 2003/2004. En la Zona Sur, el CGP 8, que asume el valor más alto de cobertura por sistema público en 2004, registra, junto al CGP 5, una proporción menor que en 2003 (47,2% en 2004 y 51,5% en 2003 respectivamente en el CGP 8, y 45,0% en 2004 versus 46,2% en 2003 en el CGP 5). Por el contrario, en el resto de los CGP de dicha zona, los valores de cobertura de 2004 se acrecientan en relación a 2003 (37,7% vs. 33,1% en el CGP 3; y levemente en el CGP 4: 34,8% vs. 33,4%).

En la Zona Norte tampoco se manifiesta homogeneidad entre los diversos CGP. Aparecen aquí los descensos de mayor significación en términos de cobertura a través del sistema público. Es el caso del CGP 14 donde descendió 7 puntos porcentuales en un año, y de los CGP 13 (de 13,8% a 9,2%) y 14 Oeste (de 14,4% a 12,6%); sin embargo, aumentó en el 2 Norte de 11,5% a 13,5%.

En 2005, sólo en algunos CGP aumentó la población que indica tener como cobertura exclusivamente el sistema público de salud. Es el caso de los CGP 5 (de la zona Sur), y 7 y 11 (de la zona Oeste). El primero pasó de tener 45,0% de dicha población en 2004 a 46,1% en 2005. El segundo, de 16,8% a 18,1% y el tercero pasó de 17,3% a 18,7%. En ningún caso las diferencias son de significación, pero pueden ir señalando una tendencia en algunas áreas de la Ciudad.

Por el contrario, son de cierta importancia los descensos registrados en cuanto a una menor cobertura pública de la población residente en algunos CGP. Es el caso de los CGP 2 Sur (24,2% en 2004 y 18,9% en 2005) y 6 (18,0% en 2004 a 15,2% en 2005) de la zona Este; el CGP 3 de la zona Sur (37,7% en 2004

Cuadro 6 Distribución porcentual de la población por su cobertura por el sistema público o algún otro tipo de sistema según CGP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

CGP	Total	Sólo sistema público	Afiliada a algún otro sistema de salud
Total	100,0	21,0	78,9
1	100,0	24,9	75,0
2 Norte	100,0	9,0	91,0
2 Sur	100,0	18,9	80,8
3	100,0	34,8	65,2
4	100,0	32,8	67,2
5	100,0	46,1	53,9
6	100,0	15,2	84,8
7	100,0	18,1	81,9
8	100,0	46,3	53,7
9	100,0	25,2	74,8
10	100,0	15,4	84,6
11	100,0	19,7	80,3
12	100,0	17,8	82,1
13	100,0	8,6	91,4
14 Oeste	100,0	8,0	92,0
14 Este	100,0	11,4	88,5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

a 34,8% en 2005); el 2 Norte (13,5% en 2004 a 9,0 en 2005), y el 14 Oeste (12,6% en 2004 a 8,0 en 2005) de la Zona Norte. Esto reflejaría una mayor disponibilidad de recursos por parte de la población residente en estas zonas para la atención de su salud a través de otras ofertas.

1.3 El tipo de cobertura en salud por edad

Al analizar la composición por edades de la población según su tipo de cobertura en 2004 se encuentra que entre quienes acceden sólo al subsistema público, el 59,1% pertenece al grupo de entre 20 a 59 años y sólo un 9,3%

tiene 60 años y más. Con relación a quienes manifiestan ser afiliados a Obras Sociales, la mitad se encuentra en la franja etaria intermedia (20 a 59 años) y el resto se distribuyen en proporción semejante entre quienes tienen hasta 19 años (21,8%) y los que tienen 60 años y más (26,4%).

En 2005, puede señalarse que a medida que aumenta la edad, mayor es la proporción de quienes están cubiertos por la seguridad social, lo que se debe a la influencia de los que se encuentran amparados por la obra social destinada a jubilados y pensionados. Asimismo, a medida que aumenta la edad, es menor la cobertura a través del sistema público de salud.

Cuadro 7 Distribución porcentual de la población por grupos de edad según cobertura médica. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Grupos de edad	Tipo de cobertura de la población						
	Total	Sólo sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga	Sólo sistema emergencias médicas	Sólo mutual	2 o más sistemas
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hasta 19	23,8	31,6	21,8	23,9	22,5	10,6	16,4
20 a 59	54,7	59,1	51,8	60,4	52,0	47,7	51,6
60 y más	21,6	9,3	26,4	15,7	25,5	41,7	32,0

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 8 Distribución porcentual de la población por grupos de edad según cobertura médica. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Edad	Tipo de cobertura de la población				
	Total	Sólo sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾
Total	100,0	21,0	55,6	16,3	7,0
Hasta 19	100,0	27,6	51,0	15,6	5,7
20 a 59	100,0	22,2	53,7	17,6	6,5
60 y más	100,0	9,9	66,1	13,7	10,2

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

1.4 El tipo de cobertura de la población por lugar de residencia, edad y sexo

Si se considera, para 2004, el tipo de cobertura por lugar de residencia y las edades de la población la opción del sistema público es la prevalente en la zona Sur, en el caso de los niños y adolescentes (hasta 19 años), ya que llega al 53% de la población. Esta proporción se reduce a medida que aumenta la edad. Así, los de 60 años y más sólo recurren al sistema público, como alternativa de atención, en un 15%.

En la zona Norte, en todos los grupos de edad se manifiesta que la seguridad social (Obras Sociales) es la que absorbe las necesidades de atención de la salud de aproximadamente la mitad de la población. Se da una situación similar en la zona Oeste, aunque allí los valores aumentan significativamente en la población de 60 años y más, llegando a conformar el 70% de dicha población. En el caso de la zona Este, las Obras Sociales cubren a alrededor de la mitad de la población de 20 a 59 años y a las dos terceras partes de la población de 60 años y más.

Cuadro 9 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura, según grupos de edad y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Edad	Zona	Tipo de cobertura				
		Total	Sistema Público	Obra Social	Medicina Prepaga	Otros ⁽¹⁾ y Ns/Nc
Total	Total	100,0	22,0	54,0	14,4	9,5
	Norte	100,0	11,7	48,7	23,6	16,0
	Sur	100,0	41,7	47,7	5,6	5,0
	Oeste	100,0	18,3	59,7	13,8	8,2
	Este	100,0	21,7	56,3	13,5	8,5
Hasta 19	Total	100,0	29,4	49,6	14,5	6,5
	Norte	100,0	12,9	46,3	28,5	12,3
	Sur	100,0	53,0	39,3	4,4	3,4
	Oeste	100,0	20,7	57,9	15,0	6,4
	Este	100,0	29,1	52,4	13,2	5,2
20 a 59	Total	100,0	23,9	51,2	16,0	8,9
	Norte	100,0	13,0	47,3	24,4	15,3
	Sur	100,0	43,1	45,6	6,7	4,7
	Oeste	100,0	21,4	55,8	15,8	7,1
	Este	100,0	24,4	53,3	14,1	8,2
60 y más	Total	100,0	9,2	66,1	10,5	14,2
	Norte	100,0	7,0	55,0	16,8	21,2
	Sur	100,0	15,1	71,0	4,5	9,5
	Oeste	100,0	9,1	70,0	8,1	12,8
	Este	100,0	7,9	67,5	12,2	12,4

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual, y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 10 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura, según grupos de edad y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Edad	Zona	Tipo de cobertura				
		Total	Sólo sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾ y Ns/Nc
Total	Total	100,0	21,0	55,6	16,3	7,0
	Norte	100,0	9,3	53,2	28,0	9,5
	Sur	100,0	40,5	49,5	6,5	3,4
	Oeste	100,0	18,7	56,6	16,7	8,1
	Este	100,0	19,4	61,7	12,7	6,2
Hasta 19	Total	100,0	27,6	51,0	15,6	5,7
	Norte	100,0	10,6	49,0	31,4	8,9
	Sur	100,0	50,1	42,3	5,4	2,3
	Oeste	100,0	22,6	52,5	17,2	7,7
	Este	100,0	22,1	61,1	12,4	4,4
20 a 59	Total	100,0	22,2	53,7	17,6	6,5
	Norte	100,0	10,1	52,8	28,9	8,2
	Sur	100,0	42,0	47,7	7,1	3,2
	Oeste	100,0	20,7	53,2	18,7	7,5
	Este	100,0	21,3	60,2	12,5	5,9
60 y más	Total	100,0	9,9	66,1	13,7	10,2
	Norte	100,0	5,9	58,3	22,2	13,6
	Sur	100,0	15,9	70,4	7,2	6,5
	Oeste	100,0	9,5	69,1	11,3	10,0
	Este	100,0	10,7	66,4	13,5	9,4

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

En 2004, al considerar la cobertura de la población por sexo, la proporción de varones es mayor en el sistema público y en la medicina prepaga. Las mujeres están cubiertas por la seguridad social en el 55,2% de los casos.

En 2005, las variaciones por sexo indican que salvo en la zona Norte, los varones están proporcionalmente cubiertos por el sistema público en mayor medida que las mujeres. En relación a la distribución por sexo de quienes tienen obra social, sólo en la zona Oeste aparecen las mujeres con una mayor proporción. En el resto de las zonas, la distribución entre la población masculina y femenina no arroja diferencias.

Todos los análisis anteriores, derivados del tipo de cobertura de la población en 2004 y 2005, indican que el aumento de la población afiliada a las Obras Sociales, por una ampliación de la demanda del mercado de trabajo, generó mayores modificaciones entre la población masculina. Ésta alcanzó mayores márgenes de cobertura a través de la seguridad social (52,6% en 2004 y 55,0% en 2005), lo que sería indicativo de una mayor estabilidad laboral. Esto se acompaña de un descenso en la cobertura por el sistema público (23,2% en 2004 y 21,6% en 2005).

En el caso de las mujeres, la mayor diferencia en el bienio se da en la adhesión a la medicina privada, ya que la proporción era de 13,8% en 2004, y pasa a ser de 15,9% en 2005. También aumentó levemente la proporción de las que cuentan con seguridad social (55,2% en 2004 y 56,1% en 2005).

Cuadro 11 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura según sexo y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Sexo	Zona	Tipo de cobertura				
		Total	Sistema Público	Obra Social	Medicina Prepaga	Otros ⁽¹⁾
Total	Total	100,0	22,0	54,0	14,4	9,5
	Norte	100,0	11,7	48,7	23,6	15,9
	Sur	100,0	41,7	47,7	5,6	5,0
	Oeste	100,0	18,3	59,7	13,8	8,2
	Este	100,0	21,7	56,3	13,5	8,5
Varón	Total	100,0	23,2	52,6	15,2	9,0
	Norte	100,0	11,9	48,0	25,2	14,8
	Sur	100,0	43,0	46,5	6,0	4,4
	Oeste	100,0	18,4	58,2	14,9	8,5
	Este	100,0	24,8	54,0	13,5	7,7
Mujer	Total	100,0	21,1	55,2	13,8	9,9
	Norte	100,0	11,6	49,4	22,4	16,7
	Sur	100,0	40,5	48,8	5,2	5,5
	Oeste	100,0	18,2	60,9	12,9	8,0
	Este	100,0	19,2	58,3	13,4	9,1

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 12 Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura según sexo y zona. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Sexo	Zona	Tipo de cobertura				
		Total	Sólo Sistema Público	Sólo Obra Social	Sólo Medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾
Total	Total	100,0	21,0	55,6	16,3	7,0
	Norte	100,0	9,3	53,2	28,0	9,5
	Sur	100,0	40,5	49,5	6,5	3,4
	Oeste	100,0	18,7	56,6	16,7	8,1
	Este	100,0	19,4	61,7	12,7	6,2
Varones	Total	100,0	21,6	55,0	16,9	6,5
	Norte	100,0	8,8	53,3	28,8	9,0
	Sur	100,0	41,4	49,5	6,3	2,8
	Oeste	100,0	19,0	55,0	18,1	7,9
	Este	100,0	20,6	61,5	12,7	5,1
Mujeres	Total	100,0	20,5	56,1	15,9	7,5
	Norte	100,0	9,8	53,1	27,3	9,8
	Sur	100,0	39,7	49,6	6,7	4,0
	Oeste	100,0	18,4	58,0	15,4	8,2
	Este	100,0	18,3	61,8	12,7	7,0

⁽¹⁾ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

2. La demanda de atención médica

Otro eje a partir del cual la Encuesta Anual de Hogares aborda la atención médica de la población es el de las consultas que dicen haber efectuado los residentes. Con relación a ellas se considera, en las distintas ondas, la periodicidad con la que fueron realizadas, el lugar donde lo hicieron y el tipo de cobertura de los pacientes.

El 84% de la población de la Ciudad de Buenos Aires encuestada en **2004** consultó a un médico⁴ dentro del año anterior al relevamiento. Si sólo consideramos a quienes lo hicieron dentro de los últimos seis meses, casi las tres cuartas partes de la población accedió a una consulta médica (72%). En el caso de las personas de 60 años y más, este valor alcanza al 82%, lo que representa una conducta activa de cuidado hacia el cuerpo.

En relación a lo registrado en el período **2002/2005** se encuentra una tendencia levemente ascendente en la proporción de habitantes que manifiestan haber consultado un médico en los últimos seis meses. Así, en 2002 el valor fue de 66%; en 2003 pasó al 69,2%; en 2004 al 72,0%; y en 2005 al 72,4%.

Cuadro 13 Distribución de la población según tiempo transcurrido desde la última consulta médica. Ciudad de Buenos Aires. Años 2004 y 2005

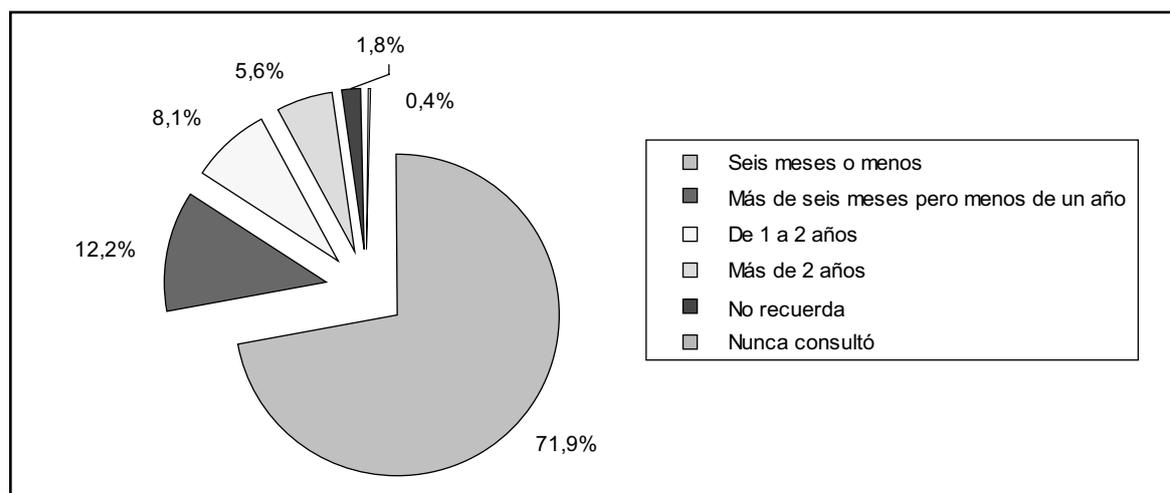
Tiempo transcurrido desde última consulta	% de la población que realizó consultas médicas	
	Año 2004	Año 2005
Total	100,0	100,0
Seis meses o menos	72,0	72,4
Más de seis meses pero menos de un año	12,2	13,0
De 1 a 2 años	8,1	7,8
Más de 2 años	5,6	5,3
No recuerda	1,7	1,1
Nunca consultó	0,4	0,4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004 y 2005.

Tal como puede observarse en el cuadro 13, la periodicidad de realización de las consultas entre 2004 y 2005 no sufrió variaciones de significación.

El siguiente gráfico ejemplifica las proporciones dadas en el año 2004:

Gráfico 2 Tiempo transcurrido desde la última consulta médica efectuada. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

⁴ El período de referencia está referido al momento del relevamiento de la EAH, es decir octubre/ noviembre 2004.

2.1 Lugar de realización de las consultas

En la encuesta del año 2004 se indagó acerca del lugar donde la población encuestada realizaba las consultas médicas⁵, para conocer cuáles eran los servicios elegidos preferentemente, tanto del ámbito público como del privado. Los resultados arrojan que un 17,7% de la población lo hizo en consultorios particulares de profesionales y un 22,1% en consultorios de instituciones privadas. El 33,9% efectuó sus consultas médicas en dependencias de las obras sociales o mutuales (sanatorios, clínicas o consultorios).

El 19,1% de las consultas realizadas en el sector público se concentró fundamentalmente en los consultorios externos de los hospitales. Una mínima proporción de ellas corresponde a consultas en los consultorios del Plan Médico de Cabecera o a las realizadas en las salas de emergencia (1,1% respectivamente). A la atención médica en los centros de salud públicos asistió un 5% de la población.

El análisis comparativo de los datos de 2003 y 2004 en relación con esta temática muestra diferencias de importancia. Mientras que, por un lado, descienden los porcentajes de los que consultan en efectores del sector privado, sean éstos consultorios particulares (de 25,2% en 2003 a 17,7% en 2004), o en sanatorios, clínicas u hospitales de dicho sector (24,1% en 2003 y 22,1% en 2004), asciende la proporción de aquellos que lo hacen en dependencias de Obras Sociales (24,8% en 2003 vs. 33,9% en 2004). Asimismo, la proporción de población que accede a consultas en el sector público resulta en 2004 de menor magnitud que en 2003 (22,7% y 19,1% respectivamente).

Dichas modificaciones se vinculan con los cambios producidos entre esos dos años en la composición de la población por tipo de cobertura; también se manifiesta un aumento de la población afiliada a Obras Sociales, un descenso significativo de los que adhieren al sector privado, y un descenso relativamente menor entre quienes accedieron al sector público.

Cuadro 14 Distribución porcentual de población según lugar de realización de las consultas médicas. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Lugar de realización	%
Total	100,0
En un centro de salud/ sala de salud (público)	5,0
En consultorios de un hospital público	16,9
En la sala de emergencias de un hospital público	1,1
En un consultorio del programa Médicos de Cabecera	1,1
En un sanatorio/ clínica/ consultorio de hospital privado	22,1
En un sanatorio/ clínica/ consultorio de obra social/ mutual	33,9
En un consultorio particular	17,7
En su domicilio	1,6
En otro lugar	0,6

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

2.2 Consultas realizadas por sexo y edad

Si analizamos la distribución por sexo de las consultas en 2005 se evidencian diferencias en sus respectivas conductas en cuanto a la concurrencia al médico dentro de los seis últimos meses, ya que concurre el 42,5% de varones y el 57,5% de mujeres (véase cuadro 17).

Al cruzar las consultas por edades, en 2004 puede descartarse el supuesto de que las mujeres en edad reproductiva concurren más asiduamente al médico. En el cuadro 15, en el grupo etario de 20 a 59 años aparecen valores semejantes entre varones y mujeres con relación a la frecuencia de consulta a los médicos. Dentro de ese tramo de edad, quienes consultaron hace 6 meses o menos, son varones en un 48,9% y mujeres en un 51,9%. Por otro lado, quienes consultaron hace más de seis meses pero menos de un año son varones en el 61,8% de los casos y mujeres en el 59,3% de los casos.

En 2004, la diferencia aparece entre quienes hace más de dos años que realizaron la última consulta médica, ya que en el tramo de 20 a 59 años, los varones constituyen el 75% y las mujeres, el 61,6%. En cambio, en los de 60 años y más, los varones que realizaron una consulta médica hace más de dos años son el 14,2%, y las mujeres son el 26,7%.

⁵ Este indicador no se indagó en la onda 2005.

⁶ Véase el capítulo 1, La cobertura en salud, donde aparecen datos desagregados sobre este punto.

Cuadro 15 Distribución porcentual de la población total, masculina y femenina, por grupos de edad según el tiempo transcurrido desde la última consulta médica realizada. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Sexo por grupos de edad	Última consulta médica					
	Total	Hace 6 meses o menos	Más de 6 meses pero menos de 1 año	1 a 2 años	Más de 2 años	Nunca consultó
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hasta 19	23,8	24,7	28,2	19,9	11,1	23,9
20 a 59	54,7	50,6	60,6	65,9	70,3	66,2
60 y más	21,6	24,7	11,3	14,1	18,6	9,9
Varones	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hasta 19	25,8	28,1	30,6	19,5	10,8	16,5
20 a 59	55,6	48,9	61,8	68,7	75,0	74,3
60 y más	18,6	22,9	7,6	11,8	14,2	9,2
Mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hasta 19	22,1	22,2	25,8	20,5	11,7	46,1
20 a 59	53,9	51,9	59,3	62,4	61,6	42,0
60 y más	24,0	25,9	14,9	17,1	26,7	11,9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 16 Distribución porcentual de la población por tiempo transcurrido desde la última consulta médica según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Sexo	Tiempo transcurrido desde la última consulta médica						
	Total	Seis meses o menos	Más de seis meses pero menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No recuerda	Nunca consultó
Total	100,0	72,4	13,0	7,8	5,3	1,1	0,4
Varones	100,0	66,1	14,8	9,9	7,0	1,6	0,6
Mujeres	100,0	77,8	11,5	6,0	3,7	0,7	0,2

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

En 2005, la proporción de varones que consultó al médico en los últimos seis meses constituye las dos terceras partes del conjunto de la población masculina que realizó alguna consulta médica. En el caso de las mujeres, esta proporción es mayor y alcanza a más de las tres cuartas partes de la población femenina.

Si analizamos, en 2005, la distribución según el tiempo transcurrido desde la última consulta, aquellos que consultaron dentro de los seis meses anteriores al relevamiento son mayoritariamente mujeres (57,5%). Entre los que consultaron dentro de períodos mayores, prevalecen los hombres: el 52,7% lo hizo hace menos de un año; el 59,1% lo hizo entre 1 y 2 años y el 62,2% lo hizo en un tiempo superior a los dos años. Diversos factores vinculados con la salud sexual y reproductiva, así como otros de tipo laboral y hasta de percepción del

Cuadro 17 Distribución porcentual de la población que realizó consultas médicas por sexo según tiempo transcurrido desde la última consulta. Ciudad de Buenos Aires. Años 2004 y 2005

Sexo	Tiempo transcurrido desde última consulta			
	Seis meses o menos	Más de seis meses pero menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años
Año 2004				
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Varones	41,4	50,0	55,9	64,5
Mujeres	58,6	50,0	44,1	35,5
Año 2005				
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Varones	42,5	52,7	59,1	62,2
Mujeres	57,5	47,3	40,9	37,8

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004 y 2005.

propio cuerpo, inciden seguramente en una mayor asiduidad de asistencia a la consulta médica por parte de las mujeres.

2.3 Consultas realizadas por tipo de cobertura

En 2004, la afiliación a algún sistema de salud marca diferencias en la población con relación a la periodicidad de las últimas consultas realizadas. Así, entre quienes lo hicieron por última vez hace seis meses o menos, el 82,7% está afiliada a algún sistema (obra social o prepaga), mientras que el 17,3% tiene como cobertura el sistema público de salud.

Dichas diferencias se atenúan a medida que se consideran períodos más amplios. Entre quienes no han consultado al médico hace más de dos años, un 44,3% está cubierto por el sistema público y el 55,7% se encuentra afiliado a algún sistema de salud.

En 2005, se consideró la relación entre las consultas realizadas con el tipo de cobertura y el sexo de la población.

A partir de los datos obtenidos puede establecerse que no aparecen diferencias sustantivas en la proporción en que consulta la población masculina y femenina, según su tipo de cobertura médica.

Cuadro 18 Distribución porcentual de la población que realizó consultas médicas por tipo de cobertura, según tiempo transcurrido desde la última consulta realizada. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Tiempo transcurrido	Tipo de cobertura		
	Total	Afiliada a algún sistema de salud	Sólo sistema público
Total	100,0	77,9	22,0
Menos de 6 meses	100,0	82,7	17,3
Más de 6 meses pero menos de 1 año	100,0	75,2	24,7
1 a 2 años	100,0	64,8	35,1
Más de 2 años	100,0	55,7	44,3

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 19 Distribución porcentual de la población que realizó consultas médicas por tipo de cobertura según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Sexo	Consultas médicas por tipo de cobertura					
	Total	Sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga	Otros ⁽¹⁾	2 ó más sistemas
Total	100,0	20,9	55,7	16,4	0,8	6,2
Varones	100,0	21,4	55,1	17,0	0,9	5,6
Mujeres	100,0	20,5	56,2	15,9	0,8	6,7

⁽¹⁾ Otros incluye sólo mutual y/o emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

2.4 Consultas médicas y condición de actividad

El análisis por condición de actividad de quienes consultaron al médico revela que, en 2004, de la población que lo hizo en los últimos seis meses, el 54,7% es ocupada y el 41,0% es inactiva. Sólo un 4,2% es desocupada.

Por su parte, entre los ocupados, el 80,4% ha asistido en el último año a la consulta, así como lo han hecho el 74,4% de los desocupados y el 87,0% de los inactivos.

En 2005 se da una relación inversa en cuanto a la condición de actividad y el sexo de quienes consultaron. Los varones ocupados registraron un nivel de consulta marcadamente más alto que los inactivos (58,4% y 38,2% respectivamente). En el caso de las mujeres, por el contrario, es mayor la proporción de inactivas que atendieron su salud a través de la consulta médica (50,9%) que de ocupadas (45,1%), siendo marcadamente menor la diferencia entre ambas categorías.

Cuadro 20 Distribución porcentual de la población de 10 años o más por tiempo transcurrido desde última consulta realizada según condición de actividad, . Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Tiempo transcurrido desde la última consulta médica	Condición de actividad			
	Total	Ocupado	Desocupado	Inactivo
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Hace 6 meses o menos	70,1	67,6	60,1	75,1
Más de 6 meses pero menos de 1 año	12,5	12,8	14,3	11,9
1 a 2 años	8,7	9,6	12,9	6,9
Más de 2 años	6,2	7,2	7,7	4,5
No recuerda	1,9	2,1	4,0	1,2
Nunca consultó o Ns/Nc	0,6	0,6	1,0	0,3

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 21 Distribución porcentual de la población que realizó consultas médicas, por condición de actividad según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Población que realizó consultas médicas por sexo	Condición de actividad			
	Total	Ocupado	Desocupado	Inactivo
Total	100,0	51,3	3,7	45,0
Varones	100,0	58,4	3,4	38,2
Mujeres	100,0	45,1	4,0	50,9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

3. La demanda de internación

La demanda de internación de la población residente en la Ciudad se mantiene prácticamente idéntica en las ondas de 2004 y 2005 de la EAH, en alrededor de un 7%.

En 2004, los **motivos** de internación obedecieron principalmente, en el 40,2% de los casos, a problemáticas de tipo clínico. Le siguen las intervenciones quirúrgicas (37,2%), y los partos (12,9%) y cesáreas (3,4%).

Cuadro 22 Distribución porcentual de la población por motivo de última internación. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Motivo de internación	%
Total	100,0
Enfermedad / problemas de salud	40,2
Operación	37,2
Parto	12,9
Cesárea	3,4
Accidente	5,6
Otros	0,6

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

En el 2005, la demanda total de internación estuvo compuesta por un 39,0% de hombres y un 61,0% de mujeres. En este año, al analizar las internaciones por sexo, según los motivos, puede observarse que las intervenciones quirúrgicas (sin considerar las cesáreas) alcanzan una

proporción mucho mayor entre los varones (43,2%) que entre las mujeres (31,9% de ellas).

Al considerar la edad de las mujeres que se internaron por parto o cesárea (un 23,1% del conjunto), se destaca que un 49,2% tienen entre 30 y 39 años y un 40,1%, entre 20 y 29 años de edad.

En 2004 se indagó en particular acerca del lugar donde se habían internado las personas⁷. A partir de esos resultados es posible señalar que la mayor proporción de internaciones se canalizó a través de **efectores** del sector privado (41,2%) y en menor medida, a través de instituciones de la seguridad social (32,4%) y del sistema hospitalario del Gobierno de la Ciudad (26,2%).

Respecto de los datos registrados en 2003, se produjo un aumento de las internaciones en el sector de la seguridad social (27,9% en 2003 y 32,4% en 2004), mientras que se registraron disminuciones tanto en el sector público (28,8% en 2003 y 26,2% en 2004) como en el sector privado (42,1% en 2003 y 41,2% en 2004).

También puede observarse que no hay una proporcionalidad entre el acceso a los diversos efectores de salud y el tipo de cobertura que la población expresa tener. Es decir, que el mayor porcentaje de internaciones se da en el sector privado, a pesar de ser el sector al que accede una menor proporción de la población.

Cuadro 23 Distribución porcentual de la población por motivo de última internación según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Sexo	Motivo de la internación					
	Total	Enfermedad/ Problemas de salud	Accidente ⁽¹⁾	Parto o Cesárea	Operación	Otros
Total	100,0	39,5	5,1	14,1	36,3	4,3
Varones	100,0	44,7	7,6	-	43,2	3,3 ⁽¹⁾
Mujeres	100,0	36,2	3,4	23,1	31,9	4,8 ⁽²⁾

⁽¹⁾ El valor de las celdas es de carácter indicativo. El coeficiente de variación en estos grupos es superior al 20%.

⁽²⁾ El valor de las celdas es de carácter indicativo. Los coeficientes de variación en estos grupos oscilan entre el 10 y el 20%.

Nota: existe una categoría, no incluida, de sin datos, que impide el cierre a 100 de las distribuciones.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

⁷ En la onda de 2005 no se incluyó esta pregunta.

4. El consumo de medicamentos

La particularidad de la EAH, que recoge los comportamientos de la población con relación a la salud según la declaración de los entrevistados, hace que en algunas temáticas específicas incida la memoria de las personas o su particular percepción acerca de las categorías sobre las que se indaga. En el caso del consumo de medicamentos, se toma como período de consulta el mes previo al relevamiento⁸, con el objeto de minimizar los efectos del olvido, y tener así una mejor aproximación al fenómeno en sí.

La mayoría de la población encuestada en 2004 señala no haber consumido medicamentos en el último mes (58,5%). El 41,5% restante de la población declara haberlo hecho en el último mes por necesidad o indicación. En altísima proporción (95,9%) la prescripción fue realizada por un médico y, de manera opuesta, es muy baja en el caso de haber surgido de la orientación brindada por farmacéuticos (0,4%).

Esto sería ejemplo de una relación directa entre indicación médica y acatamiento de la prescripción. Los que se automedicaron representan el 2,7%; los que lo hicieron por recomendación de otra persona representan el 0,5%; y, finalmente, hay un 0,4% de Ns/Nc.

Sólo el 4% de la población que necesitó o a la que se le prescribió una medicación expresa no haberla consumido.

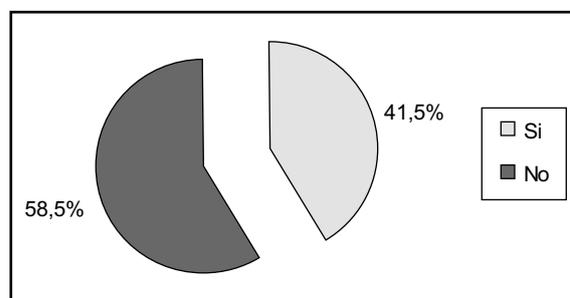
El 71% de ellos expresa que el motivo fue de índole económica, por no haberla podido pagar, y el 21,5 % manifiesta no haber querido hacerlo. El 7,6% restante declaró tener “otros motivos”. Interesaba indagar la automedicación, para estimar la magnitud de su presencia entre los residentes en la Ciudad. Así,

del conjunto de la población que consumió medicamentos, sólo un 3% de ella expresó haberse automedicado, por lo que constituiría una práctica muy poco extendida.

Dado que la proporción de quienes afirman haberse automedicado es muy baja, y que el consumo de medicamentos estaría estrechamente ligado a la prescripción médica, puede suponerse que entre quienes indican no haber consumido fármacos, hay personas que no incluyen en la categoría “medicamentos” a un amplio espectro de drogas como ciertos analgésicos, antiinflamatorios y antiespasmódicos, así como a otras que se adquieren sin prescripción médica.

Este tipo de conductas estaría encuadrado en un fenómeno creciente, y que se torna visible en la Ciudad, que es el expendio de un importante volumen de medicamentos de venta libre que, cada vez en mayor medida y con mayor diversidad, se da en locales que pertenecen a un rubro de servicios no muy definido, en la medida en que se amplía la venta de productos conexos (tales como los de perfumería) y de otros absolutamente dispares. Así quedan distorsionadas las consecuencias del uso indiscriminado de fármacos y los potenciales efectos adversos que esto puede

Gráfico 3 Población por consumo de medicamentos en el último mes. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

⁸ El relevamiento se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2004. Es probable que el consumo tenga fluctuaciones en función del período de consulta, por factores de tipo estacional, lo que se manifiesta en la mayor o menor incidencia de diversas patologías.

acarrear en la salud de las personas. Como consecuencia de este contexto, la naturalización del consumo de ciertos medicamentos en la vida cotidiana, por parte de un importante segmento de la población, influiría supuestamente en que parte de la población no se incluya entre quienes consumieron medicación por necesidad o indicación.

Con relación a lo registrado en 2003, se produjo en 2004 un descenso de significación entre quienes declaran haber consumido medicación en el último mes (de 49,3% a 41,5%).

También se modificaron las proporciones de quienes manifestaron que ese consumo fue prescripto por un profesional (85,9% en 2003 y 95,9% en 2004), y los que indicaron haberse automedicado, cuyos valores registran una fuerte baja (12,6% en 2003 y 2,7% en 2004).

En 2005 el consumo registró un leve crecimiento, ya que el 43,2% señaló haber consumido medicación en el mes previo al relevamiento.

4.1 El consumo de medicamentos según sexo y edad

En 2005, la población femenina manifestó tener un nivel de consumo de medicamentos mucho mayor que la masculina. Casi la mitad de las mujeres (el 47,6%) declaró haberlos tomado, mientras lo señaló así un 38,7% de los hombres (véase cuadro 24).

El análisis por edad indica que en la franja etaria de las personas de 60 años y más, el consumo de algún medicamento es prevalente. Más de las tres cuartas partes de dicha población así lo hace (78,5%). En el caso particular de las mujeres, las que se medican alcanzan el 80,8%.

Cuadro 24 Distribución porcentual de la población por consumo de medicamentos según sexo y grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Sexo	Grupos de edad	Total	En el último mes ¿tomó algún/os medicamento/s?		
			Sí	No	Sin dato
Total	Total	100,0	43,4	56,2	0,4
	hasta 5	100,0	34,2	65,1	0,7
	6 a 13	100,0	22,9	76,6	0,5
	14 a 19	100,0	22,1	77,6	0,3
	20 a 59	100,0	38,3	61,3	0,4
	60 y más	100,0	78,5	21,3	0,2
Varones	Total	100,0	38,7	61,0	0,4
	hasta 5	100,0	35,4	63,7	0,9
	6 a 13	100,0	22,7	76,7	0,6
	14 a 19	100,0	20,4	79,4	0,3
	20 a 59	100,0	33,7	65,9	0,3
	60 y más	100,0	75,0	24,8	0,2
Mujeres	Total	100,0	47,6	52,1	0,4
	hasta 5	100,0	33,0	66,5	0,5
	6 a 13	100,0	23,1	76,6	0,4
	14 a 19	100,0	24,0	75,7	0,3
	20 a 59	100,0	42,3	57,3	0,4
	60 y más	100,0	80,8	19,0	0,2

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

Entre los niños y adolescentes, el consumo de medicamentos es mucho más alto en los primeros años de vida. Un 34,2% de los niños que tienen hasta 5 años lo hicieron, (en mayor proporción los varones), mientras que sólo los consumieron alrededor del 22% de quienes se encuentran entre los 6 a 13 años. En esta franja etaria fue levemente mayor el consumo por parte de las niñas.

5. La consulta odontológica

El acceso de la población a la atención odontológica aumentó **en 2004** respecto a 2003. El 45,9% de la población realizó consultas odontológicas en 2004, frente al 42,2% del año anterior.

Es de destacar que las conductas preventivas son las que concentran la mayor proporción de consultas (45,6%), mientras aquellas derivadas de tratamientos en curso representan el 40%. Las urgencias representan, por su lado, el 13,8% de las consultas. Esta distribución señala la importancia de quienes orientan preventivamente su atención odontológica.

El análisis por tipo de efector indica que son los consultorios particulares los que canalizan el 57,1% de la atención odontológica; y un 20,8% se da en sanatorios, clínicas u hospitales de dicho sector. El valor total es algo inferior al de 2003, cuando el 81,8% de la población accedió a dicha atención.

Cuadro 25 Distribución porcentual de la población que realizó alguna consulta odontológica por lugar de atención. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Lugar de realización de consulta odontológica	%
Total	100,0
En un consultorio particular	57,1
En un sanatorio o clínica u hospital privado	20,8
En un hospital público	6,5
En un centro de odontológico/ sala de salud (público)	6,2
En consultorio de Obra Social	5,7
En un instituto privado de urgencias odontológicas	2,1
En otro lugar	0,6
En su domicilio	0,1
Sin datos y Ns/Nc	0,9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

El sector público recibió **en 2004** el 12,7% de la demanda odontológica, mientras que en 2003 recibió el 11,6%. Este sector, en cuanto a la demanda de atención odontológica, está conformado por los hospitales y los centros odontológicos o salas de salud, que recibieron respectivamente el 6,5% y el 6,2% de esa demanda.

En 2005 la atención pública odontológica continuó creciendo. Quienes hicieron una consulta odontológica en el semestre anterior al relevamiento, utilizaron en un 15,5% a efectores del sistema público (en 2004 este porcentaje fue de 16,5%) y en un 57,8% efectores de la seguridad social, en una proporción algo mayor que la 2004 (54,9%). También aumentaron levemente las consultas realizadas mediante medicina prepaga.

Cuadro 26 Población que consultó al odontólogo en los últimos seis meses, según tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Años 2004 y 2005

Tipo de cobertura	Año 2004		Año 2005	
	Consultas al odontólogo en los últimos seis meses	%	Consultas al odontólogo en los últimos seis meses	%
Total	1.360.500	100,0	1.414.900	100,0
Sólo obra social	747.500	54,9	817.800	57,8
Sólo medicina prepaga	240.400	17,7	269.000	19,0
Sistema público	224.900	16,5	219.500	15,5
2 ó más sistemas	133.800	9,8	96.900	6,8
Otros ⁽¹⁾	13.700	1,0	11.700	0,8
Ns/Nc	200	-	-	-

⁽¹⁾ Incluye sólo mutual o sistema de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004 y 2005.

En 2005, las consultas odontológicas realizadas en el último semestre muestran mayor concurrencia femenina. El 56% de las mujeres acudieron para su atención, mientras que los varones sólo lo hicieron en el 45,1% de los casos.

Si consideramos la distribución por edades de los que consultaron en el último semestre, es posible observar que tanto entre los varones como entre las mujeres las consultas odontológicas son mayoritarias en la franja etaria de 20 a 59 años (56,3% de los varones y 59,7% de

las mujeres). Entre los niños y jóvenes hasta 19 años, los varones superan levemente a las mujeres en la proporción de consultas; las mayores diferencias se encuentran en el grupo de 6 a 13 años (el 15,4% consulta y entre las niñas, el 10,5%).

En 2005, el análisis de los motivos de la consulta odontológica indica que la mitad de la población residente en la Ciudad (51,4%) realizó una atención de tipo preventivo. Las consultas originadas en la consecución de un tratamiento llegaron a un porcentaje cercano al 40%, y las urgencias al 10,5%.

Cuadro 27 Distribución porcentual de la población que realizó alguna consulta odontológica por grupos de edad según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Grupos de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	100,0	100,0	100,0
hasta 5	3,6	4,3	3,0
6 a 13	12,6	15,4	10,5
14 a 19	9,2	9,8	8,7
20 a 59	58,2	56,3	59,7
60 y más	16,3	14,1	18,1

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

Al considerar un cruce entre los motivos de las consultas odontológicas y el tipo de vivienda en que vive la población se observa que tanto quienes residen en viviendas particulares residenciales, como aquellos que lo hacen en inquilinatos, casas tomadas o cuartos de hoteles y/o pensiones, así como los que tienen sus viviendas en villas de emergencia, priorizan la atención preventiva, aunque con diversa magnitud en cada una de esas categorías.

Cabe recordar aquí que los datos obtenidos surgen de la percepción de los respondentes, por lo tanto el motivo de la consulta incluido en el ítem “por prevención” puede resultar la expresión de una amplitud de contenido propia de la heterogeneidad de los habitantes de la Ciudad.

De todos modos, es interesante la información que indica que un 52,2% de los que viven en viviendas residenciales particulares reciben atención odontológica por prevención; mientras el porcentaje que lo hace por urgencias sólo llega al 10%.

Sin embargo, en el caso de quienes viven en casas tomadas, inquilinatos, hoteles y pensiones, la atención de las urgencias alcanza a la cuarta parte de los que consultan (25,4%). Es posible suponer que la vulnerabilidad de las condiciones de vida, y las mayores dificultades para el acceso a la atención odontológica generen una percepción diferenciada de la salud y la enfermedad dental, lo que lleva a considerar como perentoria la atención sólo en situaciones agudas; esto explicaría la alta proporción de consultas de urgencia.

Si se analiza la forma en que se plantea en 2005 la distribución de cada motivo según el tipo de vivienda, la consulta por prevención fue solicitada en un altísimo valor por quienes viven en viviendas residenciales particulares (95,4%). Al analizar los valores de la consulta por urgencia, quienes viven en inquilinatos, hoteles o casas tomadas constituyen el 8,1%, lo que representa un valor cuatro veces mayor al de los que se atienden por razones preventivas.

Cuadro 28 Distribución porcentual de la población que realizó alguna consulta odontológica, por tipo de vivienda, según motivo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Tipo de vivienda	Motivo de la consulta odontológica			
	Total	Por prevención	Por una urgencia	Por un tratamiento en curso
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Viviendas residenciales particulares	94,0	95,4	86,5	94,2
Inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas	3,4	2,6	8,1	3,1
Viviendas en villas de emergencia	2,6	2,1	5,4	2,7

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

6. La incidencia de las enfermedades crónicas

Según la encuesta de 2004, el 25,9% de la población de la Ciudad de Buenos Aires padece al menos una enfermedad crónica. Como es de esperar en un fenómeno que experimenta cambios anuales muy leves, la diferencia respecto al año anterior es ínfima, ya que la proporción fue en 2003 del 25,0%. En el año 2005 esta temática no se incluyó en la encuesta.

Entre las enfermedades crónicas declaradas, tal como aparecen en el siguiente cuadro, la que muestra con mayor incidencia es la hipertensión arterial, ya que declara padecerla un 32,2% de la población. Este valor representa un aumento respecto a la encuesta de 2003, en que las personas que declararon estar afectadas por dicha patología alcanzaron el 29,5%.

Cuadro 29 Distribución porcentual de la población por padecimiento de enfermedad crónica, según tipo de enfermedad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Tipo de enfermedad	Padecimiento crónico de enfermedad		
	Total	Sí	No
Hipertensión arterial	100,0	32,2	67,8
Diabetes	100,0	19,6	80,4
Enfermedad cardiaca, cardiopatía congénita	100,0	13,9	86,1
Enfermedades respiratorias	100,0	13,7	86,3
Artrosis, artritis, enfermedades reumáticas	100,0	13,6	86,4
Enfermedad neurológica	100,0	5,4	94,6
Tumor maligno	100,0	3,9	96,1
Enfermedad renal	100,0	2,5	97,5
Otra/s	100,0	21,2	78,8

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Las enfermedades cardíacas, reumáticas y respiratorias, son declaradas por los residentes en proporciones similares (13,9%, 13,7% y 13,6% respectivamente).

El análisis por **edad** de los que sufren enfermedades crónicas indica que la mitad de esa población tiene 60 años y más (51,0%). El 39,7% de ese grupo tiene entre 20 y 59 años y el 9,3% tiene hasta 19 años.

Considerando la distribución del total de personas, un 10,1% de las personas de hasta 19 años sufren enfermedades crónicas; y también el 18,8% de los que tienen entre 20 y 59 años; mientras el 61,2% de las personas de 60 años y más se ven afectadas por este tipo de enfermedades.

Cuadro 30 Distribución porcentual de la población por padecimiento de enfermedad crónica según sexo y grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Sexo y grupos de edad	Total	Padecimiento enfermedad crónica	
		Sí	No
Total	100,0	25,9	74,0
Hasta 19	100,0	10,1	89,8
20 a 59	100,0	18,8	81,1
60 y más	100,0	61,2	38,6
Varones	100,0	23,0	76,9
Hasta 19	100,0	11,0	88,9
20 a 59	100,0	16,2	83,7
60 y más	100,0	60,1	39,8
Mujeres	100,0	28,2	71,6
Hasta 19	100,0	9,2	90,6
20 a 59	100,0	21,0	78,8
60 y más	100,0	62,0	37,9

Nota: existe una mínima cantidad de Ns/Nc que influye levemente en el cierre de las distribuciones.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Al intentar encontrar diferencias en la distribución por **sexo**, surge que las enfermedades crónicas tienen una mayor incidencia o son más registradas por las mujeres (28,2%) que por los hombres (23,0%). Hay que volver a señalar que, dada la naturaleza de esta encuesta, los valores responden en ambos casos a la autopercepción de los encuestados respecto a lo que ellos consideran como enfermedad crónica. Es probable que esto se relacione fundamentalmente con la incidencia de las consecuencias de dichas enfermedades sobre la vida cotidiana de las personas.

Entre la población que declara padecer enfermedades crónicas, la prevalencia en la franja etaria que incluye a quienes tienen hasta 19 años es mayor entre los hombres que entre las mujeres (12,3% y 7,2% respectivamente). Por su lado, la distribución en ambos sexos, en el grupo de los de 20 a 59 años, alcanza valores similares (39,1% de los hombres y 40,1% de las mujeres) y sólo es superior en las mujeres del grupo de 60 y más (52,7% de mujeres y 48,6% de hombres).

Siempre en 2004, el cruce del padecimiento de enfermedades crónicas por la **periodicidad de realización** de consultas médicas, indica que el 31,2% de la población que ha consultado en el semestre anterior al relevamiento tiene alguna patología crónica que requiere tratamiento y controles periódicos.

Al indagar acerca de la relación entre enfermedades crónicas y **consumo de medicamentos**, puede señalarse que de la población que consumió medicamentos en el último mes, el 81,0% correspondió a los que declaran enfermedades crónicas.

6.1 Las enfermedades crónicas y su expresión territorial

Si se considera la distribución de la población que señala padecer enfermedades crónicas, según el CGP de residencia, la mayor proporción se encuentra en los CGP 7 (10%) y 6 (9,7%). Los menores valores se dan predominantemente entre la población residente en los CGP 3, 4, 5 y 8 con valores de 4,2%, 4,6%, 4,5% y 5,3% respectivamente.

Este menor reconocimiento del padecimiento de enfermedades se da entre la población que tiene mayoritariamente como cobertura sólo el sistema público de salud (en dichos CGP son el 37,7%, 34,8%, 45% y 47,2% respectivamente). Esta situación podría ser resultado de un menor nivel de detección de las enfermedades crónicas, por el hecho de minimizar su sintomatología en el contexto de las restricciones de la vida cotidiana. De todos modos, no es posible establecer una relación entre el padecimiento de enfermedades crónicas reconocidas por la población y una base territorial particular.

La exploración del vínculo entre enfermedades crónicas y el **tipo de vivienda** manifiesta que tanto la población que vive en villas de emergencia como aquella que lo hace en inquilinatos, hoteles, pensiones o casas tomadas, se encuentra por debajo de la media de la Ciudad (25,9%) en cuanto a la proporción que reconoce tener enfermedades crónicas (15,7% y 16,7% respectivamente). Por su lado, la que habita en viviendas residenciales particulares tiene un valor algo superior, ya que se asume como padeciendo enfermedades crónicas en un 26,8%. Esta información puede complementarse considerando sólo a la población que padece enfermedades crónicas, y señalando que en dicho conjunto, el 94,3% vive en viviendas residenciales particulares, el 3,2% en viviendas colectivas o casas tomadas y el 2,5% en viviendas en villas de emergencia.

7. Mujeres y prevención

7.1 Exámenes de prevención ginecológica (PAP)

Los controles ginecológicos complementados con PAP (Papanicolau) constituyen una de las formas más difundidas de prevención del cáncer de cuello uterino. Se considera que resulta de eficacia preventiva cuando su realización es de carácter anual. Por ello en este apartado se analizará particularmente lo ocurrido con las mujeres que lo llevaron a cabo en el período considerado.

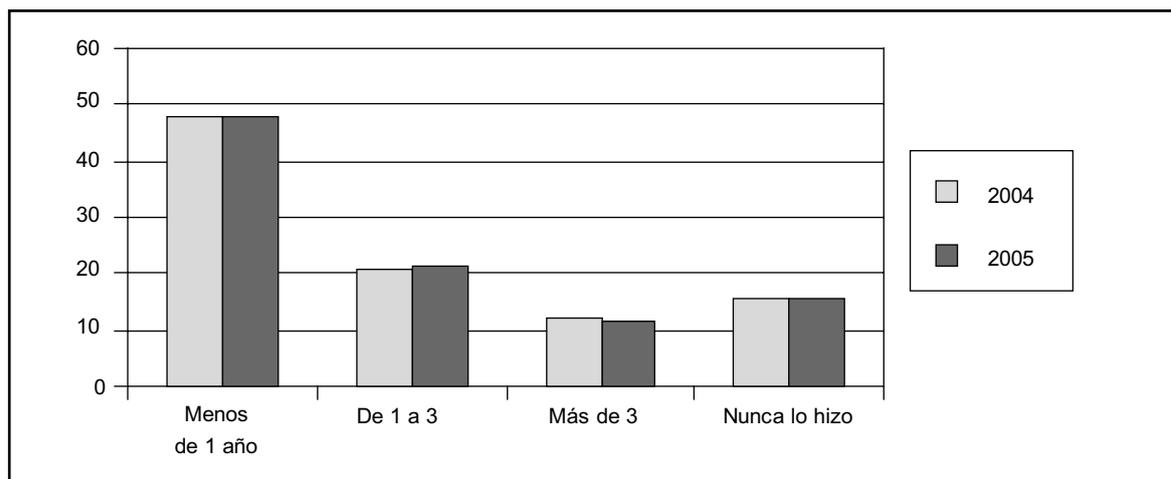
En 2004 y 2005 no se observan variaciones en cuanto a la frecuencia de realización de los Papanicolau. Alrededor del 48% de las mujeres lo hicieron en el último año, lo que indica que **aproximadamente la mitad de las mujeres residentes en la Ciudad actúan de manera preventiva en relación al cuidado ginecológico**. En el otro extremo, quienes nunca se hicieron un PAP conforman el 15,6% de las mujeres de 14 años y más.

Si se analiza en **2004** la periodicidad de realización de PAP según la edad, se halla que aproximadamente la mitad de las mujeres residentes en la Ciudad de catorce años o más (47,8%) se ha realizado dichos controles ginecológicos en el último año, siendo este valor levemente menor al registrado en 2003, año en que alcanzó al 50,4% de las mujeres.

Las mujeres de 25 a 29 años y de 30 a 34 años son las que se realizaron el PAP en el último año en mayor proporción (11,4% y 11,3% del total respectivamente).

Aquellas que se hicieron el último PAP entre hace 1 y 3 años representan el 21% de la población femenina de 14 años o más. Las mujeres de mayor edad (de 70 años en adelante) son las que constituyen el mayor volumen de las que no se lo han realizado en un período de más de tres años.

Gráfico 4 Porcentaje de mujeres de 14 años y más según tiempo transcurrido desde la realización del último PAP. Ciudad de Buenos Aires. Años 2004 y 2005



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004 y 2005.

Si se considera la edad junto con el nivel de instrucción, el 55,0% de las mujeres de 14 años y más que se realizaron un PAP en 2005, habían alcanzado como nivel de instrucción el superior incompleto y completo, mientras un 33,1% tenían secundario incompleto y completo.

Al observar el nivel de instrucción alcanzado en cada grupo de edad, combinado con el tiempo transcurrido desde la realización del último PAP, se observa que a medida que se avanza en el nivel educativo mayor es la proporción de mujeres de 14 años y más que se efectuaron dicho examen en el último año. Así sucede con el 42,5% de las que tienen nivel secundario y con el 60,2% de las que tienen nivel superior incompleto o completo. Esta relación se mantiene en los diferentes grupos de edad.

Cuadro 31 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años y más por grupos de edad según tiempo transcurrido desde el último PAP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Grupos de edad	Distribución por edad de las mujeres de 14 años y más	Tiempo transcurrido desde la última realización del PAP			
		Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	Nunca lo hizo
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
14	1,3	0,0	0,0	0,0	8,2
15 a 19	7,8	3,0	1,6	0,1	38,3
20 a 24	9,1	8,9	7,2	1,5	19,0
25 a 29	9,4	11,4	10,5	3,9	6,7
30 a 34	8,8	11,3	9,8	6,1	2,7
35 a 39	6,9	8,8	9,0	4,0	1,1
40 a 44	7,0	9,0	7,8	4,7	1,9
45 a 49	7,1	9,7	7,4	5,4	1,0
50 a 54	7,4	9,2	8,6	6,6	1,2
55 a 59	7,3	8,8	8,7	7,1	1,7
60 a 64	6,2	6,7	7,7	7,7	1,8
65 a 69	5,7	5,3	7,0	9,7	1,8
70 a 74	5,4	4,0	5,6	10,9	4,0
75 a 79	4,7	2,9	4,5	11,8	3,1
80 y más	5,9	1,2	4,5	20,6	7,5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 32 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años o más por tiempo transcurrido desde el último PAP según grupos de edad y máximo nivel educativo alcanzado. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Grupos de edad en años	Máximo nivel educativo alcanzado	Tiempo transcurrido desde la última realización de PAP						
		Total ⁽¹⁾	Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc
Total	Total	100,0	48,2	21,1	11,3	3,7	15,5	0,2
	Hasta primario completo	100,0	31,1	22,1	25,0	6,6	14,9	0,3
	Secundario incompleto y completo	100,0	42,5	21,2	10,5	3,4	22,1	0,2
	Superior incompleto y completo	100,0	60,2	20,8	6,4	2,6	9,8	0,2
Hasta 20	Total	100,0	18,1	5,1	0,2	1,7	74,5	0,3
	Hasta primario completo	100,0	16,1	4,8	1,4	-	76,4	1,2
	Secundario incompleto y completo	100,0	10,6	3,2	0,3	2,1	83,8	-
	Superior incompleto y completo	100,0	35,5	9,5	-	1,2	53,1	0,7
21 a 40	Total	100,0	58,6	24,0	4,7	1,9	10,6	0,2
	Hasta primario completo	100,0	53,9	25,5	7,7	2,3	10,5	0,2
	Secundario incompleto y completo	100,0	50,8	28,8	6,5	2,2	11,5	0,2
	Superior incompleto y completo	100,0	62,7	21,7	3,6	1,7	10,1	0,2
41 a 60	Total	100,0	60,3	23,8	9,4	3,5	2,7	0,3
	Hasta primario completo	100,0	44,6	30,6	13,7	4,1	6,7	0,3
	Secundario incompleto y completo	100,0	56,2	25,2	11,2	3,4	3,4	0,6
	Superior incompleto y completo	100,0	68,8	20,4	6,7	3,5	0,6	-
61 y más	Total	100,0	32,6	21,0	27,4	7,1	11,8	0,1
	Hasta primario completo	100,0	21,3	18,8	34,3	8,7	16,7	0,2
	Secundario incompleto y completo	100,0	42,3	21,9	21,6	5,7	8,5	-
	Superior incompleto y completo	100,0	39,3	25,2	23,7	5,6	6,0	0,2

⁽¹⁾ Se excluye a la población cuyo máximo nivel educativo corresponde a escuelas especiales no primarias.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

Es posible señalar que el **tipo de cobertura** incide en la frecuencia de realización de PAP. En 2004, entre quienes acceden al sistema público, sólo un 35% de las mujeres de 14 años y más (porcentaje notoriamente más bajo que la media de la Ciudad) realizó su último examen dentro del año anterior al relevamiento.

Una situación opuesta se encuentra entre las mujeres adheridas a la medicina privada, quienes en dicho período lo hicieron en un 60% (porcentaje superior a la media de la Ciudad).

Cuadro 33 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años o más por tiempo transcurrido desde la última realización de PAP según tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Tipo de cobertura	Total	Tiempo transcurrido desde la última realización de PAP					
		Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc y sin dato
Total	100,0	47,8	21,0	11,9	3,2	15,7	0,3
Sistema público	100,0	35,0	25,3	14,4	3,5	21,4	0,3
Obra social	100,0	48,0	20,0	12,3	3,7	15,6	0,3
Medicina prepaga	100,0	60,5	20,0	5,0	1,7	12,5	0,3
Otros ⁽¹⁾	100,0	54,1	19,7	14,1	1,8	9,9	0,4

⁽¹⁾ Incluye sólo mutual y/o sistema de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Los valores que se presentan en 2005 sólo tienen mínimas variaciones respecto al 2004, tal como puede observarse en los cuadros siguientes.

La **condición de actividad** influye en la realización del PAP como indicativo de los exámenes ginecológicos. En 2004, las mujeres ocupadas fueron quienes mostraron el menor tiempo transcurrido desde su última realización (57,2%), así como la menor proporción de quienes nunca se hicieron el estudio (8,9%).

Cuadro 34 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años o más por tiempo transcurrido desde la última realización de PAP según tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Tipo de cobertura	Total	Tiempo transcurrido desde la última realización de PAP					
		Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc
Total	100,0	48,1	21,1	11,3	3,7	15,6	0,2
Sistema público	100,0	34,8	26,5	13,0	3,6	21,9	0,1
Obra social	100,0	47,8	21,1	12,0	4,0	15,0	0,1
Medicina prepaga	100,0	61,4	17,0	6,0 ⁽¹⁾	2,9	12,4	0,3
Otros ⁽²⁾	100,0	42,6	14,8	17,7	10,1	11,9	2,9

⁽¹⁾ El valor de la celda es indicativo, porque su coeficiente de variación es superior al 10%.

⁽²⁾ Incluye sólo mutual y/o sistema de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

Cuadro 35 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años o más por condición de actividad, según periodicidad de realización del PAP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Condición de actividad	Total	Tiempo transcurrido desde la última realización de PAP					
		Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc y sin dato
Total	100,0	47,8	21,0	11,9	3,2	15,7	0,3
Ocupado	100,0	57,2	23,7	7,9	1,9	8,9	0,3
Desocupado	100,0	47,7	22,6	11,1	2,1	16,5	0,1
Inactivo	100,0	36,8	17,7	16,7	4,9	23,6	0,4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

En 2004, el análisis por tipo de vivienda permite señalar que los valores correspondientes a la media de la Ciudad (48,2%) se mantienen entre las mujeres de 14 años o más que habitan viviendas residenciales particulares, mientras que entre las que habitan inquilinatos, casas tomadas o piezas de hoteles y/o pensiones, sólo un 38% se ha hecho exámenes ginecológicos dentro del año anterior al relevamiento. Entre las que viven en villas de emergencia es bastante similar la proporción de las que nunca hicieron el PAP (30,8%) y las que lo hicieron dentro del último año (35,6%).

Si se compara la información surgida de la EAH 2004 con la EAH 2005, los datos de ésta última, sólo permiten en este caso, registrar los cambios ocurridos en aquellas mujeres que hicieron su examen durante el último año.

Es interesante señalar que en el caso de las mujeres de 14 años o más que residen en villas de emergencia, aparece una tendencia creciente a la realización de PAP anualmente: de 35,6% que lo hicieron en 2004, pasan a ser el 40,1% en 2005.

Cuadro 36 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años o más por tiempo transcurrido desde la última realización de PAP según tipo de vivienda. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Tipo de vivienda	Total	Tiempo transcurrido desde la última realización de PAP					
		Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc y sin dato
Total	100,0	47,8	21,0	11,9	3,2	15,7	0,3
Viviendas residenciales particulares	100,0	48,6	21,2	11,9	3,0	14,9	0,4
Inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas	100,0	38,3	16,3	15,4	6,1	24,0	-
Viviendas en villas de emergencia	100,0	35,6	20,7	8,1	4,4	30,8	0,4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Cuadro 37 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años o más por tipo de vivienda, según tiempo transcurrido desde último PAP. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Tipo de vivienda	Total	Tiempo transcurrido desde la última realización de PAP					
		Menos de 1 año	De 1 a 3 años	Más de 3 años	No recuerda	Nunca lo hizo	Ns/Nc
Total	100,0	48,1	21,1	11,3	3,7	15,6	0,2
Viviendas residenciales particulares	100,0	48,8	20,9	11,3	3,6	15,2	0,2
Inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas	100,0	37,3	27,3	12,4 ⁽¹⁾	5,2	17,8 ⁽¹⁾	-
Viviendas en villas de emergencia	100,0	40,1	21,0	9,9 ⁽¹⁾	2,6	25,8	0,6

⁽¹⁾ El valor de la celda es indicativo, porque su coeficiente de variación es superior al 10%.

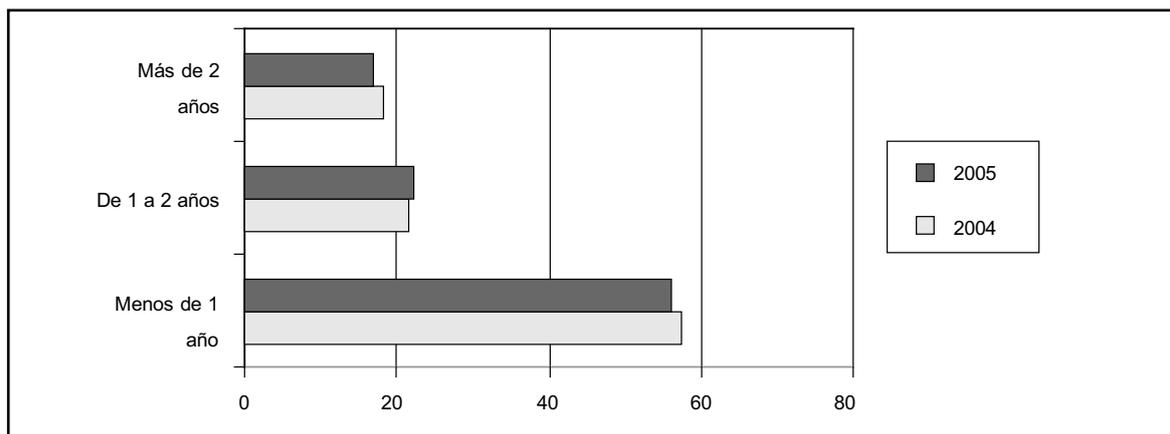
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

7.2 La realización de mamografías

Las ondas 2004 y 2005 de la EAH revelan que en el caso de la prevención de cáncer de mama mediante la realización de mamografías, poco más de la mitad de las mujeres de 14 años o más lo hizo dentro del último año (57,5% en 2004 y 59,5% en 2005).

El mayor porcentaje de mujeres que hicieron este tipo de estudios (casi 10 puntos porcentuales más) con relación al PAP podría indicar que está más difundida la información y/o el conocimiento de las acciones necesarias para la prevención de cáncer mamario entre la población femenina.

Gráfico 5 Distribución porcentual de la población femenina de 14 años y más por tiempo transcurrido de la última mamografía. Ciudad de Buenos Aires. Años 2004 y 2005



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004 y 2005.

El tipo de cobertura afecta las posibilidades de las mujeres de realizar las mamografías, en función del financiamiento que brinda por cada una de las opciones, más allá de la actitud de cuidado que ellas puedan tener. En **2004**, puede observarse que un 60% de las mujeres que sólo están cubiertas por el sistema público nunca se han realizado una mamografía. Por el contrario, el 62,6% de las mujeres adheridas a sistemas de medicina prepaga sí lo han hecho.

Cuadro 38 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años y más por realización de mamografía según tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Tipo de cobertura	Total	Realización de mamografía		
		Sí	No	Ns/Nc y sin dato
Total	100,0	57,5	42,2	0,3
Sistema público	100,0	40,7	58,9	0,3
Obra social	100,0	59,7	39,9	0,4
Medicina prepaga	100,0	62,6	37,1	0,3

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

Si en **2004** consideramos a las mujeres de 14 años y más que tienen como cobertura sólo el sistema público de salud vemos que sólo el 40,7% de dichas mujeres se han realizado alguna vez una mamografía. Entre ellas, casi la mitad (el 45,2%) lo ha hecho dentro del año previo al relevamiento.

Sin embargo, las mujeres que acceden a la atención de su salud a través del sistema de medicina prepaga no tienen, proporcionalmente, una actitud de cuidado preventivo

mayor que aquellas cubiertas por las Obras Sociales: un 62,6% de las primeras y un 59,7% de las segundas, se realizaron alguna vez una mamografía. Sin embargo, el perfil de ambos grupos se modifica notablemente al considerar la periodicidad de realización de dichos estudios.

En el caso de las mujeres afiliadas a sistemas de medicina prepaga, el 69,1% se hizo una mamografía en el año previo al relevamiento; y es baja la proporción de las que la han hecho en un período mayor a dos años (9,0%). Las afiliadas a obras sociales, por su parte, efectuaron una mamografía en un período mayor a dos años en un porcentaje mayor (19,3%) y sólo el 56,6% lo concretó en el último año. Esto podría indicar una actitud más activa en el control mamario.

En **2005**, un 43% de las mujeres de 14 años y más que sólo cuentan con las posibilidades que les ofrece el sistema público de salud

Cuadro 39 Distribución porcentual de las mujeres de 14 años y más por realización de mamografía según tipo de cobertura. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Realización de mamografía	Total	Tipo de cobertura		
		Sistema público	Sólo obra social	Sólo medicina prepaga
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	59,5	43,0	61,8	65,7
No	40,2	56,9	37,9	33,9
Ns/Nc	0,3	0,1	0,3	0,4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

se hicieron mamografías; este porcentaje es mayor que el de 2004. En el caso de las mujeres afiliadas a algún sistema de salud privado o a alguna obra social, el nivel de concreción de dichos estudios es más alto, ya que lo hicieron en un 61,8% o un 65,7% respectivamente. Estos dos tipos de cobertura presuponen una mayor viabilidad de acceso a la realización del estudio, dado que las obras sociales o los sistemas de medicina prepaga contratan con empresas el equipamiento tecnológico pertinente.

En 2004, el análisis de la realización de las mamografías en función de la **condición de actividad** de las mujeres de 14 años y más, señala una diferencia en la distribución entre quienes se hallan ocupadas o desocupadas. En el primer caso, un 60,2% de las mujeres se realizaron alguna vez una mamografía. En cambio las desocupadas se dividen casi por mitades entre las que se hicieron dicho estudio y quienes no (51,3% y 48,7% respectivamente). **En 2005**, los valores no registran diferencias de significación.

8. La alimentación de los niños en sus primeros años de vida

Conocer cómo se alimentan los niños en sus primeros años de vida es una aproximación importante al abordaje de la situación de la infancia en la Ciudad de Buenos Aires. Es por ello que la Encuesta Anual de Hogares instaló en la onda 2005 esta temática como uno de sus ejes de indagación.

La lactancia natural ha cobrado un amplio reconocimiento por ser el mejor modo de proteger a los recién nacidos, asegurándoles un crecimiento con los nutrientes necesarios, fortaleciendo su sistema inmunológico, y evitando así infecciones agudas del sistema respiratorio y diarreas, que son las causas principales de la mortalidad infantil; además de fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo. En síntesis, la lactancia materna se concibe como “elemento básico del cuidado de la salud del binomio madre-hijo” (Fundación Hospitalaria, 2005).

Son numerosos los estudios y declaraciones de diversos organismos internacionales, tales como UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que resaltan el valor de la lactancia natural.

“La prioridad de todas las acciones encaminadas a mejorar la nutrición deben ser para los niños y niñas menores de dos años, ya que la desnutrición en la primera infancia tiene efectos devastadores sobre la supervivencia y el desarrollo, porque los niños y niñas están más predispuestos a enfermarse y a morir durante ese período. También las intervenciones para mejorar la nutrición tienen mayores repercusiones. Entre las acciones cuya eficacia ha sido demostrada se cuenta la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida y la lactancia materna con alimentación complementaria después de los seis meses” (Unicef, 2006).

¿En qué medida las mujeres residentes en la Ciudad adoptan la lactancia natural como práctica alimentaria de sus hijos?

Para poder examinar más a fondo dicha realidad, la EAH 2005 indagó acerca de las prácticas de lactancia materna en niños de hasta 24 meses de edad⁹. Para ello, en el Módulo de Salud se incorporó un bloque de cuatro preguntas dirigidas a conocer si esa población infantil tomó pecho, tomó otra leche, tomó líquido o consumió otro alimento en el día anterior al relevamiento.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la lactancia materna puede ser considerada como relevante entre los menores de 6 meses, ya que el 79,9% de dicha población infantil tomó pecho en el día anterior al relevamiento. Al analizar lo que ocurre en los menores de un año, las dos terceras partes de los niños (67,8%) consumieron leche materna.

Esa proporción se reduce de manera significativa cuando se amplía el rango de edad y se analiza el consumo de leche materna de los niños entre 12 y 24 meses. Allí, los que tomaron pecho son el 29,2% de la población de esa edad.

8.1 La alimentación de los niños de hasta seis meses

La lactancia natural como alimentación exclusiva caracteriza al 64% de los niños de **hasta seis meses** residentes en la Ciudad. Se define como lactancia natural a la situación en la que “el lactante sólo recibe leche materna de su madre o nodriza, o leche materna extraída, y ningún otro líquido o sólido, a excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicinas”¹⁰.

⁹ Se lo hizo de acuerdo con los estándares metodológicos internacionales, respecto al consumo de alimento en el día anterior al del relevamiento.

¹⁰ Las definiciones y categorías utilizadas en este informe surgen del documento de la OPS/OMS (1991), mencionado en la bibliografía.

La lactancia en la cual se combina leche materna con otro tipo de leche, es el modo alimentario del 36% restante de la población de esa edad. Cabe señalar que el consumo de leche no humana en biberón es una categoría propia de la alimentación infantil, que no se incluye estrictamente en la lactancia natural.

¿Cuáles eran las características de las madres de los niños de hasta 6 meses que consumen leche materna exclusivamente, en octubre de 2005, en el momento del relevamiento? El 90,9% de ellas tenían entre 21 y 40 años y sólo un 7,4% eran menores de 20 años. En relación a su nivel educativo, más de la mitad (52,7%) tenían un nivel de instrucción superior incompleto y completo.

Según su condición de actividad, el 52,8% de las mujeres que amamantan a sus niños de hasta seis meses son mujeres ocupadas, y el 45,5% son inactivas, una proporción significativa. Entre las mujeres de 14 a 59 años que conviven con hijos menores de un año son inactivas el 40,3%; mientras el 29,1% de ellas no tienen hijos de esa edad.

Cuadro 40 Distribución porcentual de mujeres de 14 a 59 años por condición de actividad según convivencia con hijos de hasta un año. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Mujeres de 14 a 59 con o sin hijos de hasta 1 año	Total	Condición de actividad	
		Activa	Inactiva
Total	100,0	70,1	29,9
Con hijos de 0 a 1	100,0	59,7	40,3
Sin hijos de 0 a 1	100,0	70,9	29,1

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

Esta situación se refleja en los datos del cuadro anterior, que incluyen al conjunto de las mujeres de 14 a 59 años de edad, según su condición de actividad. Es posible suponer que los niveles de inactividad se generan en condiciones de exclusión del mercado laboral, que afectan a las mujeres ya desde el momento del embarazo, y que se prolongan durante el período en que sus hijos son muy pequeños.

Si relacionamos el nivel de instrucción de la madre con la práctica del amamantamiento, se observa que no aparece un comportamiento que indique claramente que las que tienen los niveles de instrucción más altos (a partir de, por ejemplo, su contacto con la cultura impresa y mayores posibilidades de acceso a la información) tengan un mayor compromiso con la práctica de la lactancia materna. La proporción de madres que dieron de mamar a sus bebés, entre las que tienen hasta primario completo, y las que tienen superior incompleto y completo, son casi idénticas (79,8% y 80,4% respectivamente). En cambio, resulta notable que entre las que alcanzaron el secundario completo la práctica de amamantar es sumamente elevada, ya que llega al 92,5%.

Por su parte, la condición de actividad no aparece como un factor que condicione la lactancia, ya que el porcentaje de ocupadas que amamanta a sus bebés es del 82,5%, pero las inactivas lo hacen en una proporción similar (79,6%).

En relación con la edad, el 80,9% de madres entre 21 y 40 años (grupo de edad mayoritario) amamanta a sus hijos de hasta seis meses.

Finalmente, si se considera el comportamiento materno frente a la alimentación de sus hijos lactantes con relación al tipo de vivienda, el amamantamiento constituye una práctica asumida por el 78,4% de las residentes en casas particulares.

Cuadro 41 Distribución porcentual de madres de niños de 0 a 6 meses por amamantamiento el día anterior según nivel de instrucción de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

Nivel de instrucción de la madre	Total	Amamantamiento el día anterior		
		Sí	No	Sin dato
Total	100,0	79,6	20,1	0,3
Hasta primario incompleto ⁽¹⁾	100,0	79,8	20,2	0,0
Primario completo y secundario incompleto	100,0	69,3	29,7	1,0
Secundario completo	100,0	92,5	7,5	0,0
Superior incompleto y completo	100,0	80,4	19,6	0,0

⁽¹⁾ Dado el reducido número de casos en esta categoría el valor de la celda debe tomarse solo con carácter indicativo.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

8.2 La lactancia materna en los niños hasta el año de edad

En el caso de los niños de hasta un año de edad, la lactancia materna exclusiva se dio en algo más de la mitad de los niños (55,1%). Pero la totalidad de los que no habían consumido leche materna, habían ingerido otro tipo de leche, con lo cual el consumo de leche de uno u otro tipo en este grupo de edad es absolutamente prevalente.

El alcance de la situación alimentaria en los lactantes puede analizarse, en el caso de sustitución de la leche materna por otro tipo de leche, a través de la tasa de alimentación con biberón¹¹. Esta tasa se calcula teniendo en cuenta a los menores de hasta 12 meses de edad que reciben algún tipo de bebida o alimento en biberón. En esta encuesta, considerando a los que toman leche no materna, la tasa es de 0,32. Esto indica que cada 100 niños de hasta un año, 32 toman leche en biberón.

A partir del análisis de las siguientes preguntas: ¿tomó pecho en el día de ayer (el día anterior al de realización de la encuesta)?, y ¿tomó otra leche en el día de ayer?, referidas a menores de 0 a 12 meses, se llega a la conclusión de que, en 2005, el 44,9% de los que toman leche materna también toman como complemento otro tipo de leche; y que el 55,1% se alimenta exclusivamente con leche materna.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, los lactantes **mayores de 6 meses** de edad deben recibir alimentos complementarios además de leche materna. Es el caso de un elevado número de lactantes residentes en la Ciudad. En el 90,8% de los casos¹², los niños entre seis y doce meses que consumieron leche materna también consumieron otro alimento.

8.3 La alimentación de los niños de hasta dos años

La lactancia materna se reduce a medida que los niños aumentan su edad. Así, los niños entre los doce y los 24 meses, en el 67,3% de los casos ya no son amamantados.

Al considerar en conjunto a los niños de hasta 2 años de edad, surge que su alimentación alterna entre la lactancia materna, el consumo de otra leche, la ingesta de otros líquidos y el consumo de otros alimentos. Así se observa que la alimentación del 49% de los niños de hasta dos años, residentes en la Ciudad, puede categorizarse como con lactancia natural continua. Un 72,2% de los niños ingieren leche no materna, y en proporciones similares también otros líquidos y otros alimentos.

Cuadro 42 Población infantil de 0 a 24 meses por consumo de alimentos. Total y distribución porcentual. Ciudad de Buenos Aires. Año 2005

	Población infantil de 0 a 24 meses que en el día de ayer...							
	Tomó pecho		Tomó otra leche		Tomó otro líquido		Consumió otro alimento	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	78.100	100,0	78.100	100,0	78.100	100,0	78.100	100,0
Sí	38.600	49,4	56.300	72,2	58.700	75,2	58.200	74,6
No	38.000	48,7	20.100	25,7	17.700	22,6	18.400	23,5
Sin dato	1.500	1,9	1.700	2,1	1.700	2,1	1.500	1,9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2005.

¹¹ La tasa de alimentación con biberón se calcula como:

$$\frac{\text{Lactantes } <12 \text{ meses } (<366 \text{ días}) \text{ de edad que recibieron biberón en las últimas 24 horas}}{\text{Lactantes } <12 \text{ meses } (<366 \text{ días}) \text{ de edad}}$$

¹² Pero este valor es indicativo, ya que tiene un coeficiente de variación superior al 10%.

9. La salud de los adultos mayores

Para caracterizar el fenómeno de envejecimiento de la población en la Ciudad, a partir de las percepciones de los involucrados, se incluyó por primera vez, en la Encuesta Anual de Hogares 2004¹³, el relevamiento de información específica relacionada con la salud de los mayores. La indagación tuvo como base algunos indicadores que se utilizan en diversas encuestas nacionales de salud, o paneles de hogares, para el posterior cálculo de las expectativas de salud de la población¹⁴.

“La expresión expectativas de salud se usa para englobar a todo el conjunto de indicadores sintéticos que, además de reflejar el impacto de la mortalidad en una población, como hace la esperanza de vida, recoge también las condiciones de salud presentes en dicha población” (Génova Maleras y Pereira Candel, 2002). Se trata, por lo tanto, de una aproximación parcial.

La información relativa a esta problemática fue relevada en los adultos mayores de 60 años y más, a través de preguntas sobre el estado percibido de salud, y sobre las limitaciones de su actividad cotidiana. En el primer caso, la pregunta se formuló así: “Durante este año, ¿considera que su estado de salud

ha sido... muy bueno, bueno, regular, malo, o muy malo?”. En el segundo, se indagaron los niveles de dependencia en la realización de actividades cotidianas, a partir de la frecuencia con que los entrevistados demandan ayuda para llevarlas a cabo. En ambos casos se analizó también el comportamiento de los indicadores mencionados en la población de 75 años y más, partiendo del supuesto de que las percepciones se modifican en ese tramo de edad, dada la mayor incidencia de enfermedades y/o discapacidades.

El 68% de la población de 60 años y más residente en la Ciudad evaluó su estado de salud como bueno o muy bueno. El 25,7% lo consideró regular y el 4,3%, malo. Sólo el 1,4% lo define como muy malo (y hay un 0,6% sin datos). Al analizar la población de 75 años y más, las diferencias no resultan significativas. En este tramo de edad la percepción del estado de salud es en un 60,8% como bueno y muy bueno, el 30,8% como regular y el 7,6% como malo y muy malo (y hay un 0,8% sin datos).

Los valores encontrados indican que en todas las categorías, el estado de salud percibido refleja una opinión más favorable por parte de los varones que de las mujeres. Las personas de 60 años y más que indican que su estado de salud es bueno o muy bueno, son el 72% de los hombres y el 66% de las mujeres.

Cuadro 43 Distribución porcentual de la población de 60 y más por autopercepción del estado de salud según sexo y grupos de edad seleccionados. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Autopercepción del estado de salud	Grupos de edad (en años)					
	60 y más		65 y más		75 y más	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Muy bueno	15,1	14,2	14,7	13,4	13,3	12,9
Bueno	56,8	51,1	54,1	49,5	52,9	44,8
Regular	22,4	27,7	24,7	29,7	26,3	33,3
Malo	3,8	4,6	4,2	5,2	4,7	6,4
Muy malo	1,2	1,5	1,6	1,8	2,0	1,9
Sin dato y Ns/Nc	0,7	0,9	0,7	0,5	0,7	0,7

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

¹³ Esta temática se incluyó en 2004 por primera y única vez, hasta ahora, en la EAH.. Sus resultados fueron publicados previamente en un Informe de Resultados de la DGEyC.

¹⁴ La población relevada por la EAH es la que reside en hogares particulares, ya que no se relevan hogares colectivos. El promedio diario de mayores de 60 años alojados en hogares dependientes del GCBA es de 1.750 y los alojados declarados en los geriátricos privados, evaluados por el GCBA, eran 19.746 en 2004 (Anuario Estadístico 2004 de la Ciudad de Buenos Aires).

Al analizar la población a partir de los 75 años, son también en mayor proporción los hombres quienes perciben su salud como buena o muy buena (en un 66%), mientras que así lo expresan el 58% de las mujeres. La incidencia de las enfermedades evaluadas como crónicas en el grupo de 60 años y más es casi igual en las mujeres (62%) que en los hombres (60%); de manera que no es un factor que explique las diferencias de percepción por sexo sobre su estado de salud.

Si se analiza a los habitantes de 60 años y más en función de las consultas médicas realizadas, el 81% de los varones y el 84% de las mujeres lo hicieron en los últimos seis meses. Tampoco habría aquí diferencias por sexo que sustenten una hipótesis acerca de la existencia de una autopercepción del estado de la salud más aguda en las mujeres.

Cuando se observa el comportamiento de la población de 75 años y más, hay un mayor nivel de concurrencia al médico tanto por parte de hombres como de mujeres (85% y 87% respectivamente), pero siguen siendo similares las proporciones entre los sexos.

Lo anteriormente descrito nos lleva a concluir que en el estado percibido de salud, la asistencia a la consulta médica o el padecimiento de enfermedades crónicas no parecieran ser factores que condicionen fuertemente la respuesta de los hombres y mujeres mayores.

Es interesante destacar que las dos terceras partes de los hombres y una proporción parecida de mujeres, han alcanzado¹⁵ a partir de los 75 años una percepción de buen estado de salud (sumando las categorías de bueno y muy bueno).

La percepción de la salud como muy buena para ambos sexos se mantiene en valores cercanos, tanto entre los hombres como entre las mujeres, disminuyendo cuando aumenta el corte de edad.

9.1 Nivel de dependencia en la vida cotidiana

El abordaje de las condiciones en que los adultos mayores desarrollan su vida cotidiana se indagó en la EAH 2004 por medio de la pregunta “¿Con qué frecuencia necesita ayuda para realizar las siguientes actividades?”. Las categorías planteadas surgieron de la lista de limitaciones de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)¹⁶. Las primeras se vinculan con las actividades propias del manejo de la persona en su hogar para la satisfacción de sus necesidades básicas (aseo personal, vestimenta, alimentación); y las segundas son las que abordan las relaciones establecidas con el mundo externo (uso del teléfono, manejo del dinero y uso de medios de transporte, entre otras).

Actividades de la vida diaria (ABVD)
- Ducharse/ bañarse/ asearse
- Vestirse/ desvestirse
- Peinarse/ afeitarse
- Andar/ levantarse/ acostarse
- Comer
- Quedarse solo de noche
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- Usar el teléfono
- Hacer las compras
- Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan
- Lavar la ropa (a mano/ a máquina)
- Tomar un colectivo/ remis/ taxi
- Acordarse de tomar la medicación
- Subir 10 escalones
- Administrar dinero

Las restricciones para la realización de estas actividades marcan la dependencia de las personas mayores. Ésta se entiende como un “estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de la capacidad física, psicoló-

¹⁵ La población estimada de quienes tienen 60 años y más alcanza a 251.400 varones y 387.100 mujeres; esta población se reduce a 85.100 varones y 147.400 mujeres cuando el corte alcanza a los 75 años y más.

¹⁶ Esta categorización fue la utilizada en la Encuesta Nacional de Salud de España de 1997 para clasificar los niveles de dependencia, y ha sido consensuada en diversos trabajos.

Cuadro 44 Distribución porcentual de personas de 65 y más por frecuencia de ayuda recibida, según actividad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Actividades de la vida diaria (ABVD)	Recibe ayuda para			
	Total	Siempre	A veces	Nunca
· Ducharse/ bañarse/ asearse	100,0	6,4	3,1	90,0
· Vestirse/ desvestirse	100,0	4,3	4,0	91,1
· Peinarse/ afeitarse	100,0	3,5	2,3	93,5
· Andar/ levantarse/ acostarse	100,0	4,9	5,4	89,1
· Comer	100,0	2,2	1,7	95,5
· Quedarse solo de noche	100,0	5,3	2,4	91,7
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)				
· Usar el teléfono	100,0	3,2	2,6	93,5
· Hacer las compras	100,0	10,9	6,1	82,2
· Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan	100,0	6,1	3,7	89,5
· Lavar la ropa (a mano/ a máquina)	100,0	8,8	3,8	86,7
· Tomar un colectivo/ remis/ taxi	100,0	12,3	5,6	81,5
· Acordarse de tomar la medicación	100,0	6,1	4,6	88,5
· Subir 10 escalones	100,0	12,2	7,2	80,1
· Administrar dinero	100,0	6,3	2,5	90,5

Nota: los valores de las filas no suman 100% por los casos de no respuesta y/o Ns/Nc.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

gica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias” (Consejo de Europa, 1998). Esta dependencia¹⁷ puede asumir los rasgos de leve, grave o severa¹⁸ en función de la cantidad de limitaciones diarias en el número de actividades desarrolladas.

Dado que para el análisis del proceso de envejecimiento se considera como punto de referencia a los mayores de 65 años, la información sobre los niveles de autovalimiento en la población se sistematizó específicamente a partir de dicha edad, para aportar elementos a la caracterización de ese grupo poblacional.

En relación con el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, los porcentajes de ausencia de necesidad de pedir ayuda en cada una de las actividades seleccionadas están muy próximos o superan el 90%. El 95% de los entrevistados expresa no pedir nunca ayuda para comer, siendo éste el valor más alto de autonomía encontrado, siendo al mismo tiempo la ABVD para la que se requiere ayuda en menor medida (2,2%). Resulta interesante que el 92% señala que tampoco necesita nunca ayuda para quedarse solo de noche y sólo la requiere, siempre, el 5,3%.

En el caso de las actividades instrumentales de la vida diaria, la que demanda mayor esfuerzo físico, como subir diez escalones, es la que tiene el porcentaje menor de no pedir nunca ayuda (80,1%) entre los habitantes de la Ciudad de 65 años y más. El 12,2% de los hombres y mujeres de este grupo de edad son siempre dependientes para esta actividad instrumental.

Usar el teléfono es la AIVD que presenta menores niveles de dependencia de un tercero (93,5%). Otro porcentaje alto en cuanto al autovalimiento lo representa la posibilidad de no tener que pedir nunca ayuda para acordarse de tomar la medicación (88,5%).

El uso de los medios de transporte es la actividad en la que se manifiesta un mayor grado de dificultad, ya que tiene el más alto porcentaje de total dependencia (12,3%). En este caso, es posible inferir que intervienen factores no sólo relacionados con la movilidad física, sino también con la dificultad de adaptarse a las lógicas de acceso a cada medio de transporte, las dificultades de ubicación espa-

¹⁷ Cabe señalar que, tal como señala Braña en su documento (2004:17), no se incluyen las dependencias de carácter subjetivo, asociadas a enfermedades psico-sociales, por su dificultad de medición; ni tampoco las de tipo económico, a pesar de su preponderancia, incluso entre aquellas personas que se consideran autónomas.

¹⁸ La dependencia leve indica “limitaciones en alguna AIVD siempre que el número de actividades sea inferior a 5”; es grave cuando se presentan “limitaciones en 1 ó más ABVD o en más de 5 AIVD”. Se transforma en severa cuando las actividades se restringen en 3 ó más ABVD (Braña, 2004: 17).

Cuadro 45 Distribución porcentual de personas de 75 y más por frecuencia de ayuda recibida, según actividad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Actividades de la vida diaria (ABVD)	Recibe ayuda para			
	Total	Siempre	A veces	Nunca
· Ducharse/ bañarse/ asearse	100,0	10,4	4,8	84,2
· Vestirse/ desvestirse	100,0	6,8	5,7	86,9
· Peinarse/ afeitarse	100,0	5,8	3,2	90,4
· Andar/ levantarse/ acostarse	100,0	7,2	8,3	83,8
· Comer	100,0	3,7	2,5	93,0
· Quedarse solo de noche	100,0	9,1	3,1	87,1
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)				
· Usar el teléfono	100,0	5,4	4,2	89,6
· Hacer las compras	100,0	17,8	9,1	72,2
· Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan	100,0	10,2	5,6	83,4
· Lavar la ropa (a mano/ a máquina)	100,0	14,5	5,3	79,5
· Tomar un colectivo/ remis/ taxi	100,0	19,8	7,7	71,8
· Acordarse de tomar la medicación	100,0	9,9	6,8	82,4
· Subir 10 escalones	100,0	18,6	9,9	70,9
· Administrar dinero	100,0	11,2	3,3	84,9

Nota: los valores de las filas no suman 100% por los casos de no respuesta y/o Ns/Nc.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). EAH 2004.

cial en cuanto al conocimiento de la Ciudad, así como los temores y desconfianza respecto a los conductores en los autos de alquiler, derivados de cuestiones ligadas a la seguridad, que los medios masivos de comunicación instalan en la población mayor de manera cada vez más eficaz.

Dados los elevados porcentajes de autovalimiento encontrados en los adultos mayores de 65 años y más, se analizó la misma pregunta en los adultos de 75 años y más. La distribución alcanzó los valores que se presentan en el cuadro 45.

La actividad de peinarse y afeitarse resulta ser la actividad cotidiana que menor dependencia de otros exige a los adultos de 75 años y más, que en un 90% manifiestan hacerlo siempre solos. Una alta proporción de este grupo de edad (87,1%) manifiesta no recibir nunca ayuda para quedarse solo de noche. Este es un elemento interesante de análisis, ya que la posibilidad de quedarse solo de noche es un comportamiento que expresa una relativa autonomía, y sintetiza la realización de las actividades básicas pertinentes, la capacidad para la toma de decisiones en torno a lo cotidiano, y la vinculación con otros del entorno más próximo.

Sólo el 10% requiere siempre ayuda para cuestiones básicas tales como bañarse, ducharse y asearse. Aquí intervendrían factores ligados al estado físico de las personas y a sus posibi-

lidades de movimiento independiente. Comer sigue siendo en este grupo etario la conducta que menores dificultades ofrece para su realización autónoma. El 93% dicen no necesitar nunca ayuda para comer.

Usar el teléfono es la actividad instrumental que alcanza la proporción más alta de absoluta autonomía entre los de 75 años y más. Las de mayor dependencia permanente son las de hacer las compras, tomar un medio de transporte y subir diez escalones. En éstas actividades se combinan la percepción acerca del esfuerzo físico necesario, las posibilidades de movilidad y también cierto temor sobre la posibilidad de realizarlas en forma independiente.

Es de destacar que el 29% de la población encuestada de 75 años y más vive en hogares unipersonales y, por tanto, resuelve las cuestiones emergentes de su cotidianeidad de manera relativamente autónoma.

Los resultados obtenidos en la EAH 2004 sirven de base para análisis ulteriores en relación con la salud de los mayores, que en años sucesivos irán permitiendo reconocer los cambios percibidos en torno a ella, y caracterizar los procesos de envejecimiento a partir de la mirada puesta en el autovalimiento. Este primer abordaje constituye entonces un elemento para identificar los escenarios de evolución de la salud de los adultos mayores de la Ciudad.

10. Conclusiones

El análisis que acaba de hacerse sobre la situación de salud de los residentes en la Ciudad, a partir de los resultados provenientes de la Encuesta Anual de Hogares en sus ondas 2004 y 2005, se centra en temáticas que permiten delinear las características de la población en cuanto a la demanda de atención médica y odontológica, algunas de sus conductas preventivas, la situación alimentaria de los niños más pequeños y la de los adultos mayores ligada a su inserción en la vida cotidiana.

Algunas de las tendencias expresadas por los datos relevados indican que:

a) En relación al **tipo de cobertura** de la población, si se analiza la tendencia del trienio 2003-2005, aparece la cobertura por la seguridad social en alza, combinada con una paralela disminución, paulatina, de quienes sólo acceden al sistema público. Entre quienes manifiestan contar exclusivamente para la atención de su salud con el sistema público, la proporción es mayor en aquellos que residen en los CGP de la zona Sur de la Ciudad.

b) La situación en relación a las **consultas médicas** efectuadas por la población indica que en el período 2002-2005 se manifiesta una tendencia levemente ascendente en la proporción de los que manifiestan haber consultado un médico en los últimos seis meses. Así, en 2002 ese valor fue de 66%; pasó a 69,2% en 2003; a 72,0% en 2004; y a 72,4% en 2005.

c) El **consumo de medicamentos** en 2004 registró un descenso de significación entre quienes declaran haber consumido medicación en el último mes (41,5%) respecto a lo registrado en 2003 (49,3%). En 2005, sin embargo, se produjo un leve aumento, ya que el 43,2% señaló haber consumido medicación en el mes previo al relevamiento. En este mismo año, la población femenina manifestó tener un nivel de consumo de medicamentos mucho mayor que la masculina.

d) La **atención odontológica** continuó creciendo en el sector público. Recibió en 2004 el 12,7% de la demanda de quienes se atendieron en el semestre anterior al relevamiento, mientras que en 2003 lo hacía en un 11,6%, dividiéndose en proporciones idénticas entre hospitales y centros odontológicos o salas de salud. En 2005 un 15,5% de la población utilizó efectores del sector público y un 60% de la seguridad social. La consulta odontológica de quienes lo hicieron en el último semestre resultó ser mayoritariamente femenina

e) Según el relevamiento de 2004, el 25,9% de la población encuestada en la Ciudad de Buenos Aires padece al menos una **enfermedad crónica**.

f) En relación a las **conductas preventivas ginecológicas** de las mujeres, en 2004 y 2005 no se observan variaciones en cuanto a la frecuencia de realización de los Papanicolau, ya que en ambos casos alrededor del 48% de las mujeres hicieron anualmente su examen ginecológico. Al observar el nivel de instrucción alcanzado en cada grupo de edad combinado con el tiempo transcurrido desde la realización del último PAP, se encuentra que a medida que se avanza en el nivel educativo es mayor la proporción de mujeres de 14 años y más que se efectuaron ese examen en el último año.

En la prevención del cáncer de mama mediante mamografías, poco más de la mitad de las mujeres de 14 años y más lo hizo en el último año (57,4% en 2004 y 56,2% en 2005). La realización de este tipo de estudios en un porcentaje mayor de mujeres que las que se hicieron PAP, podría suponer un mayor alcance de la información y/o el conocimiento de las acciones necesarias para la prevención del cáncer mamario entre la población femenina.

g) Respecto de la **alimentación de los niños** menores de dos años, la Encuesta Anual de Hogares en 2005 fue una primera aproximación a la temática en la Ciudad de Buenos Aires. Es interesante destacar que el 80% de los lactantes en sus primeros seis meses de vida son amamantados por sus madres y que un 64% tiene a la lactancia natural como alimentación exclusiva. Ello le garantiza a una alta proporción de esos bebés favorables condiciones de salud iniciales, ya que así se les asegura protección inmunológica, excelente nutrición y buen vínculo afectivo con sus madres.

h) La **salud de los adultos mayores**, expresada por el estado general de salud percibido por la población de 60 años y más, es evaluada como buena o muy buena en el 68% de los casos. Al analizar la población de 75 años y más, las diferencias registradas no resultan de significación. La percepción de este grupo

etario es, en un 61% de los casos buena y muy buena; el 30% percibe su situación como regular y sólo el 6% como mala. La percepción relevada refleja una opinión más favorable de los varones que de las mujeres.

Las temáticas han sido abordadas mediante su cruce con indicadores demográficos y sociales, tales como el sexo, la edad, el nivel de instrucción y/o la condición de actividad, para permitir una caracterización más completa de la situación estudiada.

La inclusión de los aspectos descriptos en las ondas de la Encuesta Anual de Hogares contribuyen a la construcción de una mirada longitudinal de la situación de salud de los residentes en la Ciudad, que podrá ser insumo de investigaciones ulteriores. Esta publicación es una presentación de resultados, que está abierta a nuevas y diversas indagaciones por parte de quienes tengan a la salud de la población como uno de los ejes para ahondar en la comprensión de lo social.

11. Bibliografía

Braña, F. J. (2004), La dependencia de los Mayores en España. Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia, Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Salamanca, España.

Consejo de Europa (1998), Recommendation, núm. R (98)9, del Comité des ministres aux états membres relatives à la dependance, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Dirección General de Estadística y Censos del GCBA (2004), Anuario estadístico 2004 de la Ciudad de Buenos Aires.

Dirección General de Estadística y Censos del GCBA (2005), Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires nº 7, Aspectos referidos a la salud 2003.

Fundación Hospitalaria / Hospital Privado de Niños (2005), Política del Hospital Privado de Niños- Política Hospitalaria sobre Lactancia Materna, Ciudad de Buenos Aires (folleto).

Génova Maleras, R. y Pereira Candel, J. (2002), Estudio monográfico: las expectativas de salud, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid.

Lattes, A. y Andrada, G. (2004), “El subsistema demográfico de la Ciudad de Buenos Aires”, en Población de Buenos Aires: Revista semestral de datos y estudios demográficos. Dirección General de Estadística y Censos, Secretaría de Hacienda y Finanzas del GCBA, Año 1, N^o 1, pp. 76 y 77.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1991), Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna: Informe de una reunión; 11-12 de junio de 1991, Ginebra, Suiza.

Rosas, C. (2004), “Cambios y continuidades en la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en Población de Buenos Aires: Revista semestral de datos y estudios demográficos, Dirección General de Estadística y Censos, Secretaría de Hacienda y Finanzas del GCBA, Año 1, N^o 1, pp. 83 y 84.

UNICEF (2006), Progreso de la Infancia: un balance sobre la nutrición, N^o 4, mayo. www.unicef.org

United Nations Population Division, DESA (2002), World Population Ageing, 1950-2050. Versión electrónica: www.un.org/population/publications/worldaging19502050

12. Anexos

1. Metodológico

Encuesta Anual de Hogares 2004-2005

Objetivo de la encuesta

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

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

1) La posibilidad de disponer de indicadores a nivel desagregado, reconociendo unidades territoriales menores dentro del espacio de la Ciudad (Centros de Gestión y Participación, entre otros). La desagregación territorial debe permitir realizar un análisis sobre la situación de la Ciudad a nivel del conjunto del territorio, y además a nivel de las distintas divisiones político-administrativas requeridas. Este rasgo aparece como fundamental cuando los resultados deben referirse a unidades espaciales menores que el territorio de la Ciudad en su conjunto.

2) La plasticidad temática que posee, posibilita responder a las diversas y cambiantes necesidades de conocimiento. Su importante tamaño de muestra permite indagar con amplitud y detalle un conjunto de indicadores básicos acerca de las distintas tendencias que se advierten en la situación económica y sociodemográfica de la Ciudad. Es por ejemplo el caso de los indicadores laborales, ya que en este punto se indaga en profundidad, acerca del grado de cobertura de la población ocupada y desocupada, respecto a los diversos beneficios en materia de programas de empleo, capacitación, seguros de desempleo, etc. otorgados por el gobierno nacional o de la Ciudad.

Áreas temáticas

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

- Características demográficas básicas (composición y estructura, fecundidad, movilidad territorial).
- Hogares y familias (composición del hogar, características, identificación de las diferentes familias que viven en una misma vivienda).
- Vivienda y hábitat (tipo de vivienda, servicios y saneamiento básico, condiciones del hábitat, calidad percibida sobre los sistemas de servicio público, alojamiento).
- Salud (acceso a servicios de salud, se indaga acerca de consultas médicas realizadas, tipo de consulta, tipo de cobertura, enfermedades crónicas, percepción del estado de salud).
- Educación (tipo de establecimiento al que concurren o concurren, rendimiento educativo, lugar del establecimiento al que concurren, nivel de educación alcanzado).
- Trabajo y empleo (situación en el mercado de trabajo, características ocupacionales).
- Ingresos (montos, distribución del ingreso).
- Políticas sociales (se indaga si el hogar recibe ayuda de instituciones u organizaciones, en dinero, alimentos, remedios, ropa).
- Consumo cultural (sólo 2005).
- Uso del tiempo (sólo 2005).

Población bajo estudio

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

Estimaciones y resultados

Toda información que se produce está referida al conjunto del territorio de la Ciudad y a cada uno de los CGP como dominio de análisis de la Ciudad. Como pueden interesar otros recortes territoriales, se plantea un sistema de muestreo simple y versátil, en el sentido de poder adaptarse para dar respuesta a requerimientos diversos, que constituye el planteo de diseño de la muestra.

A partir de la onda 2005 de la EAH, se halla disponible una Base Usuarios que contiene la información obtenida.

Procedimiento de muestreo

Para la realización del diseño de la muestra se contó con la información correspondientes al Censo Nacional de Población del 2001 (CNP 2001), disponible en la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, con los cuales se establecieron las unidades de muestreo atendiendo a los objetivos de producción de información determinados para la encuesta por el Gobierno de la Ciudad, así como la determinación de los tamaños de muestra correspondientes.

El tamaño global de la muestra de la onda 2004 para toda la Ciudad fue establecido en 8730 encuestas efectivas (hogares encuestados) luego de analizar la precisión general previsible, las posibilidades para ciertas variables de aumentar la precisión uniendo CGP contiguos y semejantes, la magnitud del operativo, y los recursos económicos disponibles para afrontar las tareas de organización e impresión, de encuesta, de procesamiento, y otros conexos.

Del total de encuestas efectivas se asignaron 8060 para las viviendas particulares situadas en áreas no Villa (distribuyéndose por igual entre los CGP: 504 en promedio), 370 para las viviendas en Villas y 300 para las viviendas en inquilinatos, hoteles y pensiones.

Para la onda del año 2005, el tamaño global de la muestra fue establecido en 9367 viviendas. Del total de viviendas seleccionadas se asignaron 8598 para las viviendas particulares situadas en áreas no Villa (distribuyéndose entre los CGP 537 en promedio), 374 para las viviendas en Villas y 395 para las viviendas en inquilinatos, hoteles y pensiones, resultando efectivas (viviendas encuestadas) un 69,7%

La muestra de la encuesta de 2005 básicamente consistió en un muestreo de viviendas estratificado en 16 grandes estratos (o poblaciones) que son los 16 Centros de Gestión y Participación (CGP) en que se halla organizada la ciudad, con subdivisión en cada uno de ellos según tipos de vivienda. Las viviendas de tipo “Inquilinato-Hotel-Pensión-Casa Tomada”, las viviendas en “Villas de Emergencia” y el resto, designado como viviendas “Residenciales Generales”, son las tres grandes categorías que definen las subpoblaciones de los CGP.

Además, las necesidades de estimación para dar respuesta al gobierno de la Ciudad, dieron lugar a la formación de tres marcos de muestreo dentro de cada CGP. El marco 1, compuesto por las viviendas “residenciales generales” cuyas unidades primarias son conglomerados de una manzana o parte de manzana. El marco 2 de muestreo fue un listado de domicilios o casas de inquilinato, hoteles familiares, pensiones y casas tomadas, conformado con datos de diversas fuentes entre las cuales, obviamente, se hallaron los últimos dos censos de población. Y finalmente el/las área/s de villas de emergencia de cada CGP, que conformaron el marco 3 de muestreo.

El procedimiento de muestreo en el marco 1 consistió en un muestreo replicado, con seis réplicas iguales e independientes. En cada réplica la muestra fue seleccionada en dos etapas, donde las unidades de primera etapa se seleccionaron con probabilidad igual a la cantidad de viviendas, según el CNP 2001, con reposición, en tanto que la segunda etapa fue una selección de viviendas con igual probabilidad y sin reposición.

En el marco 2 la selección se efectuó también a dos etapas, pero sin replicación. La unidad de primera etapa fue el domicilio o casa de “inquilinato, hotel particular, pensión o casa tomada”, las que se seleccionaron con probabilidad proporcional a la cantidad aproximada de viviendas del mismo. La unidad de segunda etapa fue la vivienda ocupada, al momento de la encuesta. El listado de viviendas ocupadas (piezas) de cada unidad primaria seleccionada fue confeccionado, in situ, por un encuestador un mes antes del inicio del operativo; luego se seleccionó al azar y sin reposición las viviendas a encuestar, para finalmente encuestarlas durante el relevamiento.

En el marco 3, compuesto por viviendas en villas de emergencia, también se utilizó un muestreo en dos etapas, donde la unidad primaria fue la “unidad de relevamiento a cargo de un guía en el CNP 2001”. La muestra se seleccionó con probabilidad proporcional a la cantidad de hogares en cada unidad primaria, con reposición. La cantidad de viviendas seleccionadas en cada unidad primaria se mantuvo constante entre unidades primarias, excepto unos pocos casos particulares.

Finalmente, corresponde señalar que en el marco 1, pese al esfuerzo realizado para extraer o separar del mismo los “inquilinos, hoteles familiares, pensiones y casas tomadas” y pasarlos al marco 2, quedó en él una cierta cantidad de estos tipos de viviendas. De modo similar, pero a la inversa, ocurrió en los marcos 2 donde quedaron viviendas que deberían formar parte del marco 1, es decir, que siendo viviendas “particulares generales”, no pudieron ser identificadas como tales y finalmente quedaron en el marco 2.

Esta aclaración apunta a comunicar que para efectuar las estimaciones específicamente referidas a las viviendas “particulares generales” se recurrió a la utilización de los marcos 1 y 2 y, de igual modo, para efectuar las estimaciones específicas sobre inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas, también se combinaron las estimaciones de los dos marcos.

Las selecciones fueron mutuamente independientes entre marcos y, obviamente, entre CGP.

2. Cuestionario

Preguntas del cuestionario de 2005; las preguntas **marcadas en negritas sólo se hicieron en el año 2004;** las preguntas **marcadas en**

itálicas sólo se hicieron en 2005; se han eliminado las remisiones de una pregunta a otra, y otras indicaciones para el encuestador.

Salud – para todas las personas

S1 ¿Está afiliado a...

Una obras social?
Una mutual?
Un plan de medicina prepaga?
Un sistema de emergencias médicas?
El Plan Médicos de Cabecera del GCBA?
No tiene afiliación

S2 ¿Cuándo fue la última vez que realizó una consulta a un médico clínico o a un especialista?

Hace seis meses o menos
Hace más de seis meses pero menos de un año
De 1 a 2 años
Más de 2 años
No recuerda
Nunca consultó

S3 ¿En qué lugar realizó la última consulta?

En un centro de salud / sala de salud (público)
En consultorios de un hospital público
En la sala de emergencias de un hospital público
En un sanatorio / clínica / consultorio de hospital privado
En un consultorio particular
En un consultorio del programa “Médicos de Cabecera”
En su domicilio
En un sanatorio / clínica / mutual / consultorio de obra social
En otro lugar (especificar)

S6 En el último mes ¿tomó algún/os medicamento/s?
(Redacción de 2004: En el último mes ¿le indicaron / necesitó tomar cualquier tipo de medicamento?)

Sí
No

S7 ¿Quién se los indicó?

(Redacción de 2004: ¿Quién se lo indicó o recetó?)

Usted mismo
El farmacéutico
El médico
Otra persona

S7a ¿consumió todos los medicamentos que necesitó/le indicaron?

Sí
No

-----»

S7b ¿Por qué motivo?

No pudo pagarlo
No quiso consumirlo
Otros motivos (especificar)

S8 Durante este año, ¿estuvo internado al menos una vez?

(Redacción de 2004: Durante este año, ¿estuvo al menos una vez internado?)

Sí
NO

S 27 ¿Cuánto tiempo pasó desde que se hizo la última mamografía?	Menos de 1 año De 1 a 2 años Más de 2 años No recuerda
S 28 ¿Tiene o tuvo hijos o hijas nacidos vivos?	Sí No
S 29 ¿Cuántos hijos o hijas nacidos vivos tuvo en total?	Total de hijos nacidos vivos ----
S30 ¿Cuántos hijos o hijas están actualmente vivos?	Total de hijos actualmente vivos ---
S 31 Año y mes de nacimiento del último hijo/hija nacido vivo/a	Año Mes
S 32 Nació de un embarazo	Simple Múltiple
Para todas las personas de 60 años y más	
S 33 Durante este año, ¿considera que su estado de salud ha sido...	Muy bueno? Bueno? Regular? Malo? Muy malo?
S 34 ¿Con qué frecuencia necesita ayuda para realizar las siguientes actividades?	Ducharse / bañarse / asearse Vestirse / desvestirse Peinarse / afeitarse Andar / levantarse / acostarse Comer Quedarse solo de noche Usar el teléfono Hacer las compras
	Preparar la comida / cortar una rebanada de pan Lavar la ropa (a mano / a máquina) Tomar un colectivo / remis / taxi Acordarse de tomar la medicación Subir 10 escalones Administrar dinero

Integran la serie

Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires

los siguientes números

- Nº 1 Aspectos demográficos 2002 (editado en marzo de 2004)
- Nº 2 Aspectos laborales 2002 (editado en abril de 2004)
- Nº 3 Aspectos referidos a la salud 2002 (editado en mayo de 2004)
- Nº 4 Aspectos educativos 2002 (editado en julio de 2004)
- Nº 5 Aspectos demográficos 2003 (editado en diciembre de 2004)
- Nº 6 Aspectos educativos 2003 (editado en enero de 2005)
- Nº 7 Aspectos referidos a la salud 2003 (editado en febrero de 2005)
- Nº 8 Aspectos laborales 2003 (editado en junio de 2005)
- Nº 9 Aspectos demográficos 2004 (editado febrero de 2006)
- Nº 10 Aspectos demográficos 2005 (editado marzo de 2007)
- Nº 11 Aspectos laborales 2004 / 2005 (editado octubre de 2007)
- Nº 12 Aspectos referidos a la salud 2004 / 2005 (editado en enero de 2008)
- Nº 13 Aspectos educativos 2004 / 2005 (editado en enero de 2008)
- Nº 14 Aspectos demográficos 2006 (editado en febrero de 2008)