



32824

Buenos Aires, 18 de abril de 1985.-

Al Sr. Secretario General del Consejo Federal de Inversiones
Ing. Juan José Ciáccera
S/D.

EXPEDIENTE N°	
Agregado N°	
849	18 ABR 1985 FECHA

Ref.: Estudio "Encuesta Permanente de Salud".

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. a los efectos de elevarle el informe final del estudio de referencia.

Al respecto es de mi interés señalar que la presentación del mismo se realiza en el día de la fecha dado que la amplitud del tema, el análisis exhaustivo y dedicación me requirieron cuatro meses de elaboración y estudio.

Atentamente,

0
B 31121
A 22

M 410

Lic. Perla Álvarez Barbolla

DIRECCION DE COOPERACION TECNICA	
ENTRO	PASE A:
DIA 22-4-85 HORA 12:30	A. ORG. Y ADM. PUBLICA <input type="checkbox"/>
	A. INFRAESTRUCT. Y SERV. <input type="checkbox"/>
	A. ACTIVIDADES PRODUCTIV. <input type="checkbox"/>
	A. ASUNTOS SOCIALES <input type="checkbox"/>
SALIO	
DIA HORA	

DESARROLLO ECONOMICO Y ESTUDIOS	
Entró 23/4/85	Salio 1/5/85
Hora: 14, 15h	



ESTUDIO:

ENCUESTA PERMANENTE DE SALUD

INTRODUCCION

Para la realización del marco conceptual de la Encuesta Permanente de Salud, se tuvo en cuenta que desde un principio la misma fue prevista como un anexo a la Encuesta Permanente de Hogares, considerando el carácter de ésta, de ser un programa de relevamiento sistemático y permanente de datos orientados a la captación de información a nivel de hogares e individuos. Esto motivó que una parte de la caracterización global del estudio esté dada por la E.P.H., cuyas variables de tipo demográfico, educacional, social y económico, constituirán el marco de referencia para analizar las interrelaciones entre las mismas y las variables específicas de salud.

OBJETIVOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO

Se determinaron como objetivos de largo alcance:

1. Reconocer la influencia que tiene el contexto familiar y socio-cultural en la percepción diferencial de morbilidad.
2. Identificar los variados patrones de accesibilidad y utilización de los servicios de salud existentes.
3. Precisar la naturaleza y magnitud de los principales problemas percibidos por la población.
4. Acceder a los conceptos que sobre salud tiene la población.

5. Incorporar nuevas fuentes de información no convencionales sobre el área de salud, complementarias del servicio de registros parciales del sub-sector público.

Para la consecución de estos objetivos se partió del supuesto básico de que la población utiliza los servicios de salud en función de la percepción, siendo la misma un problema diferencial, teniendo en cuenta que cada individuo tiene su propia percepción en función de como se siente capacitado para su pleno desarrollo social e integración en el seno de la sociedad.

El supuesto secundario de esta hipótesis, se fundamenta en que las barreras que impiden el acceso al sistema de atención médica son más culturales que económicas, en contraposición al esquema tradicional de análisis que antepone las barreras económicas al hecho mismo de la percepción de enfermedad.

De acuerdo a estos supuestos la reiteración de la consulta médica, estaría en función de las experiencias o valoración adquiridas por el individuo en el sistema de salud. De este modo el grado de satisfacción relaciona las expectativas con los resultados.

A diferencia de lo anteriormente expuesto en la Encuesta de Salud de 1980, (como mas adelante se analizará en detalle), se partió de la hipótesis de que en la medida en que la población tuviera asegurado el acceso a los servicios de atención mediante la

existencia de mecanismos indirectos de financiación, la brecha en el grado de utilización de servicios tendería a disminuir o hacerse nula para los distintos estratos del ingreso.

DEFINICION DEL MARCO TEORICO

Dentro del sector salud se originan múltiples indicadores, que conforman el marco teórico-conceptual en el cual se desenvuelve, en diversas orientaciones todo estudio ligado al área de salud. Es posible acceder a los mismos mediante diferentes fuentes de recolección de datos, siendo posible clasificarlos según distintas categorizaciones.

Con el fin de permitir las posibilidades de unificación de criterios, en el área de salud de diferentes países, se han adoptado de acuerdo a las propuestas de la Organización Mundial de la Salud, cuatro grandes agrupamientos de indicadores prioritarios - en base a la utilidad, viabilidad y selectividad de los mismos -- (cuestión decisiva sobre todo en los países en desarrollo).

Se facilitan de este modo las posibilidades de comparación posterior dentro del sector salud en distintas realidades, cuando se deba recurrir a los indicadores en caso de no ser posible medir los cambios de la realidad o se consideren las normas de la O.M.S. que los definen como "variables que sirven para medir los cambios".



Los grupos de indicadores adoptados incluyen:

1. Indicadores sociales y económicos
2. Indicadores de política sanitaria
3. Indicadores del estado de salud
4. Indicadores de prestación de atención médica

Se enuncian a continuación algunos de los principales indicadores de los grupos mencionados y las respectivas fuentes de datos que posibilitan la obtención de los mismos.

1. Indicadores sociales y económicos relacionados con la salud:

Estos indicadores influyen desde fuera del sector salud-- al no corresponder a los objetivos y metas específicas del sector mismo. No obstante son de fundamental importancia por la incidencia que ejercen sobre el sector, debiéndoselos considerar por lo tanto en cualquier estudio o encuesta sobre salud.

Dentro de los principales indicadores socio-económicos, - se subrayan algunos como:

- Tasa de crecimiento de la población, (cambios en su -- magnitud y su estructura por edad y sexo); tasas de na talidad, mortalidad y de crecimiento natural.
- Distribución del ingreso (distintas variables de la sa lud, están en directa correlación con el ingreso nacio por habitante). Se aclara al respecto que las encuestas

por muestreo constituyen una de las pocas fuentes que --
permiten vincular directamente variables de la salud ---
(por ejemplo: gasto en salud, tiempo perdido por enfermede
dades, etc.) con los datos relativos al ingreso.

- Condiciones ocupacionales (también en directa relación -
con el área de salud, como la disponibilidad de trabajo,
el nivel de desempleo o sub-empleo, proporción de perso-
nas a cargo, etc.).
- Educación (formal e informal, distinción entre alfabetos
y analfabetos, analfabetos absolutos y analfabetos por -
desuso).
- Vivienda (número de personas por habitación, calidad de-
servicios, ubicación, etc.).

Estos dos últimos factores tienen profundas influencias so-
bre el sector salud, si bien generalmente no se incluyen en el mismo
mo.

La información necesaria para la obtención de los indicado-
res sociales y económicos relacionados con la salud, será propor-
cionada en su mayor parte, por el programa anteriormente menciona-
do sobre indicadores de este tipo que conduce el I.N.D.E.C.: la Encu
esta Permanente de Hogares.

Dada la amplitud de este grupo de indicadores y la importancia
directa de los mismos sobre otros sectores de la comunidad, --

existen diversas fuentes de información que proporcionan datos - para su elaboración o cálculo, no consideradas aquí por estar -- fuera del alcance temático de este estudio.

2. Indicadores de política sanitaria:

Es posible detectar en este grupo distintos indicadores, - entre otros:

- Estructura orgánica que hace a la política sanitaria
- Asignación de recursos en el sector salud
- Grado de equidad en la distribución de los recursos sanitarios.

Las fuentes de información que hacen a los mismos pueden proceder de los diversos organismos a nivel nacional o provin--- cial de salud, de las declaraciones de la política gubernamental en materia de salud, de los distintos medios de información pú-- blica, etc.

3. Indicadores del estado de salud:

Entre los principales indicadores del estado de salud, -- que incluyen y posibilitan, a su vez el análisis de calidad de vida, se destacan entre otros:

- Tasa de mortalidad de lactantes
- Expectativas de vida al nacer o a una edad determinada
- Mortalidad por enfermedades específicas
- Morbilidad
- Incapacidad

No
 La información determinada que hace a este grupo de indicadores puede obtenerse de fuentes primarias de datos como: censos de población y vivienda, encuestas por muestreo (se incluiría la encuesta permanente de salud), registros civiles, registros ordinarios de los servicios de salud; y de fuentes alternativas de datos (en relación al grado de precisión de las mismas) como los registros de enfermedades, la vigilancia epidemiológica, etc.

4. Indicadores de prestación de atención médica:

La encuesta permanente de salud estará orientada a cubrir con mayor amplitud este rubro de indicadores, en virtud de la no existencia de un único indicador que pueda suministrar una imagen real de la cobertura en el sentido más amplio del término. No obstante es factible arribar a este concepto a través de indicadores más viables de este rubro, como por ejemplo: utilización de servicios.

En el actual sistema de información es posible obtener datos sobre prestación de atención médica, solo a través de los registros de los efectores de salud. Generalmente los datos producidos por este sistema de anotaciones tienen una finalidad administrativa más que de vigilancia, incluyendo solamente el sub-sector público y quedando fuera del mismo los grupos de población que acceden a:

- a- Los servicios médicos privados, no médicos y paramédicos.
- b- Los servicios de obras sociales



c- Los servicios médicos privados pre-pagos

d- Los habitantes que no acceden al sistema de salud.

La E.P.S. está prevista para facilitar información (que por otra parte no es posible abordar por métodos estadísticos de tipo censal), sobre estos segmentos de la población, mediante preguntas directas dirigidas a los habitantes, considerando que la misma funcionará como una encuesta a hogares y a todos los integrantes del grupo familiar.

EVALUACION DE LOS ANTECEDENTES

Las experiencias de encuestas por muestreo realizadas hacia la comunidad en el país, son, la Encuesta Nacional de Salud de 1969 y la más reciente Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Atención Médica de 1980.

La Encuesta Nacional de 1969 se realizó en los grandes centros urbanos del país: Capital Federal y Gran Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Rosario y Tucumán; y en las siete áreas de desarrollo establecidas por el CONADE: Patagonia, Comahue, Cuyo, Pampa Húmeda, Centro, Noroeste Argentino y Nordeste Argentino.

El proceso de recolección comenzó en julio de 1969 en forma conjunta para las cinco áreas urbanas, incorporándose en forma paulatina a lo largo de 1969 y de 1970 las regiones de desarrollo.

Los objetivos generales de esta encuesta estuvieron orientados hacia el conocimiento de enfermedades y accidentes, la demanda de servicios médicos, no médicos y paramédicos, determinación del gasto en salud, utilización de servicios y grado de cobertura e información demográfica y socio-económica de la población en general.

Por su parte, la Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Atención Médica de 1980, tuvo como principal objetivo poner a prueba las hipótesis de cambio de comportamiento operado en el decenio con respecto a los datos hallados en 1969; motivo por el cual la encuesta se realizó en algunas de las mismas áreas urbanas que en aquél momento se habían seleccionado.

Las hipótesis fueron: aumento de la utilización de servicios, especialmente en el caso de ancianos y en los grupos de ingreso medio y bajo; mayor participación de las obras sociales y otros sistemas de pre-pago y consecuentemente, reducción del pago por cuenta propia, y sobre todo en servicios costosos la disminución de la propensión al gasto.

El estudio se desarrolló en el: Area Metropolitana (Capital Federal y Conurbano Bonaerense), Gran Rosario y Gran Mendoza, de acuerdo a la definición de límites adoptada por el INDEC. No siendo incluida Gran Córdoba por motivos de orden local. La encuesta se realizó en septiembre de 1980 en forma simultánea para todas -



las áreas.

El tema fundamental de esta investigación giró alrededor de la existencia y tipo de cobertura previsional, siendo en ese sentido respecto al estudio de 1969 tan importante la extensión de la misma como el reemplazo de los sistemas pre-pago, por las obras sociales. La percepción de enfermedad aparece como expresión genérica, sin incluir detalles de cronicidad, severidad, etc.

Los supuestos de esta encuesta fueron solo parcialmente confirmados, ya que los resultados demostraron que no hubo grandes modificaciones en el nivel de utilización durante el decenio analizado (con la sola excepción de los servicios de diagnóstico y tratamiento).

Se produjo en cambio de acuerdo a lo previsto, un avance de las obras sociales con reducción simultánea de la coparticipación del sector público y del pago por cuenta propia. Respecto del sistema pre-pago privado, el mismo no tuvo una mayor gravitación dentro del conjunto de financiamiento indirecto de la atención médica.

Para la realización del presente estudio (Encuesta Permanente de Salud), se consideró la estructura sobre percepción de enfermedad de la encuesta de 1969 y los datos y análisis sobre utilización de servicios y propensión al gasto de la encuesta de 1980.

METODOLOGIA DE LA ENCUESTA:

Los principales conceptos adoptados dan lugar a una subdivisión del estudio en cinco grandes áreas, las cuales son definidas operacionalmente en base a los objetivos del mismo, en el siguiente orden:

- I. Población (Caracterización Socio-económica)
- II. Percepción de Morbilidad
- III. Cobertura Previsional
- IV. Utilización de Servicios
- V. Propensión al Gasto

I. Población (Caracterización Socio-económica)

Engloba el número total de personas que se incorporarán a la encuesta como integrantes de los grupos familiares seleccionados.

Considerando que la encuesta se realizará a nivel familiar, tomando por un lado la información de toda la familia y por el otro de cada miembro de la misma, se aclara al respecto que la entrevista familiar tendrá como objeto recoger datos acerca de las viviendas y las características demográficas de todos los componentes del hogar, que se complementarán con la información sobre las características socio-económicas básicas de los individuos que se obtendrán mediante la entrevista individual.

Las definiciones de las variables de caracterización socioeconómica, demográfica, de composición familiar y de vivienda seleccionadas, forman parte del cuerpo de la E.P.H. La información recogida a través de las mismas, permitirá plantear las relaciones con las variables del estudio específicas del sector salud.

Se transcriben a continuación definiciones de las variables de carácter demográfico y de vivienda que formarán parte de la entrevista familiar.

1. Hogar (Son objeto de esta encuesta solamente los hogares particulares)

Comprende la persona o grupo de personas, parientes o no, que habitan bajo el mismo techo y que se asocian para proveer a sus necesidades alimenticias u otras esenciales para vivir.

2. Vivienda

Es cualquier albergue, fijo o móvil, que ha sido construido o adaptada para alojar personas.

2.1 Vivienda particular: es la construcción con entrada independiente donde pueden habitar hasta tres hogares particulares compartiendo el baño y/o cocina.

3. Jefe del hogar

Es la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar.



4. Componentes del hogar

Son considerados como componentes del hogar las personas que residen habitualmente en la vivienda. Debe entenderse como residentes habituales:

- a -las personas que viven desde hace seis meses o más en la vivienda donde son entrevistadas, y
- b -las personas, que a pesar de no vivir desde hace seis meses o más en la vivienda donde son entrevistadas, están decididas a fijar residencia en la misma.

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN SOCIO-ECONÓMICA (ENTREVISTA INDIVIDUAL)

1. Trabajo

Es la actividad laboral general que deriva en la producción de bienes o servicios que tengan valor económico en el mercado. Quedan excluidas de la encuesta las actividades laborales, que, como las actividades domésticas del ama de casa y todas aquellas orientadas al propio consumo, no tengan valor económico en el mercado.

En base al hecho social básico del trabajo es posible conocer la condición de actividad de la población.

2. Condición de actividad

Comprende:

- a -el ejercicio de alguna actividad laboral, expresada en la tenencia de alguna ocupación, y
- b -la búsqueda de alguna actividad laboral, expresada en la búsqueda activa de una ocupación.

La combinación de ambos atributos, permite configurar las categorías básicas de la condición de actividad de la población:

2.1. Población económicamente activa

Es el conjunto de personas que tienen, por lo menos, una ocupación o que, sin tenerla, la busca activamente.

2.2. Ocupados

Es el conjunto de personas, que tiene por lo menos una ocupación. Operacionalmente se considera que un individuo es ocupado cuando ha trabajado por lo menos durante una hora en forma remunerada o 15 horas de manera no remunerada durante el período de referencia.

2.3. Desocupados

Es el conjunto de personas que no teniendo ocupación, la busca activamente.

2.4. Población no económicamente activa

Es el conjunto de personas que no tienen ocupación ni busca tenerla.

3. Ocupación

Es el cargo, empleo o puesto de trabajo específico en el cual una persona ejerce su trabajo, dentro de una organización laboral que produce bienes y/o servicios con valor económico en el mercado.

3.1. Ocupación principal

Se entiende por tal a la que, de un conjunto de dos o más ocupaciones del mismo individuo, está en primer término en cuanto a tiempo semanal habitualmente trabajado.

3.2. Ocupación secundaria

Se entiende por tal a la que de un conjunto de dos o más ocupaciones del mismo individuo está en segundo término en cuanto a tiempo semanal habitualmente trabajado.

4. Categorías ocupacionales

Comprende la relación laboral en que se encuentra los individuos en el ejercicio de su trabajo.

4.1. Patrón o empleador

Se consideran como tales a los que trabajan sin relación de dependencia, es decir que siendo únicos - dueños o socios activos de la empresa, aportan al proceso de producción los instrumentos, maquinarias o instalaciones necesarias, establecen las condiciones y formas organizativas del mismo y emplean como



mínimo, una persona asalariada.

4.2. Trabajador por cuenta propia

Se consideran como tales a las personas que desarrollan su actividad utilizando para ello sólo su propio trabajo, sin emplear personal asalariado, así como sus propias instalaciones, instrumental y/o maquinaria. Se incluyen los socios activos de cooperativas de producción o de sociedades de personas que no emplean asalariados y los trabajadores a domicilio que desarrollan su actividad con más de un establecimiento.

4.3. Obrero o empleado

Se considera como tales a los que trabajan en relación de dependencia, es decir que tanto los instrumentos, instalaciones o maquinarias, como las formas y condiciones organizativas de la producción - le son dadas y en donde ellos aportan su trabajo personal. Se incluyen los trabajadores a domicilio o en su domicilio que mantengan relación con un sólo establecimiento.

4.4. Trabajador sin salario

Se considera como tales a los que trabajan en relación de dependencia sin recibir salario por dicho trabajo. Se incluyen los trabajadores familiares -

que no perciben salario y a los trabajadores ad-ho-
norem.

5. Rama de actividad del establecimiento en que se desempe-
ña el individuo.

La ubicación del establecimiento en una rama de activi-
dad económica queda determinada por los bienes o servi-
cios que produce y la naturaleza del proceso que realiza.

Incluye:

- 5.1. Nombre de la ocupación en el establecimiento

Se refiere al carácter de la tarea.

- 5.2. Sección del establecimiento

Se refiere a la calificación de la tarea.

6. Categorías de inactividad económica

Las mismas se definen mediante el siguiente listado:

- 6.1. Jubilado o pensionado

- 6.2. Rentista

- 6.3. Estudiante (se refiere a los individuos de 6 años-
y más que cursen estudios independiente-
mente del nivel de los mismos)

- 6.4. Ama de casa

- 6.5. Menor de 6 años

- 6.6. Incapacitado

- 6.7. Otras

Variables de caracterización educacional (entrevista indi-

vidual)

1. Asistencia escolar

Se refiere a la concurrencia actual o anterior a un establecimiento de enseñanza oficial, privado o público.

2. Niveles educacionales

Incluye:

2.1. Pre-escolar

2.2. Primario

2.3. Secundario

2.3.1. Bachillerato

2.3.2. Comercial

2.3.3. Normal

2.3.4. Técnica

2.3.5. Otra enseñanza media

2.4. Superior

2.5. Universitaria

Se aclara que el nivel de Ingreso familiar será aportado - por la E.P.H.

II. Percepción de Morbilidad

Se define a ésta como la valoración cultural del hecho de la salud, pudiéndose describir la morbilidad en términos de la incidencia o prevalencia de ciertas enfermedades o incapacidades.

Desde esta óptica la percepción está en relación directa -

con la inserción del individuo en la sociedad, pudiendo conducirlo voluntariamente o no a diversas modificaciones en su medio real.

La propuesta metodológica consiste en obtener a través de la entrevista un conocimiento de la percepción que el individuo tiene de su problema de salud; para lo que se consideró que uno de los objetivos de la encuesta es el reconocimiento de la influencia que tiene el contexto familiar y socio-cultural en la percepción diferencial de morbilidad, habiendo partido del supuesto de que la percepción de las barreras que obstaculizan la atención médica es más cultural que económica.

Para tal fin, se estimó la vastedad y heterogeneidad del campo cultural donde se calificará individual y grupalmente la condición de salud y de enfermedad y se seleccionaron las variables tendientes a detectar:

- Quiénes se sintieron enfermos
- Qué tipo de morbilidad percibieron
- Qué tipo de actitudes asumieron ante la enfermedad
- Qué influencia ejercieron el grupo familiar y el contexto socio-económico en la percepción

Las variables comprenden las enfermedades que el individuo manifestará haber padecido en el período de referencia a adoptar, como un síndrome o bien como los síntomas que lo componen. Definiéndose a los síntomas percibidos como cualquier manifestación perturbadora del estado de cenestesia, pudiendo los mismos referirse a u

no o varios órganos o sistemas.

Se aclara al respecto que la idea que sobre enfermedad tenga el individuo puede ser consecuencia de un preciso conocimiento de las relaciones con profesionales de la salud u otras personas.

Variables contempladas:

1. Sintomatología padecida durante el período de referencia a adoptar.

Comprende los problemas de salud (síntomas, malestares o enfermedades experimentadas) percibidos durante el período de referencia.

- 1.1. Comienzo de la enfermedad o sintomatología manifestada

Es el tiempo que se declarará como comienzo de la enfermedad o síntomas.

- 1.1.1. Durante el período de referencia

- 1.1.2. Anterior al período de referencia

2. Traumatismos y Envenenamientos ocurridos durante el período de referencia

Se refiere a todo hecho traumático, espontáneo e imprevisto que cause en el organismo una lesión orgánica o trastorno funcional permanente o pasajero. Comprende cualquier tipo de traumatismo, envenenamiento o violencia ocasional, autoinfligida o producida por terceros, así como también lesiones suscitadas por envenenamientos por

picaduras o mordeduras de animales o insectos; ingerencia accidental de drogas, daños ocasionados por cataclismos, - tormentas, inundaciones.

2.1. Traumatismos provocados por causas externas

2.1.1. Accidentes de transporte. Ferrocarriles. Vehí- culos de motor. Otros vehículos de carretera. Transporte marítimo. Transporte aéreo y espa- cial. Otros.

2.2. Envenenamiento accidental, intoxicación, provocados por:

2.2.1. Drogas, medicamentos y productos biológicos.

2.2.2. Sustancias empleadas para limpieza, desinfectantes, pinturas y barnices.

2.2.3. Productos del petróleo, disolventes y sus va- pores.

2.2.4. Fertilizantes y desinfectantes.

2.2.5. Sustancias corrosivas o cáusticas.

2.2.6. Gases y vapores.

2.2.7. Alimentos nocivos y plantas venenosas.

2.3. Caídas accidentales:

2.3.1. En o desde escaleras, escalones y andamios.

2.3.2. Desde o fuera de un edificio u otro tipo de - construcción.

2.3.3. Dentro de un hoyo u otra abertura en la super

ficie.

2.3.4. De un nivel a otro. En un mismo nivel.

2.3.5. Por resbalón, tropezón o traspie.

2.4. Accidentes durante la atención médica y quirúrgica.

2.5. Accidentes causados por fuego o explosión.

2.6. Accidentes debidos a factores naturales y del ambiente

2.7. Accidentes causados por sumersión, sofocación, y cuerpos extraños.

2.8. Suicidio y lesiones auto-infligidas.

2.9. Lesiones infligidas intencionalmente por otras personas.

2.10. Otros accidentes.

2.11. Naturaleza de la lesión.

2.11.1. Para traumatismos:

- Fractura
- Luxación, esguinces y desgarros
- Traumatismo, aplastamiento o cualquier otro efecto de un golpe.
- Herida
- Mutilación
- Otras lesiones

2.11.2. Para quemaduras:

- Heridas
- Quemaduras leves o de primer grado

- Quemaduras de segundo grado
- Quemaduras de tercer grado
- Quemaduras sin especificación

2.12. Parte del cuerpo afectado:

- 2.12.1. Cara
- 2.12.2. Cabeza
- 2.12.3. Cuello
- 2.12.4. Hombro
- 2.12.5. Miembro superior
- 2.12.6. Una o ambas manos
- 2.12.7. Tórax
- 2.12.8. Abdomen
- 2.12.9. Cadera
- 2.12.10. Miembro inferior
- 2.12.11. Uno o ambos pies
- 2.12.12. Otras partes con o sin especificación

2.13. Lugar del suceso

Se refiere al sitio donde se produjo el traumatismo, envenenamiento o violencia independientemente de las circunstancias que rodearon al mismo.

3. Enfermedades crónicas o de larga duración

Incluye algunas de las enfermedades de larga duración más conocidas por la población.

3.1. Enfermedades hipertensivas



- 3.2. Enfermedades de las coronarias
- 3.3. Arteriosclerosis
- 3.4. Otras enfermedades del corazón
- 3.5. Enfermedades de las venas y los vasos linfáticos
- 3.6. Otros trastornos del aparato circulatorio
- 3.7. Diabetes
- 3.8. Trastornos glandulares
- 3.9. Deficiencia de vitaminas
- 3.10. Otras deficiencias nutricionales
- 3.11. Trastornos articulares
- 3.12. Reumatismo
- 3.13. Trastornos de los huesos y de los cartílagos
- 3.14. Nerviosismo acentuado, angustia, insomnio
- 3.15. Dependencia de las drogas
- 3.16. Síndrome de dependencia del alcohol
- 3.17. Abuso de drogas sin dependencia
- 3.18. Trastornos depresivos
- 3.19. Enfermedad mental
- 3.20. Malas digestiones (somnolencia, pesadez)
- 3.21. Enfermedades de la vesícula
- 3.22. Enfermedades del estómago e intestino
- 3.23. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
- 3.24. Amebas, lombriz solitaria, hidatidosis, anquilostomiasis u otras enfermedades parasitarias.

- 3.25. Hernias o eventraciones
 - 3.26. Enfermedades de la sangre
 - 3.27. Enfermedades del aparato genito-urinario
 - 3.28. Alergia
 - 3.29. Asma
 - 3.30. Bronquitis crónica
 - 3.31. Trastornos del sistema nervioso
 - 3.32. Trastornos oculares
 - 3.33. Enfermedades del oído
 - 3.34. Otras enfermedades
4. Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén.
- 4.1. Trastornos del desarrollo y de la erupción de los -
dientes
 - 4.2. Caries dentarias
 - 4.3. Otras enfermedades de los tejidos duros dentarios.
 - 4.4. Enfermedades de la encía.
 - 4.5. Problemas con los puentes o dientes no propios.
 - 4.6. Enfermedades de los maxilares (quistes, afecciones
inflamatorias).
5. Estados incapacitantes
- Fueron definidos mediante un listado de causas que incluyen:
- 5.1. Ceguera

5.2. Sordera

5.3. Sordomudez

5.4. Retardo mental

5.5. Falta de algún miembro o parte de él

5.6. Parálisis de cualquier tipo

5.7. Otro tipo de afección, deformidad o anomalía per
manente en cualquier órgano u aparato.

Las variables correspondientes al área percepción de morbilidad fueron definidas a través de un listado seleccionado en base a la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su edición de tres dígitos y de sub-categorías facultativas de cuatro dígitos.

III. Cobertura Previsional

Comprende las prestaciones de servicios relacionadas con el sector salud, que se efectúa mediante el pago de cuotas periódicas, que pueden ser en forma de desembolso efectivo como también de descuentos automáticos obligatorios en las remuneraciones.

Variables contempladas:

I. Cobertura por obras sociales

Engloba las prestaciones financiadas, en su totalidad o parcialmente por obras sociales con independencia del lugar donde se efectúan.

Se entiende por obras sociales a los organismos de acción

social, sin fines de lucro, regidos por legislaciones de orden nacional, provincial o municipal, financiados por el descuento automático obligatorio de las remuneraciones de sus afiliados y administrados por el Estado, los sindicatos, o ambos a la vez.

Los mecanismos de afiliación pueden ser:

1.1. Afiliación directa

Comprende al sector de la población en relación de dependencia, cuya afiliación en función de la profesión, ocupación u oficio, a la obra social es obligatoria con descuento automático de las remuneraciones dando lugar a la categoría de afiliado titular.

1.2.. Afiliación indirecta

Afecta a los familiares del afiliado titular con la obra social del mismo.

Formas que incluye:

1.2.1. Automática

Los familiares directos del afiliado titular, (por lo general cónyuge e hijos), quedan incluidos en forma obligatoria en la cobertura del mismo.

1.2.2. Voluntaria

Comprende a los miembros de la familia del titular no incluidos en la afiliación obligatoria

toria y automática, con derechos a adherirse, por medio de una tramitación decidida en forma voluntaria.

2. Cobertura por sistema de pre-pago privado

Comprende a los organismos de adhesión voluntaria a través del pago periódico de una cuota por parte de los afiliados. La administración de los mismos se realiza en forma privada. Este sistema permite a su vez la afiliación directa e indirecta.

3. Sub-variables a utilizar en la entrevista:

3.1. Número de afiliaciones a tipos de sistemas; obras sociales y privado pre-pago.

3.2. Uso real de los beneficios o servicios de salud que prestan las instituciones.

3.2.1. Consultorio médico

3.2.2. Atención domiciliaria

3.2.3. Dentista

3.2.4. Internación

3.2.5. Laboratorio y servicios de diagnóstico

3.2.6. Medicamentos

3.2.7. Prótesis

3.2.8. Otros servicios

3.3. Opiniones sobre la atención de las instituciones

3.4. Mecanismo de pago

IV. Utilización de Servicios

Se define la utilización de servicios de atención médica, como la demanda de atención médica atendida, entendiéndose por ésta, la culminación de la decisión del individuo de tomar contacto médico, por problemas que hacen a la salud.

Los indicadores de utilización de servicios permiten una ampliación del tema de la "cobertura efectiva", (teniendo en cuenta la complejidad de este último concepto) ya que a través de los mismos es posible obtener una medida de la población que requiere atención médica y que efectivamente la recibe.

Respecto del criterio para la selección de las variables de captación, se consideró que las mismas se medirán por la manifestación de parte del individuo entrevistado de haber hecho uso o no de un servicio de salud; siendo ésta una de las limitaciones propias del método de recolección de la información. Se examinó por otra parte, que el otro método posible para acceder a los datos sobre utilización, está dado por el recurso que ha sido utilizado (hospital, médico, odontólogo, etc.) y que el desarrollo actual de este tipo de registros otorga solo una visión parcial y sectorizada del problema, como anteriormente se había analizado; la encuesta permanente a familias resta como la metodología más apta para lograr el conocimiento de la demanda atendida de una población determinada.

Los dos sujetos de estudio serán, entonces:



- El individuo como integrante de la población bajo estudio.
- El recurso que permite su utilización en relación a la población que lo utiliza.

Subdivisión de variables:

1. Consulta médica

Comprende todo contacto médico-paciente establecido por un problema de salud o cuidado de la misma.

1.1. Número de consultas médicas efectuadas durante el período de referencia.

1.2. Lugar de atención de las consultas

Incluye el tipo de la institución efectora del servicio utilizado.

1.2.1. Domicilio particular

1.2.2. Consultorio particular

1.2.3. Hospital público

1.2.4. Establecimiento de obra social

1.2.5. Establecimiento privado

1.2.6. Otro lugar

1.3. Sector de financiación de las consultas médicas

Engloba los sectores o instituciones a través de los cuales se financia total o parcialmente la atención. Esta variable tiende a la captación del monto del gasto en efectivo, como desembolso directo del-

usuario por la prestación.

1.3.1. A cargo de un servicio público.

Comprende la atención recibida por entidades del sector público (nacionales, provinciales o municipales) que se hacen cargo de toda o la mayor parte del costo de la atención.

1.3.2. Por cuenta de la obra social.

Engloba la atención recibida por intermedio de instituciones de afiliación obligatoria - en función de la profesión, ocupación u oficio del afiliado.

1.3.3. Por cuenta de un sistema privado de afiliación voluntaria.

1.3.4. Por cuenta propia.

Es la atención pagada totalmente por el usua
rio

2. Consulta Paramédica

Comprende las consultas extra-médicas realizadas durante el período de referencia, con:

2.1. Farmacéutico

2.2. Enfermero

2.3. Curandero

2.4. Otros

3. Consulta Odontológica

Comprende todo contacto dentista-paciente por un problema de salud oral o por cuidado de la misma.

Incluye:

- 3.1. Número de consultas efectuadas durante el período - de referencia.
 - 3.2. Percepción de problemas odontológicos durante el período de referencia.
 - 3.3. Lugar de atención de las consultas.
 - 3.3.1. Domicilio
 - 3.3.2. Consultorio particular
 - 3.3.3. Hospital público
 - 3.3.4. Establecimiento de obra social
 - 3.3.5. Establecimiento privado
 - 3.3.6. Otro lugar
 - 3.4. Vía de financiamiento de las consultas
 - 3.4.1. Servicios de hospital o instituciones públicas de odontología municipales, provinciales o nacionales.
 - 3.4.2. Por cuenta de una obra social
 - 3.4.3. Por cuenta de un sistema privado de atención médica.
 - 3.4.4. Por cuenta propia del usuario
4. Internación
- Se define la utilización del recurso de internación, co-

mo el requerimiento de servicios médicos de internación y su atención en un hospital público, establecimiento - privado, establecimiento de obra social u otro (general o especializado) donde el usuario ha ocupado una cama - recibiendo atención o control médico, durante por lo menos una noche.

Se incluyen las internaciones en clínicas u hospitales-neuropsiquiátricos, quedando excluidas las correspon---dientes a hogares de ancianos.

4.1. Razón de la internación

Se refiere a los motivos originales que llevan a - la internación y a los tratamientos, exámenes, operaciones de tipo profesional e intervenciones que- por su complejidad requieran anestesia general, efectuados durante la misma.

4.2. Tiempo de internación

Incluye el período que la persona permanece internada en cada una de las internaciones.

4.3. Lugar de la internación

Se clasifica según la entidad del establecimiento.

4.3.1. Hospital público

4.3.2. Establecimiento de obra social

4.3.3. Establecimiento privado

4.3.4. Otro lugar

4.4. Vías de financiamiento

4.4.1. Servicio público

4.4.2. Por cuenta de obra social

4.4.3. Por cuenta de un sistema pre-pago privado

4.4.4. Por cuenta propia

5. Servicios de Diagnóstico y Tratamiento

Se refiere a la utilización de servicios de laboratorio, radiología y otros estudios o tratamientos.

Incluye:

5.1. Utilización de servicios de laboratorio, estudios y tratamientos en el período de referencia.

5.2. Efecto de los servicios utilizados.

5.2.1. Hospital público

5.2.2. Profesional independiente. (En el caso de la laboratorio)

- Consultorio particular. (En el caso de estudios y tratamientos)

5.2.3. Establecimiento dedicado a análisis y centros privados de diagnóstico y tratamiento.

Comprende establecimientos de organización institucional dedicados exclusivamente a estudios de ese tipo, que no forman parte de establecimientos para la atención de la salud en general.

5.2.4. Establecimiento privado

Incluye instituciones cuyo fin es la prestación de servicios generales para la salud.

5.2.5. Establecimiento de obra social

5.2.6. Otro lugar

5.3. Vías de financiamiento

5.3.1. A cargo de un servicio público

5.3.2. Por cuenta de una obra social

5.3.3. Por cuenta de un sistema privado de afiliación voluntaria.

5.3.4. Por cuenta propia

6. Medicamentos

Comprende el uso de medicamentos en relación al tipo y al número de elementos usados dentro de cada clase. No se incluyen las dosis consumidas.

6.1. Consumo o uso de medicamentos en el período de referencia.

Incluye el consumo o uso de medicamentos en el período de referencia a adoptar.

6.2. Tipos de medicamentos

Se los clasifica en base a la droga componente de los mismos o a las enfermedades para las que son usados..

6.2.1. Calmantes del dolor, analgésicos, antiespas-

médicos.

6.2.2. Vitaminas, reconstituyentes, tónicos.

6.2.3. Antibióticos

6.2.4. Cortisona, deltisona u otros corticoides.

6.2.5. Remedios para la presión. Hipotensores.

6.2.6. Sedantes, tranquilizantes.

6.3. Prescripción o recomendación de los medicamentos.

Define la categoría profesional o no de la persona que indica el uso o consumo del medicamento.

6.3.1. Médico

6.3.2. Dentista

6.3.3. Farmacéutico

6.3.4. Otra persona

6.3.5. Sin prescripción (automedicación)

6.4. Oportunidad de la prescripción médica.

Incluye solo los medicamentos que son prescritos por el mé dico con el fin de detectar el grado de control médico.

6.4.1. Prescritos para ser usados en el período de referencia.

6.4.2. Prescritos en otra oportunidad, con indicación de repetición.

6.4.3. Prescritos en otra oportunidad, sin estar indicada la repetición.

V. Propensión al Gasto

Se define, el gasto directo de las familias para obtener -- prestaciones de atención médica, cualquiera sea la entidad prestadora y la vía de financiamiento utilizada, pudiendo ésta ser: por cuenta propia (que incluye entre otros honorarios profesionales o sanatoriales); por obras sociales y pre-pago privado (coseguros);- y por el sector público (que puede ensolver bonos y arancelas).

El gasto directo de las familias en salud es una de las informaciones económicas más difíciles de lograr, ya sea en relación al monto de éste y consiguientemente su magnitud en el financiamiento global del sector salud, como en lo que hace a la estructura del gasto y su relación con los distintos efectores que brindan atención.

Dado su carácter no institucional, la propensión al gasto - es factible de obtenerse unicamente a través de encuestas a la población.

1. Gasto Directo en Salud

Incluye el gasto efectuado por los miembros de las familias en las distintas formas de prestación de atención - médica y su relación con las diferentes vías de financiamiento, cualquiera sea la adoptada y el lugar donde se efectúa la prestación.

1.1. Gasto directo efectuado por consultas médicas reali

zadas en el período de referencia.

Se refiere al pago efectuado por las consultas médicas realizadas. Esta información se recogerá cruzada en relación al número de consultas según lugar y vías de financiamiento de las mismas.

- 1.2. Gasto directo efectuado por consultas odontológicas realizadas en el período de referencia.

La información se recogerá cruzada con el número de consultas según lugar y vías de financiamiento.

- 1.3. Gasto pagado y/o adeudado por las internaciones realizadas durante el período de referencia a adoptar para esta variable.

Incluye el total del gasto realizado en concepto de internación, honorarios médicos, tratamientos realizados, enfermería, medicamentos, etc. Esta información se recogerá cruzada con el número de internaciones según lugar y vías de financiamiento de las mismas.

- 1.4. Gasto directo efectuado en servicios de diagnóstico y tratamiento durante el período de referencia.

Los datos se recogerán cruzados según el número de análisis, estudios y tratamientos según lugar y vías de financiamiento.

- 1.5. Gasto directo efectuado por la compra de medicamen--

tas en el período de referencia.

Incluye:

- 1.5.1. Compra de medicamentos por cuenta de una obra social.
- 1.5.2. Compra de medicamentos por cuenta de un sistema privado pre-pago.
- 1.5.3. Compra de medicamentos por cuenta propia.
- 1.6. Otros gastos en salud. Pago de terapias, compra de prótesis, anteojos, traslados en ambulancia, etc.
 - 1.6.1. Por cuenta de una obra social.
 - 1.6.2. Por cuenta de un sistema privado pre-pago.
 - 1.6.3. Por cuenta propia.

2. Gasto Privado en Cobertura de Salud.

Comprende el aporte voluntario como cuota de pre-pago - privado a instituciones que presta servicios médicos.

ANÁLISIS DEL TIPO DE ENCUESTA

El tratamiento de la Encuesta Permanente de Salud fue previsto como un anexo a la Encuesta Permanente de Hogares, permitiéndose de este modo la concreción de un procedimiento de acopio sistemático y permanente de datos, orientados a la captación a nivel de hogares e individuos, en relación al sector salud. Se posibilita connotar de esta forma, la información sanitaria con otros



datos sobre las familias recogidos simultáneamente, facilitándose interpretaciones que no serían factibles si la misma información procediera de otras fuentes y posibilitando el reconocimiento de la influencia del contexto socio-cultural.

El método utilizado es por lo tanto el mismo adoptado por el INDEC para la Encuesta por muestreo P.D.H., de entrevistas mediante dos cuestionarios: uno a nivel familiar y otro a nivel individual.

Mediante el primero de ellos se recogerán los datos que posibiliten información acerca de las viviendas y las características demográficas de sus componentes, pudiéndose acceder al mismo tiempo al número de personas con y sin cobertura de cada hogar.

El segundo cuestionario permitirá la captación de datos relacionados específicamente con el sector salud en las áreas de: - cobertura previsional, percepción de morbilidad, utilización de - servicios, propensión al gasto y características socio-económicas básicas de los individuos.

Del examen de la no existencia de otras fuentes de datos, - que puedan proporcionar una información completa o accesible de a - cuerdo a los objetivos principales del presente estudio, surge -- con mayor claridad la importancia de la adopción del método de en - cuesta por muestreo y las ventajas que el mismo proporciona, en-- tre las que se destacan:

- Es posible acceder a datos que no figuran en los registros ordinarios de los efectores de salud sobre morbilidad e incapacidad, que no requieren asistencia sanitaria, pero limita la actividad de la persona afectada.
- Se pueden detectar los casos de enfermedad e incapacidad que no reciben asistencia sanitaria y los motivos de la no utilización de los servicios de salud, lo que es gravitante para la identificación de la accesibilidad socio-económica y cultural de los servicios.
- La información que queda fuera del alcance de los servicios oficiales de salud puede recogerse mediante preguntas directas dirigidas a los habitantes (por ejemplo, - la utilización de servicios del sistema pre-pago privado).
- Se hace factible comprobar las estimaciones de la cobertura de los distintos servicios mediante una indagación de su empleo real.

Es dable aclarar, no obstante las ventajas anteriormente citadas, que existen como es sabido, algunas limitaciones metodológicas inherentes a este método de recolección de datos, destacándose entre ellas la dificultad de obtener información con características subjetivas, que puede depender de olvidos y de omisiones deliberadas por parte de la persona entrevistada o el informante.

NOTA: Se aconseja la adopción como período de referencia a utilizar para la realización de la entrevista -- (excepto en la consideración de las internaciones) -- de un mes, calendario completo inmediato anterior al que incluirá la iniciación del relevamiento. Para las internaciones se aconseja el período de referencia de un año, considerándolo como los doce meses inmediatos anteriores al que incluirá la iniciación del relevamiento.



Lic. Perla Alvarez-Barbolla