

La Salud Materno Infantil en las Encuestas de Hogares. Area Metropolitana 1994-1997

Valeria Alonso² - Daniel Maceira¹ - Silvina Ramos¹ - Soledad Triano²

Resumen

Este trabajo presenta los principales resultados de un estudio realizado desde el CEDES a solicitud del Programa para el Mejoramiento de las Encuestas de Hogares y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI), durante el segundo semestre del pasado año 2000. Su propósito es contribuir a la articulación entre la información disponible de las encuestas de hogares, y el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas y programas de salud en el área materno-infantil. El trabajo analiza comparativamente dos encuestas de hogares, el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales (EPH94) y la Encuesta de Desarrollo Social (SIEMPRO97), para la población materno-infantil (mujeres de 15 a 49 años y niños de 0 a 4 años) del Área Metropolitana. Para ello se consideró un conjunto de indicadores tales como: percepción de morbilidad, utilización cobertura y financiamiento de las prestaciones de salud de la población arriba mencionada. Asimismo, en el documento se estudia la calidad de la información recibida y se plantean una serie de tópicos de salud materno-infantil comparables entre las dos fuentes de información. La construcción de indicadores similares presentó algunas dificultades derivadas de la diferencia entre los diseños de cada relevamiento. Se obtuvieron indicadores para la identificación de situaciones diferenciales en la atención de los controles de embarazo y parto, controles ginecológicos, y cobertura de salud de mujeres. Se identificaron dificultades para relevar información relacionada con el tipo de financiamiento de las prestaciones de salud de mujeres y niños. El estudio concluye con recomendaciones acerca de las modalidades de inclusión de dimensiones de salud materno-infantil en futuros relevamientos, de acuerdo con una doble estrategia: asegurar el flujo percepción - utilización - financiamiento de las prestaciones de salud en el relevamiento de información para toda la población encuestada, e incluir las preguntas de salud reproductiva en los cuestionarios de jóvenes y adultos.

¹Investigadores y ²Becarias del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Dirección postal: Sánchez de Bustamante 27 (1173) Ciudad de Buenos Aires.

Tel/fax: 4862-0805

Correspondencia a: danielmaceira@cedes.org

INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha sido realizado conjuntamente por los departamentos de Salud, Economía y Sociedad y de Economía Aplicada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) a solicitud del Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI).

El mismo tiene por objeto realizar un análisis comparativo de dos encuestas de hogares (Encuesta Permanente de Hogares y Encuesta de Desarrollo Social) en cuanto a la calidad de la información que brindan sobre salud materno-infantil. Para ello se focalizaron dos aspectos del proceso de producción de la información: el diseño conceptual y metodológico del instrumento y los resultados obtenidos de su aplicación.

El propósito que anima este estudio es contribuir a una mayor articulación entre la información disponible a través de las encuestas de hogares y el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas y programas de salud en el área materno-infantil.

En el capítulo 1 se da cuenta de las tendencias actuales de las encuestas de hogares, a la vez que se identifican algunos problemas derivados de la necesidad creciente de ampliar la cobertura temática de este tipo de relevamientos.

En el capítulo 2 se realiza un análisis metodológico conceptual de las encuestas seleccionadas. Para ello se examinan las características generales de las encuestas: sus objetivos generales, la cobertura geográfica y la estructura y organización de los cuestionarios (cortes de edad y temáticas cubiertas). Además se analiza el diseño conceptual de la *dimensión salud* de cada encuesta, a la vez que se identifican las variables específicas que podrían resultar comparables desde el punto de vista de su diseño conceptual.

El capítulo 3 tiene por objeto analizar la información derivada de los bloques de salud materno-infantil en cada encuesta a los efectos de construir indicadores comparables. Para ello se retoman las posibilidades y limitaciones de la información producida por ambas encuestas identificadas en el análisis metodológico conceptual del capítulo 2.

El capítulo 4 presenta una síntesis de los resultados de cada encuesta en el área de la salud materno-infantil.

En el capítulo 5 se propone, a modo de conclusiones, un conjunto de dimensiones que podrían ser incluidas en futuros relevamientos similares que incluyan la temática de la salud materno-infantil, teniendo en cuenta las necesidades de información de políticas y programas sociales en este campo y las limitaciones/posibilidades identificadas a partir del análisis comparado de las encuestas de hogares seleccionadas.

Al final de este trabajo, se incluyen dos anexos: el Anexo metodológico conceptual, que contiene una síntesis de la revisión comparada de instructivos, cuestionarios y manuales de

las encuestas analizadas, y el Anexo estadístico, que presenta los resultados del procesamiento de la información derivada de ambos relevamientos.

En el marco del mejoramiento de la información disponible sobre salud para el diseño, la implementación y el monitoreo de políticas y programas en el área de la salud materno-infantil, este estudio se propone: a) resaltar aquellos tópicos que deberían incluirse y/o mejorarse en futuros relevamientos que abarquen la temática en cuestión, y b) identificar las limitaciones que pudieran surgir de problemas conceptuales, metodológicos y de medición de las dimensiones específicas de este campo.

CAPÍTULO 1

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

La puesta en marcha de programas sociales destinados a poblaciones específicas consideradas prioritarias, constituye una de las modalidades más frecuentes de respuesta del Estado a la emergencia de procesos de desigualdad social. En este sentido, se torna cada vez más necesario disponer de información confiable y oportuna que permita caracterizar y circunscribir las áreas y los grupos poblacionales destinatarios de dichos programas.

En nuestro país, las encuestas de hogares han sido tradicionalmente los instrumentos de producción de información sobre el comportamiento del mercado de trabajo y la evolución de la estructura del gasto de los hogares. Sin embargo, para dar cuenta de la evolución de las condiciones de vida y la eficacia de las políticas implementadas, se requiere de información que incorpore otras dimensiones, más allá de las tradicionalmente relevadas por este tipo de encuestas en nuestro país.

Al respecto, algunos especialistas han señalado un déficit en la cobertura temática de las encuestas, su periodicidad y la consistencia de los datos generados (Feres, 1998). También señalan que la ampliación de la cobertura temática representa un desafío de difícil resolución, ya que para ello deben ser considerados múltiples factores que afectan la calidad del dato y en muchos casos condicionan la producción de información.

Este desafío se expresa en una constante tensión entre la necesidad de ampliar la cobertura temática para proveer de información a los programas sociales y las limitaciones que surgen de los recursos disponibles y de las restricciones del diseño muestral. El mismo frecuentemente limita la producción de información sobre grupos, zonas y/o temáticas específicas con cierto nivel de representatividad (Feres, 1998).

En Argentina, la necesidad de ampliar la cobertura temática de las encuestas de hogares para dar respuesta a las necesidades de información de los programas sociales ha seguido dos tendencias: a) complementar los temas tradicionalmente relevados (mercado de trabajo, educación y migración) con un módulo sobre una temática específica, la cual es retomada al cabo de un lapso que puede ser de dos años aproximadamente y b) relevar en un único operativo, información sobre un conjunto de temáticas del campo social, respetando los procedimientos comunes al diseño e implementación de las encuestas de hogares (Feres, 1998)

La primera alternativa corresponde a una encuesta de carácter “rotativo”, y en este tipo se encuadra la Encuesta Permanente de Hogares de mayo de 1994 (en adelante EPH94) que incorporó un Módulo para relevar la situación de salud materno-infantil. La segunda alternativa corresponde a un diseño de carácter “integrado”. Ejemplo de esto es la Encuesta de Desarrollo Social realizada en el año 1997 (en adelante EDS97), que relevó una serie de tópicos tales como salud, capacitación, movilidad social y participación comunitaria.

Si bien ambas encuestas responden por su naturaleza a objetivos diferentes¹, el presente estudio analiza su comparabilidad en un área específica: la salud materno-infantil. Dado que muchas de las acciones de los programas sociales tienen como población objetivo a las mujeres y los niños/as/as en situación de vulnerabilidad social, resulta cada vez más necesario disponer de información para la toma de decisiones sobre estos grupos altamente vulnerables.

¹ Se volverá sobre esta cuestión en el capítulo 2.

CAPITULO 2

ANALISIS METODOLÓGICO CONCEPTUAL

Aspectos metodológicos generales

El diseño y la ejecución de una encuesta supone un proceso de diversas etapas cada una de las cuales afecta la calidad de la información resultante. La elaboración del cuestionario es una tarea especialmente crítica en este proceso. En la etapa de elaboración del cuestionario debe tenerse especialmente en cuenta los objetivos del relevamiento, procurando incorporar preguntas que permitan elaborar indicadores sensibles para los objetivos de políticas (Feres y Medina, 1998).

En este capítulo se analizan los objetivos generales de ambos relevamientos, su cobertura geográfica y se examinan la estructura y organización de los cuestionarios en función de los grupos objetivo de este estudio (mujeres en edad fértil y menores de 5 años) y las variables incorporadas de la dimensión salud. De estas variables han sido seleccionadas las siguientes: percepción de morbilidad, utilización de servicios, cobertura y financiamiento de las prestaciones médicas.

Para el análisis de las características generales del diseño y aplicación de cada encuesta se revisaron manuales e instructivos confeccionados para encuestadores y supervisores de campo. También se revisó la publicación “Infancia y Condiciones de Vida” (INDEC, 1995) que sintetiza la información del Módulo de Metas Sociales de la EPH. En el caso de la EDS97, se revisaron los cuadros disponibles en la página web del SIEMPRO².

Los *objetivos generales* de ambos relevamientos poseen diferencias en cuanto a la población objetivo y las dimensiones que se priorizan para el análisis. La EPH94 fue un relevamiento que tuvo por objetivo aportar información sobre salud materno infantil y salud reproductiva, con vista a evaluar el cumplimiento de las metas comprometidas por Argentina para el año 2000 en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia convocada por las Naciones Unidas y realizada en el año 1991³. En este sentido, el interés estuvo puesto en los niños/as/as y las mujeres en edad fértil, con especial énfasis en la dimensión salud.

La EDS97 tuvo como objetivo elaborar un diagnóstico de la situación social de la Argentina para las dimensiones de educación, salud, empleo, capacitación y participación comunitaria de distintos grupos de edad (desde niños/as-hasta ancianos/as).

Esta primera y fundamental diferencia encuentra su correlato en el diseño de los cuestionarios, los cortes de edades y los tópicos que cada encuesta posteriormente enfatizó.

² Al momento de elaborar este informe –noviembre 2000-, la información disponible al público en general, era solamente para el total del país.

³ Las metas comprometidas por Argentina en dicho encuentro pueden consultarse en la publicación “Infancia y Condiciones de Vida” (INDEC, 1995).

Por otra parte, esto afectó la comparación de indicadores de salud materno infantil entre ambos relevamientos.

En cuanto a la cobertura geográfica se observaron diferencias importantes. El Módulo de Metas Sociales EPH94 se aplicó en 14 grandes aglomerados urbanos: Gran Buenos Aires (incluye Capital Federal), Gran Rosario, Gran Mendoza, Paraná, Neuquén, Salta, Río Gallegos, Gran Córdoba, Corrientes, Gran Resistencia, SanLuis-El Chorrillo, Santiago del Estero-La Banda y Tucumán. Por su parte, la EDS97 relevó información sobre 6 regiones: Area Metropolitana, Cuyo, Pampeana, Noreste, Noroeste y Patagonia.

En este estudio sólo se consideró el Area Metropolitana dado que es la única zona comparable en ambos relevamientos. Dadas las características del diseño muestral, no pudieron trabajarse por separado el Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto limitó en gran parte el análisis, en especial teniendo en cuenta las marcadas diferencias socioeconómicas observadas entre estas dos zonas, a partir de la información que aportan otras fuentes.

Estructura y organización de los cuestionarios según grupos de edad y sexo

La estructura y organización de los cuestionarios guarda directa relación con los objetivos de cada encuesta. En efecto, de los cinco cuestionarios que componen el Módulo de Metas Sociales de la EPH94, dos de ellos están destinados a menores de seis años y uno corresponde exclusivamente a mujeres de entre 15 y 49 años. De los dos restantes, uno está destinado a indagar información sobre el hogar que no están incorporados en el cuerpo principal de la EPH (en los cuestionarios familiar e individual). Un quinto cuestionario corresponde a menores de entre 6 y 14 años en el que se incluyen preguntas destinadas a detectar deserción escolar y trabajo infantil⁴.

La EDS97, en cambio, se orienta al conjunto de la población. Sus cortes de edad están relacionados con el ciclo vital de las personas de acuerdo con las variables educación y trabajo⁵. La encuesta se compone de ocho cuestionarios. Cinco de ellos se concentran en: primera infancia, niños/as/as, jóvenes, adultos y adultos mayores. Los restantes tres cuestionarios indagan características de la vivienda y la conformación demográfica de los hogares.

Los dos cuestionarios que comprenden a la población adulta incluyen a varones y mujeres e incorporan preguntas destinadas exclusivamente a las mujeres de 15 a 64 años. Esta formulación de la EDS97 para cubrir al conjunto de la población responde a su énfasis en

⁴ Estas dimensiones fueron incluidas como tema de interés a raíz del “Compromiso de Nariño” suscripto por representantes de América Latina y el Caribe en abril de 1994, en Bogotá, Colombia. En esta reunión, se ratificaron además los compromisos asumidos en la Cumbre Mundial de 1991.

⁵ Los cortes etáreos de la EDS97 coinciden con la escolaridad para los niños/as/as (primera infancia, antes de ingresar al sistema educativo: 0 a 4 años; intervalo EGB: 5 a 14 años) y trabajo para los adultos (PEA: 15 a 24 y 25 a 64 años; jubilados: mayores de 65 años).

las condiciones generales de salud medibles con indicadores similares para todos los grupos etáreos⁶, aunque sin descuidar indicadores de salud materno-infantil y reproductiva.

Los cortes etáreos del módulo de EPH94 dirigidos a niños/as de 0 a 5 años y mujeres en edad fértil profundizan en salud materno-infantil y reproductiva y descuidan otras dimensiones de la salud de la mujer. Las preguntas sobre salud reproductiva consideran embarazo y parto, control ginecológico y utilización de métodos anticonceptivos, pero no contemplan (con la excepción de embarazo y parto) el financiamiento de estas prestaciones como así tampoco percepción de morbilidad.

Las diferencias observadas en la estructura de estas encuestas dificultan la elaboración de indicadores comparables, en especial cuando se trata de acotar el análisis a la población de 0 a 5 años y a las mujeres en edad fértil. Por tratarse de una encuesta cuyo interés es la indagación de las condiciones de vida de estos grupos, la EPH94 no ofrece problemas en cuanto a los cortes de edad y sexo propuestos. En cambio, la EDS97 plantea los siguientes inconvenientes:

- a) Para trabajar con los niños/as de 0 a 5 años: hay un cuestionario para niños/as de 0 a 4 y otro para niños/as de 5 a 14. Las dimensiones que se indagan son diferentes, por lo que la información para los niños/as de 5 años, aunque pueda desagregarse, es diferente a la que se indaga para niños/as de hasta 4 años. En consecuencia, este estudio decidió acotar el análisis el grupo de 0 a 4 años en ambas encuestas.
- b) Para trabajar con las mujeres en edad fértil, la información debió obtenerse de tres cuestionarios. Dos de ellos fueron los cuestionarios de adultos, de los que se consideraron sólo los de las mujeres. El bloque de salud en ambos cuestionarios, tiene preguntas sobre la utilización y el financiamiento de las prestaciones, medicamentos e internación. Además, en estos mismos cuestionarios se presenta un apartado especial para mujeres, donde se indaga sobre los controles ginecológicos y del embarazo actual. Estas preguntas abarcan a todas las mujeres de 15 a 64 años. El otro cuestionario considerado es el correspondiente al de la primera infancia (niños/as de 0 a 4 años). En este, la preocupación estuvo centrada en la salud del niño menor de un año, y en función de ello se abordaron temas relativos a los controles del embarazo y parto.

Análisis de la dimensión salud

Entre los aspectos relativos a la *dimensión salud* que enfatiza cada encuesta, se observan similitudes y divergencias. En cuanto a las primeras, ambas encuestas se centran en las condiciones de salud de la población; y en las características de la demanda de servicios en relación con la oferta disponible. En este sentido, ambas se orientan a identificar las desigualdades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios.

⁶ De manera similar al módulo de utilización y gasto en servicios de salud, mencionado en el punto anterior.

Las diferencias sustantivas surgen de los objetivos generales de cada encuesta. En este sentido como la EPH94 busca relevar información específica sobre las características de la maternidad y la infancia desde la perspectiva de las condiciones de salud, pueden observarse en ésta algunos indicadores tales como accidentes, nutrición, peso/ talla, trabajo infantil y utilización de métodos anticonceptivos, los cuales no aparecen en la EDS97.

En cuanto a las características de la utilización de servicios disponibles, el módulo de la EPH94 se centró en dimensiones tales como la atención prenatal y del niño menor de un año, asistencia alimentaria de la madre y el niño, atención ginecológica y vacunación. La EDS97 incorporó algunas de estas dimensiones (controles prenatales y del niño menor de un año, vacunación) a la vez que incluyó una serie de preguntas sobre gasto y financiamiento de los servicios en todos los grupos etáreos. En este sentido, si bien ambas relevan la modalidad de utilización y gasto en salud de las personas y los hogares, puede decirse que la EDS97 enfatizó en relevar estos aspectos, lo que la haría comparable con las encuestas de utilización y gasto en salud aplicadas en Argentina en 1989 (MSyAS – INDEC, 1990) y 1995 (MSyAS, 1995).

En cuanto al diseño de los formularios, en el Módulo de Metas Sociales de la EPH94 se observa la combinación de un relevamiento retrospectivo con uno en tiempo presente, mientras que el apartado de salud de la EDS97 presentó la modalidad de *fotografía* en el tiempo presente. Ejemplos de esta diferencia se observan en la presencia de preguntas sobre antecedentes de morbilidad en niños/as en la EPH94, mientras que en la EDS97 esta dimensión se circunscribe a preguntas sobre malestar en los últimos 30 días.

En relación con las dimensiones de financiamiento y de acceso a los servicios de atención, la EPH94 se circunscribe a la última consulta para establecer el origen de los fondos y a la distancia de dicho servicio, como medida de acceso. La EDS97 presenta mayor desagregación en el abordaje de estas dimensiones: en financiamiento no sólo se pregunta por la última consulta, sino también por los medicamentos, estudios o análisis realizados y enfermedades crónicas o discapacidades, y en acceso se incluyen preguntas de calidad (tiempo turno / atención) y de medicamentos y estudios o análisis.

Aunque se destaca en la EDS97 la ausencia de preguntas sobre financiamiento para embarazo y parto durante los últimos tres años⁷, la mayor desagregación de esta dimensión en esta encuesta responde a los antecedentes del módulo de utilización y gasto en servicios de salud por el Ministerio de Salud⁸. Estas semejanzas facilitan la comparación de los resultados de la EDS97 con los de los módulos de utilización y gasto de 1989 y 1995. La ausencia de preguntas sobre la atención médica tales como internaciones, enfermedades crónicas y discapacidades, estudios/análisis y medicamentos, evidencian la orientación del Módulo de Metas Sociales de la EPH hacia cuestiones de atención primaria de la salud.

Por último, en los indicadores de *cobertura de salud* se observa también un tratamiento diferente de la cuestión temporal. Mientras la EPH94 releva la afiliación actual a algún

⁷ Preguntas que aparecen en el cuestionario de primera infancia, ver nota N° 2.

⁸ Antecedentes que no aparecen señalados de manera explícita en la metodología de la EDS97.

subsistema de atención de la salud, la EDS97 amplía el relevamiento al considerar la pérdida de afiliaciones anteriores. Esta ampliación retrospectiva puede ser explicada por el interés de SIEMPRO en obtener indicadores de precarización social en relación con el diseño de programas de asistencia social⁹.

Utilización de variables de corte para medir desigualdad

Con el objeto de medir la desigualdad en las condiciones y el acceso a los servicios de salud de los dos grupos de población seleccionados (mujeres en edad fértil y niños/as) se utilizaron en una primera instancia dos indicadores: el nivel de instrucción de la madre y los ingresos del hogar.

El nivel de instrucción ha demostrado estar asociado positivamente con las condiciones de salud, en el sentido de que a mayor nivel de educación existe una mayor capacidad de generar estrategias de cuidado -higiene y prevención- así como una percepción centrada en la captación de síntomas que requieren asistencia médica temprana (Leite Arieira, 1995). En especial, el nivel de instrucción de la madre es utilizado por las encuestas de hogares y también por los registros continuos como un predictor de las condiciones de salud del niño en su primer año de vida.

En la EDS97 se observaron algunos problemas en el diseño de las variables que corresponden a este indicador. En primer lugar, la EDS97 permite discriminar aquellos que nunca asistieron al sistema educativo formal. Si bien esta información puede resultar relevante para identificar situaciones de máxima vulnerabilidad, debe señalarse la escasa dimensión de este fenómeno en nuestro país, especialmente cuando el relevamiento se realiza en áreas predominantemente urbanas¹⁰. Adicionalmente, dado el nivel de error que surja del volumen de población que nunca asistió a la escuela, se dificulta la representatividad de la información para los grupos objetivo de este estudio.

En segundo lugar, esta variable incorpora una categoría de “No asiste, pero asistió”, que no permite discriminar la inasistencia actual *por abandono*, de aquella fruto de la *finalización del ciclo* de educación formal. Sólo podría detectarse el abandono en aquella población de hasta 16 años de edad, bajo el supuesto de que los 17 años, representan en la mayoría de los casos, el momento de finalización del ciclo secundario. Sin embargo, este corte no es del todo riguroso y no permite dar cuenta del abandono de la educación formal en aquellas mujeres que superan los 17 años. Por otra parte, tampoco es posible identificar el último nivel de instrucción alcanzado. A raíz de las limitaciones señaladas, no ha sido posible utilizar el nivel de instrucción de la madre como indicador de corte para la comparación de resultados entre ambas encuestas.

⁹ Esto mismo se evidencia en las preguntas vinculadas con el empleo.

¹⁰ El universo de la muestra corresponde a la población residente en localidades de 5.000 habitantes y más, lo cual representa el 96 % de la población urbana del país y el 83,4 % de la población total. (SIEMPRO – INDEC, 1998)

En cuanto a la *medición de ingresos*, ambos relevamientos coinciden en el modo de estimar los ingresos per cápita del hogar a partir de la suma de los ingresos individuales sobre el total de miembros del hogar. Adicionalmente, la EDS97 incluye una pregunta de control para capturar posibles subdeclaraciones de ingresos¹¹. En relación con la localización de las preguntas de ingresos y de composición del hogar en los formularios, en la EPH94, éstas aparecen en los cuestionarios generales (individual y familiar respectivamente), mientras que en la EDS97, la composición del hogar aparece en el cuestionario general sociodemográfico y las preguntas de ingresos se aplican a los cuestionarios de adultos (15 a 24; 25 a 64; y 65 y más años).

A los fines de este estudio, se utilizará el indicador *quintiles de ingreso per cápita familiar* como variable de corte exógena al bloque de salud de ambos relevamientos. Es necesario destacar que tanto en la EPH94 como en la EDS97 este indicador corresponde a todos los hogares que declararon totalmente sus ingresos.

No obstante, y a pesar de las dificultades que se suelen enfrentar en la captación de ingresos, está demostrado que este indicador resulta útil para identificar situaciones diferenciales en el acceso y en las condiciones de salud de los grupos objetivo. Por otra parte, resulta de utilidad para dar cuenta de la situación de un amplio conjunto de la población que, si bien no pertenece al estrato con condiciones de vida extremadamente deficitarias, enfrentan condiciones de precarización relativas a su salud y al acceso a prestaciones básicas.

Además del nivel de instrucción de la madre y el nivel de ingresos, las encuestas de hogares frecuentemente utilizan otro indicador de corte para establecer diferenciales de condiciones de vida: las características de la vivienda y las condiciones de saneamiento del hogar (Leite Arieira, 1995). Las características de la vivienda y las condiciones de saneamiento son indicadores útiles para identificar diferencias en las condiciones de vida. Sin embargo, este indicador limita la posibilidad de establecer diferencias socioeconómicas más allá de las situaciones de extrema marginalidad. Por lo tanto, si bien este indicador de corte puede resultar útil para identificar a la población vulnerable, no es suficiente para discriminar apropiadamente los niveles de acceso y atención de la salud de una proporción considerable de la población encuestada.

Dimensiones de análisis comparables

Se identificaron los indicadores de cada encuesta para cada grupo objetivo –mujeres de 15 a 49 años y niños/as de 0 a 4 años- correspondientes a las siguientes dimensiones: percepción de morbilidad, utilización de servicios, financiamiento de las prestaciones y cobertura de salud. Posteriormente se seleccionaron aquellos indicadores que resultaron comparables conceptualmente. El análisis de comparabilidad de los mismos se completa en el capítulo siguiente.

¹¹ La inclusión de esta pregunta de control conduce luego a la exclusión de los hogares en los que se subdeclararon o no declararon ingresos en forma completa de la elaboración de los cuadros de resultados.

Indicadores de salud para mujeres de 15 a 49 años

Los indicadores relacionados con el momento del embarazo y el parto presentan algunas particularidades en cada relevamiento que merecen destacarse.

En la EPH94, las preguntas destinadas a indagar cantidad de controles del embarazo, momento al primer control, financiamiento de las consultas y del parto, etc., se encuentran en el cuestionario que corresponde a mujeres de 15 a 49 años y están destinadas a todas las aquellas que tuvieron al menos un hijo nacido vivo desde el 1° de enero de 1991 hasta el momento del relevamiento. A su vez, cada una de estas variables son indagadas para el último, el anteúltimo y el antepenúltimo hijo/a nacido vivo en el período de referencia. Las dificultades de este diseño se discuten en profundidad en el apartado siguiente. De modo preliminar, puede adelantarse que la aplicación de estas preguntas para el anteúltimo y antepenúltimo hijo puede resultar muy poco productivo en tanto la probabilidad de que las mujeres hayan tenido tres hijos en un lapso de tres años constituye un evento con muy baja probabilidad de ocurrencia. Por otra parte, las respuestas recogidas podrían estar afectadas por la memoria, con el inconveniente adicional que al aplicarlas pueden eventualmente generar confusión en las respuestas que corresponden al embarazo y parto del último hijo/a.

El diseño de estos indicadores en la EDS97 posee también una serie de particularidades. La mayor parte de los indicadores de salud materno-infantil se encuentran en el cuestionario de primera infancia, por lo que las preguntas se realizan tantas veces como cantidad de niños/as de 0 a 2 años existan en el hogar. Con relación a estas preguntas, y como se señaló para el caso de la EPH94, puede existir el efecto de la memoria sobre las respuestas.

No obstante, y como se verá en el capítulo siguiente, se pudieron observar importantes similitudes en cuanto a la información proveniente del último hijo nacido vivo (EPH94) y todos los niños/as entre 0 y 2 años en el hogar (EDS97), lo que da cuenta de que, a pesar de las diferencias en los diseños, ambas encuestas captaron poblaciones similares. Esto podría deberse a dos cuestiones. La primera, que sea poco significativo el número de mujeres que han tenido más de un hijo al cabo de tres años y que por ende, las respuestas relativas al embarazo y parto de todos los niños/as de 0 a 2 años en la EDS97, sean homologables a las respuestas de la EPH94 relativas al último hijo nacido vivo. La segunda, que en el caso de que se diera la existencia de más de un hijo en los últimos tres años, cabrían esperar conductas de cuidados del embarazo y parto relativamente similares, ya que refieren a la misma mujer y en un lapso relativamente corto.

Percepción de morbilidad

En el caso de la EDS97 se identificaron tres indicadores provenientes de los cuestionarios para adultos: presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días; tipo de consulta y motivos de no consulta. Los indicadores propuestos para relevar esta dimensión

en la EDS97 guardan directa relación con los objetivos generales de este relevamiento. Asimismo, exhiben importantes limitaciones para ser utilizados como indicadores de percepción de morbilidad para el grupo poblacional que interesa especialmente a este trabajo (mujeres en edad fértil), en vista de que no permiten discriminar aquellos malestares o enfermedades relacionados con la salud sexual y/o reproductiva de la mujer. Por otra parte, en la EPH94 no se hallaron indicadores de esta dimensión para el grupo de las mujeres. Por lo tanto, para ambas encuestas no resulta posible hallar indicadores de percepción de morbilidad específicos para la salud reproductiva.

Utilización de servicios de salud

Tanto la EPH94 como la EDS97 incorporaron indicadores de utilización de servicios relacionados con el momento del embarazo y parto. Aquellos que pudieron identificarse en ambos relevamientos son los siguientes: cantidad de controles de embarazo, momento al primer control, lugar de realización de los controles, lugar de asistencia del parto, tipo de parto, aplicación de vacuna antitetánica y persona que atendió el parto. También se identificó un indicador de consultas ginecológicas.

Por su parte, la EDS97 retoma algunos de estos indicadores en la sección destinada a mujeres que se encuentra en los dos cuestionarios de adultos. Allí se indaga puntualmente acerca de la cantidad de controles de embarazo realizados hasta el momento, sólo para las mujeres que están embarazadas en el momento del relevamiento. En el apartado siguiente se abordan las dificultades de esta pregunta, relativas a la probabilidad de la encuesta de captar mujeres embarazadas al momento del relevamiento dado que los objetivos de la misma no apuntaban a la captación de esta población.

El indicador de realización de controles ginecológicos puede hallarse en ambos relevamientos. Sin embargo, en la EPH se interroga acerca de la realización de controles durante el último año, en tanto que la EDS97 indaga sobre el tiempo transcurrido desde el último control ginecológico, incorporando la categoría “nunca lo realizó”. Este último diseño, asimismo, resulta más rico en tanto permite identificar diferenciales de riesgo asociados con la edad de la mujer. Al tener que acotar para su comparación, la realización de controles en el último año, la riqueza como indicador de riesgo diferencial queda acotada casi exclusivamente a las mujeres adultas (de más de 40).

La EPH94 asimismo identificó el indicador de lugar del primer control de embarazo, el cual no es relevado por la EDS97. En su lugar, la EDS97 pregunta sobre los motivos en caso de realización de menos de cinco controles de embarazo o en caso de no realización de controles. En esta encuesta se indaga también acerca de la relación del control postparto y los motivos en caso de no realización. Como la mayoría de los indicadores que indagan sobre las características del embarazo y parto, esta pregunta se encuentra en el cuestionario de primera infancia, y por tanto pueden haberse producido respuestas afirmativas que refieren en realidad a la realización de los controles para el cuidado del niño.

Financiamiento de las prestaciones

De los indicadores con posibilidad de comparación entre encuestas, se identificaron los relativos al financiamiento de los controles de embarazo y financiamiento de la atención del parto. Para ambas encuestas, estos indicadores apuntan a indagar sobre la fuente de financiación de estas prestaciones. De este modo se obtiene información que permite identificar situaciones en las que aún teniendo algún tipo de cobertura de salud, la mujer ha tenido que financiar parcialmente la realización de controles del embarazo y la atención del parto.

En la EPH94, el financiamiento total o parcial de los controles de embarazo están referidos exclusivamente al primero de los controles realizados. Desde un punto de vista metodológico, este recorte puede resultar más efectivo en tanto elimina la posibilidad de respuestas no específicas o falta de respuesta por parte de aquellas mujeres que han utilizado diferentes fuentes de financiamiento a lo largo de todo el embarazo.

La posibilidad de captar cambios en la fuente de financiamiento de los controles de embarazo (esto es, si existió a lo largo del embarazo un cambio en la fuente de financiamiento de esta prestación y los motivos que movilizaron este cambio) no está presente en ninguna de las dos encuestas. A pesar de las dificultades que puede conllevar el relevamiento de esta información, ella podría resultar de utilidad para captar diferencias en la cobertura efectiva de las prestaciones en aquella población que declara estar afiliada a alguna obra social, mutual o prepago.

En cuanto al financiamiento del parto, la EDS97 presenta características que han originado dificultades insalvables para comparar la información con la proveniente de la EPH94. Este indicador debe rastrearse en una pregunta sobre internación en los últimos doce meses que se realiza a toda la población de entre 15 a 64 (cuestionarios 6 y 7), en la cual, la opción de internación por parto constituye una de las seis categorías que la pregunta contempla. Por otra parte, el cuestionario presenta una indicación expresa para el encuestador, en cuanto a que debe señalar la última internación en caso de que haya más de una. Esta indicación puede haber influido en la pérdida de respuestas de internación por parto en aquellas mujeres que además estuvieron internadas por otro motivo. A su vez, en la revisión del material didáctico destinado al encuestador, no queda claro si “la última internación” refiere al orden en que enumera el informante o al orden temporal en que se han producido las internaciones, desde la menos reciente a la más reciente.

Más allá de las dificultades de diseño señaladas, el recorte temporal es la dificultad más seria, en virtud de la escasa cantidad de casos que puede ser captada a través de este recorte, y cuyo margen de error compromete la validez de los resultados que de esa pregunta se obtengan.

En este informe, todas estas cuestiones son entendidas como dificultades, dado el objetivo general del estudio, centrado en la identificación de indicadores de salud materno-infantil comparables entre ambas encuestas. Sin embargo, y como se señala más arriba, el diseño de la EDS97 respondió a una serie de objetivos que trascienden el interés por este tema en

particular, lo cual explica al menos parcialmente que el financiamiento del parto esté integrado como una categoría que apunta a relevar información sobre el financiamiento de otro tipo de prestaciones en toda la población adulta.

Este interés se pone de manifiesto, además, en otros indicadores que pudieron ser identificados en esta encuesta en relación con el financiamiento de medicamentos, la realización de estudios o análisis, o la presencia de alguna enfermedad crónica o discapacidad¹². Como se planteó en el apartado del análisis comparado de los objetivos generales de ambas encuestas, este tipo de indicadores permite la comparación con otros relevamientos realizados en el país sobre utilización y gasto en salud.

Cobertura de salud

Para esta dimensión ambas encuestas utilizan el indicador afiliación. En la EPH94, este indicador no permite discriminar si la afiliación se trata de obra social, mutual o prepago, aunque permite identificar la afiliación a más de un subsistema y el más utilizado si se presenta el caso de doble afiliación. En cambio, la EDS97 permite la identificación del tipo de afiliación y además, posee un indicador para rastrear la pérdida de afiliación a partir de la indagación sobre la afiliación anterior al momento del relevamiento y los motivos de la pérdida, en caso de que se de esta situación.

Las diferencias en cuanto al diseño para la captación de la afiliación en ambas encuestas, y en especial las limitaciones en lo que se refiere a la EPH94, obligaron a tomar para la comparación un indicador de tenencia de alguna forma de cobertura de salud, con la imposibilidad de discriminar el subsistema de afiliación.

Las diferencias en cuanto a la ubicación de este indicador dentro de cada cuestionario ya han sido tratadas al comienzo de este informe y se retoman en el apartado siguiente para un análisis en conjunto con la información que se derivó de cada diseño.

Acceso a los servicios de salud

A pesar de que la dimensión de acceso a los servicios de salud no ha sido contemplada para este análisis, conviene resaltar algunas cuestiones. En concordancia con los objetivos de ambas encuestas, la EPH94 relaciona esta dimensión con la consulta ginecológica, proponiendo un indicador de distancia al servicio de salud al cual concurrió o podría haber concurrido la mujer para la realización de este tipo de consulta. La EDS97, en cambio, indaga para toda la población relevada, indicadores tales como el tiempo transcurrido entre la solicitud de consulta y la atención, el acceso a los medicamentos recetados y los motivos de no acceso, y de igual manera para la realización de estudios o análisis. Por las características de enfoque, es evidente la imposibilidad de generar algún tipo de comparabilidad entre ambos relevamientos.

¹² Para mayor detalle, ver Anexo Documental, Tabla N° 4

Indicadores de salud para niños/as de 0 a 4 años

Percepción de morbilidad

Para esta dimensión se identificaron en la EDS97 los mismos indicadores que aparecen en los cuestionarios de adultos. Esto tiene la ventaja de homogeneizar la información que atañe a todos los grupos etáreos. Sin embargo, un abordaje con estas características carece de la especificidad que demandaría un análisis de la percepción de morbilidad en las diferentes etapas vitales.

Por su parte, si bien en la EPH94 existe un mayor cuidado por la captación de esta dimensión -en virtud de su interés por indagar información en torno a la salud materno-infantil- sólo se hallaron un conjunto de ítems que se aproximan pero no están directamente elaborados para relevar esta dimensión. En este sentido existen indicadores cuyo objetivo es relevar la percepción de la gravedad de los síntomas y las estrategias implementadas para su solución. De este tenor, se relevaron los siguientes aspectos: presencia de diarrea, fatiga, tos o catarro en los últimos quince días, realización de consulta (Sí/No), persona a quien consultó y medidas tomadas para mejorar el estado de salud del niño, previo a la consulta.

También se identificaron indicadores que apuntan a establecer un estado de salud general del niño, como la presencia de accidentes (golpes, quemaduras, caídas) e intoxicaciones que hayan requerido atención médica a lo largo de toda su vida, y si el niño ha tenido sarampión o tos convulsa.

De los indicadores que ofrecen ambos relevamientos, los que arrojan mayor similitud en cuanto al diseño son los que refieren, en el caso de la EDS97, a la presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días y persona a quien consultó. En la EPH94 serían los que indagan sobre la presencia de diarrea, fatiga, tos o catarro en los últimos quince días, realización de consulta (Sí/No) y persona a quien consultó.

Sin embargo, conviene señalar importantes diferencias en cuanto al diseño. En la EDS97, el recorte temporal (30 días) y la pregunta sobre “malestar, enfermedad o accidente”, permitirá sin duda, captar una mayor cantidad de casos que en la EPH94, donde el tiempo de referencia es menor (15 días) y las preguntas están referidas a la presencia de diarrea, tos o catarro. Por otra parte, el modo de entrada a la EDS97 posee un alto grado de ambigüedad por cuanto no permite identificar la gravedad de los “malestares” percibidos y por ende tampoco sería posible analizar diferenciales en las estrategias de cuidado del niño. Esta dificultad se encuentra resuelta en la EPH94, aunque es de esperar que la cantidad de casos captados a través de un recorte temporal tan acotado, sea muy poco significativa.

Los problemas descriptos hasta aquí no son de fácil resolución y ameritan un análisis de los alcances y las limitaciones en cuanto a incorporar ciertos indicadores en el marco de las encuestas de hogares. Se volverá sobre este tema una vez analizada la información derivada de ambos relevamientos.

Utilización de servicios

En ambos relevamientos, pudieron identificarse dos indicadores potencialmente comparables: consultas de control durante el primer año de vida sin que el niño estuviera enfermo y cumplimiento del calendario de vacunación.

En relación con el primero de ellos, en la EPH94 se indaga además sobre el lugar de la consulta, discriminando entre hospital público, unidad sanitaria, establecimiento privado o consultorio particular. En la EDS97 sólo se puede analizar esta información en términos de consulta/no consulta, por lo que la comparación se limita a esta diferenciación exclusivamente.

La EPH 94 indaga también, para los niños/as mayores de un año de vida, las consultas realizadas durante los últimos doce meses sin que el niño estuviera enfermo, además del lugar de realización de dicha consulta.

En la EDS97, el diseño referido al calendario de vacunación se presenta de manera muy exhaustiva, ya que, además de la cantidad de dosis por vacuna, se indaga por el lugar y el agente que financió cada una de ellas. Si bien puede resultar interesante obtener esta información adicional, es probable que las respuestas estén afectadas por sesgos que tienen que ver con la posibilidad del adulto respondente de recordar estos detalles para cada una de las vacunas aplicadas.

Además de los señalados, se incorporan al cuestionario de primera infancia los mismos indicadores de utilización de servicios presentes en el resto de los cuestionarios de la EDS97. Las ventajas y limitaciones de este tipo de abordaje homogéneo en todos los grupos etáreos ya fueron señaladas precedentemente.

Financiamiento de las prestaciones

Para este grupo etáreo, ambas encuestas indagan sobre el financiamiento de la última consulta médica realizada sin que el niño estuviera enfermo. Y, al igual que para el grupo de las mujeres, estos indicadores apuntan a identificar la fuente de financiación de estas prestaciones, ya sea que haya uno o más financiadores.

Además, como ya se planteó anteriormente, la EDS97 incorpora otros indicadores de financiamiento, idénticos para el resto de los cuestionarios que apuntan a indagar sobre el financiamiento de las prestaciones para la compra de medicamentos, realización de análisis o estudios y atención en caso de enfermedad crónica o discapacidad.

Acceso a los servicios de salud

Para esta dimensión, la EDS97 contempla los mismos indicadores presentes en los cuestionarios de adultos. En la EPH94, este indicador está acotado a la accesibilidad geográfica (al igual que para las mujeres) y se releva en caso de existir respuesta negativa en la pregunta sobre realización de consultas durante el primer año de vida del niño, o de los últimos doce meses para niños/as de 1 a 5 años.

Indicadores comparables en función del diseño conceptual y metodológico de ambas encuestas

La tabla que se presenta a continuación enumera los indicadores del área materno-infantil que resultan comparables, dados sus respectivos diseños conceptual y metodológico.

Dimensión	Indicador	
	Niños/as 0 a 4 años	Mujeres 15 a 49 años
Percepción de morbilidad	Presencia de malestar o enfermedad en los últimos 30 días. (En EPH94, presencia de diarrea, fatiga, tos o catarro en los últimos 15 días) Realización de consulta (SI/NO) Persona a quien consultó (médico, enfermero, curandero, partera, etc.)	Sin indicadores comparables
Utilización de servicios	Realización de consultas de control durante el primer año de vida sin que el niño estuviera enfermo (SI/NO) Vacunación / cantidad de dosis	Momento al primer control de embarazo Cantidad de controles Lugar de los controles Persona que atendió el parto Lugar de atención del parto Aplicación vacuna antitetánica Tipo de parto Consulta ginecológica último año

Financiamiento de las prestaciones	Total o Parcial de la última consulta médica sin que el niño estuviera enfermo. Origen del financiamiento (obra social, mutual o prepago, Hospital Público, ninguno, otros) de la consulta del niño sin que estuviera enfermo	Total o Parcial de la atención del parto y de los controles de embarazo. Origen del financiamiento de los controles de embarazo (Obra Social, Mutual o Prepago, Hospital Público, ninguno, otros)
Cobertura de salud	Tenencia de afiliación (SI/NO)	Tenencia de afiliación (SI/NO)

A modo de síntesis, conviene resaltar algunas características que se han venido describiendo hasta el momento, sobre el diseño conceptual y metodológico de estas dimensiones y las posibilidades de comparación entre ambos relevamientos.

Así, puede observarse un grado de coherencia interna considerable para ambas encuestas, esto es, en cuanto a la relación que existe entre los objetivos generales de cada una de ellas y el diseño de los cuestionarios para su operacionalización.

En cuanto al grado de comparabilidad entre encuestas la búsqueda de indicadores similares presentó algunas dificultades de importancia, en gran medida derivadas tanto de los objetivos de cada relevamiento, como de las diferencias en cuanto al carácter rotativo o integrado de la EPH94 y la EDS97 respectivamente.

Las dificultades de comparación observadas son en cierta medida fruto de una necesidad de coherencia interna que se ha priorizado en detrimento de una mayor comparabilidad entre encuestas. Sin embargo, no debe dejar de señalarse que la pesquisa se realiza dentro de un mismo bloque temático –salud-, por lo que podría haberse esperado mayor nivel de homogeneidad.

Finalmente podrían resumirse las dimensiones de mayor importancia que presentaron dificultades de comparación. Entre éstas se encuentra el tipo de cobertura de salud, que en la EPH94 no se releva con suficiente exhaustividad, lo cual obligó a la construcción de un indicador con menor nivel explicativo. En lo que se refiere a esta encuesta debe señalarse además, la ausencia de variables para captar la percepción de morbilidad en el grupo de mujeres en edad fértil.

En cuanto a la EDS97, las mayores dificultades se hallaron en la falta de especificidad en la construcción de indicadores de percepción de morbilidad en el grupo de los niños. También, en lo que se refiere al grupo de las mujeres existe una falta de vinculación entre los ítems relativos a la atención de la salud de la madre y los relativos al financiamiento del parto, en especial por estar referidos a distintos períodos de referencia.

A pesar de las limitaciones aquí sugeridas, el análisis enfatizó la búsqueda de similitudes, a través de observar la información derivada de aquellos indicadores que pueden resultar “teóricamente” comparables. Los resultados obtenidos se presentan a continuación a la vez que se retoman las dificultades hasta aquí analizadas en torno al diseño conceptual y metodológico de ambos relevamientos.

CAPITULO 3

CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE SALUD COMPARABLES EPH94/EDS97

La etapa de procesamiento de datos requirió de dos procedimientos iniciales: la generación de bases para cada una de las poblaciones seleccionadas en este proyecto –niños/as de 0 a 5 años y mujeres de 15 a 49- y la depuración y recodificación de las variables correspondientes a los indicadores de las dimensiones de salud consideradas. A raíz de las diferencias en los cortes por edad de los cuestionarios de infancia de ambas encuestas, el análisis comparado de los indicadores de salud para la población infantil se basó en los registros de los niños/as de 0 a 4 años¹³.

El abordaje de las bases de datos de ambas encuestas se realizó de acuerdo con las orientaciones elaboradas durante el análisis de los diseños de los cuestionarios. Los indicadores considerados previamente comparables entre ambos relevamientos se analizaron de acuerdo con la categorización de sus variables y los cortes temporales contemplados en cada encuesta¹⁴.

La revisión de las bases de datos de ambas encuestas redujo las posibilidades de construir indicadores comparables identificados por el análisis metodológico conceptual realizado en base a los diseños de los formularios¹⁵. La reconstrucción de las variables identificadas para cada uno de los indicadores seleccionados presentaron ciertas dificultades de homologación que impidieron su procesamiento comparado.

Niños/as de 0 a 4 años

Para esta población, los indicadores de *percepción de morbilidad* en la EPH94 se concentran en la presencia de diarrea, tos o catarro y fatiga durante los últimos 15 días; mientras que en la EDS97 las variables medidas refieren la presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días. Para este indicador, la comparación se realizó sobre la base del tipo de consulta para cada enfermedad o malestar. Adicionalmente, en la EDS97, pudieron compararse los comportamientos de atención relativos a la población infantil y femenina frente a la percepción de malestar y sus vinculaciones con los quintiles de ingreso per cápita del hogar y el tipo de cobertura de salud, puesto que las

¹³ Como ya hemos señalado, el cuestionario de niños/as del Módulo Metas Sociales de la EPH94 se ajusta a una población de 0 a 5 años, mientras que los cortes etéreos en EDS97 no se corresponden con esta población. El cuestionario de primera infancia de EDS97 abarca a los niños/as de 0 a 4 años, y los de 5 años se incluyen en un segundo cuestionario de infancia que se extiende hasta los 14 años¹³. Esta exclusión de los niños/as de 5 años del cuestionario de primera infancia en la EDS97 hace imposible su consideración para la comparación de indicadores comunes, puesto que las preguntas de ambos cuestionarios difieren significativamente.

¹⁴ Un instrumento valioso para orientar el procesamiento de estos indicadores en ambas bases de datos fue el cuadro “Construcción de indicadores comparables EPH94 / EDS97, según grupos de población objetivo”, presentado en el anexo metodológico conceptual de este informe.

¹⁵ Análisis presentado en el punto anterior de este informe: “Análisis metodológico conceptual”.

preguntas de percepción de morbilidad se repiten en todos los cuestionarios de la encuesta de SIEMPRO.

En cuanto a los indicadores de *utilización de servicios*, pudieron procesarse las consultas de control durante el primer año de vida y la cantidad de dosis de cada vacuna aplicada según calendario oficial de vacunación. Aunque el procesamiento obligó a la recodificación de la variable correspondiente al control de salud durante el primer año de vida en la EDS97 a la formulación respectiva en EPH94: de un registro abierto de cantidad de consultas hubo que recodificar hacia uno binario si / no. El procesamiento de las variables correspondientes a vacunación ofreció ciertas dificultades en la EDS97, puesto que el flujo del cuestionario 4 para vacunación dificulta la construcción de una variable completó/no completó calendario de vacunación. Desvincula los niños/as que no recibieron ninguna dosis de cada vacuna de la cantidad de dosis de los que sí recibieron alguna. En este sentido, se destaca que la pregunta aparece mejor formulada en la EPH94: incluye la opción “ninguna” en cantidad de dosis de cada vacuna. Nuevamente en este caso fue necesario recodificar las variables para vacunación de la EDS97 de acuerdo con su formulación en EPH94, de manera de no perder a aquella porción de la población infantil que sufrió de ausencia de dosis de algunas de las vacunas obligatorias. A esta dificultad se sumó la inclusión en EDS97 de la triple viral y la cuádruple, vacunas cuya aplicación debe ser considerada de manera indistinta con las anteriores (antisarampionosa y triple). Esta intercambiabilidad antisarampionosa/triple viral y triple/cuádruple en la EDS97 obliga al cómputo de las variables correspondientes para poder aislar los niveles de cobertura del calendario previsto para estas vacunas¹⁶.

En relación con los indicadores de *financiamiento de las prestaciones*, las dificultades encontradas originalmente se amplificaron debido al diseño de la pregunta acerca de la atención de la última consulta médica. Mientras que en la EPH94 se preguntaba por la última consulta médica de los últimos 12 meses, sin que el niño estuviera enfermo, la pregunta semejante en la EDS97 se orientaba al lugar de realización de la última consulta médica de los últimos 30 días. Estas diferencias en los cortes temporales de ambas preguntas impidieron comparar aspectos del financiamiento de estas consultas, puesto que la amplitud del rango de los períodos considerados era demasiado grande como para tornar fiable la comparación. En síntesis, de estas consideraciones se deriva la imposibilidad de comparar indicadores de financiamiento de las prestaciones de salud a niños/as en ambas encuestas. Retomaremos esta preocupación en las conclusiones de este informe.

Mujeres de 15 a 49 años

Como ya hemos señalado al analizar los aspectos metodológicos conceptuales de ambos diseños, resultó inviable la comparación de indicadores de *percepción de morbilidad* para esta población. Esta limitación obedecía fundamentalmente a la ausencia de preguntas de percepción y consulta por morbilidad en general dirigidas a las mujeres en edad fértil en el Módulo de Metas Sociales de la EPH94. Tal como habíamos señalado, la preocupación del módulo por la salud femenina se focalizaba en algunos aspectos de la salud

¹⁶ A los fines de este informe, en el próximo apartado “Análisis de resultados del procesamiento comparado” se presenta el comportamiento de la cobertura del par antisarampionosa/triple viral.

reproductiva (como embarazo y parto) y no contemplaba otras dimensiones de la salud de las mujeres. La pregunta, entonces, por percepción de morbilidad y tipo de consulta de la EDS97 en todos los cuestionarios de adultos y niños/as, no tiene su correspondencia en la EPH94 para la población femenina adulta. En consecuencia, sólo pudo considerarse esta dimensión para las mujeres de la EDS97, con el objetivo de aislar tendencias en relación con el comportamiento de las mismas variables para la población infantil¹⁷.

De los indicadores seleccionados para la dimensión de *utilización de servicios*, se procesaron los relativos a la atención del embarazo y del parto, y a la realización de consulta ginecológica. Los indicadores de atención de embarazo que lograron compararse entre ambos relevamientos incluyeron: captación, cantidad de controles, aplicación de vacuna antitetánica y lugar del control. Todos ellos, en relación con embarazos ocurridos durante los últimos tres años; los que en el caso de la EPH94 se introducían a partir del último hijo nacido vivo desde enero de 1991 y en la EDS97, a partir de la presencia en el hogar de niños/as de 0 a 2 años de edad. La construcción de indicadores comparables en esta dimensión obligó, sin embargo, a la recodificación de algunas de las variables de la EDS97 de acuerdo con las categorías de las variables similares en EPH94. En este sentido, se destaca que el flujo de las preguntas sobre controles de embarazo de los últimos tres años en EDS97 puede perder en su procesamiento a todas aquellas mujeres que no realizaron ningún control. De manera semejante a los indicadores de vacunación señalados más arriba, en este caso se desvinculan todas las mujeres que no realizaron ningún control, de la cantidad de controles de las mujeres que sí los han realizado. Puesto que la pregunta correspondiente se desdobra en una primera, que indaga acerca de la realización de algún control, y en una segunda, que se orienta a la cantidad de controles realizados por las mujeres que respondieron afirmativamente a la primera. La recodificación de estas variables, siguiendo los criterios considerados en EPH94 (que incluyen ningún control como una categoría de la variable cantidad de controles) tuvo como objetivo no perder datos de la población más desprotegida en la posterior elaboración de los tabulados.

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo se incluye en la EDS97 como una categoría de las prestaciones recibidas durante la realización de los controles, mientras que en la EPH94 esta pregunta funciona como una variable específica. La construcción de este indicador requirió, entonces, de la generación de una nueva variable en la base de la EDS97 que recogiera la información acerca de la aplicación de la vacuna antitetánica durante los embarazos ocurridos durante los últimos tres años.

La estructura de los cuestionarios de la EDS97, como también hemos señalado en el análisis metodológico conceptual, incluye en los cuestionarios de adultos preguntas específicas dirigidas a las mujeres. Dentro de estas preguntas se considera la condición de embarazo actual de la mujer, el mes de gestación y la cantidad de controles realizados hasta la fecha de aplicación de la encuesta. Estos indicadores de embarazo actual de la EDS97 no

¹⁷ Esta especificación fue señalada supra al tratar las condiciones de procesamiento de los indicadores de percepción de morbilidad para la población infantil. Sus resultados se analizan en el punto siguiente de este informe: “Análisis de los resultados del procesamiento comparado”.

podieron compararse con similares en EPH94, puesto que el cuestionario para la mujer del Módulo de Metas Sociales no releva situación de embarazo al momento de la encuesta.

En relación con los indicadores de atención de parto, se compararon también los partos ocurridos durante los tres años previos a la aplicación de cada encuesta, relevados por los cuestionarios de mujer de la EPH94 y de primera infancia de la EDS97. Los indicadores disponibles fueron: tipo de asistencia en el parto, lugar de atención y tipo de parto.

En la EDS97, la inclusión de estos indicadores en el cuestionario de infancia desvincula la información sobre las características de la atención del parto de variables tales como la edad y la cobertura de salud de la madre. Además la EDS97 no releva información sobre financiamiento del parto¹⁸. El lugar de atención del parto vuelve a preguntarse en los cuestionarios de adultos de la EDS97 en vinculación, ahora sí, con aspectos de su financiamiento. Sin embargo, la entrada a la información acerca del parto se realiza desde una pregunta general sobre internaciones ocurridas durante los últimos 12 meses. De los motivos de esas internaciones pueden discriminarse las internaciones por parto y vincularlas con sus lugares de atención. Si bien estas variables nos acercan a los indicadores de financiamiento del parto, los que se tratarán enseguida, y posibilitan su vinculación con la edad y la cobertura de salud de la madre, los resultados de su procesamiento mostraron limitaciones que pueden estar relacionadas con el carácter no específico de la pregunta. Estas limitaciones serán reconsideradas en el análisis de los resultados obtenidos.

La comparabilidad de la realización de consulta ginecológica merece una consideración aparte, puesto que parece funcionar como un buen indicador de salud para ambas encuestas. El procesamiento de la información de esta dimensión obligó a la construcción de un indicador comparable de realización de consulta ginecológica en base a la recodificación de la variable respectiva en EDS97 de acuerdo con limitaciones encontradas en el diseño de su homóloga en EPH94. Efectivamente, el diseño de la pregunta sobre consulta ginecológica en EPH94 sólo considera un respuesta afirmativa o negativa a la realización del control durante el último año, mientras que la EDS97 amplía el período al tiempo transcurrido desde el último control e incluye en la pregunta una categoría “nunca lo realizó”¹⁹. Este diseño resulta más rico en cuanto a las posibilidades de identificar diferenciales de riesgo de acuerdo con la cantidad de controles ginecológicos previstos para los diferentes intervalos de edad de las mujeres. No obstante, con el propósito de construir un indicador que resultara comparable entre las dos encuestas, fue necesario recodificar la variable de la EDS97 de acuerdo con la categorización binaria de la EPH94. Asimismo, se construyeron intervalos de la edad de las mujeres de la población objetivo, de manera de acceder a una

¹⁸ La ausencia de preguntas sobre financiamiento de la atención de embarazo y parto en los cuestionarios de infancia de la EDS97 fue señalada en el punto anterior de este informe: “Análisis metodológico conceptual” y se retomará como uno de los aspectos fundamentales de las conclusiones.

¹⁹ También la EDS97 incluye en esta pregunta una categoría “no lo necesita” que no se condice con el criterio temporal que orienta la formulación de las categorías restantes, puesto que hace referencia a motivaciones de la no consulta que deberían incluirse en una pregunta posterior más específica en esta otra dimensión. Se retomará esta dificultad en el análisis de los resultados del procesamiento y las conclusiones de este informe.

comprensión más exhaustiva de la realización de controles ginecológicos según los parámetros recomendables para cada momento del ciclo de vida²⁰.

En cuanto al indicador *financiamiento de las prestaciones*, se pudo comparar sólo parcialmente el financiamiento de la atención del parto puesto que los cortes temporales difieren en los cuestionarios de ambas encuestas. Mientras que en la EPH94 se consideró el último hijo nacido vivo desde 1991, en la EDS97 se relevó información sobre los partos de los últimos doce meses.

Además, en la EDS97 no existen preguntas específicas que vinculen la internación por parto de su financiamiento. Esto pudo haber ocasionado la pérdida de información relativa a internaciones por parto, puesto que la pregunta acerca de internaciones en general poseía una modalidad excluyente que permitía marcar una sola opción. Frente a la necesidad de elección, la respondente pudo haber privilegiado otras internaciones que la correspondiente a un parto²¹.

Las dificultades del procesamiento del indicador *fuerza de financiamiento del parto* refuerza la necesidad de identificar el parto como una prestación específica, relevando información sobre modo de atención y fuente de financiamiento conjuntamente.

El financiamiento de los controles de embarazo, considerado durante la etapa de análisis metodológico conceptual de los diseños de ambas encuestas²², no pudo analizarse de manera comparada a raíz de insalvables dificultades de procesamiento. El financiamiento total o parcial del 1º control de embarazo contemplado en la EPH94 no pudo compararse con el financiamiento total o parcial de la última consulta considerado en la EDS97, puesto que fue imposible aislar las consultas derivadas de embarazo del volumen total de consultas realizadas. A esta dificultad se le suman las diferencias significativas en los cortes temporales de ambas encuestas. Mientras la EPH94 refiere al primer control de embarazo de los hijos/as nacidos vivos durante los últimos tres años, la EDS97 orienta la pregunta a la última consulta realizada durante los últimos 12 meses.

Este problema confirma las limitaciones señaladas en el análisis metodológico conceptual de ambas encuestas, en el que se vinculaban las características de los diseños de los cuestionarios con los objetivos específicos de cada relevamiento. En este sentido, se destacan como diferencias significativas entre ambos relevamientos el énfasis en salud reproductiva del Módulo de Metas Sociales y el abordaje más general de los módulos de salud de la EDS97. Este abordaje más general en la encuesta de SIEMPRO no contempló la discriminación de indicadores de financiamiento de prestaciones vinculadas a la salud reproductiva en los módulos de salud incluidos en los cuestionarios de adultos.

²⁰ En este sentido, se consideró más esperable encontrar la concentración de las frecuencias en las mujeres adultas en detrimento de las adolescentes. Trataremos aspectos de este comportamiento en el análisis de los resultados del procesamiento.

²¹ Las diferencias de los totales de partos relevados en ambas encuestas podrían estar avalando estas suposiciones. Retomaremos esta argumentación en el análisis de los resultados del procesamiento de datos.

²² Señalado en la Tabla “Dimensiones de análisis EPH94 / EDS97”, presentada en el anexo metodológico conceptual de este informe.

La *cobertura de las prestaciones* resulta uno de los indicadores clave de salud, señalado en la propuesta como variable de cruce del resto de las dimensiones consideradas. En efecto, las dimensiones de percepción de morbilidad, utilización de los servicios de atención y financiamiento de las prestaciones adquieren nueva significación en relación con el tipo de cobertura de salud de la población. La potencialidad del indicador de afiliación a algún sistema de salud se incrementa frente a las dificultades habituales de las mediciones de ingresos en las encuestas de hogares²³, puesto que, dada la estructura del sistema de salud en la Argentina²⁴, la condición de afiliación puede ser considerada como un *proxy* adecuado de la situación socioeconómica del hogar. Esta adecuación se fundamenta en las relaciones obtenidas de los relevamientos de los últimos años entre afiliación social o privada de salud y quintil de ingreso per cápita del hogar (MSyAS, 1995)). Es en este sentido que el tipo de cobertura de salud puede considerarse una variable de corte que permite observar el comportamiento de las otras de variables de salud, las que en este caso se focalizaron en salud materno infantil.

La construcción de un indicador comparable de cobertura de salud entre ambas encuestas requirió de la consideración de las importantes diferencias en el relevamiento del tipo de afiliación entre la EPH94 y la EDS97. El relevamiento de este indicador en el caso de la EPH94 contiene una limitación importante pues el diseño de la pregunta sólo permite discriminar si el respondente está o no afiliado a algún sistema de salud fuera de la cobertura pública y, en el caso de que sea beneficiario de más de una afiliación, a cuántas y a la especificación de la más utilizada. Como consecuencia de este diseño del flujo de las preguntas de cobertura de salud en la EPH94, se pierde la información del tipo de afiliación de aquellos que posean una única cobertura, puesto que sólo se accede a la discriminación entre la cobertura social o privada y la pública²⁵. En cambio, el diseño de la pregunta en la EDS97 resulta más exhaustivo puesto que permite discriminar si la afiliación corresponde a Obra Social, a Mutual o Prepago, a ambas, sólo a servicio de emergencia o a ninguna de estas opciones²⁶. No obstante las diferencias de relevamiento señaladas, no se presentaron obstáculos de comparabilidad entre ambas encuestas y la construcción de un indicador comparable de cobertura de salud requirió de la recodificación de la variable de afiliación

²³ Entre estas dificultades se destacan la subdeclaración de ingresos que caracteriza a este tipo de medición, las diferencias en las estrategias de ajuste de esta subdeclaración en los distintos relevamientos, y las definiciones teóricas que exige la construcción de los quintiles de ingreso per cápita del hogar (Gasparini, 1999).

²⁴ Aquí se hace referencia a la compleja estructuración del sistema de salud argentino en tres subsectores, el público, la seguridad social y el privado, la que presenta importantes niveles de fragmentación (Maceira, 1996).

²⁵ Esta pérdida de exhaustividad en el relevamiento de la cobertura de salud en la EPH genera el desaprovechamiento de las asociaciones posibles entre la condición de afiliación de la mujer y las variables de utilización de servicios y de financiamiento de la atención del embarazo y del parto, las que poseen mayor nivel de desagregación. A su vez, la consideración discriminada de la cobertura social resultará de suma importancia en próximos relevamientos que intenten medir las variaciones acaecidas después de la desregulación de las obras sociales, prevista para enero de 2001 (Decreto N° 446/00).

²⁶ En este sentido, se destaca que la EPH94 haya resumido la cobertura social y privada en una sola dimensión, cuando los análisis de financiamiento de los sistemas de salud generalmente incluyen la seguridad social dentro del gasto público en salud (OPS, 1998).

de la EDS97 de acuerdo con las limitaciones encontradas en la EPH94. De esta manera, se accedió a una nueva variable de afiliación que identifica a la población con cobertura social o privada de salud.

Finalmente, para la comparabilidad de los *niveles de ingreso* de la población objetivo se consideraron las variables de quintiles de ingreso per cápita del hogar de ambas encuestas. El procedimiento comprendió la recodificación de la variable de deciles de ingreso per cápita familiar de la EPH94 en su distribución en quintiles de ingreso y la limpieza de la variable respectiva de la EDS97.

En síntesis, los resultados del proceso de construcción de indicadores comparables de salud materno infantil entre el Módulo de Metas Sociales de la EPH94/94 y la EDS97 para las dimensiones de percepción de morbilidad, utilización de servicios, financiamiento de las prestaciones, cobertura de salud y nivel de ingresos se resumen en la siguiente tabla.

Indicadores comparables de salud materno infantil EPH94/ EDS97

Dimensión	Indicador	
	<i>Niños/as 0 a 4 años</i>	<i>Mujeres 15 a 49 años</i>
Percepción de morbilidad	- Reporte de morbilidad, consulta, tipo de consulta (últimos 15 / 30 días)	- Sin indicadores comparables
Utilización de servicios	- Consultas de control durante el primer año de vida - Vacunación / cantidad de dosis	- Embarazo últimos tres años: - Captación - Atención médica (cantidad de controles) - Aplicación vacuna antitetánica - Lugar de control (1° control / controles) - Parto (último hijo nacido vivo / parto últimos 12 meses): - Asistencia - Lugar de atención - Tipo - Consulta ginecológica último año.
Financiamiento de las prestaciones	- Sin indicadores comparables	
Cobertura de salud	- Tenencia de Afiliación (SI/NO)	
Nivel de ingresos	- Quintil de ingresos per cápita familiar	

Estos indicadores de salud comparables entre ambas encuestas están relacionados con la provisión de los servicios de atención. Otros indicadores de salud materno infantil -tales como diarrea infantil, nutrición, morbilidad, accidentes, utilización de anticonceptivos- no pudieron compararse. La inclusión de estas dimensiones en próximos relevamientos se

orientaría a la generación de información útil para evaluar situaciones diferenciales de riesgo sanitario. A su vez, los indicadores de atención de salud -captación de embarazo, aplicación de vacuna antitetánica durante el embarazo, asistencia en el parto, tipo de parto, controles ginecológicos, cantidad de controles durante el 1° año de vida, vacunación niños/as- parecen tener poca variación en relación con el tipo de cobertura de salud y el quintil de ingresos per cápita del hogar. En consecuencia, la posibilidad de indagar con mayor exhaustividad situaciones de diferenciales de acceso a los servicios, requeriría principalmente del ajuste del relevamiento de las condiciones de financiamiento de estas prestaciones, especialmente si se consideran las serias dificultades señaladas para la comparación de los indicadores de gasto y financiamiento en la provisión de los servicios. El análisis de los resultados del procesamiento comparado de la información provista por ambas encuestas profundizará en estas dimensiones.

CAPITULO 4 ANALISIS DE RESULTADOS DEL PROCESAMIENTO COMPARADO

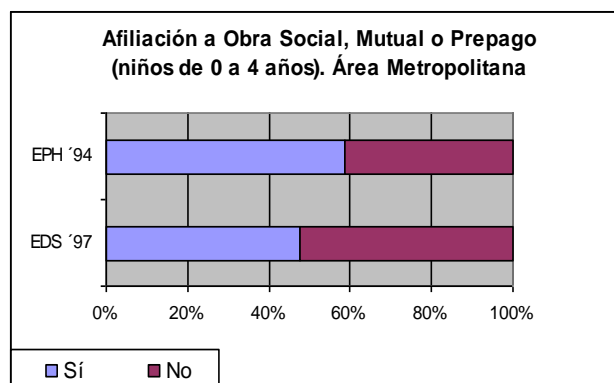
Cobertura de salud²⁷

Afiliación a Obra Social, Mutual o Prepago:

Los resultados del procesamiento de los indicadores de cobertura de salud arrojaron importantes diferencias entre la afiliación de niños/as y mujeres hacia el interior de ambas encuestas. Mientras que los niveles de afiliación de las mujeres resultaron en ambos casos más cercanos a aquellos arrojados por otros trabajos para el total de la población del Área Metropolitana²⁸, la dispersión en la cobertura de salud de los niños/as no sólo disminuye notoriamente entre encuestas, sino que se aleja significativamente de los porcentajes de mujeres adultas.

En este sentido, de la comparación entre la Figura 1 y la 2 surge que la cobertura en niños/as cuenta con una brecha significativa respecto de la de las mujeres en ambas encuestas (aproximadamente un cinco por ciento en el '94 y diez por ciento en el '97). Asimismo, la caída en la cobertura entre períodos 1994-1997 es de aproximadamente un diez por ciento para niños/as hasta cuatro años, duplicando la brecha en mujeres de 15 a 49 años para el mismo período.

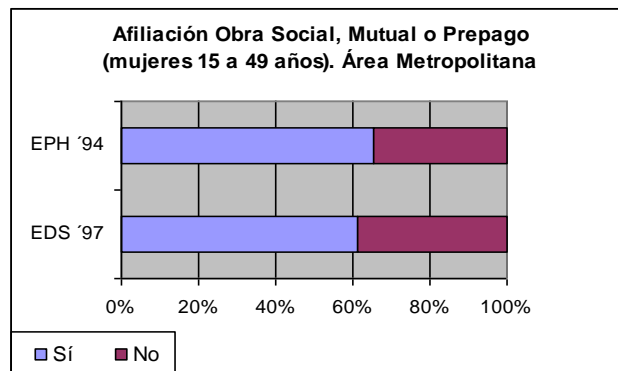
Figura 1



²⁷ A los fines de la comparación, en este punto se presenta de manera conjunta la afiliación de niños y mujeres; el análisis de los demás indicadores retomará el ordenamiento desde cada población objetivo del estudio.

²⁸ Según datos del Ministerio de Salud de la Nación para el año 1995, existía cerca de un 70% de cobertura social o privada de salud para la población femenina e infantil en el Área Metropolitana. (MSyAS, 1995)

Figura 2



Los menores niveles de cobertura de salud en niños/as para ambos relevamientos generan interrogantes acerca del criterio utilizado en el diseño de cuestionario de las encuestas. En términos comparativos, la brecha entre la afiliación de niños/as y mujeres resulta menor en la EPH94 que en la EDS97. En la EPH94 la pregunta sobre afiliación se encuentra ubicada en el cuestionario específico para niños menores de 6 años de edad del Módulo de Metas Sociales, mientras que en la EDS97 se ubica en el cuestionario sociodemográfico para todos los miembros del hogar. Estas diferencias de ubicación de la pregunta sobre cobertura de salud pudieron haber influido en la disparidad de los resultados, considerando las dificultades de aplicación del cuestionario sociodemográfico, que pudo haber privilegiado la afiliación de los adultos en su respuesta y el descuido de la información de los niños/as.

En cambio, la similitud en ambos relevamientos en el tratamiento de la pregunta sobre la afiliación de las mujeres podría brindar información sobre cambios en la cobertura de salud de la población femenina en el Área Metropolitana entre los años 1994 y 1997. En este sentido, la disminución de los niveles de cobertura durante este período podría considerarse como un indicador de procesos de precarización de la actividad laboral.

Afiliación a Obra Social, Mutual o Prepago por quintil de ingreso per cápita del hogar:

Como se observa en las Figuras 3 y 4, la relación inversa entre cobertura social o privada de salud y nivel de ingresos del hogar se mantiene tanto para las mujeres como para los niños/as, aunque con algunas diferencias entre relevamientos. La menor cobertura de salud en niños se concentra en el primer quintil en ambas encuestas, y en la EDS97 se extiende al segundo. Esta cobertura corresponde, aproximadamente, a un 30-35% de la población de ese quintil, con una dispersión del 60% en la cobertura entre el quintil más pobre y el más rico. Como en el caso anterior, vuelve a destacarse en la EDS97 el mayor porcentaje de

niños/as sin cobertura social o privada de salud. Aunque la caída de los niveles de afiliación entre los años 1994 y 1997 se aprecia en ambos segmentos de la población, la población femenina muestra que la disminución en la cobertura crece a medida que cae el ingreso per cápita del hogar. La cobertura mínima se aproxima al 30% de las mujeres integrantes del quintil más pobre, en tanto que aproximadamente el 85% de las mujeres del último quintil cuenta con cobertura de salud (Figura 4). La comparación entre ambas encuestas sugiere que son las mujeres de los quintiles más pobres aquellas que sufrieron reducciones en su cobertura, en tanto que el grupo más rico se mantuvo con niveles de acceso constante. Este análisis refuerza la necesidad de distinguir entre afiliación social o privada para la construcción de un indicador de cobertura, que capture el impacto de las fluctuaciones en el mercado de trabajo en los niveles de atención de la salud.

Figura 3

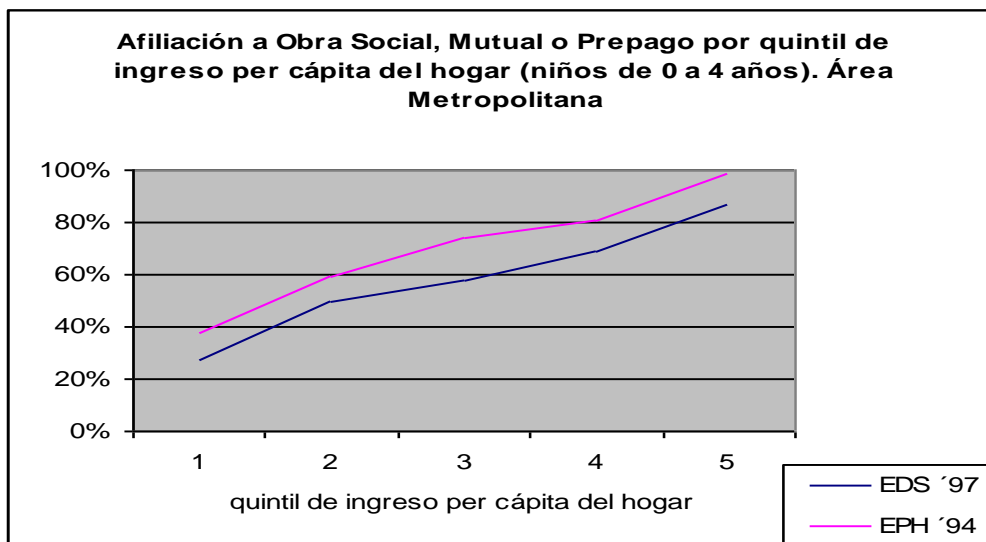
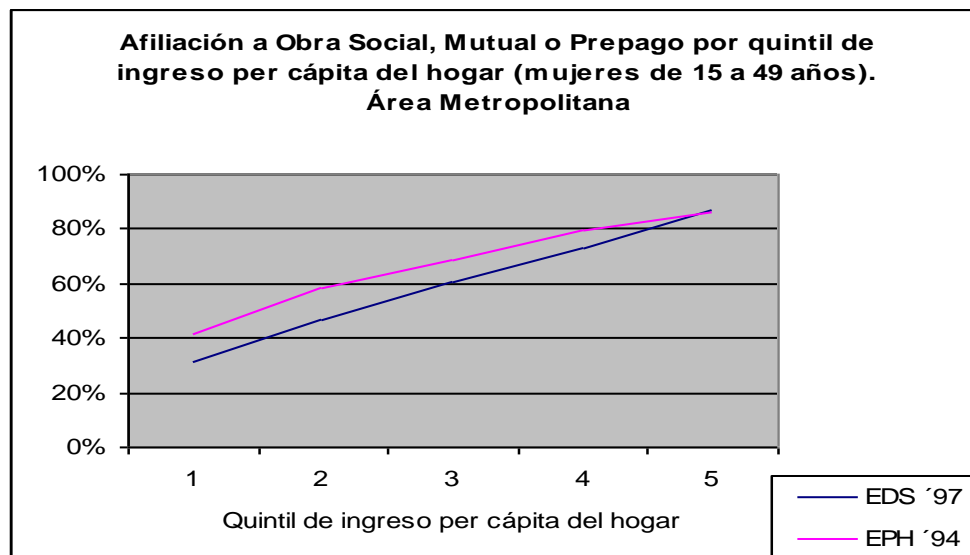


Figura 4



Niños de 0 a 4 años

Percepción de morbilidad

El procesamiento y comparación entre encuestas de las variables correspondientes a la percepción de morbilidad, como se mencionara en secciones anteriores, es reducida, especialmente para el tramo de población comprendido entre los 0 y los 4 años. Mientras en la EPH94 se solicitaba información sobre diarrea, tos o catarro, y fatiga durante los últimos 15 días, en la EDS97 la pregunta se orientaba a la percepción de malestar, enfermedad o accidente durante los últimos 30 días. Estas diferencias restringen seriamente las posibilidades de construcción de un indicador de percepción de morbilidad comparable entre ambos relevamientos. A fin de evaluar la posibilidad de comparación de estos resultados, se construyeron indicadores por quintiles de ingreso a partir de la información sobre percepción presentes en ambas encuestas con los niveles de ingreso per cápita del hogar y de cobertura de salud de los niños encuestados.

De acuerdo con esta orientación, se cruzaron las variables de percepción de ambas encuestas con sus correspondientes quintiles de ingreso per cápita del hogar, así como las respuestas sobre tipo de consulta frente a la percepción del malestar con las respectivas de afiliación a Obra Social, Mutual o Prepago. Aún cuando se aprecia un aumento del reporte en el 5° quintil de la EDS97, los resultados indicaron una débil relación entre la percepción de enfermedad y el quintil de ingreso per cápita del hogar. La variación del tipo de consulta según la cobertura de salud mostró mayores niveles de consulta médica para los niños cubiertos por afiliación social o privada, aunque la consulta por diarrea o malestar en los niños con cobertura pública superó en ambas encuestas el 80%.

Figura 5

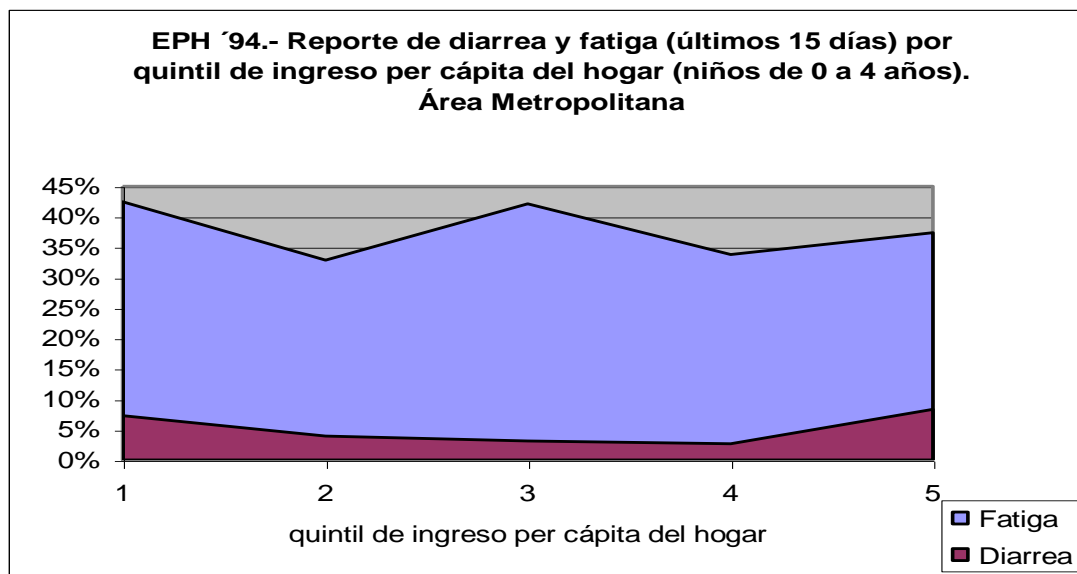
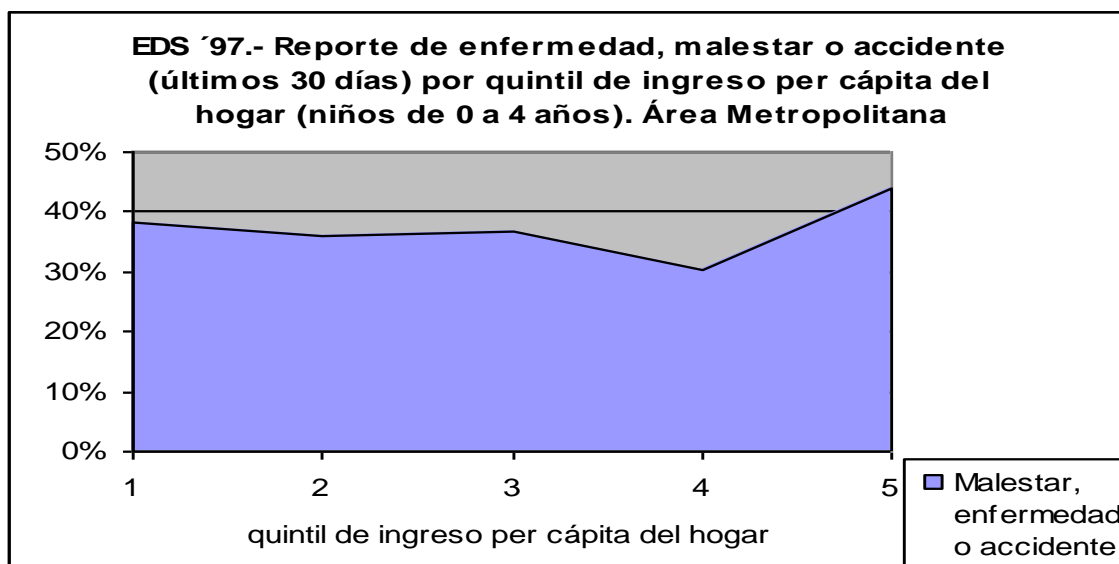


Figura 6



Los volúmenes de respuesta de ambas encuestas sugieren la conveniencia de especificar el tipo de malestar en la preguntas relacionadas con percepción de morbilidad en niños pequeños, de acuerdo con aquellas patologías más frecuentes desde el punto de vista epidemiológico y de mayor riesgo potencial, tales como diarrea y enfermedades respiratorias, presentes en el diseño del Módulo de Metas Sociales de la EPH94. La contribución de la experiencia de la EDS97 para la construcción de este indicador está dado por la selección del corte temporal en la pregunta de percepción de enfermedad. En este sentido, se sugiere mantener un corte de 30 días dado que es lo suficientemente amplio como para obtener un registro significativo, a la vez que no se aleja demasiado en el tiempo como para generar sesgo de memoria en su respuesta.

En cuanto a las opciones presentadas al encuestado en lo referente a la fuente de atención, la inclusión de la categoría “farmacéutico” en la pregunta de la EDS97 podría considerarse una opción adecuada para capturar el alcance de la recomendación no médica de medicamentos o tratamientos para las patologías infantiles. De este modo, la especificación de malestar según patologías infantiles, tal como se presenta en la EPH94, junto con la extensión del corte temporal a 30 días y la inclusión de la categoría “farmacéutico” en el tipo de consulta presentes en la EDS97, podría resultar en una estrategia adecuada para aprovechar las potencialidades de un indicador de percepción de morbilidad en la primera infancia.

Dada la ausencia de preguntas sobre percepción de morbilidad en el cuestionario de mujeres de la EPH94, se procedió a la comparación de los resultados para la población infantil relevada en la EDS97 con aquellos obtenidos para las mujeres de 15 a 49 años. Se observó que ante la percepción de malestar, las mujeres adultas acuden menos

frecuentemente a la consulta médica que los niños pequeños, y se repitió la poca significatividad en los patrones de conducta entre quintiles de ingreso. Estos resultados muestran que, ante situaciones que ponen en riesgo la salud, la consulta médica es mucho más frecuente si se trata de niños, independientemente del nivel de ingreso.

Figura 7

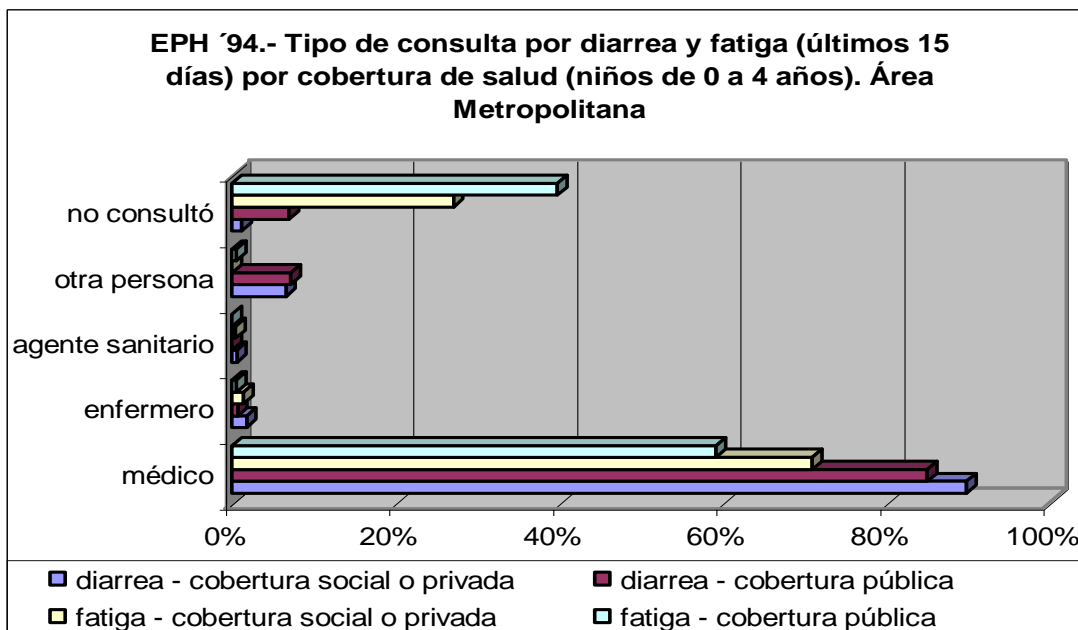


Figura 8

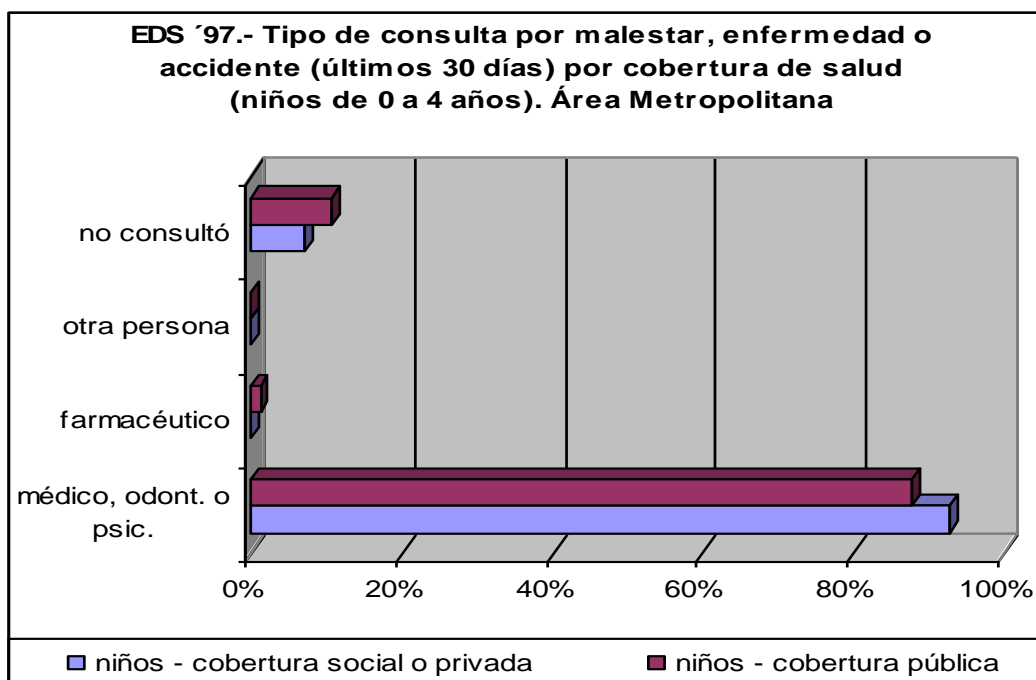


Figura 9

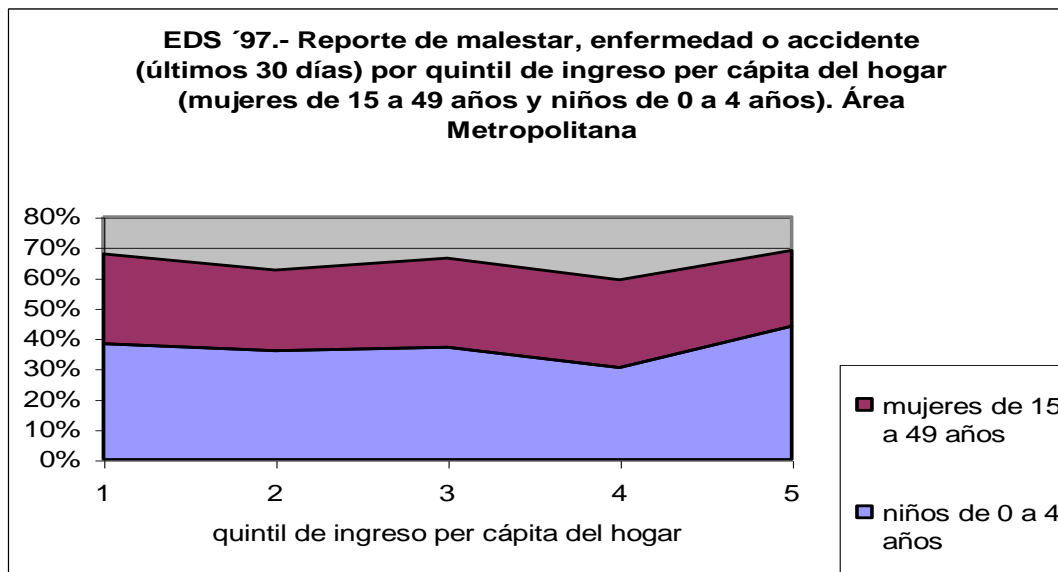
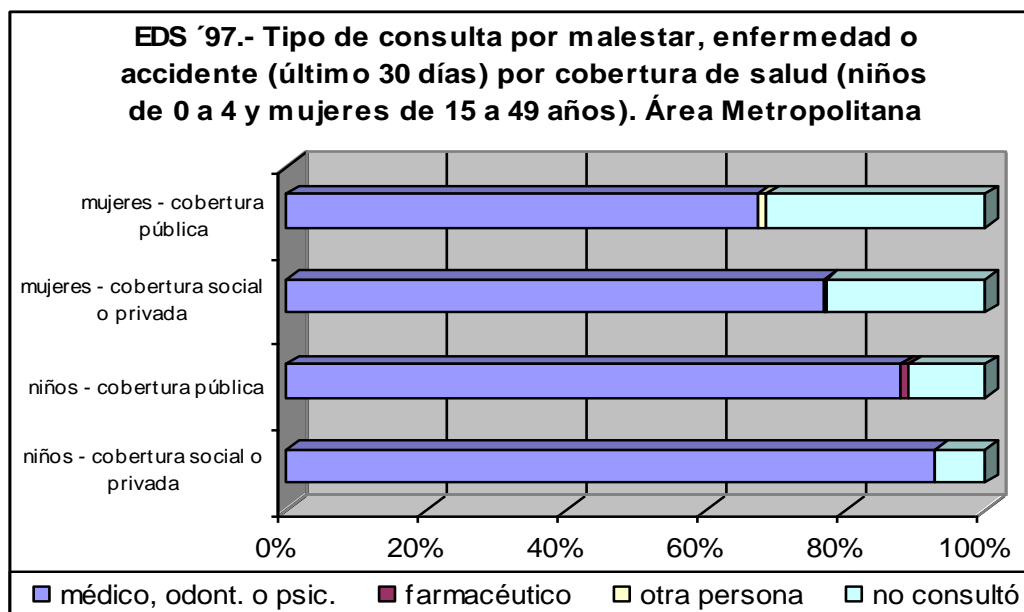


Figura 10



Utilización de los servicios de salud

Los indicadores sobre utilización de los servicios de salud de la población infantil utilizados para efectuar comparaciones entre encuestas fueron dos: (a) la consulta de

control durante el primer año de vida y (2) la cobertura de vacunación según el calendario oficial para niños de 1 y 2 años de edad. La realización de consulta médica de control durante el primer año de vida se comparó con los niveles de ingreso de los hogares de la población considerada así como con la cobertura social o privada de salud. Los resultados de los cruces fueron similares en ambos relevamientos, confirmándose la poca variación en la presencia de consulta médica por quintil de ingreso per cápita familiar –los porcentajes de consulta superan el 90% en todos los quintiles de ingreso- y una relación también poco significativa entre los niveles de consulta y la afiliación a algún sistema de salud –la consulta supera nuevamente el 90% en los sectores con o sin afiliación de salud-.

Figura 11

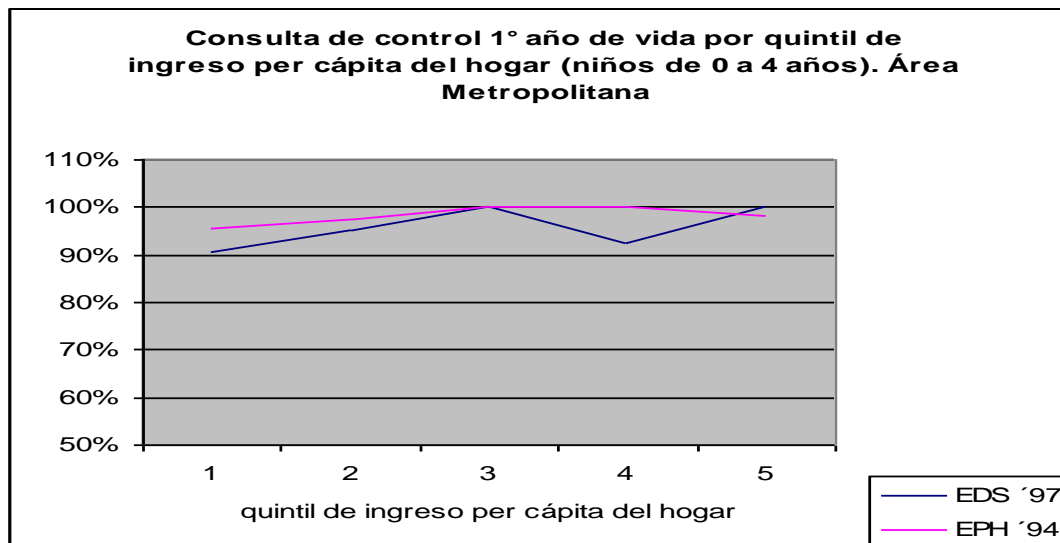
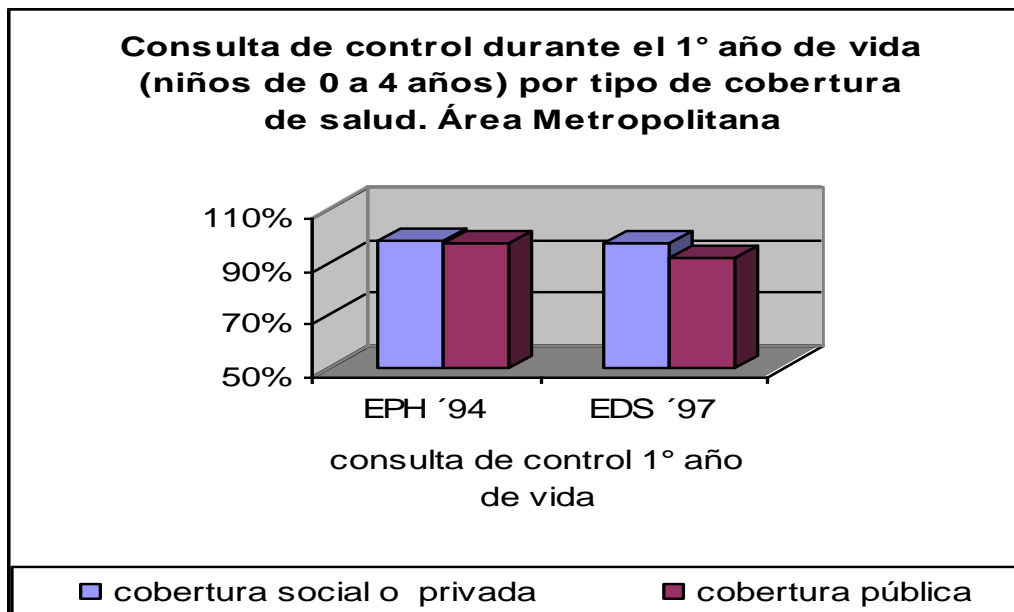


Figura 12



Vacunación

La aplicación de vacunas contra el sarampión puede darse bajo dos modalidades: en una única dosis al cumplir el primer año de vida, o en dos dosis, la primera a los 9 meses de vida y la segunda a los 15 meses. Bajo cualquiera de las dos modalidades, durante el primer año de vida debe haberse suministrado al menos una dosis.

Siguiendo este criterio, se trabajó en ambas encuestas con el grupo de niños entre 1 y 4 años, construyéndose una variables que separa a aquellos niños sin ninguna dosis, de aquellos a los cuales se les había aplicado al menos una. Por otra parte, en la EDS97 se tomaron indistintamente las respuestas referidas a las dosis de la vacuna antisarampionosa o a la triple viral (MMR).

Según la EPH, el porcentaje de niños con al menos una dosis de antisarampionosa, fue en 1994 de alrededor del 92 %, mientras que en la EDS este porcentaje es cercano al 88 % para el año 1997. Para cotejar estas diferencias se tomó la información que provee el Departamento de Inmunología del Ministerio de Salud de la Nación.

Al respecto no se pudieron realizar comparaciones, en virtud de que la misma posee registro de la cantidad de dosis aplicadas, en tanto que las encuestas analizadas presentan la información por niño vacunado. La comparación con dicha fuente no sólo no es pertinente en términos de las unidades de análisis diferentes, sino porque la cantidad de dosis aplicadas es en muchos casos muy superior a la cantidad obligatoria²⁹ para cumplir con el

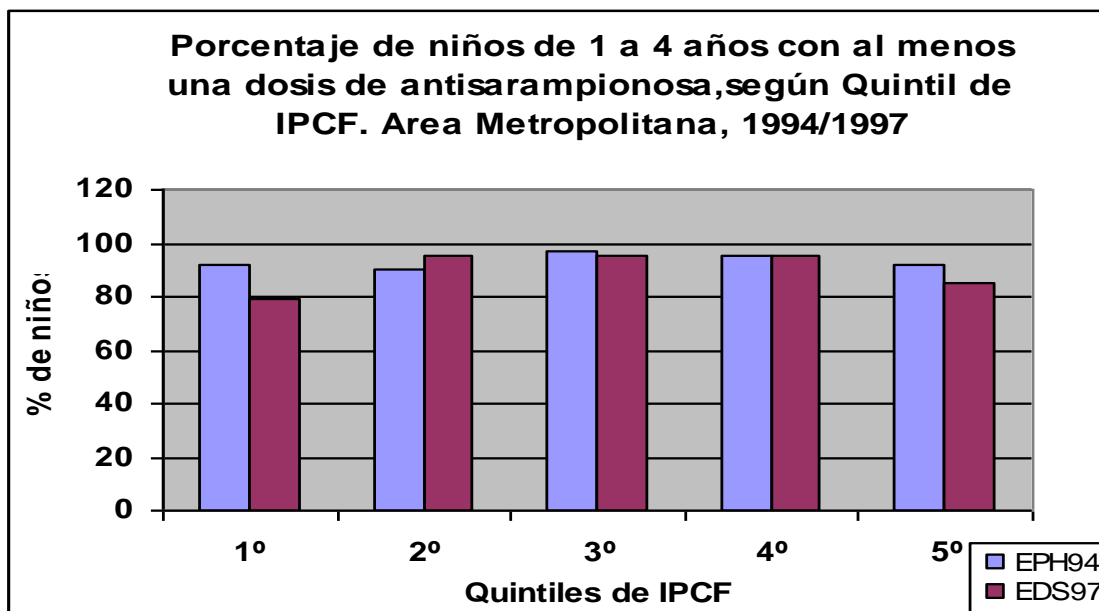
²⁹ Ver Anexo Estadístico

calendario de vacunación. Esto acentúa la imposibilidad de homologar dosis a cantidad de niños vacunados.

A pesar de la necesidad de poseer información cabal acerca de la cobertura de vacunación, existen múltiples dificultades que han impedido hasta el momento un registro oportuno de dicha información. En este sentido, se debe insistir sobre el mejoramiento del diseño y las herramientas de captación en futuros relevamientos, en virtud de la importancia que posee la ampliación de la inmunización como parte de las medidas esenciales en salud pública (Banco Mundial, 1993).

Como se observa en la Figura 13, ambas encuestas muestran poca asociación entre tasa de vacunación e ingresos de los hogares. Sin embargo, de la comparación entre ambas se observa una disminución significativa en la cobertura de vacunación en el quintil de ingreso más pobre, de aproximadamente un 13%.

Figura 13



Mujeres 15 a 49 años

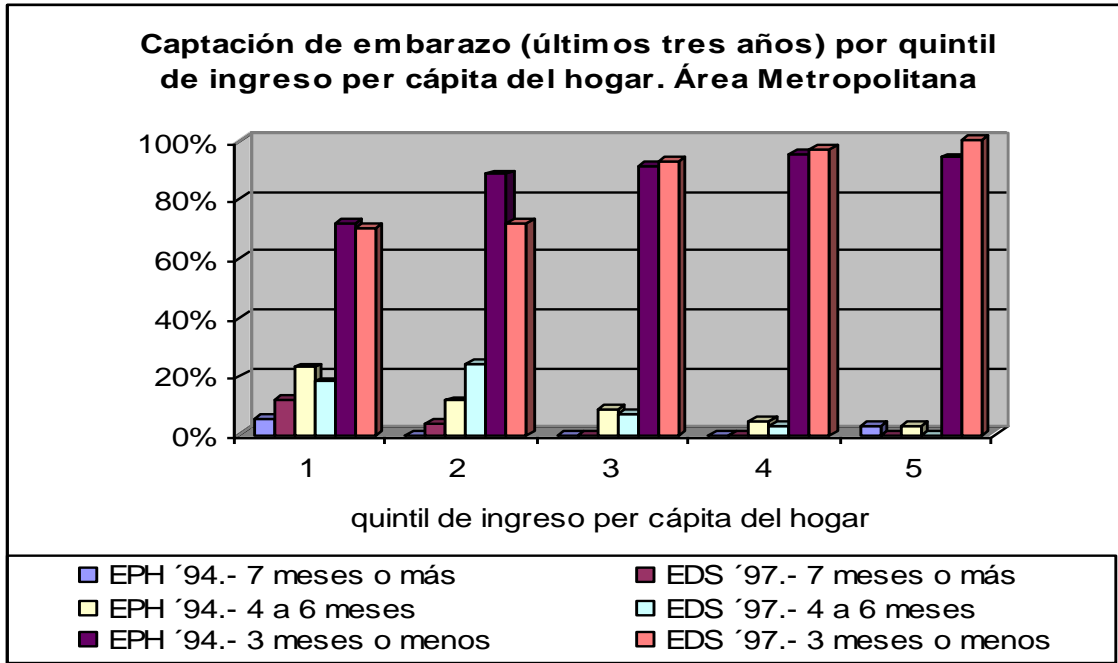
Utilización de los servicios de salud

Los indicadores comparables sobre utilización de servicios para las mujeres de 15 a 49 años relevadas en ambas encuestas se focalizaron en la atención del embarazo y del parto, y en la realización de controles ginecológicos. Para la atención del embarazo, se procesaron los indicadores de captación, controles, aplicación de vacuna antitetánica y lugar de control. En relación con la atención del parto, se compararon resultados de los indicadores de tipo de asistencia, lugar de atención y tipo de parto. Finalmente, en el caso de controles ginecológicos, en análisis de información se concentró en la ocurrencia de consulta durante el último año.

Embarazo

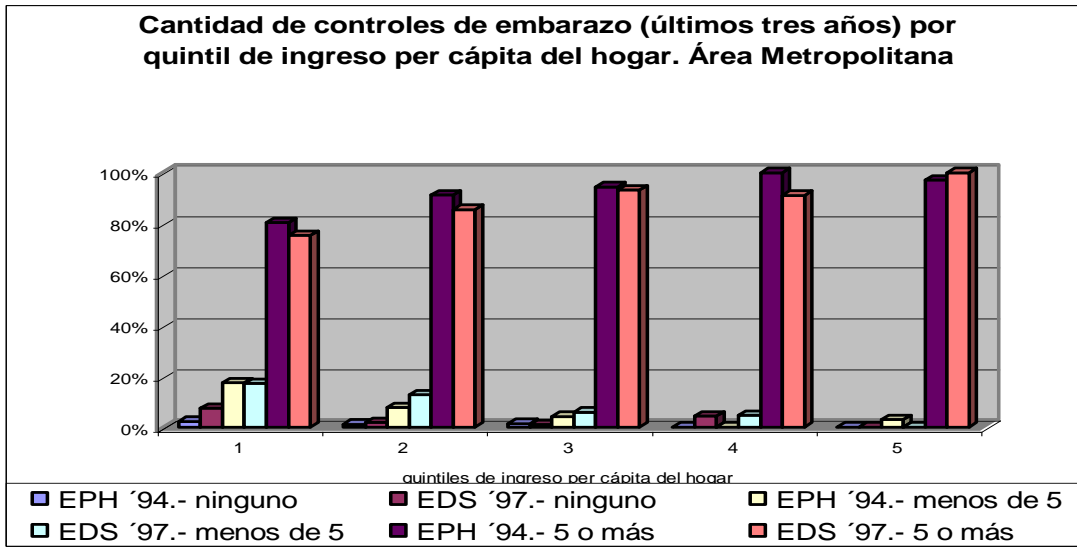
Los indicadores de embarazo presentes en ambas encuestas se compararon con el nivel de ingreso per cápita de los hogares integrados por las respondentes. Desde la perspectiva metodológica, es importante resaltar que el modo de identificar a las respondentes para cada encuesta difieren significativamente. Como ya se señaló, la inclusión de las preguntas sobre embarazo y parto en el cuestionario de primera infancia en la EDS97 hace que su vía de entrada corresponda a los niños de 0 a 2 años; es decir que se pierde la vinculación de esos resultados con el perfil etéreo de sus madres. Considerando estas limitaciones, se encontró una relación positiva entre el momento de captación de embarazo y el quintil de ingreso per cápita del hogar: a medida que aumenta el nivel de ingreso, la realización del primer control es más temprana en el transcurso del embarazo (Figura 14). Aunque con una mayor dispersión en la EPH94, esta relación entre nivel de ingresos y captación de embarazo se mantiene en los dos relevamientos. La ubicación de las preguntas de captación de embarazo de los niños nacidos durante los tres años previos a la aplicación de la encuesta en el cuestionario de primera infancia de la EDS97 obstaculiza la vinculación de sus resultados con la cobertura de salud de sus madres; por estos motivos no se compararon indicadores de captación en relación con la afiliación a algún sistema de salud de las mujeres involucradas.

Figura 14



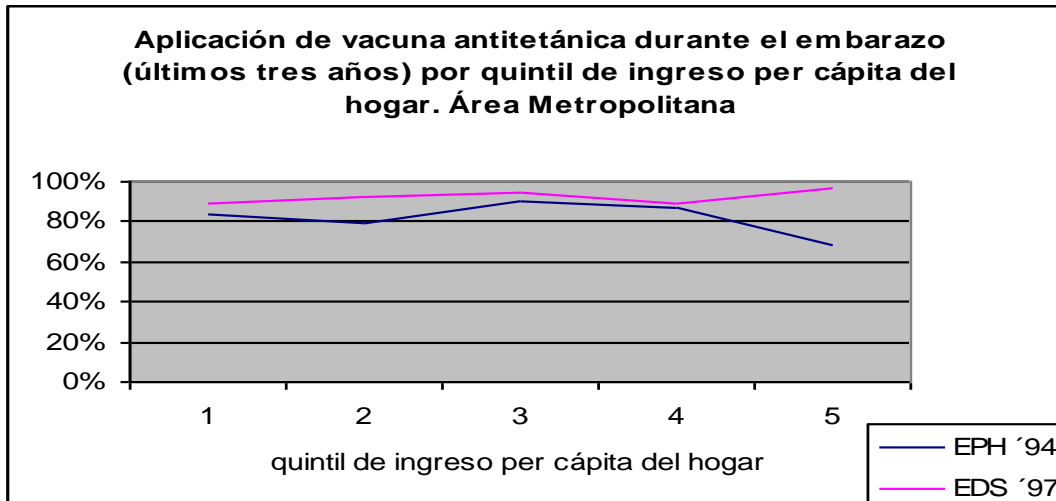
Con el objetivo de comparar los niveles de atención médica durante el embarazo, se tomaron los indicadores de control de los embarazos ocurridos durante los últimos tres años previos a la aplicación de cada una de las encuestas analizadas. Como se señaló en el punto anterior, no resultó posible comparar el comportamiento de la atención médica de embarazo actual, puesto que este corte no estaba presente en el diseño del Módulo de Metas Sociales de la EPH94. Nuevamente, la comparación de los indicadores de la atención del embarazo de los hijos nacidos vivos durante los últimos tres años previos a cada encuesta se centró en su vinculación con el nivel de ingreso per cápita del hogar de los respondentes. Sus resultados (presentados en la Figura 15) arrojaron que, en ambas encuestas, la cantidad de controles realizados aumenta con el nivel de ingreso, aún cuando los porcentajes de cinco o más controles cuentan con más del 75% de las embarazadas del primer quintil. Los embarazos sin ningún control en para el primer quintil corresponden a un 2,2% de los casos en la EPH94 y un 7,4% en la EDS97, lo que podría considerarse un indicador del deterioro en las condiciones de acceso a los servicios de atención durante los tres años que van desde 1994 hasta 1997. Sin embargo, las diferencias señaladas entre ambos diseños de relevamiento probablemente expliquen parte de esta variación.

Figura 15



Contrariamente al comportamiento del indicador de cantidad de controles del embarazo en relación con el nivel de ingresos del hogar, los resultados de vacunación antitetánica durante el embarazo arrojaron porcentajes considerables de ausencia de prestación para ambas encuestas (Figura 16). Sin embargo, el porcentaje total de no aplicación del 13,7% en la EPH94, y del 5,9% en la EDS97 podría indicar que la cobertura de vacuna antitetánica durante el embarazo no se relacionaría con el nivel de ingresos, lo que sustenta en la caída de cobertura en el quinto quintil de ingresos de la EPH94, sin que la ubicación de la pregunta en el cuestionario respectivo indique dificultades de diseño.

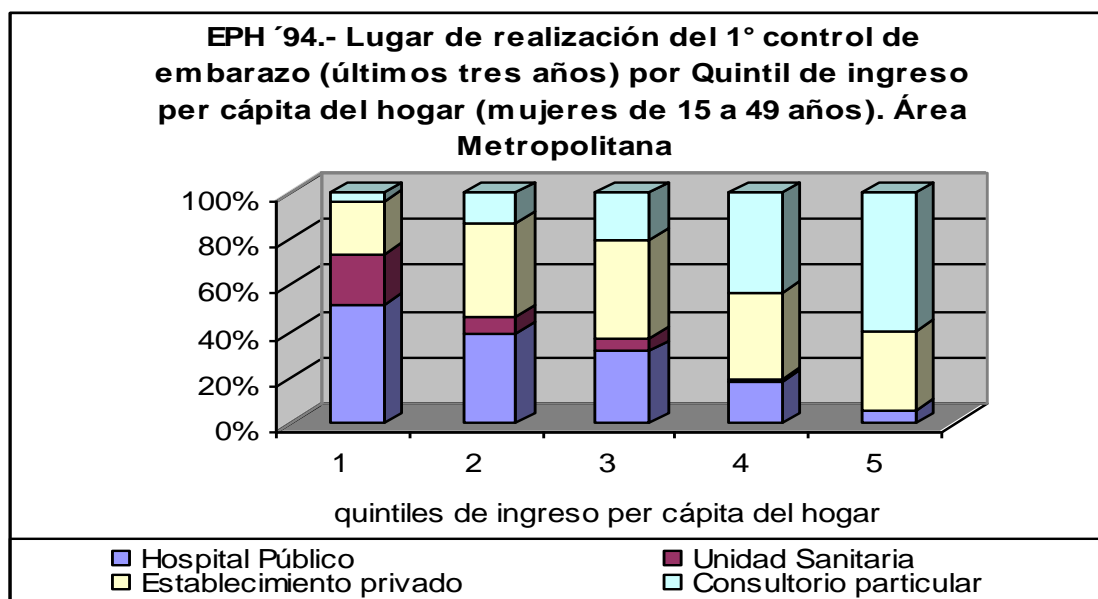
Figura 16



Los resultados del procesamiento comparado del lugar de control del embarazo ocurrido durante los últimos tres años arrojaron resultados similares para ambas encuestas, con una atención pública que ronda el 50% y que supera las frecuencias de la cobertura pública de salud y del financiamiento público del parto³⁰. Los cruces realizados por quintil de ingreso per cápita del hogar para ambos relevamientos mostraron nuevamente una relación inversa entre atención en un establecimiento público y nivel de ingresos (Figuras 17 y 18).

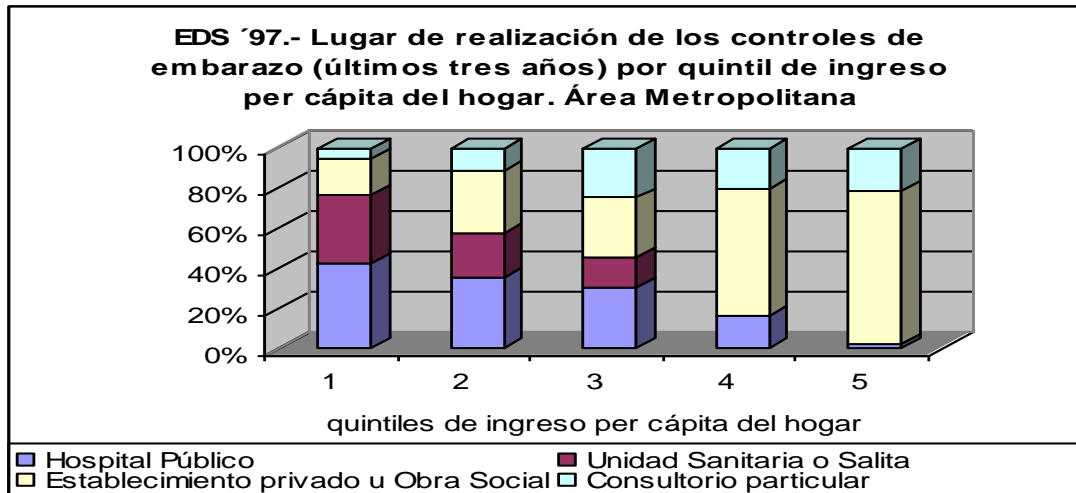
A pesar de las similitudes encontradas entre ambas encuestas, las preguntas correspondientes a este indicador difieren en ambos diseños: mientras que en la EPH94 se pregunta por el lugar de atención del primer control de embarazo, en la EDS97 se lo hace por los controles del embarazo en general. Esta diferencia pudo haber ocasionado el aumento de la participación del consultorio particular en la EPH94 y su disminución en relación con el aumento del establecimiento privado en la EDS97, de acuerdo con los resultados de los cruces por quintil de ingreso per cápita del hogar. En consecuencia, y a fin de obtener mayor precisión en la lectura de este indicador, sería conveniente considerar solamente el lugar del primer control del embarazo, de acuerdo con el diseño de la EPH94, puesto que su respuesta representa el primer paso frente a la atención del embarazo, en tanto que la falta de precisión sobre los controles en general puede responderse por la mayoría o por los últimos controles realizados.

Figura 17



³⁰ Los resultados obtenidos para cobertura de salud se presentaron al inicio de este capítulo, y los correspondientes a financiamiento del parto al final. El detalle del comportamiento de ambos indicadores puede verse en el Anexo Estadístico de este informe.

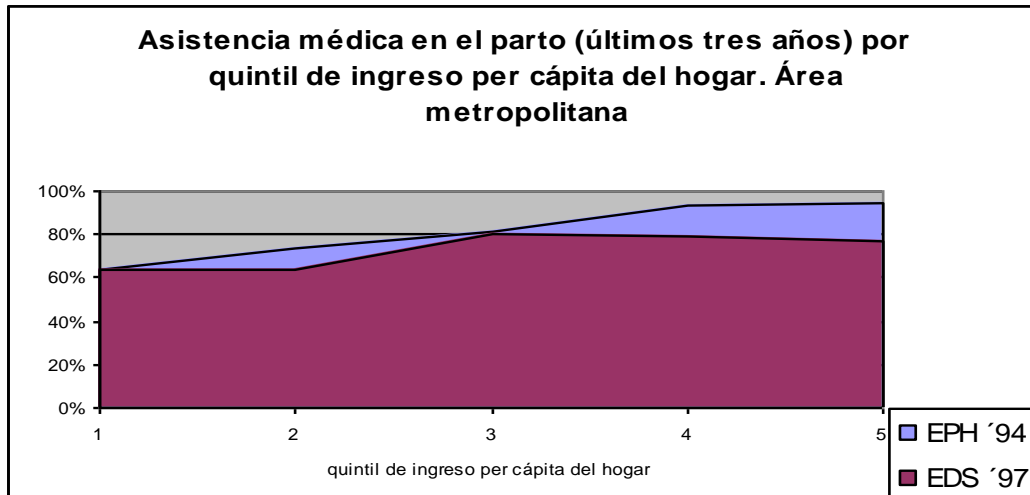
Figura 18



Parto

De los indicadores correspondientes a la atención del parto se consideraron tres aproximaciones para el estudio de cobertura, ellos son: (a) el tipo de asistencia, (b) el lugar de atención y (c) el tipo de los partos ocurridos durante los últimos tres años previos a la realización de ambas encuestas. Nuevamente, el criterio utilizado en la EDS97, que obtiene esta información a través del cuestionario de infancia desvincula sus resultados con la edad y la cobertura de salud de sus madres. El procesamiento comparado de estos indicadores debió entonces cruzar los resultados obtenidos en ambas encuestas con los niveles de ingreso consignados a los hogares de los respondentes. Los resultados del tipo de asistencia en el parto, presentados en la Figura 19, fueron similares en ambos relevamientos. Sin embargo, en la EDS97 se destaca un estancamiento en cobertura a partir del cuarto quintil. En general, la atención médica del parto parece aumentar con el quintil de ingreso per cápita del hogar, partiendo de una cobertura que supera el 60% en el primer quintil.

Figura 19



Los resultados sobre el lugar de atención y el tipo de parto también fueron similares entre ambos relevamientos (Figura 20 21). Ambas encuestas muestran una relación negativa entre quintil de ingreso per cápita del hogar y atención en el hospital público, de modo que los más pobres reciben sus hijos en instituciones estatales. Asimismo, la relación entre el tipo de parto y su lugar de atención parece funcionar como indicador de las orientaciones prestacionales de los establecimientos de salud, puesto que se percibe una fuerte vinculación, destacada especialmente en la EDS97, entre cesáreas carácter privado del establecimiento de atención.

Figura 20

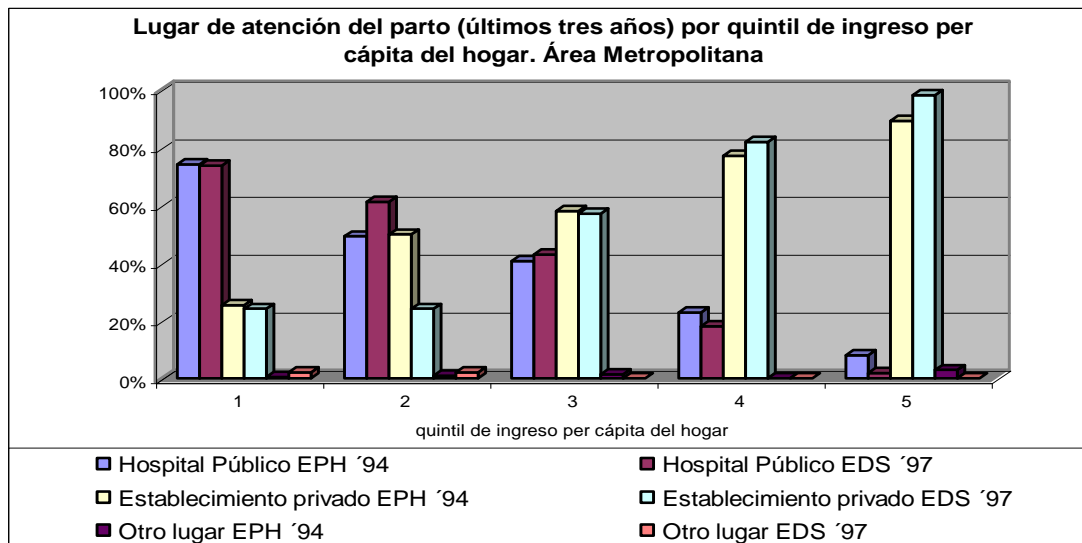
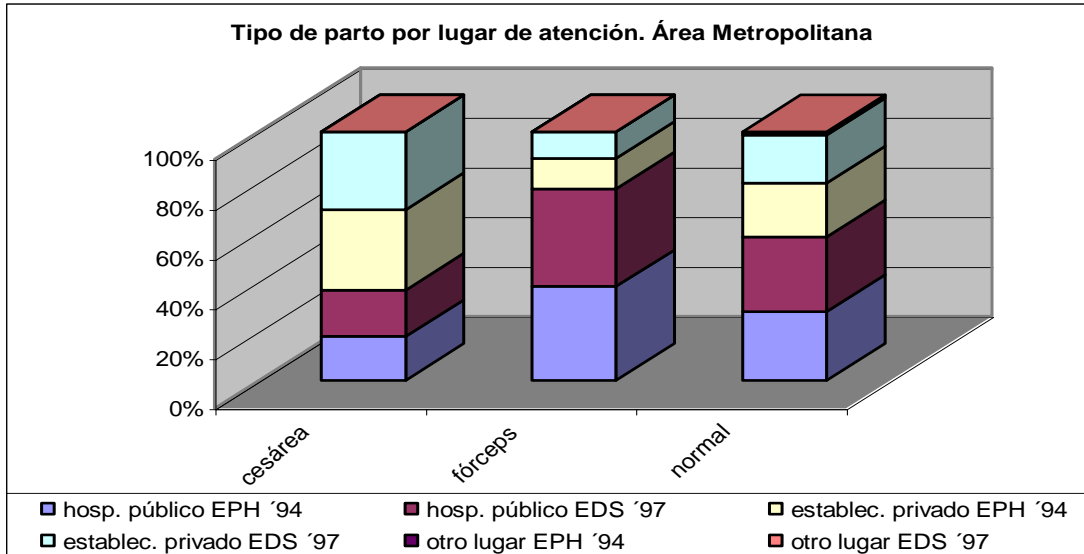


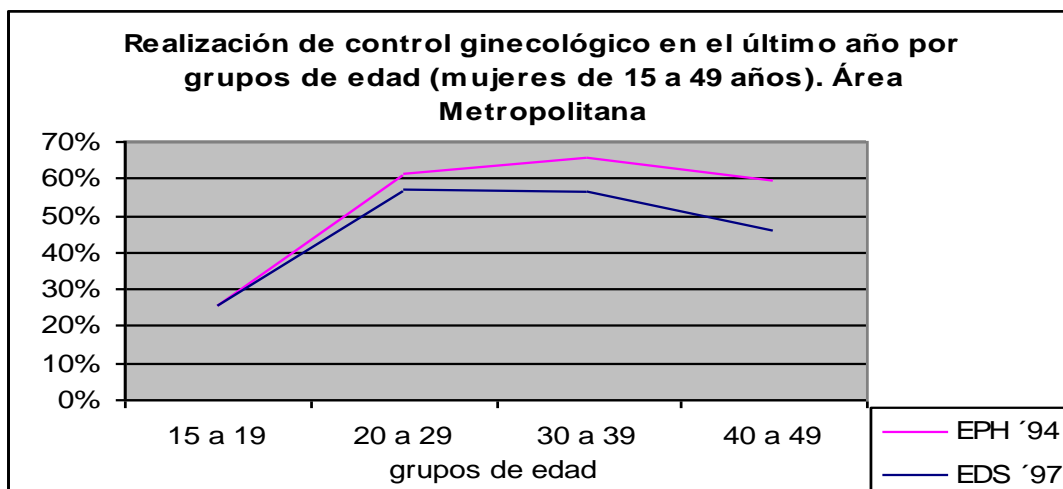
Figura 21



Consulta ginecológica

La realización de consulta ginecológica durante el último año en el universo de mujeres de 15 a 49 años fue el último de los indicadores de utilización de servicios de salud procesados de manera comparada entre ambos relevamientos. Su corte por intervalo etéreo en ambas encuestas muestra mayor concentración de consultas en las mujeres entre los 20 y los 39 años, manteniéndose el patrón de conducta para la EPH94 y la EDS97 (Figura 22). Asimismo, se destaca la disminución en las consultas del EDS97, especialmente en los grupos etéreos más significativos para este indicador: las mujeres de más de 20 años.

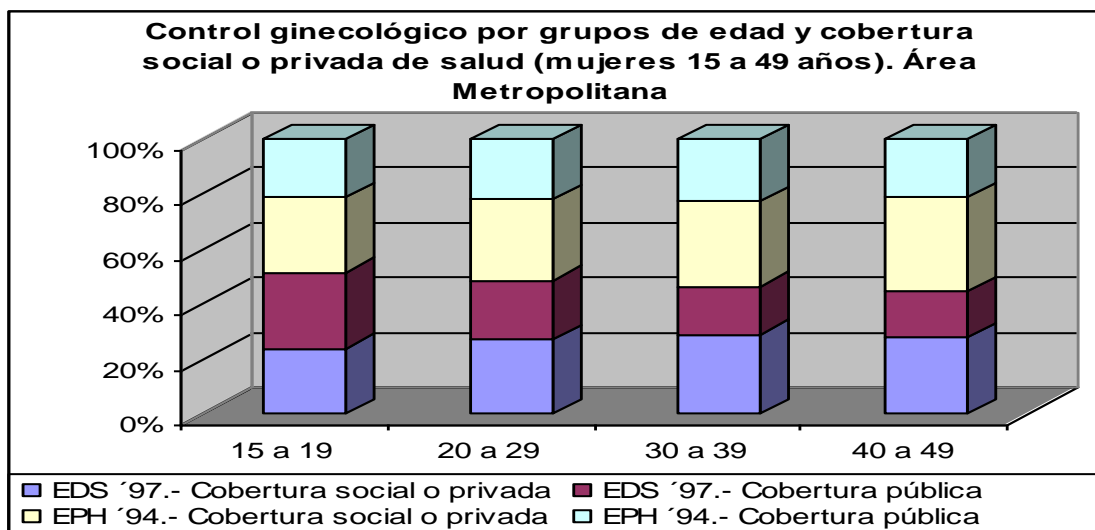
Figura 22



Al combinar edad y cobertura de salud, se observa (Figura 23) que es la primera la que define la frecuencia de atención, independientemente del tipo del prestador. Así, se mantiene la tendencia señalada por la edad, aún cuando la afiliación social o privada de salud genera un aumento de la consulta en más de 10 puntos en todos los intervalos etáreos, con la excepción de las adolescentes, entre quienes la afiliación a algún sistema de salud se corresponde con un aumento de 6 puntos en la consulta para los resultados de la EPH94 y la cobertura pública con uno de 4 puntos en la EDS97³¹.

Desde la perspectiva metodológica, el diseño de la EPH94 restringe la pregunta correspondiente a la realización de la consulta ginecológica durante el último año, mientras que el de la EDS97 ampliaba el espectro a la cantidad de tiempo transcurrido desde el último control. Un nuevo diseño podría considerar la realización del control ginecológico durante el último año y, en caso de respuesta negativa, indagar el tiempo transcurrido desde la última consulta. Esta combinación ganaría en amplitud de los datos obtenidos, al tiempo que no descuidaría su exhaustividad.

Figura 23



Financiamiento de las prestaciones

Para esta categoría, se consideró la información sobre fuente de financiamiento de la atención de los partos de las mujeres de 15 a 49 años. La diferencia de los cortes temporales considerados en ambas encuestas resultó un primer obstáculo de la comparación; mientras el análisis de esta dimensión en la EPH94 se concentró en los partos de los últimos hijos nacidos vivos durante los tres años previos a la aplicación de la encuesta, en la EDS97 el período cubierto se reduce a los partos ocurridos durante los últimos doce meses previos al

³¹ El detalle del comportamiento de este indicador puede verse en el “Anexo Estadístico”.

relevamiento. Los resultados obtenidos del procesamiento de datos de ambas encuestas fueron significativamente diferentes; en este sentido, la EDS97 mostró resultados agrupados en fuentes totales de financiamiento del parto (la distribución se concentró en las categorías de obra social, mutual o prepago y hospital público totalmente), mientras que la dispersión resultó mayor en la EPH94 (en la que la categoría “Ud. mismo parcialmente” resume todos los resultados parciales de las categorías restantes).

Las frecuencias obtenidas en la EPH94 son más cercanas a los datos respectivos de cobertura de salud; y sus cruces con el nivel de ingresos de los hogares involucrados, y con la presencia de afiliación social o privada de salud resultan más consistentes que los arrojados por la EDS97. En términos de los niveles de ingreso (Figura 24 y 25), se observa en la EPH94 que la participación del autofinanciamiento parcial de la atención del parto aumenta junto con el quintil de ingresos per cápita del hogar, mientras que el financiamiento del hospital público disminuye en el mismo sentido. La financiación en forma total por parte de una obra social se concentra en los quintiles intermedios. Los resultados de la EPH94 en esta dimensión coinciden con la afiliación social o privada de salud, aunque con una inconsistencia del 5,2% de mujeres sin afiliación que manifestaron financiamiento total de la obra social.

En los resultados del procesamiento de este indicador en la base de datos de la EDS97 (Figura 25) se destaca el financiamiento total de la atención del parto por obra social que asciende al 73,5%, porcentaje que supera los niveles de afiliación social o privada de salud de la población femenina considerada. Asimismo, no se encuentra relación de los resultados del financiamiento del parto con la distribución por quintil de ingreso per cápita de los hogares involucrados, aunque sí se constata una fuerte coincidencia en el cruce de estos resultados con la cobertura de salud de las mujeres atendidas. Las inconsistencias relevadas en los resultados del procesamiento de este indicador de financiamiento en la EDS97 sugieren tomar con precaución los resultados de un diseño que introduce la fuente de financiamiento del parto a partir de una pregunta orientada a internaciones generales ocurridas durante el último año. Esta estructura de pregunta parece reducir considerablemente la cantidad de registros de partos en la población bajo estudio. A su vez, esta disminución del registro puede estar ocasionando distorsiones en la distribución de sus resultados.

Figura 24

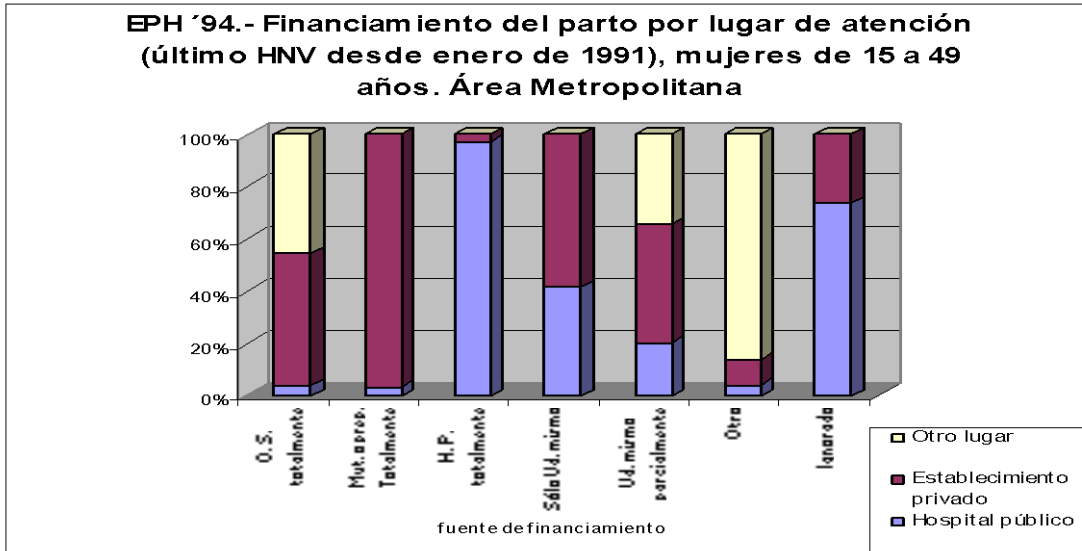
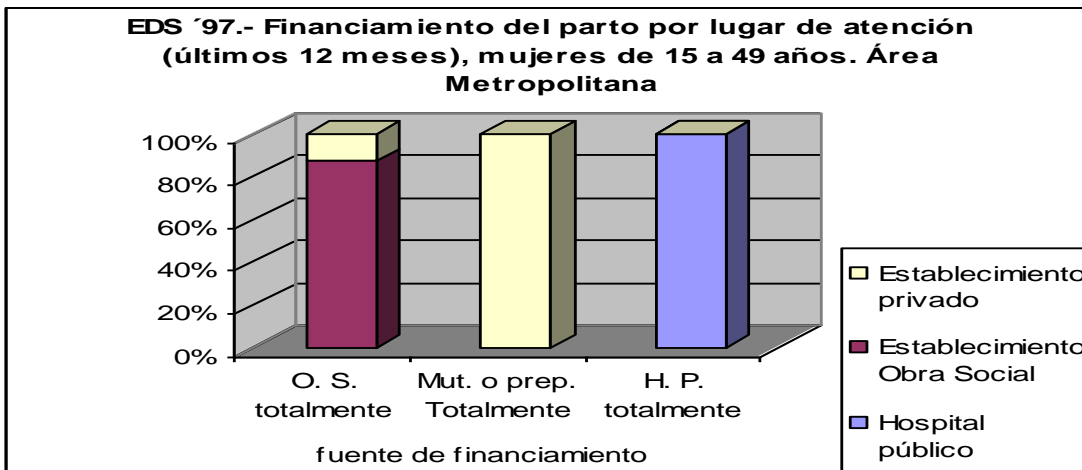


Figura 25



CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Generales

Siguiendo recomendaciones internacionales relativas a la conveniencia de cruzar fuentes de información secundaria, aprovechar las fuentes existentes e incluir nuevas preguntas y tabulaciones en esos instrumentos³², este estudio se orientó a la elaboración de recomendaciones para la construcción de indicadores de salud de la población materno infantil a partir del análisis metodológico comparado de dos encuestas de hogares: EPH94 y EDS97.

De acuerdo con este propósito, el estudio detallado de los resultados para un área geográfica específica (Área Metropolitana) permitió la construcción de indicadores de salud comparables entre ambas encuestas y el análisis de su funcionamiento en cada uno de los relevamientos.

En relación con la cobertura geográfica, ya se ha señalado una restricción de importancia en función de la imposibilidad de desagregar el área bajo estudio (Capital Federal y Gran Buenos Aires). En este sentido, la insuficiencia de la información por regiones para el diseño y monitoreo de políticas sociales señala la necesidad de generar información confiable para áreas menores.

Por otra parte, el hecho de que la mayor parte de la información relevada durante 1997 por la EDS no estuviera disponible al momento de realizar este estudio, habla también de la necesidad de mejorar la oportunidad de la información de futuros relevamientos procurando una reducción del tiempo en la publicación y difusión de los datos..

Frente a la necesidad de generar información confiable con un mayor nivel de desagregación sin perjudicar la calidad del dato, se abren dos propuestas alternativas posibles:

- A) reducir la cobertura temática tendiente a un diseño de encuesta de hogares rotativa; ó
- B) incluir dentro de cada bloque temático, tópicos que no estén destinados a grupos demasiado específicos.

La alternativa A impide la producción de información sobre distintos tópicos, capaces de brindar un panorama más rico para el análisis de las condiciones de vida. Sin embargo, desde una propuesta más abarcativa, el diseño de la EDS97 presentó problemas de captación de las poblaciones objetivo específicas, que en muchos casos impidieron la generación de información confiable. Una encuesta de tipo rotativa requeriría de un cuestionario más pequeño, de menor tiempo de aplicación, y limitado a una temática en particular (por ejemplo salud materno infantil, además de las relevadas tradicionalmente por las encuestas de hogares).

³² Conferencia regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe, 2000.

La alternativa B se orienta a fortalecimiento del diseño de aquellas variables que resultan de mucha utilidad para la captación de situaciones diferenciales en cuanto a la salud y la enfermedad. Para el caso de las mujeres en edad fértil, variables de este tipo son acceso y cobertura de salud. Como variable exógena al bloque de salud materno infantil, puede trabajarse en el mejoramiento del diseño y la captación del nivel de instrucción.

Una tercera estrategia podría combinar las alternativas mencionadas en un relevamiento que permita indagar sobre una población más específica y con mayor exhaustividad en la captación temática, con posterioridad a la realización de la encuesta. Sin embargo, esta opción puede presentar un problema en relación con los recursos disponibles, puesto que sería necesario un segundo operativo que implicaría nuevos materiales y recursos humanos para el trabajo de campo, el procesamiento y la consistencia de la información.

En relación con la selección de un diseño para la aplicación de futuras encuestas de hogares, resulta conveniente contemplar la experiencia de otros países de América Latina, los cuales han generado diferentes estrategias para ampliar la capacidad temática de este tipo de relevamientos³³.

No obstante, del estudio realizado sobre el comportamiento de los indicadores de salud materno infantil en base a la EPH94 y la EDS97 resultan algunas consideraciones importantes. Los resultados obtenidos del procesamiento de la base de la EDS97 sugieren la conveniencia de localizar todas las preguntas referidas a salud reproductiva en los cuestionarios de adultos, como un apartado específico destinado a la mujer³⁴. De esta manera, preguntas referidas al embarazo, parto, puerperio, controles ginecológicos y utilización de anticonceptivos deberían incluirse en los cuestionarios destinados a la población juvenil y adulta, siguiendo el flujo temático de percepción de morbilidad, utilización de servicios de salud, lugar de atención, y financiamiento de las prestaciones. Esta localización en los cuestionarios de adultos facilitaría el cruce de las dimensiones específicas de salud de la mujer con las características socioeconómicas de la población objetivo (nivel de ingresos, cobertura de salud y nivel de instrucción, entre otras).

Adicionalmente, los cuestionarios de jóvenes y adultos deberían incluir otras preguntas sobre condiciones de salud, atención y financiamiento generales a ambos sexos, sin descuidar el flujo percepción-utilización-lugar de atención-financiamiento para todos los indicadores. La consideración de estas variables generales a ambos sexos permitiría la inclusión de la dimensión de género en el análisis, a partir de la comparación del comportamiento de iguales indicadores entre ambos sexos.

Al respecto, debe señalarse que el fortalecimiento del diseño de las preguntas referidas a salud de la mujer y la consideración de indicadores de salud generales a ambos sexos, son

³³ Un ejemplo valioso en este sentido resulta la “Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)”, aplicada periódicamente por el Ministerio de Planificación de Chile. (Leite Arieria, 1995)

³⁴ En los capítulos de análisis metodológico conceptual, construcción de indicadores comparables y análisis del procesamiento de los resultados de este informe se señalaron las dificultades ocasionadas por la inclusión de preguntas de salud reproductiva en los cuestionarios de primera infancia de la EDS97.

cuestiones que resultan significativas en relación con las recomendaciones internacionales que proponen recolectar y presentar por sexo la totalidad de los datos.³⁵

Específicas

Las recomendaciones específicas se refieren al diseño de módulos para el relevamiento de las condiciones de salud materno infantil a incluirse en futuras encuestas de hogares. Estas recomendaciones se desprenden del proceso de construcción de indicadores comparables de salud para la población infantil y femenina entre el Módulo de Metas Sociales de la EPH94 y los apartados de salud de la EDS97.

Las recomendaciones internacionales relativas a la construcción de indicadores de género en base a la información disponible en los países señalan para el campo de la salud la importancia del relevamiento de tópicos tales como el acceso a los servicios de atención por sexo y pobreza, la tasa de uso de anticonceptivos, la captación del embarazo y la cobertura del parto.³⁶

Analizando los resultados del estudio a la luz de estas recomendaciones, se plantean sugerencias relativas al fortalecimiento de los indicadores existentes y a la inclusión de otros no contemplados. Entre los existentes se destacan la necesidad de mejorar el diseño de la captación de la cobertura de salud de las mujeres, la importancia de ajustar el diseño de las preguntas acerca de la realización de controles ginecológicos y de la atención del parto, la inclusión de preguntas relativas a los cuidados durante el puerperio y a la utilización de anticonceptivos, la posibilidad de mejorar la captación del nivel de instrucción y cuestiones de percepción de morbilidad y de acceso a los servicios de atención.

El mejoramiento del diseño para la captación de la afiliación a algún sistema de salud de las mujeres puede mantener la diferenciación entre la afiliación a obra social y mutual/prepago y retomar las preguntas que consideran en la EDS97 la pérdida de afiliación o la precarización de la atención de la salud a través del tiempo, especialmente en relación con la atención médica del embarazo.

Las preguntas acerca de la realización de controles ginecológicos pueden combinar los diseños de ambas encuestas de manera de captar la realización de controles recientes y el período transcurrido desde el último control.

Las preguntas sobre el tipo de parto resultan imprescindibles puesto que las encuestas de hogares son fuentes privilegiadas de información. En cambio, el relevamiento de la persona que atendió el parto y el tipo de establecimiento en el que se realizó requiere mejorar la cobertura geográfica para áreas menores de modo que la información resulte significativa en relación con los registros anuales desagregados por jurisdicción producidos por el sistema de estadísticas vitales.

³⁵ Conferencia regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe, 2000.

³⁶ Conferencia regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe, 2000.

También es necesario ajustar la vinculación de estas variables con la fuente de financiamiento y el tipo de cobertura de salud de la madre, a fin de poder considerar las desigualdades de acceso al sistema de salud para la atención del parto.

Incluir preguntas para captar los cuidados realizados durante el puerperio y la utilización de anticonceptivos resulta fundamental para el relevamiento de condiciones de acceso a la salud de la mujer. Esta prioridad aparece señalada desde una perspectiva que complementa el interés habitual en la salud infantil, manifestado en la relevancia de la atención del embarazo y el parto, marcando una preocupación acerca del tipo de acceso a la atención de problemáticas de salud específicas de la población femenina en edad fértil.

Para el diseño de la variable nivel de instrucción pueden considerarse los antecedentes de otras fuentes de relevamiento tales como los censos nacionales de población y vivienda y las estadísticas vitales. El intento por detectar situaciones de abandono escolar en la EDS97 es novedoso en relación con otras fuentes. En este sentido sería recomendable continuar con la captación de esta información generando un diseño que resulte comparable con los demás registros existentes.

La captación de percepción de morbilidad en el diseño de los cuestionarios de jóvenes y de adultos en la EDS97 en su relación con tipo de consulta, lugar de atención, fuente de financiamiento, cobertura de salud y nivel de ingresos del hogar resulta un buen indicador de situaciones diferenciales de salud entre ambos sexos. La continuidad de su registro permitirá posteriormente profundizar en la construcción de indicadores de género en relación con el acceso a la atención de salud.

Finalmente, en relación con la captación de las condiciones de acceso a la atención de salud de la población infantil se propone reforzar el relevamiento de la cobertura de salud de los menores y de las fuentes de financiamiento de las prestaciones. A su vez, sería necesario que el bloque de percepción de morbilidad tomara en cuenta los perfiles epidemiológicos y las estrategias específicas de cuidado de esta población.

Los resultados de la captación de la cobertura de salud de los menores de 5 años ofrecieron serias dificultades en ambas encuestas. Su análisis, en relación con los datos correspondientes a la población femenina en esta dimensión, sugiere la existencia de importantes niveles de subregistro o subdeclaración de la afiliación de los menores a algún sistema de atención de salud. Mejorar la captación de la afiliación de los menores resulta entonces prioritario si se espera relacionar la información de las dimensiones sustantivas de acceso a los servicios de atención con el tipo de cobertura de salud.

La inclusión de preguntas de percepción de morbilidad y estrategias de cuidado específicas para la población infantil puede considerar una combinación entre los diseños de la EPH94 y la EDS97 en esta dimensión. En este sentido, la focalización de las preguntas de percepción en patologías específicas de la población infantil y la amplitud del corte temporal de su registro colaborarían para obtener información sobre el cuidado de la población infantil frente a eventos significativos desde una preocupación sanitaria.

A su vez, esta preocupación debería combinarse con un énfasis en la dimensión de la fuente de financiamiento de las atenciones recibidas por la población infantil frente a la percepción de morbilidad, que permita nuevamente distinguir situaciones diferenciales de acceso a los servicios de salud por condición socio-económica del hogar.

BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL. *Invertir en Salud*. Serie Informe sobre el Desarrollo Mundial. Washington 1993.

Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, 31° Reunión: Indicadores de Género disponibles en países seleccionados de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, septiembre 2000.

Feres, J.C. *Hacia un sistema integrado de encuestas de hogares en los países de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1998

Feres, J.C y Medina, F. *Control de calidad en el diseño y ejecución de encuestas de hogares*, CEPAL, Santiago de Chile, 1998.

Gasparini, “Indicadores sociales en la Argentina”, en *Construcción de indicadores económicos y sociales*, Seminario ISEG, MECON, 1999.

INDEC, *Infancia y condiciones de vida –Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales-*, Buenos Aires, 1995.

Leite Ariera, M. *Encuestas de hogares en los países de América Latina y el Caribe*, BID, Washington, 1995.

Ley Federal de Educación N° 24.195/93. Argentina.

Maceira, D. “Fragmentation and incentives in Latin American and Caribbean health care systems”, en BID, *Working Paper Series N° 335*, 1996

MSyAS, *Estadísticas Vitales. Información básica. Año 1997*. Serie 5. N° 41. Buenos Aires, 1998.

MSyAS, *Módulo de utilización y gasto en servicios de salud, Aglomerado Gran Buenos Aires, Cifras preliminares*, Año 1995.

MSyAS – INDEC, *Módulo Utilización y Gasto en Servicios de Salud*, Buenos Aires, 1990.

OPS, *La salud en las Américas*, Publicación científica N° 569, Washington, 1998.

Poder Ejecutivo Nacional (PEN), Decreto N° 446/00.

SIEMPRO / INDEC, *Encuesta de desarrollo social –Condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales-*, Buenos Aires, 1998.

WHO, Reproductive Health indicators for global monitoring, “Consultation Results”

ANEXOS

ANEXO METODOLOGICO CONCEPTUAL

Tabla 1. Aspectos metodológicos generales EPH9494 – EDS97.PP

Dimensiones	EPH94/1994	EDS/1997 - SIEMPRO
Antecedentes	<p>Se consultaron los Censos de Población, los Módulos de Situación Habitacional y de Utilización y Gasto en Servicios de Salud aplicados con la EPH94 en octubre de 1988 y mayo de 1989 respectivamente. También se consultó la investigación sobre Pobreza en Argentina.</p> <p>Para trabajo infantil y salud, se consultaron encuestas específicas realizadas en Bolivia, Brasil y Guatemala. En relación con fecundidad e historia de embarazos, se utilizó un mecanismo de indagación probado con resultados positivos en Bolivia.</p>	<p>Antecedentes EDS: IPA (1987/1990): metodologías NBI y Línea de Pobreza</p> <p>EDS97: análisis problemática social desde una perspectiva integral = insumo significativo para el análisis socioeconómico en Argentina.</p> <p>EDS97: se aplicará cada 3 años, actividad permanente del Estado, integrada al Sistema Nacional de Encuestas.</p>
Cobertura geográfica	<p>Aglomerados urbanos: Area Metropolitana, Gran Rosario, Gran Mendoza, Paraná, Neuquén, Salta, Río Gallegos, Gran Córdoba, Corrientes, Gran Resistencia, San Luis-El Chorrillo, Santiago del Estero-La Banda, Tucumán</p>	<p>Regiones: Área Metropolitana; Cuyo; Pampeana; Noreste; Noroeste; y Patagonia.</p> <p>Subregiones: 2.a Córdoba y La Pampa; 2.b. Entre Ríos y Santa Fe; 2.c. Buenos Aires (excluidas las localidades del Área Metropolitana); 3.a. Jujuy, Salta y Tucumán; 3.b. Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero; 4.a. Corrientes y Misiones; 4.b. Chaco y Formosa; 6.a. Neuquén y Río Negro; 6.b. Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.</p>
Unidad de análisis	Vivienda, Hogares y personas	Viviendas, hogares y personas
Objetivo general	<p>Generar información para el monitoreo de las metas sociales comprometidas por el país para el decenio 1990-2000, en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia realizada en 1990 (las mismas están orientadas a mejorar la situación de las mujeres y los niños/as en aspectos tales como salud, educación, saneamiento, etc.).</p> <p>Generar información sobre temáticas consideradas relevantes para la formulación de políticas sanitarias en el país (accesibilidad a los servicios de salud, primeras actitudes de la familia antes las enfermedades de los niños/as, etc.)</p> <p>Vincular el grado de avance de las metas con la situación</p>	<p>Proveer información que aporte a la caracterización actualizada de las condiciones de vida de la población urbana de la Argentina y estimar el alcance y grado de cobertura de los programas y servicios sociales, así como el acceso diferencial según nivel de ingresos de la población.</p>

<p>Objetivos específicos</p>	<p>socioeconómica de los hogares</p> <p>Los contenidos de este módulo, procuran estar en concordancia con las Metas comprometidas por Argentina en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1991. Además, incorporan otras temáticas, consideradas relevantes para la formulación de políticas sanitarias en el país. Algunas de ellas son: accesibilidad a los servicios de salud, primeras actitudes de la familia antes las enfermedades de los niños/as, etc.</p> <p>Metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reducir la tasa de mortalidad materna en todo el país - detectar en forma temprana el embarazo y lograr la realización de 5 controles prenatales - prevenir el tétano en las embarazadas mediante vacunación específica - desarrollar e implementar programas de procreación responsable - eliminar la malnutrición severa en los niños/as - reducir la prevalencia de bajo peso al nacer y la prematuridad - reducir la tasa de mortalidad infantil <p>mantener la cobertura de vacunación por encima del 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un diagnóstico social de la Argentina, por regiones y grupos socioeconómicos. - Caracterizar las distintas dimensiones de las condiciones de vida de la población. - Identificar facetas de la desigualdad social, tanto respecto de la distribución del ingreso como de otras manifestaciones específicas. - Estimar modalidades y grados de vulnerabilidad y exclusión social asociados a las condiciones de vida de la población. - Medir grados de cobertura y focalización de las diferentes políticas sociales. - Estimar los niveles de accesibilidad efectiva a los servicios sociales por parte de distintos grupos poblacionales. - Producir información relevante para el diseño y planificación de estrategias de intervención social. - Identificar grupos cuyas actuales condiciones de vida impliquen una demanda social –real o potencial- para programas sociales públicos y/o privados. (ENFASIS EN FOCALIZACION) - Detectar problemáticas que puedan derivar en nuevas demandas para programas sociales.
<p>Marco muestral</p>	<p>Específico de la EPH94</p> <p>El tamaño de la muestra se determinó en base a la estimación, para cada aglomerado, de la tasa de desempleo con un determinado nivel de error.</p>	<p>Marco de muestreo nacional urbano INDEC 1994, en base al Censo Nacional de Población 1991, para encuestas de hogares.</p> <p>Universo: población residente en localidades de 5.000 y más habitantes (95,4% población urbana del país; 83,4% población total).</p> <p>Procedimiento de muestreo probabilístico de áreas y estratificado.</p> <p>Total de unidades primarias: 109 centros urbanos de un total de 419 del universo muestreado (localidades de más de 100.000 habitantes “autorepresentadas”; restantes estratificadas y seleccionadas aleatoriamente).</p> <p>Marco muestral: 3819 unidades secundarias o áreas y 26.209 viviendas.</p> <p>Dominios de análisis marco muestral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de centros urbanos del país

		<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de centros urbanos de cada una de las regiones (Area Metropolitana, Cuyo, Pampeana, Noreste, Noroeste y Patagonia) - Todas las ciudades de más de 500.000 habitantes - Para ciertos análisis, las subregiones del marco muestral, provincias y ciudades que han sido dominio de análisis de la EPH94 hasta 1995
Estructura de los cuestionarios	<p>7 cuestionarios: 2 específicos de la EPH94: I. Familiar III. Individual 5 del Módulo de Metas Sociales II. Para el Hogar: agrega algunos contenidos no contemplados en la EPH94 (ítems 29, 32, 33 y 35) IV. Mujeres de 15 a 49 años: afiliación, atención ginecológica, fecundidad, historia de embarazos, métodos anticonceptivos. V. Menores de 6 años: afiliación, asistencia alimentaria, accidentes, enfermedades, vacunación VI. Desde 6 a 14 años: asistencia escolar, nivel educativo, actividades extraescolares (en especial actividad laboral) VII. Peso y estatura en niños/as de hasta 5 años</p>	<p>8 cuestionarios: 3 primeros: condiciones habitacionales, entorno físico y social, y conformación demográfica de hogares. 5 restantes: individuales, se corresponden con distintas fases etáreas del ciclo de vida: primera infancia, niños/as, jóvenes, adultos y adultos mayores. (NO EXPLICITA CRITERIOS DE CORTE: educación y trabajo) Detalle: 1.- vivienda 2.- hogar 3.- sociodemográfico 4.- primera infancia (0 a 4 años) 5.- niños/as (5 a 14 años) 6.- jóvenes (15 a 24 años) 7.- adultos (25 a 64 años) 8.- adultos mayores (65 o más años)</p> <p>3 módulos principales que se replican en casi todos los cuestionarios individuales: a) Trabajo; b) Educación; y c) Salud. Módulos restantes: específicos, menor extensión y no incluidos en todos los cuestionarios. Además, preguntas específicas para cada grupo etáreo.</p>

Tabla 2. Estructura de los cuestionarios EPH9494 – EDS97, según población objetivo.

Cuestionarios	EPH9494	EDS97
Población objetivo		
General	<ul style="list-style-type: none"> - I.- Familiar - II.- Hogar - III.- Individual 	<ul style="list-style-type: none"> - 1.- Vivenda - 2.- Hogar - 3.- Sociodemográfico
Niños/as de 0 a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> - V.- menores de 6 años - VII.- peso/talla menores de 6 años - Hoja de ruta, vacunación 	<ul style="list-style-type: none"> - 4.- 0 a 4 años (incluye prenatal)
Mujeres de 15 a 49 años	<ul style="list-style-type: none"> - IV.- mujeres de 15 a 49 años 	<ul style="list-style-type: none"> - 4.- 0 a 4 años (embarazo y parto últimos 3 años) - 6.- 15 a 24 años (extraer sólo mujeres) - 7.- 25 a 64 años (extraer sólo mujeres y hasta 49 años)

Dimensiones de análisis presentes en EPH9494 / EDS97 de acuerdo a objetivos de la propuesta³⁷:

Tabla 3. Niños/as de 0 a 5 años.

Dimensión	Indicadores EPH9494	Indicadores EDS97
Percepción de morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes / Intoxicaciones que hayan requerido de atención médica (durante su vida) - Sarampión / Tos convulsa (durante su vida) - Presencia de diarrea, fatiga, tos o catarro / consulta / tipo de consulta / tratamiento previo a la consulta (últimos 15 días) 	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días / tipo de consulta / motivo en caso de no consulta médica, odontológica o psicológica. - Presencia de enfermedad crónica que requiera tratamiento continuo o controles periódicos. - Presencia de discapacidad motora, sensorial o mental (parálisis, ceguera, síndrome de Down, etc.) que requiera tratamiento continuo o controles periódicos.
Utilización de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas de control durante el primer año de vida / Lugar de consulta. - Consultas en los últimos 12 meses sin que estuviera enfermo / Lugar de consulta - Lugar de la última consulta médica sin que el niño estuviera enfermo. - Vacunación / cantidad de dosis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control posparto / motivo en caso de no realización (sólo niños/as de 0 a 2 años con madre biológica en el hogar) - Consultas de control durante el primer año de vida. (niños/as de 0 a 4 años) - Vacunación; cantidad de dosis; lugar de vacunación (niños/as de 0 a 4 años) - Consultas realizadas en los últimos 30 días / Lugar de realización de la última consulta. - Internación durante los últimos 12 meses / motivo de la internación / Lugar de internación.
Financiamiento de las prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento de última consulta médica de los últimos 12 meses sin que estuviera enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento total o parcial de la última consulta. - Financiamiento total o parcial de los medicamentos recetados en la última consulta. - Lugar de realización y financiamiento total o parcial de cada estudio o análisis realizado durante los últimos 3 meses. - Financiamiento total o parcial de internación ocurrida durante los últimos 12 meses. - Financiamiento total o parcial de enfermedad crónica que requiere

³⁷ En las tablas se resaltan los indicadores susceptibles de comparación en ambos relevamientos.

		<p>tratamiento continuo o controles periódicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento total o parcial de discapacidad que requiere de tratamiento continuo o controles periódicos.
<p>Acceso a los servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia del servicio donde realizó la consulta durante el primer año de vida, o durante los últimos 12 meses. - Vacunación / cantidad de dosis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de turno para la última consulta / tiempo transcurrido entre la solicitud y la atención - Indicación de medicamentos durante la última consulta / acceso a medicamentos / motivo de no acceso. - Indicación de estudios o análisis en los últimos 3 meses / acceso a los estudios o análisis / Motivo de no realización. - Vacunación / cantidad de dosis (niños/as de 0 a 4 años)

Tabla 4. Mujeres en edad fértil: de 15 a 49 años.

Dimensión	Indicadores EPH9494	Indicadores EDS97
Percepción de morbilidad		<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días / tipo de consulta / motivo en caso de no consulta médica, odontológica o psicológica. - Presencia de enfermedad crónica que requiera tratamiento continuo o controles periódicos. - Presencia de discapacidad motora, sensorial o mental (parálisis, ceguera, síndrome de Down, etc.) que requiera tratamiento continuo o controles periódicos.
Utilización de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica durante el/los embarazos (cantidad de controles, momento y lugar de 1° control) (<i>mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia</i>) - Aplicación de antitetánica durante el embarazo. (<i>mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia</i>) - Asistencia en el parto / Tipo de parto / Lugar de atención (<i>mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia</i>) - Consulta con el médico ginecológico durante el último año. - Utilización de métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica durante el embarazo (1° control, cantidad de controles, lugar de control, motivo de no control o menos de 5 controles) (<i>últimos tres años</i>) - Aplicación de antitetánica durante el embarazo (<i>control de embarazo últimos tres años</i>) - Asistencia en el parto (tipo de asistencia, tipo de parto, lugar de atención) (<i>últimos tres años</i>) - Tiempo transcurrido desde el último control ginecológico (<i>mujeres de 15 a 64 años</i>) - Controles de embarazo actual realizados hasta la fecha (<i>mujeres embarazadas de 15 a 64 años</i>) - Consultas realizadas en los últimos 30 días / Lugar de realización de la última consulta. (<i>14 a 64 años, ambos sexos</i>) - Internación durante los últimos 12 meses / motivo de la internación / Lugar de internación. (<i>14 a 64 años, ambos sexos</i>) (<i>considerar sólo internación por parto</i>) - Realización de último papanicolao y última mamografía (<i>mujeres de 25 a 64 años</i>)
Financiamiento de las prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento total o parcial de los controles de atención médica del embarazo. - Financiamiento total o parcial de la atención del parto. (<i>mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento total o parcial de la última consulta. (<i>sólo control de embarazo actual o mujeres con NV últimos 12 meses</i>) - Financiamiento total o parcial de los medicamentos recetados en la última consulta. - Lugar de realización y financiamiento total o parcial de cada estudio o análisis realizado durante los últimos 3 meses.

	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento total o parcial de internación ocurrida durante los últimos 12 meses. (<i>sólo internación por parto</i>) - Financiamiento total o parcial de enfermedad crónica que requiere tratamiento continuo o controles periódicos. - Financiamiento total o parcial de discapacidad que requiere de tratamiento continuo o controles periódicos. <p>(14 a 64 años, ambos sexos)</p>
<p>Acceso a los servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia del servicio donde realizó la consulta ginecológica o donde podría haberla realizado, durante el último año. (<i>mujeres de 15 a 49 años</i>) - Solicitud de turno para la última consulta / tiempo transcurrido entre la solicitud y la atención - Indicación de medicamentos durante la última consulta / acceso a medicamentos / motivo de no acceso. - Indicación de estudios o análisis en los últimos 3 meses / acceso a los estudios o análisis / Motivo de no realización. <p>(15 a 64 años, ambos sexos)</p>

Tabla 5. Cobertura de salud e Ingresos.

Dimensión	Indicadores EPH9494	Indicadores EDS97
Cobertura de las prestaciones	- Afiliación / Utilización principal en caso de más de una cobertura.	- Afiliación actual a algún sistema de salud. - Afiliación anterior / motivo de pérdida de afiliación. <i>(para todos los miembros del hogar)</i>
Ingresos	- Total Ingresos mensuales en efectivo según procedencia. <i>(en cuestionario individual)</i> - N° de miembros del hogar / Edad (años cumplidos) / Sexo / estado civil / parentesco con el jefe / cambios.	- Ingresos recibidos como asalariado / patrón / cuenta propia en el mes de referencia <i>(15 a 65 años y más, ambos sexos)</i> - Recepción de otros ingresos en el mes de referencia. <i>(15 a 65 años y más, ambos sexos)</i> - Control de subdeclaración de ingresos por el encuestador. <i>(15 a 65 años y más, ambos sexos)</i> - N° de miembros del hogar / edad (años cumplidos) / Sexo / parentesco con el jefe / residencia de madre o padre en el hogar. <i>(Para todos los miembros del hogar)</i>

Construcción de indicadores comparables EPH9494 / EDS97, según grupos de población objetivo

Tabla 6. Niños/as de 0 a 5 años

Dimensión	EPH9494			EDS97		
	Indicador	Categorías	Cuestionario	Indicador	Categorías	Cuestionario
Percepción de morbilidad	- Presencia de diarrea, fatiga, tos o catarro / consulta / tipo de consulta / tipo de consulta / tratamiento previo a la consulta (últimos 15 días)	17: <i>diarrea últimos 15 días: sí / no</i> 18: <i>cantidad de días con diarrea: abierta.</i> 19: <i>consulta: sí / no</i> 20: <i>tipo de consulta: enfermera / agente sanitario / médico / otra persona (especificar)</i> 22: <i>tos o catarro durante los últimos 15 días: sí / no</i> 23: <i>si tuvo catarro, tuvo fatiga, agitado o respiraba con dificultad: sí / no</i> 24: <i>consulta: sí / no</i> 25: <i>tipo de consulta: enfermera / agente sanitario / médico / otra persona (especificar)</i>	V.- (menores de 6 años)	- Presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días / tipo de consulta / motivo en caso de no consulta médica, odontológica o psicológica.	S1: <i>sí / no</i> S2: <i>médico, odontólogo o psicólogo / enfermero / farmacéutico / curandero / vecino, amigo, familiar / otro (especificar) / no consultó (1° respuesta afirmativa)</i>	4.- (0 a 4 años) 5.- (5 a 14 años)

Utilización de servicios	-	<p>Consultas de control durante el primer año de vida / Lugar de consulta.</p>	<p>27: <i>conurrencia al médico para pesarlo, medirlo o revisarlo:</i> sí / no 28: <i>lugar de consulta:</i> hospital público / unidad sanitaria o “salita” / establecimiento privado / consultorio particular.</p>	V.- (menores de 6 años)	-	<p>Control posparto / motivo en caso de no realización (<i>sólo niños/as de 0 a 2 años con madre biológica en el hogar</i>)</p>	<p>18: SI / NO 19: <i>Si NO:</i> no le pareció importante / no tuvo tiempo / le quedaba lejos / no tenía dinero / perdía o le descontaban horas de trabajo / fue y no la atendieron / la atención es mala / no sabía que debía hacerlo / otro (especificar) (<i>motivo principal</i>)</p>	4.- (0 a 4 años)
	-	<p>Lugar de la última consulta médica sin que el niño estuviera enfermo.</p>	<p>35: hospital público / unidad sanitaria o “salita” / establecimiento privado / consultorio particular</p>	V.- (menores de 6 años)	-	<p>Consultas de control durante el primer año de vida. (<i>niños/as de 0 a 4 años</i>)</p> <p>Consultas realizadas en los últimos 30 días /</p> <p>Lugar de realización de la última consulta.</p>	<p>S18: SI (¿cuántas veces?) / NO S4: (<i>abierta, cantidad de consultas</i>) S5: salita o centro de salud barrial / hospital público / establecimiento de obra social / establecimiento privado / consultorio particular / otro (especificar)</p>	4.- (0 a 4 años) 5.- (5 a 14 años)
	-	<p>Vacunación / cantidad de dosis.</p>	<p>38: <i>certificado de vacunas:</i> tiene y lo exhibe / tiene pero no lo exhibe / no tiene 39: <i>aplicación de dosis según calendario de vacunación. Fecha última dosis sarampión:</i> abierta. <i>Otras vacunas:</i> abierta.</p>	V.- (menores de 6 años)	-	<p>Vacunación; cantidad de dosis; lugar de vacunación (<i>niños/as de 0 a 4 años</i>)</p>	<p>S28: Presenta / no presenta carnet de vacunación Cantidad de dosis por vacuna del calendario Centro de salud / escuela / consultorio particular / farmacia / otros</p>	4.- (0 a 4 años)

Financiamiento de las prestaciones	- Financiamiento de última consulta médica de los últimos 12 meses sin que estuviera enfermo.	36: pagó Ud. la consulta: sí, totalmente / sí, en forma parcial / no pagó 37: si no pagó totalmente la consulta, quién se hizo cargo total o parcialmente: obra social / mutual o prepago / hospital público o “salita” / otro (alternativas no excluyentes)	V.- (menores de 6 años)	- Financiamiento total o parcial de la última consulta.	S6: hospital público, salita o centro de salud barrial / la obra social / un prepago / co-seguro / Ud. mismo / otro (especificar) (sí total o parcialmente / no)	4.- (0 a 4 años) 5.- (5 a 14 años)
---	--	---	-------------------------	--	---	---------------------------------------

Tabla 7. Mujeres de 15 a 49 años

Dimensión	EPH9494			EDS97		
	Indicador	Categorías	Cuestionario	Indicador	Categorías	Cuestionario
Percepción de morbilidad						
Utilización de servicios	- Atención médica durante el/los embarazos (cantidad de controles, momento y lugar de 1° control) (mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia)	21: controles médicos realizados durante el embarazo (último, penúltimo y antepenúltimo hijos): ninguno / menos de 5 controles / 5 o más controles. 22: meses de embarazo al 1° control (idem hijos): 3 meses o menos / 4 a 6 meses / 7 meses o más. 23: lugar de realización del 1° control (idem hijos): hospital público / unidad sanitaria o “salita” / establecimiento privado / consultorio particular.	IV.- (mujeres de 15 a 49 años)	- Atención médica durante el embarazo (1° control, cantidad de controles, motivo de no control o menos de 5 controles) (últimos tres años)	2: consulta control de embarazo: sí / no. 3: si consultó, meses de embarazo al 1° control: abierta, cantidad de meses. 4: cantidad de controles de embarazo: 1 a 4 controles / 5 o más controles. 5: motivo de no control (principal): no le pareció importante / no tenía tiempo / le quedaba lejos / no tenía dinero / perdía o le descontaban horas de trabajo / fue y no la atendieron / la atención es mala / otro (especificar).	4.- (0 a 4 años) (para niños/as de 0 a 2 años con madre biológica en el hogar)

<p>- Aplicación de antitetánica durante el embarazo <i>(mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia)</i></p> <p>- Asistencia en el parto / Lugar de atención <i>(mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia)</i></p> <p>- Consulta con el médico ginecológico durante</p>	<p>26: Sí / No / No recuerda (<i>idem hijos</i>)</p> <p>29: <i>tipo de parto (idem hijos):</i> por cesárea / con fórceps / normal.</p> <p>30: <i>asistencia en el parto (idem hijos):</i> un médico / una partera / una enfermera / una comadrona o matrona / otra persona.</p> <p>31: <i>lugar de atención parto (idem hijos):</i> hospital público / unidad sanitaria o “salita” / establecimiento privado / su casa u otra casa / otro lugar (especif.).</p> <p>4: si / no.</p>	<p>IV.- (mujeres de 15 a 49 años)</p> <p>IV.- (mujeres de 15 a 49 años)</p> <p>IV.- (mujeres de 15 a 49 años)</p>	<p>- Controles de embarazo (últimos tres años)</p> <p>- Asistencia en el parto (tipo de asistencia, tipo de parto, lugar de atención) (<i>últimos tres años</i>)</p> <p>- Tiempo transcurrido desde el último control</p>	<p>6: <i>lugar de realización de los controles:</i> salita o centro de salud barrial / hospital público / establecimiento de obra social / establecimiento privado / consultorio particular / otro (especificar).</p> <p>7: <i>tipo de asistencia controles:</i> médico / partera / comadrona o matrona / otra persona (especificar).</p> <p>8: le controlaban el peso / le tomaban la presión arterial / le medían la panza / le aplicaron la vacuna antitetánica / le dieron hierro (en todos, en algunos, en ninguno)</p> <p>13: <i>tipo de asistencia:</i> médico / partera / enfermera / comadrona o matrona / otra persona (especificar)</p> <p>14: <i>tipo de parto:</i> por cesárea / con fórceps / normal.</p> <p>15: <i>lugar de atención:</i> hospital público o centro de salud barrial / establecimiento de obra social / establecimiento privado / otro (especificar).</p> <p>M11: menos de 1 año / de 1 a 3 años / más de 3 años / nunca lo realizaste / no lo necesitás.</p>	<p>4.- (0 a 4 años) (<i>para niños/as de 0 a 2 años con madre biológica en el hogar</i>)</p> <p>4.- (0 a 4 años) (<i>para niños/as de 0 a 2 años con madre biológica en el hogar</i>)</p> <p>6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años)</p>
---	---	---	--	---	--

	- el último año			- ginecológico (mujeres de 15 a 64 años)	M4: embarazo actual: sí / no. M5: si sí, mes de embarazo: abierta, N° de mes. M6: cantidad de controles realizados a la fecha: abierta.	6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años)
				- Controles de embarazo actual realizados hasta la fecha (mujeres embarazadas de 15 a 64 años)	S20: internación durante los últimos 12 meses: sí, una vez / sí, dos veces o más / no. S21: motivo de la internación: accidente / trastornos alimentarios / apendicitis / parto / depresión / adicción / otro (especificar).	6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años)
				- Internación durante los últimos 12 meses / motivo de la internación / Lugar de internación. (14 a 64 años, ambos sexos) (considerar sólo internación por parto)	S22: lugar de internación: hospital público / establecimiento de obra social / establecimiento privado / otro (especificar).	
Financiamiento de las prestaciones	- Financiamiento total o parcial del 1° control de embarazo. (mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia)	24: pagó Ud. la consulta (o algún otro componente del hogar) para idem hijos: sí, en forma total / sí, en forma parcial / no pagó. 25: si no pagó totalmente la consulta, quién se hizo cargo total o parcialmente (alternativas no excluyentes) para idem hijos: obra social / mutual o prepago / hospital público o “salita” / otro.	IV.- (mujeres de 15 a 49 años)	- Financiamiento total o parcial de la última consulta. (sólo control de embarazo actual o mujeres con NV últimos 12 meses)	S6: hospital público, salita o centro de salud barrial / la obra social / un prepago / co-seguro / Usted mismo / otro (especificar) (sí total o parcialmente / no)	6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años)

	<p>- Financiamiento total o parcial de la atención del parto. (mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos 1 hijo NV desde el 1° de enero de 1991 a la semana de referencia)</p>	<p>32: pagó Ud. el parto (o algún otro componente del hogar) para idem hijos: sí, en forma total / sí, en forma parcial / no pagó. 33: si no pagó totalmente el parto, quién se hizo cargo total o parcialmente (alternativas no excluyentes) para idem hijos: obra social / mutual o prepago / hospital público o “salita” / otro.</p>	<p>IV.- (mujeres de 15 a 49 años)</p>	<p>- Financiamiento total o parcial de internación ocurrida durante los últimos 12 meses. (sólo internación por parto)</p>	<p>S23: hospital público / la obra social / un prepago / co-seguro / Usted mismo / otro (especificar) (sí total o parcialmente / no)</p>	<p>6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años)</p>
--	---	---	---------------------------------------	---	---	--

Tabla 8. Cobertura de salud e Ingresos

Dimensión	EPH9494			EDS97		
	Indicador	Categorías	Cuestionario	Indicador	Categorías	Cuestionario
Cobertura de las prestaciones	- Afiliación / Utilización principal en caso de más de una cobertura.	1: <i>afiliación a obra social, mutual o prepago: sí / no</i> 2: <i>si sí, a cuántos: sólo a uno / a más de uno</i> 3: <i>una obra social (afiliación obligatoria) / una mutual o prepago (afiliación voluntaria) / otro sistema (especificar). (en caso de más de una, registra la que más utiliza)</i>	IV.- (mujeres de 15 a 49 años)	- Afiliación actual a algún sistema de salud.	17: sólo a obra social / sólo a mutual o prepago / obra social y también a mutual o prepago / sólo a servicio de emergencia / ninguno de los anteriores.	3.- socio-demográfico (para todos los miembros del hogar)
Ingresos	- Total Ingresos mensuales en efectivo según procedencia. (en cuestionario individual)	47: <i>ingresos mensuales en efectivo: sin ingresos / como obrero o empleado / como trabajador por cuenta propia / utilidades y beneficios / alquileres, rentas, intereses y dividendos / jubilación o pensión / otros ingresos (se consignan montos; se calcula ingreso total); ingresos en especies: sí / no.</i>	III.- (individual EPH94)	- Ingresos recibidos como asalariado / patrón / cuenta propia en el mes de referencia (15 a 65 años y más, ambos sexos)	Y1: (como asalariado) I en efectivo (en la ocupación principal por horas ordinarias / en la ocupación principal por horas extraordinarias / en otra ocupación asalariada / bonificaciones o retribuciones no habituales / aguinaldo / propinas / en un programa de empleo / otro - especificar -; si no consigna suma, indicar código: N/S: no sabe, N/P: no le pagaron, N/T: no tiene, N/R: no responde.) / II en bonos o vales / en especie, ticket o compensación monetaria por combustible, transporte, comida, etc. (suma total I, II y III para control) Y2: patrón / cuenta propia (suma para control)	6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años) 8.- (65 años y más)

	<p>- Composición del hogar</p>	<p>7: N° de miembros 8: relación de parentesco con el jefe: cónyuge / hijo / hijo político / hermano / nieto / cuñado / padre o suegro / otros familiares (especificar) / servicio doméstico / otros componentes (especificar); Jefe. 11: edad: fecha de nacimiento (día / mes / año) 12: edad: años cumplidos 13: sexo: varón / mujer</p>	<p>I.- (familiar EPH94)</p>	<p>- Recepción de otros ingresos en el mes de referencia. (15 a 65 años y más, ambos sexos)</p> <p>- Control de subdeclaración de ingresos por el encuestador. (15 a 65 años y más, ambos sexos)</p> <p>- Composición del hogar</p>	<p>Y3: becas de estudio / seguro de desempleo / jubilación contributiva del país o del extranjero / pensión ordinaria / pensión graciable o asistencial / subsidio del gobierno provincial / envíos de familiares que no viven en el hogar / ayudas de amigos o vecinos / cuota de alimentos / otros ingresos (especificar) (si no consigna suma, indicar código: N/S: no sabe, N/P: no le pagaron, N/T: no tiene, N/R: no responde.) (suma para control)</p> <p>Y3.1: tiene ingresos y responde totalmente / tiene ingresos pero no responde o lo hace parcialmente / no tiene ingresos.</p> <p>1: N° de miembros del hogar 3: edad (años cumplidos, 00 menor de 1 año) 4: sexo (varón / mujer) 5: parentesco con el jefe (jefe / cónyuge / hijo/a / yerno/nuera / nieto/a / madre/padre / suegro/a / hermano/a / otros familiares / no familiares / servicio doméstico y sus familiares) 6: madre en el hogar (sí / no) 7: padre en el hogar (sí / no)</p>	<p>6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años) 8.- (65 años y más)</p> <p>6.- (15 a 24 años) 7.- (25 a 64 años) 8.- (65 años y más)</p> <p>3.- socio-demográfico (para todos los miembros del hogar)</p>
--	---------------------------------------	---	-----------------------------	---	---	--

ANEXO ESTADISTICO

Cuadro 1 - EPH94: Afiliación (Obra Social, Mutual o Prepago) en niños de 0 a 4 años. Área Metropolitana

		Frecuencia	Porcentaje
Posee afiliación?	Sí	545255	58.6
	No	384851	41.4
	Total	930106	100.0

Cuadro 2 - EDS97: Afiliación (Obra Social, Mutual O Prepago) en niños de 0 a 4 años. Área Metropolitana

		Frecuencia	Porcentaje
Posee afiliación?	Sí	474282	47.7
	No	519324	52.3
	Total	993606	100.0

Cuadro 3 - EPH94: Afiliación de niños de 0 a 4 años (Obra Social, Mutual o Prepago) * Quintil de ingresos per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Afiliación	Sí	133463 37,6%	114977 59,0%	97289 74,0%	85849 81,0%	63307 98,4%	494885 58,1%
	No	221842 62,4%	79877 41,0%	34185 26,0%	20126 19,0%	1033 1,6%	357063 41,9%
Total		355305 100,0%	194854 100,0%	131474 100,0%	105975 100,0%	64340 100,0%	851948 100,0%

Cuadro 4 - EDS97: Afiliación de niños de 0 a 4 años (Obra Social, Mutual o Prepago) * Quintil de ingresos per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Afiliación	Si	100587 27.1%	121711 49.6%	92091 57.8%	79233 68.8%	80660 86.3%	474282 48.2%
	No	270474 72.9%	123614 50.4%	67193 42.2%	35920 31.2%	12778 13.7%	509979 51.8%
Total		371061 100.0%	245325 100.0%	159284 100.0%	115153 100.0%	93438 100.0%	984261 100.0%

Cuadro 5 - EPH94: Consulta de control durante el primer año de vida * Afiliación. Área Metropolitana

		Afiliación		Total
		Sí	No	
Consulta de control	Sí	442988 98.1%	301968 96.9%	744956 97.6%
	No	7739 1.7%	8671 2.8%	16410 2.2%
	Ns/Nr	913 .2%	942 .3%	1855 .2%
Total		451640 100.0%	311581 100.0%	763221 100.0%

Cuadro 6 - EDS97: Consulta de control durante el primer año de vida * Afiliación. Área Metropolitana

		Afiliación		Total
		Sí	No	
Consulta de control	Sí	460004 97.0%	475034 91.5%	935038 94.1%
	No	9666 2.0%	39941 7.7%	49607 5.0%
	Ns/Nr	4612 1.0%	4349 .8%	8961 .9%
Total		474282 100.0%	519324 100.0%	993606 100.0%

Cuadro 7 - EPH94: Consulta de control durante el primer año de vida * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Consulta de control	Sí	273371 95,4%	165870 97,6%	110755 100,0%	82308 100,0%	52565 98,3%	684869 97,4%
	No	11420 4,0%	4093 2,4%			897 1,7%	16410 2,3%
	Ignorado	1855 ,6%					1855 ,3%
Total		286646 100,0%	169963 100,0%	110755 100,0%	82308 100,0%	53462 100,0%	703134 100,0%

Cuadro 8 - EDS97: Consulta de control durante el primer año de vida * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Consulta de control	Si	335689 90.5%	233912 95.3%	159284 100.0%	106780 92.7%	93438 100.0%	929103 94.4%
	No	31592 8.5%	7064 2.9%		7541 6.5%		46197 4.7%
	Ignorado	3780 1.0%	4349 1.8%		832 .7%		8961 .9%
Total		371061 100.0%	245325 100.0%	159284 100.0%	115153 100.0%	93438 100.0%	984261 100.0%

Cuadro 9 - EPH94: Realización de consulta por diarrea * afiliación. Área Metropolitana

		Afiliación		Total
		Sí	No	
Realización de consulta	Sí	19425 86.6%	17306 62.2%	36731 73.1%
	No	3011 13.4%	10500 37.8%	13511 26.9%
Total		22436 100.0%	27806 100.0%	50242 100.0%

Cuadro 10 - EPH94: Persona con quien consultaron por diarrea * Afiliación. Área Metropolitana

		Afiliación		Total
		Sí	No	
Tipo de consulta	médico	150883 89.9%	105071 85.1%	255954 87.8%
	enfermero	3035 1.8%	909 .7%	3944 1.4%
	agente sanitario	938 .6%		938 .3%
	otra persona		874 .7%	874 .3%
	no consultó	1998 1.2%	8618 7.0%	10616 3.6%
	consultó sin especificar persona	11071 6.6%	8054 6.5%	19125 6.6%
	Total	167925 100.0%	123526 100.0%	291451 100.0%

Cuadro 11 - EDS97: Persona con quien consultaron por malestar, enfermedad o accidente * Afiliación, en niños de 0 a 4 años. Área Metropolitana

		Afiliación		Total
		Sí	No	
Tipo de consulta	médico, odontólogo o psicólogo	151227 92.9%	180282 87.8%	331509 90.1%
	farmacéutico		2679 1.3%	2679 .7%
	no consultó	11497 7.1%	22338 10.9%	33835 9.2%
Total		162724 100.0%	205299 100.0%	368023 100.0%

Cuadro 12 - EPH94: Persona con quien consultaron por fatiga * Afiliación. Área Metropolitana

		Afiliación		Total
		Sí	No	
Tipo de consulta	médico	151896 71.0%	106953 59.2%	258849 65.6%
	enfermera	3035 1.4%	909 .5%	3944 1.0%
	agente sanitario	938 .4%		938 .2%
	otra persona		874 .5%	874 .2%
	no consultó	58004 27.1%	72018 39.8%	130022 32.9%
Total		213873 100.0%	180754 100.0%	394627 100.0%

Cuadro 13 - EPH94: Presencia de diarrea * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
DIARREA	Sí	24883 7.4%	7559 3.9%	4014 3.1%	2820 2.7%	5338 8.3%	44614 5.3%
	No	313333 92.6%	187295 96.1%	127460 96.9%	103155 97.3%	59002 91.7%	790245 94.7%
Total		338216 100.0%	194854 100.0%	131474 100.0%	105975 100.0%	64340 100.0%	834859 100.0%

Cuadro 14 - EPH94: Presencia de fatiga o agotamiento en niños de 0 a 4 años * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Sí	55810	26939	28373	15743	10396	137261
	41.1%	32.9%	42.1%	33.8%	37.4%	38.2%
No	78958	54110	39054	30878	17432	220432
	58.1%	66.0%	57.9%	66.2%	62.6%	61.3%
Ignorado	1064	874				1938
	.8%	1.1%				.5%
Total	135832	81923	67427	46621	27828	359631
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cuadro 15 - EDS97: Presencia de malestar, enfermedad o accidente en los últimos 30 días en niños de 0 a 4 años * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Malestar/enferm/accid. Sí	141588	87995	58854	35041	41135	364613
	38.2%	35.9%	36.9%	30.4%	44.0%	37.0%
No	229473	157330	100430	80112	52303	619648
	61.8%	64.1%	63.1%	69.6%	56.0%	63.0%
Total	371061	245325	159284	115153	93438	984261
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cuadro 16 - EPH94: Afiliación (Obra Social, Mutual o Prepago) en mujeres de 15 a 49 años. Área Metropolitana

		Frecuencia	Porcentaje
Posee afiliación?	Sí	1912540	65.6
	No	1001100	34.4
	Total	2913640	100.0

Cuadro 17 - EDS97: Afiliación (Obra Social, Mutual o Prepago) en mujeres de 15 a 49 años. Área Metropolitana

		Frecuencia	Porcentaje
Posee afiliación?	Sí	1861868	61.0
	No	1186266	38.9
	Total	3048134	99.9

**Cuadro 18 - EPH94: Afiliación de mujeres de 15 a 49 años (Obra Social, Mutual o Prepago) *
Quintil de ingresos per cápita familiar. Área Metropolitana**

		QUINTIL					Total
		I	II	III	IV	V	
Afiliación	Sí	246976 41,5%	319108 58,7%	370210 68,7%	413922 79,8%	385566 86,0%	1735782 65,6%
	No	348040 58,5%	224446 41,3%	168369 31,3%	104755 20,2%	62908 14,0%	908518 34,4%
Total		595016 100,0%	543554 100,0%	538579 100,0%	518677 100,0%	448474 100,0%	2644300 100,0%

**Cuadro 19 - EDS97: Afiliación de mujeres de 15 a 49 años (Obra Social, Mutual o Prepago) *
Quintil de ingresos per cápita familiar. Área Metropolitana**

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Afiliación	Sí	167841 31.5%	272638 46.7%	364580 60.8%	459500 73.0%	590639 87.0%	1855198 61.3%
	No	364885 68.5%	311737 53.3%	234857 39.2%	170284 27.0%	88350 13.0%	1170113 38.7%
Total		532726 100.0%	584375 100.0%	599437 100.0%	629784 100.0%	678989 100.0%	3025311 100.0%

**Cuadro 20 - EPH94: Momento al primer control de embarazo *
Afiliación. Área Metropolitana**

	Afiliación		Total
	Sí	No	
3 meses o menos	265296 91.4%	159849 74.7%	425145 84.3%
4 a 6 meses	22768 7.8%	46075 21.5%	68843 13.6%
7 meses o más	2290 .8%	8192 3.8%	10482 2.1%
Total	290354 100.0%	214116 100.0%	504470 100.0%

**Cuadro 21 - EDS97: Momento al primer control de embarazo *
Afiliación. Área Metropolitana**

	Afiliación		Total
	Sí	No	
3 meses o menos	217459 92.3%	182780 68.6%	400239 79.8%
4 a 6 meses	9992 4.2%	64040 24.1%	74032 14.8%
7 meses o más	8044 3.4%	19434 7.3%	27478 5.5%
Total	235495 100.0%	266254 100.0%	501749 100.0%

**Cuadro 22 - EPH94: Momento al primer control de embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar.
Área Metropolitana**

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
7 meses o más	9351 5,2%				1131 2,9%	10482 2,3%
4 a 6 meses	41212 22,8%	12186 11,5%	5996 8,6%	3131 4,6%	1168 3,0%	63693 13,7%
Menos de 3 meses	130003 72,0%	93595 88,5%	63545 91,4%	65244 95,4%	36856 94,1%	389243 84,0%
Total	180566 100,0%	105781 100,0%	69541 100,0%	68375 100,0%	39155 100,0%	463418 100,0%

Cuadro 23 - EDS97: Momento al primer control de embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
7 meses o más	21981 11.7%	5497 4.1%				27478 5.5%
4 a 6 meses	33823 18.0%	32861 24.3%	5789 7.4%	1559 3.3%		74032 14.8%
3 meses o menos	132204 70.3%	96717 71.6%	72472 92.6%	45690 96.7%	50178 100.0%	397261 79.6%
Total	188008 100.0%	135075 100.0%	78261 100.0%	47249 100.0%	50178 100.0%	498771 100.0%

Cuadro 24 - EPH94: Cantidad de controles de embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
ninguno	4123 2,2%	1169 1,1%	957 1,4%			6249 1,3%
menos de 5	32090 17,4%	8119 7,6%	2991 4,2%		1123 2,9%	44323 9,4%
5 o más	148476 80,4%	97662 91,3%	66549 94,4%	68375 100,0%	38031 97,1%	419093 89,2%
Total	184689 100,0%	106950 100,0%	70497 100,0%	68375 100,0%	39154 100,0%	469665 100,0%

Cuadro 25 - EDS97: Cantidad de controles de embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Ninguno	15077 7.4%	2649 1.9%	806 1.0%	2335 4.3%		20867 3.9%
Menos de 5	34786 17.1%	17342 12.6%	4889 5.9%	2516 4.6%		59533 11.2%
5 o más	153222 75.4%	117733 85.5%	76890 93.1%	49607 91.1%	55317 100%	452769 84.9%
Total	203085 100.0%	137724 100.0%	82585 100.0%	54458 100.0%	55317 100%	533169 100,0%

Cuadro 26 - EPH94: Lugar de realización del primer control de embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Hospital Público	92897 51,4%	41409 39,1%	21703 31,2%	12427 18,2%	2295 5,9%	170731 36,8%
Unidad Sanitaria	40105 22,2%	7994 7,6%	3999 5,8%	951 1,4%		53049 11,4%
Estab. privado	41597 23,0%	42545 40,2%	29785 42,8%	25178 36,8%	13337 34,1%	152442 32,9%
Consultorio particular	5968 3,3%	13833 13,1%	14054 20,2%	29820 43,6%	23522 60,1%	87197 18,8%
Total	180567 100,0%	105781 100,0%	69541 100,0%	68376 100,0%	39154 100,0%	463419 100,0%

Cuadro 27 - EDS97: Lugar de realización de los controles de embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Hospital Público	79812 42.5%	47139 35.4%	24515 30.3%	7485 16.1%	1047 2.8%	159998 32.9%
Unidad Sanitaria o Salita	64781 34.5%	30174 22.6%	12546 15.5%			107501 22.1%
Estab. privado u Obra Social	33587 17.9%	41008 30.8%	23692 29.3%	29445 63.3%	28446 75.6%	156178 32.1%
Consultorio particular	9828 5.2%	15017 11.3%	20097 24.9%	9555 20.6%	8158 21.7%	62655 12.9%
Total	188008 100.0%	133338 100.0%	80850 100.0%	46485 100.0%	37651 100.0%	486332 100.0%

Cuadro 28 - EPH94: Lugar de atención del parto * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Hospital público o centro de salud	137029 74,2%	52568 49,2%	28677 40,7%	15559 22,8%	3120 8,0%	236953 50,5%
Establecimiento privado	46659 25,3%	53383 49,9%	40822 57,9%	52816 77,2%	34911 89,2%	228591 48,7%
Otro lugar	1002 ,5%	998 ,9%	998 1,4%		1123 2,9%	4121 ,9%
Total	184690 100,0%	106949 100,0%	70497 100,0%	68375 100,0%	39154 100,0%	469665 100,0%

Cuadro 29 - EDS97: Lugar de atención del parto * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Hospital Público o centro de salud	149658 73.7%	84340 61.2%	35479 43.0%	9820 18.0%	1047 1.9%	280344 52.6%
Establecimiento privado u Obra Social	48999 24.1%	53384 38.8%	47106 57.0%	44638 82.0%	54270 98.1%	248397 46.6%
Otro lugar	4428 2.2%					4428 .8%
Total	203085 100.0%	137724 100.0%	82585 100.0%	54458 100.0%	55317 100.0%	533169 100.0%

Cuadro 30 - EPH94: Lugar de atención del parto * Tipo de parto. Area Metropolitana

	Tipo de Parto			Total
	Cesárea	Fórceps	Normal	
Hospital público o centro de salud	48313 18.7%	9142 3.5%	200878 77.8%	258333 100.0%
Establecimiento privado	88539 35.5%	2970 1.2%	157708 63.3%	249217 100.0%
Otro lugar			5235 100.0%	5235 100.0%
Total	136852 26.7%	12112 2.4%	363821 71.0%	512785 100.0%

Cuadro 31 - EDS97: Lugar de atención del parto * Tipo de parto. Area Metropolitana

	Tipo de parto			Total
	Cesárea	Fórceps	Normal	
Hospital Público o centro de salud	63676 22.5%	2607 .9%	217039 76.6%	283322 100.0%
Establecimiento privado u obra social	107497 43.3%	712 .3%	140188 56.4%	248397 100.0%
Otro lugar			4428 100.0%	4428 100.0%
Total	171173 31.9%	3319 .6%	361655 67.5%	536147 100.0%

Cuadro 32 - EPH94: Persona que atendió el parto * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Tipo de asistencia en el parto	médico	116705 63,2%	79158 74,0%	57254 81,2%	64039 93,7%	37002 94,5%	354158 75,4%
	partera	66011 35,7%	25808 24,1%	11109 15,8%	4336 6,3%	1123 2,9%	108387 23,1%
	enfermera	1974 1,1%	985 ,9%	2134 3,0%		1029 2,6%	6122 1,3%
	otro		998 ,9%				998 ,2%
Total		184690 100,0%	106949 100,0%	70497 100,0%	68375 100,0%	39154 100,0%	469665 100,0%

Cuadro 33 - EDS97: Persona que atendió el parto * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

		QUINTIL DE IPCF					Total
		I	II	III	IV	V	
Médico		137771	98401	75337	50690	50745	412944
		63.9%	64.0%	80.2%	79.4%	77.4%	69.7%
Partera		56189	39323	7248	3768	4572	111100
		26.1%	25.6%	7.7%	5.9%	7.0%	18.8%
Enfermera		4697					4697
		2.2%					.8%
Otro		4428					4428
		2.1%					.7%
Ignorado		12402	15932	11381	9369	10253	59337
		5.8%	10.4%	12.1%	14.7%	15.6%	10.0%
Total		215487 100.0%	153656 100.0%	93966 100.0%	63827 100.0%	65570 100.0%	592506 100.0%

Cuadro 34 - EPH94: Aplicación de vacuna antitetánica durante el embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Sí	154401	84841	63383	59830	26803	389258
	83,6%	79,3%	89,9%	87,5%	68,5%	82,9%
No	24016	17889	4966	8545	8736	64152
	13,0%	16,7%	7,0%	12,5%	22,3%	13,7%
Ignorado	6273	4220	2149		3616	16258
	3,4%	3,9%	3,0%		9,2%	3,5%
Total	184690	106950	70498	68375	39155	469668
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro 35 - EDS97: Aplicación de vacuna antitetánica durante el embarazo * Quintil de ingreso per cápita familiar. Área Metropolitana

	QUINTIL DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Sí	172007	125882	78912	47436	55317	479554
	89,4%	92,0%	94,4%	89,6%	96,3%	91,7%
No	16001	7229	2867	4687		30784
	8,3%	5,3%	3,4%	8,9%		5,9%
Ignorado	4313	3696	1809	832	2143	12793
	2,2%	2,7%	2,2%	1,6%	3,7%	2,4%
Total	192321	136807	83588	52955	57460	523131
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro 36 - EPH94: Financiamiento del parto * Afiliación. Area Metropolitana

	Afiliación		Total
	Sí	No	
Obra Social totalmente	111862 38.2%	11351 5.2%	123213 24.0%
Mutual o Prepago totalmente	29627 10.1%		29627 5.8%
Hospital Público totalmente	47674 16.3%	142761 64.8%	190435 37.1%
Sólo Ud. mismo	16007 5.5%	18714 8.5%	34721 6.8%
Ud. mismo parcialmente	71131 24.3%	32467 14.7%	103598 20.2%
Otro	12738 4.4%	4817 2.2%	17555 3.4%
Ignorado	3466 1.2%	10168 4.6%	13634 2.7%
Total	292505 100.0%	220278 100.0%	512783 100.0%

Cuadro 37 - EDS97: Financiamiento del parto * Afiliación. Area Metropolitana

	AF_SI_NO		Total
	1.00	2.00	
INT_\$\$ Obra Social totalmente	20272 78.9%		20272 73.5%
Mutual o Prepago totalmente	4205 16.4%		4205 15.2%
Hospital Público totalmente	1222 4.8%	1875 100.0%	3097 11.2%
Total	25699 100.0%	1875 100.0%	27574 100.0%

Cuadro 38 - EPH94: Financiamiento del parto * Quintil de IPCF. Area Metropolitana

		QUINTILE					Total
		1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	
Financiamiento del parto	Obra Social totalmente	24229 14.0%	31766 29.7%	21472 30.5%	23161 33.9%	8502 21.7%	109130 23.8%
	Mutual o Prepago totalmente	2964 1.7%	6786 6.3%	5026 7.1%	3090 4.5%	7618 19.5%	25484 5.6%
	Hospital Público totalmente	100953 58.5%	36285 33.9%	17988 25.5%	9336 13.7%	2653 6.8%	167215 36.5%
	Sólo Ud. mismo	9276 5.4%	6224 5.8%	6294 8.9%	4406 6.4%	3434 8.8%	29634 6.5%
	Ud. mismo parcialmente	25177 14.6%	17784 16.6%	17813 25.3%	21837 31.9%	14706 37.6%	97317 21.3%
	Otro	4934 2.9%	3982 3.7%	948 1.3%	5402 7.9%	1168 3.0%	16434 3.6%
	Ignorado	5089 2.9%	4122 3.9%	957 1.4%	1143 1.7%	1073 2.7%	12384 2.7%
Total		172622 100.0%	106949 100.0%	70498 100.0%	68375 100%	39154 100%	457598 100.0%

Cuadro 39 - EDS97: Financiamiento del parto * Quintil de ingreso per cápita familiar. Area Metropolitana

	QUINTILE DE IPCF					Total
	I	II	III	IV	V	
Obra Social totalmente	3250 100.0%	4687 79.3%	2037 37.6%	3133 75.7%	7165 80.9%	20272 73.5%
Mutual o Prepago totalmente			2514 46.4%		1691 19.1%	4205 15.2%
Hospital Público totalmente		1222 20.7%	868 16.0%	1007 24.3%		3097 11.2%
Total	3250 100.0%	5909 100.0%	5419 100.0%	4140 100.0%	8856 100.0%	27574 100.0%

**Cuadro 40 - EPH94: Financiamiento del parto * Lugar de atención del parto.
Área Metropolitana**

	Lugar de internación			Total
	Hospital público o centro de salud	Estab. privado	Otro lugar	
Obra Social totalmente	9123 3,5%	111980 44,9%	2111 40,3%	123214 24,0%
Mutual o Prepago totalmente	1002 ,4%	28624 11,5%		29626 5,8%
Hospital Público totalmente	185533 71,8%	4902 2,0%		190435 37,1%
Sólo Ud. mismo	14791 5,7%	19931 8,0%		34722 6,8%
Ud. mismo parcialmente	32773 12,7%	69702 28,0%	1123 21,5%	103598 20,2%
Otro	4942 1,9%	10612 4,3%	2001 38,2%	17555 3,4%
Ignorado	10168 3,9%	3466 1,4%		13634 2,7%
Total	258332 100,0%	249217 100,0%	5235 100,0%	512784 100,0%

**Cuadro 41 - EDS97: Financiamiento del parto * Lugar de atención del parto.
Área Metropolitana**

	Lugar de internación			Total
	Hospital Público	Establec. Obra Social	Establec. privado	
Obra Social totalmente		19560 100,0%	712 14,5%	20272 73,5%
Mutual o Prepago totalmente			4205 85,5%	4205 15,2%
Hospital Público totalmente	3097 100,0%			3097 11,2%
Total	3097 100,0%	19560 100,0%	4917 100,0%	27574 100,0%

Cuadro 42 - EPH94: Realización de control ginecológico en el último año * Grupos de edad. Área Metropolitana

		Grupo de edad				Total
		15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	
Realizó control ginecológico?	Sí	132662 25.6%	492492 61.2%	562829 65.8%	439349 59.8%	1627332 55.9%
	No	385973 74.4%	312814 38.8%	292633 34.2%	294888 40.2%	1286308 44.1%
Total		518635 100.0%	805306 100.0%	855462 100.0%	734237 100.0%	2913640 100.0%

Cuadro 43 - EDS97: Realización de control ginecológico en el último año * Grupos de edad. Área Metropolitana

		Grupos de edad				Total
		15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	
Realizó control ginecológico?	Sí	134430 25.8%	523242 57.2%	428821 56.7%	365815 46.2%	1452308 48.7%
	No	387572 74.2%	390964 42.8%	327408 43.3%	426597 53.8%	1532541 51.3%
Total		522002 100.0%	914206 100.0%	756229 100.0%	792412 100.0%	2984849 100.0%

Cuadro 44 - EPH94: Realización de control ginecológico en el último año * Grupos de edad * Afiliación. Área Metropolitana

Afiliación			Grupos de edad				Total
			15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	
Sí	Control ginecológico	Sí	90499 27.8%	325584 68.5%	413220 72.4%	360341 66.7%	1189644 62.2%
		No	234998 72.2%	150013 31.5%	157747 27.6%	180138 33.3%	722896 37.8%
	Total	325497 100.0%	475597 100.0%	570967 100.0%	540479 100.0%	1912540 100.0%	
No	Control ginecológico	Sí	42162 21.8%	166909 50.6%	149609 52.6%	79008 40.8%	437688 43.7%
		No	150976 78.2%	162801 49.4%	134886 47.4%	114749 59.2%	563412 56.3%
	Total	193138 100.0%	329710 100.0%	284495 100.0%	193757 100.0%	1001100 100.0%	

Cuadro 45 - EDS97: Realización de control ginecológico en el último año * Grupos de edad * Afiliación. Área Metropolitana

Afiliación			Grupos de edad				Total
			15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	
Sí	Control ginecológico	Sí	82195 24.2%	313367 63.1%	310017 66.7%	275559 53.9%	981138 54.1%
		No	257905 75.8%	182985 36.9%	154921 33.3%	235972 46.1%	831783 45.9%
	Total	340100 100.0%	496352 100.0%	464938 100.0%	511531 100.0%	1812921 100.0%	
No	Control ginecológico	Sí	52235 28.7%	207806 50.0%	118804 40.8%	90256 32.4%	469101 40.2%
		No	129667 71.3%	207979 50.0%	172487 59.2%	188437 67.6%	698570 59.8%
	Total	181902 100.0%	415785 100.0%	291291 100.0%	278693 100.0%	1167671 100.0%	