



## **INFORME TÉCNICO**

### **CONDICIONES DE LA SALUD EN EL ÁREA METROPOLITANA**

### **DE BUENOS AIRES**

**Coordinador:**

**Agustín Salvia**

**Autoras:**

**Solange Rodriguez Espínola**

**Marena Chong Cevallos**

**María Agustina Paternó Manavella**

**OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA**

**ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD**

**ODSA**

Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina

## **AUTORIDADES**

Pontificia Universidad Católica Argentina

### **Rector**

Miguel Ángel Schiavone

### **Vicerrectora de Investigación e Innovación Académica**

María Clara Zamora

### **Vicerrector de Integración**

Pbro. Gustavo Boquín

### **Secretario Académico**

Gabriel Limodio

### **Administrador General**

Horacio Rodríguez Penelas

### **Director de Investigación del Programa Observatorio de la Deuda Social Argentina**

Agustín Salvia

## **RESPONSABLES DEL INFORME TÉCNICO**

### **Investigadoras autoras**

Solange Rodríguez Espínola

Marena Chong Cevallos

María Agustina Paternó Manavella

### **Coordinador del Estudio**

Agustín Salvia

Los autores de los artículos publicados en el presente número ceden sus derechos a la editorial, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de sus colaboraciones al Repositorio Institucional “Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina”, como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica.

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud el goce del máximo grado de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, género, religión, ideología política o condición económica y social (OMS, 2007). Para hacer efectivo ese derecho, se hacen necesarios distintos actores sociales, pero es al Estado en quien recae la máxima responsabilidad en lo que refiere a brindar las condiciones básicas para el mayor desarrollo del nivel de vida de la población en general y de su salud en particular. La salud es un derecho del que toda persona y comunidad debe tener como parte del desarrollo humano de una sociedad, si bien, informes realizados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA, 2011-2018), nuestro país muestra elevados niveles de desigualdad y de inequidad, tanto en la distribución de los procesos de salud y enfermedad como en el acceso a prestaciones de calidad.

Es el Estado mediante sus políticas públicas –por acción, por negligencia o por omisión- el que tiene la competencia para regular, restringir o actuar sobre el conjunto social y sobre los factores determinantes de la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000) señaló que la salud pública no sólo debe abarcar la atención oportuna, sino que también está obligada a atender a los principales factores sociales determinantes de la salud. Asimismo, indicaba que el derecho a la salud abarca cuatro elementos básicos: a) disponibilidad de bienes y servicios públicos, así como prestaciones de salud; b) accesibilidad para toda la población, lo que incluye accesibilidad física, económica, a la información y la no discriminación; c) aceptabilidad para los patrones culturales de la población usuaria; y d) calidad de la atención de acuerdo a estándares científicos.

Es necesario que, al tomar medidas sobre políticas sanitarias, se consideren y conozcan los problemas de salud de los ciudadanos, la prevalencia de ciertas enfermedades entre los grupos sociales, así como sus consecuencias y los factores de riesgo que afecten la salud en función de las variables sociales, económicas y culturales, entre otras.

Para poder estudiar e investigar los indicadores de salud se utilizan un conjunto de datos o instrumentos relacionados con la salud de la población, mediante los cuales se evalúa la magnitud del daño. Estos instrumentos de valoración de la sanidad se caracterizan porque aportan informaciones parciales sobre algunas de las diferentes dimensiones de la salud (ODSA, 2015). Bajo estos análisis, los hallazgos empíricos se articulan bajo el supuesto de que el cumplimiento del derecho a la salud tanto en su nivel teórico como en su formulación jurídica, debieran traducirse en un escenario de igualdad en la distribución de las condiciones de la salud entre los distintos estratos y segmentos sociales, así como en la equidad en el acceso de éstos a las prestaciones de salud y a la atención de calidad de la misma (ODSA, 2010).

Los informes del Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario, (2011- 2018), permiten dar cuenta del acceso a determinados recursos y sistemas de protección social que repercute en las desiguales maneras en que los individuos logran cubrir sus necesidades de atención y cuidado de la salud, además pone en cuestión diferencias sustantivas en cuanto al desarrollo óptimo de aspectos del desarrollo humano y la integración social (Salvia, et al., 2015).

Los resultados informados sugieren que la heterogeneidad y la desigualdad social que prevalece en el país se reproducen tanto en las condiciones generales de salud de las personas y de las comunidades como en el propio sistema que las atiende. Además, se presentan estados de salud y enfermedad diferentes para cada estrato social y un sistema por completo fragmentado e inconexo que atiende a sub poblaciones heterogéneas.

Los mecanismos de estratificación socio-económica, educativa y laboral son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud, que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según

diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica, laboral y educativa del individuo sobre su salud no es directa, sino producto de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, las circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos o conductas preventivas en salud. Este modelo incorpora al sistema de salud como un determinante social más; porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, y por otra, el sector salud tiene un rol importante al promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales. En tanto que se ha constatado que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren/mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población (OMS, 2003).

La salud tiene importancia no sólo por su efecto en el crecimiento económico, sino también sobre todo por su impacto en la calidad de vida de las personas. El estado de salud de la población es una de las principales expresiones que asume el desarrollo de las capacidades humanas bajo un marco de integración social. Por lo mismo, dicho estado no es tan sensible a los ciclos del crecimiento económico como lo es tanto a las condiciones estructurales de pobreza como al impacto que pueden tener las políticas de salud acertadas. De esta manera, tanto las condiciones de salud bajo las cuales se reproduce la pobreza como la disponibilidad y calidad de los bienes y servicios públicos puestos al cuidado de la salud, reflejan la importancia asignada por el Estado y la sociedad a la creación de condiciones que mejoren la calidad de vida de la población.

En consideración, cabe preguntarse en qué medida la población del área metropolitana de Buenos Aires percibe su salud, accede a los servicios sanitarios y considera satisfactoria la prestación. El presente informe propone estudiar una serie de indicadores que evidencian el estado percibido, cobertura médica, accesibilidad y calidad de la atención, en tanto que cada indicador es evaluado en términos de su incidencia social a partir de los datos obtenidos por la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA-Agenda para la Equidad) durante los años 2017 y 2018. Además, la información se analiza observando el comportamiento en relación con factores estructurales relativos a la desigualdad social según pobreza por ingresos, estrato socio-ocupacional, características del individuo como son la edad y el sexo, en tanto que se analiza la información comparada por área metropolitana (CABA, Conurbano Norte, Oeste y Sur).

## Ficha Técnica

<b>ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA. SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD 2017-2025</b>	
<b>DOMINIO</b>	Agglomerados urbanos de la Argentina con 80.000 habitantes o más.
<b>UNIVERSO</b>	Hogares particulares. Población de 18 años o más del AMBA.
<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>	Muestra puntual personas y hogares: aproximadamente 5.800 casos por año.
<b>TIPO DE ENCUESTA</b>	Multipropósito longitudinal.
<b>ASIGNACIÓN DE CASOS</b>	No proporcional post-calibrado.
<b>PUNTOS DE MUESTREO</b>	Total 960 radios censales (Censo Nacional 2010), 836 radios a través de muestreo estratificado simple y 124 radios por sobre muestra representativos de los estratos más ricos y más pobres de las áreas urbanas relevadas (EDSA – Agenda para la Equidad 2017-2025).
<b>DOMINIO DE LA MUESTRA</b>	Agglomerados urbanos agrupados en 3 grandes conglomerados según tamaño de los mismos: 1) Gran Buenos Aires: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur)
<b>PROCEDIMIENTO DE MUESTREO</b>	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestro sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
<b>CRITERIO DE ESTRATIFICACIÓN</b>	Un primer criterio de estratificación define los dominios de análisis de la información de acuerdo a la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socio-económico de los hogares. Este criterio se establece a los fines de optimizar la distribución final de los puntos de relevamiento.
<b>FECHA DE REALIZACIÓN</b>	Tercer trimestre de cada año
<b>ERROR MUESTRAL</b>	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

## Esquema de dimensiones, variables, definiciones e indicadores de salud

DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
ESTADO DE SALUD	Déficit de estado de salud percibido	Estado general de salud percibido por las personas desde una noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica.	Porcentaje de personas que dicen tener bastantes problemas de salud, padecer enfermedades crónicas o graves.
	Malestar Psicológico	Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de la sintomatología ansiosa y depresiva de las personas.	Porcentaje de personas que mencionaron síntomas de ansiedad y depresión integradas en una puntuación.
COBERTURA DE SALUD	Cobertura médica	Cobertura médica que poseen las personas para acceder a prestaciones de salud.	Porcentaje de personas que poseen cobertura médica exclusivamente pública, obra social/mutual, PAMI o pre paga.
ATENCIÓN DE LA SALUD	Distancia del centro de salud	Mide la distancia de la vivienda hasta el centro de salud más cercano.	Porcentaje de personas que respondieron que viven a menos de cinco cuadras, entre cinco y diez cuadras o a más de diez cuadras de un centro de salud u hospital público o privado.
	Lugar de atención en el que se atendió la última vez	Localidad en la que se atendió la última vez que fue al médico.	Porcentaje de personas que respondieron haber acudido a un centro de salud público o privado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Conurbano u otra localidad.
	Sistema de atención de salud en la consulta médica	Sistema de atención de salud utilizado en la última visita profesional médica realizada.	Porcentaje de personas que mencionan haber utilizado obra social/mutual, hospital público o salita, pre-paga, médico particular, PAMI u otro prestador, en la última consulta médica realizada.
	Déficit en el acceso a la atención médica u odontológica	Refiere a la suspensión de visitas médicas u odontológicas por problemas económicos durante el último año.	Porcentaje de hogares que señalan déficit la atención médica /odontológica por problemas económicos.
	Déficit en el acceso a medicamentos	Refiere a la suspensión o disminución en la compra de medicamentos por problemas	Porcentaje de hogares que señalan déficit en el acceso a

		económicos durante el último año.	medicamentos por problemas económicos.
	<b>Ayuda recibida para la obtención de medicamentos</b>	Asistencia recibida no monetaria para la obtención de medicamentos durante el último año.	Porcentaje de hogares que dijeron haber recibido ayuda no monetaria de un organismo nacional, provincial o municipal, de una organización social, de ambas o de ninguna, para la obtención de medicamentos.
	<b>No realizar consulta médica anual</b>	Mide la falta de asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento.	Porcentaje de personas que afirmaron no haber realizado una consulta médica durante el último año.
<b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>Espera de más de una hora en la última consulta médica</b>	Situación en la que las personas, al acudir a una consulta médica, deben esperar más de una hora para ser atendidos.	Porcentaje de personas que dijeron haber tenido que esperar más de una hora para que el médico los atendiese durante la última consulta.
	<b>Espera para la atención médica con turno</b>	Refiere a los casos en los que las personas sacan un turno para acceder a la atención con un médico especialista, sin considerar las visitas a la guardia o emergencia.	Porcentaje de personas que indicaron haber tenido que esperar una semana, un mes o más de dos meses para ser atendidos la última vez que pidieron turno con un médico especialista, sin considerar las visitas a la guardia o emergencia.
	<b>Calificación de la última consulta médica</b>	Mide la evaluación subjetiva ,por parte de los pacientes, de la atención médica recibida durante la última consulta médica.	Porcentaje de personas que calificaron como muy buena, buena, regular, mala o muy mala la atención médica recibida durante la última consulta médica.

## Descripción y categorías de las variables de corte

VARIABLES REFERIDAS A CONDICIONES ESTRUCTURALES		
<b>ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL</b>	Expresa el estrato de pertenencia de los hogares a través de la condición, tipo y calificación ocupacional, fuente de ingresos y nivel de protección social logrado por el principal sostén económico del grupo doméstico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Medio profesional</li> <li>❖ Medio no profesional</li> <li>❖ Obrero integrado</li> <li>❖ Trabajador marginal</li> </ul>
<b>POBREZA POR INGRESOS</b>	Se considera a aquellas personas que viven en hogares cuyos ingresos no superan el umbral del ingreso monetario necesarios para adquirir en el mercado el valor de una canasta de bienes y servicios básicos (Canasta Básica Total -CBT).	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No pobre</li> <li>❖ Pobre</li> </ul>
<b>AMBA</b>	El área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) está integrada por las 15 comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 30 partidos del Conurbano Bonaerense, 24 pertenecientes al Conurbano en su definición clásica y 6 partidos del tercer cordón urbano. El Conurbano Norte está compuesto por los partidos de Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre, San Martín, San Miguel, Malvinas Argentinas, José. C. Paz y Pilar. El Conurbano Oeste está compuesto por los partidos de La Matanza, Merlo, Moreno, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Tres de Febrero, Cañuelas, General Rodríguez y Marcos Paz. El Conurbano Sur está compuesto por los partidos de Avellaneda, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Presidente Perón y San Vicente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ciudad Autónoma de Buenos Aires</li> <li>❖ Conurbano Oeste</li> <li>❖ Conurbano Norte</li> <li>❖ Conurbano Sur</li> </ul>
VARIABLES REFERIDAS A ATRIBUTOS DE LOS ADULTOS		
<b>SEXO</b>	Se refiere al sexo del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Varón</li> <li>❖ Mujer</li> </ul>
<b>EDAD</b>	Se refiere al grupo de edad al que pertenece el encuestado	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 18 a 34 años</li> <li>❖ 35 a 59 años</li> <li>❖ 60 años a 74 años</li> <li>❖ 75 años y más</li> </ul>

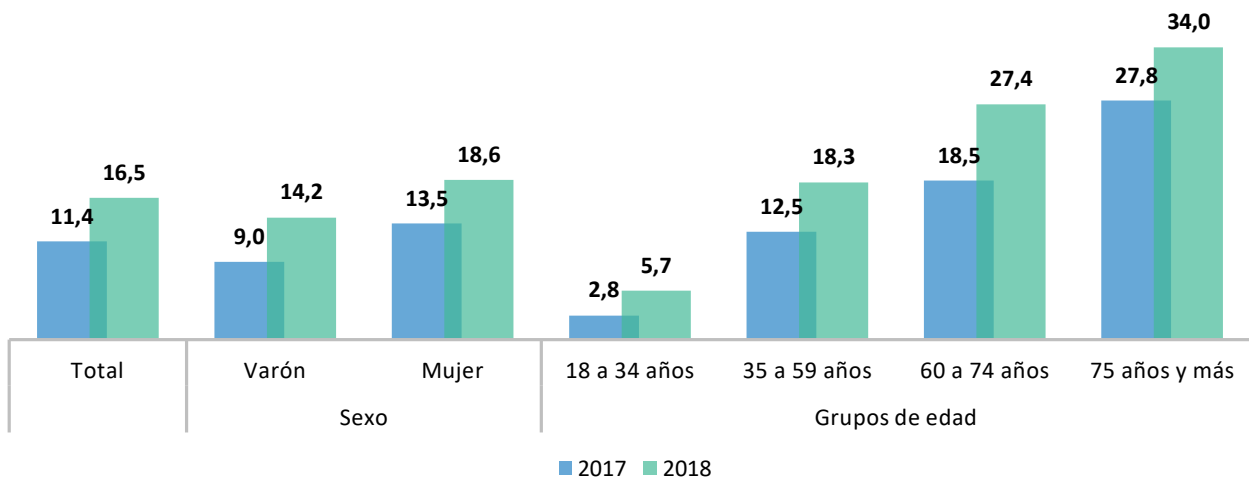


# Estado de salud

## Déficit de estado de salud percibido

- Al comparar los años 2017 y 2018, se observa un aumento del 5% en las personas de 18 años y más, que declaran un estado de salud deficitario. Las mujeres son quienes perciben en mayor medida un déficit en su estado de salud. Por otra parte, el deterioro en la salud aumenta en función de la edad, alcanzando a 3 de cada 10 personas de 75 años y más, en 2017 y 2018. En el grupo de 60 a 74 años es donde la brecha es mayor entre 2017 y 2018 (Figura 1).

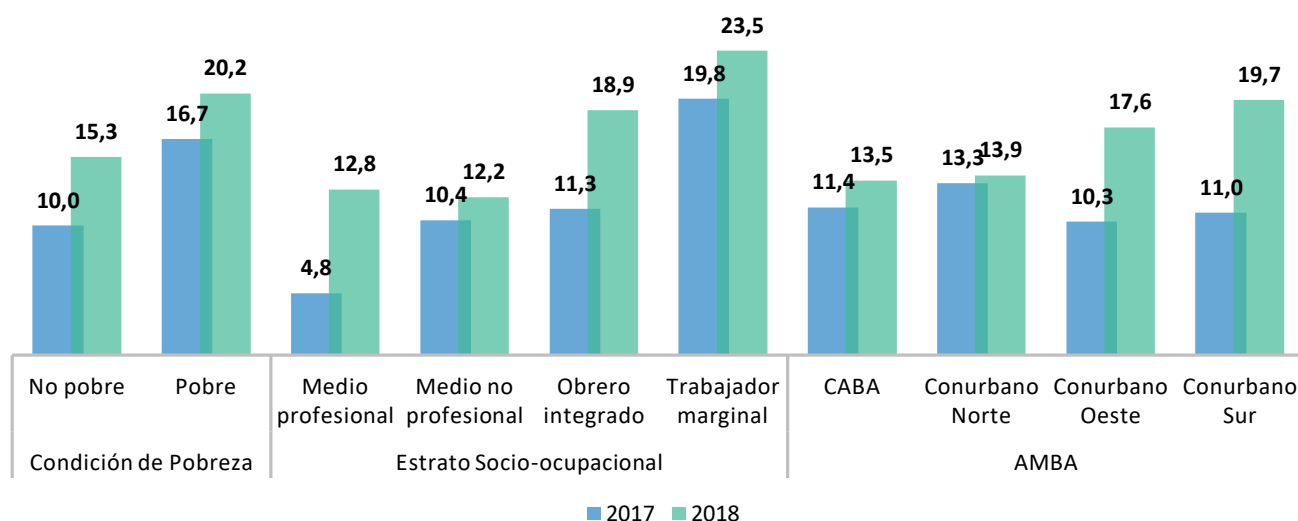
**Figura 1. Déficit del estado de salud percibido según características individuales**  
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 y 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Con respecto a las características de desigualdad social, los datos evidencian mayor nivel de déficit en el estado de salud percibido en las personas que se encuentran en condición de pobreza, tanto en el año 2017 como en el 2018 (Figura 2). En el 2017, el 10% de las personas no pobres y el 16,7% de personas bajo condición de pobreza percibieron su estado de salud como deficitario. Este dato se eleva en el 2018 a un 15,3% y 20,2% en no pobres y pobres, respectivamente.
- En el año 2017, se advierte mayor déficit en el estado de salud percibido en el Conurbano Norte (13,3%). Situación que se modifica en el año 2018, en el cual se distingue un salto de 7 puntos porcentuales en el Conurbano Sur, posicionándolo como el área con mayor déficit del estado de salud percibido, en comparación con las demás áreas del Conurbano y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- La condición laboral es una variable que ha demostrado diferencias en cuanto a la desigualdad. A mayor precariedad laboral, mayor déficit en la salud, si bien en el 2018 se eleva considerablemente el indicador entre los adultos que pertenecen al estrato medio profesional.

**Figura 2. Déficit del estado de salud percibido según características de desigualdad social**  
 En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 y 2018.

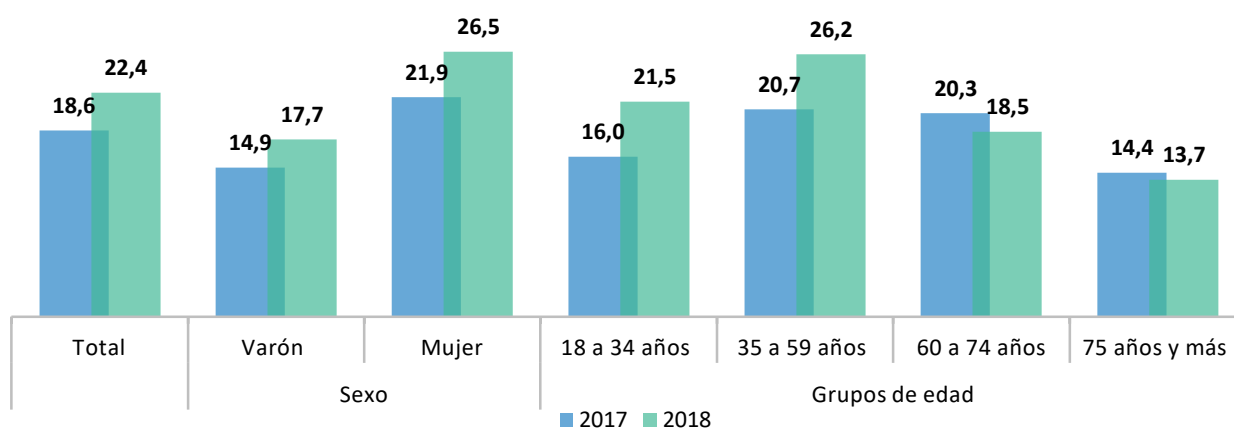


Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

### Malestar psicológico

- En el total de la población urbana, en el año 2018 se obtuvo un incremento de aproximadamente 4 p.p. en cuanto al padecimiento de malestar psicológico respecto del año anterior, pasando de 18,6% a 22,4%. De este resultado, si se compara la población según grupos de varones y mujeres, estas últimas presentan un mayor porcentaje en ambos años. Por otro lado, en los jóvenes (18 a 34 años) y los adultos (35 a 59 años) se ha observado un aumento de casi 6 p.p. en comparación con el año 2017, observándose una tendencia inversa en las personas de 60 años en adelante (Figura 3).

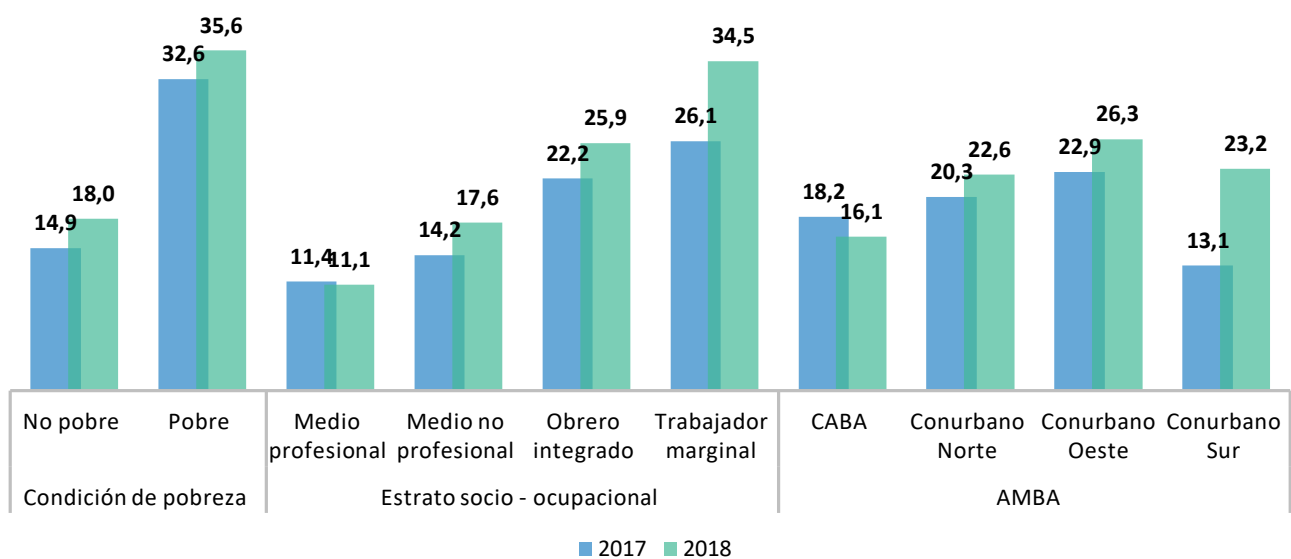
**Figura 3. Malestar psicológico según características individuales**  
 En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 y 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Al analizar esta variable según la condición de pobreza, se observa un aumento de aproximadamente 3 p.p. respecto del año anterior, tanto en personas pobres, como en no pobres. En cuanto a las diferencias según el estrato socio – ocupacional al que pertenecen, se destaca que para el 2018, el nivel de malestar psicológico en aquellas personas que pertenecen al estrato socio – ocupacional trabajador marginal fue hasta 3 veces más alto que el de aquellos que pertenecen al estrato medio profesional, lo cual señala la presencia de un mayor déficit de salud mental a mayor precariedad laboral, educativa y económica.
- Finalmente, si se observa este indicador según la localidad del AMBA en la que reside, aquellos que pertenecen al Conurbano Oeste y Conurbano Sur son los que presentan en mayor medida sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con el resto de áreas, En el caso de CABA, además de mantenerse en último lugar respecto de los demás en cuanto a porcentaje de población con este tipo de sintomatología, ha obtenido cerca de dos p.p. menos en su prevalencia en el año 2018 (Figura 4).

**Figura 4. Malestar psicológico según características de desigualdad social**  
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 y 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

## Cobertura de salud

### Cobertura médica

- Como se presenta en la Tabla 1, la cobertura médica más utilizada durante el 2017 y 2018 fue Obra Social o Mutual con un 36,4% y 40,6% respectivamente, seguida de la cobertura exclusivamente pública. En comparación con el 2017, en el 2018 hubo un incremento del porcentaje de personas que se atienden mediante Obra Social o Mutual, En ambos años, dentro del grupo de varones esta fue la cobertura que reportaron poseer en mayor medida, así como aquellos que tienen de 35 a 59 años.
- Al analizar esta variable según la condición de pobreza, se observa que 7 de cada 10 pobres dicen utilizar solamente la cobertura pública en salud, a pesar de que ésta ha disminuido de un año a otro (77,0% para el año 2017 y un 70, 8% para el 2018).
- En el 2017, más de la mitad de las personas de estrato socio – ocupacional medio profesional poseía una prepaga para acceder a la atención en salud o tratamiento (57,3%), a pesar de que en el 2018 este porcentaje descendió a 47,9%. En ambos años, las personas del estrato medio no profesional cuentan en su mayoría con una Obra Social o Mutual, mientras que el acceso a la atención para aquellos pertenecientes al estrato obrero integrado y trabajador marginal es a través de cobertura exclusivamente pública.
- Por último, según el área de residencia, los encuestados en CABA cuentan en su mayoría con Prepaga u Obra Social o Mutual durante el 2017 y 2018. En el año 2017, hubo una predominancia del acceso a la salud mediante la cobertura exclusivamente pública en el Conurbano (34.6% para Conurbano Norte, 44.3% para Conurbano Oeste y 42.2% para Conurbano Sur). Sin embargo, en el año 2018, fue levemente mayor la proporción de personas con obra social o mutual en el Conurbano Oeste (42%) y Sur (43.2%), en comparación con el año anterior, El Conurbano Norte, mantuvo elevados guarismos en la cobertura médica pública, tanto en 2017 (34.6%) como en 2018 (41.9%) (Tabla 1).

**Tabla 1. Cobertura médica según características individuales y de desigualdad social**  
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 y 2018.

		Obra social o Mutual		PAMI		Prepaga		Cobertura pública	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
<b>Sexo</b>	Varón	39,3	42,5	10,6	10,8	16,9	12,5	33,2	34,3
	Mujer	33,9	38,9	13,3	14,4	17,2	15,0	35,6	31,6
<b>Edad</b>	18 a 34 años	38,3	45,1	1,0	0,4	11,9	9,5	48,8	45,0
	35 a 59 años	41,8	47,5	1,2	1,8	19,5	14,0	37,5	36,7
	60 a 74 años	27,3	23,5	41,3	46,1	18,5	18,1	12,9	12,3
	75 años y más	18,3	20,0	56,1	55,6	24,0	24,1	1,6	0,3
<b>Condición de Pobreza</b>	Pobre	18,7	21,9	2,9	5,6	1,4	1,7	77,0	70,8
	No pobre	41,1	46,7	14,4	15,0	21,2	17,8	23,3	20,4
<b>Estrato Socio-ocupacional</b>	Medio profesional	35,7	39,6	2,3	3,2	57,3	47,9	4,7	9,3
	Medio no profesional	51,5	56,6	8,6	6,3	17,1	15,8	22,8	21,3
	Obrero integrado	32,5	35,9	16,5	18,1	6,1	3,6	44,9	42,4
	Trabajador marginal	16,4	20,2	18,5	22,1	1,3	0,8	63,8	56,9
<b>AMBA</b>	CABA	36,6	46,9	8,9	8,4	41,6	35,6	12,9	9,1
	Conurbano Norte	30,7	29,0	13,8	12,2	20,9	16,8	34,6	41,9
	Conurbano Oeste	37,4	42,0	12,9	14,1	5,3	3,7	44,3	40,3
	Conurbano Sur	39,5	43,2	12,4	14,9	5,8	4,8	42,2	37,1
<b>Total</b>		<b>36,4</b>	<b>40,6</b>	<b>12,0</b>	<b>12,7</b>	<b>17,1</b>	<b>13,8</b>	<b>34,5</b>	<b>32,9</b>

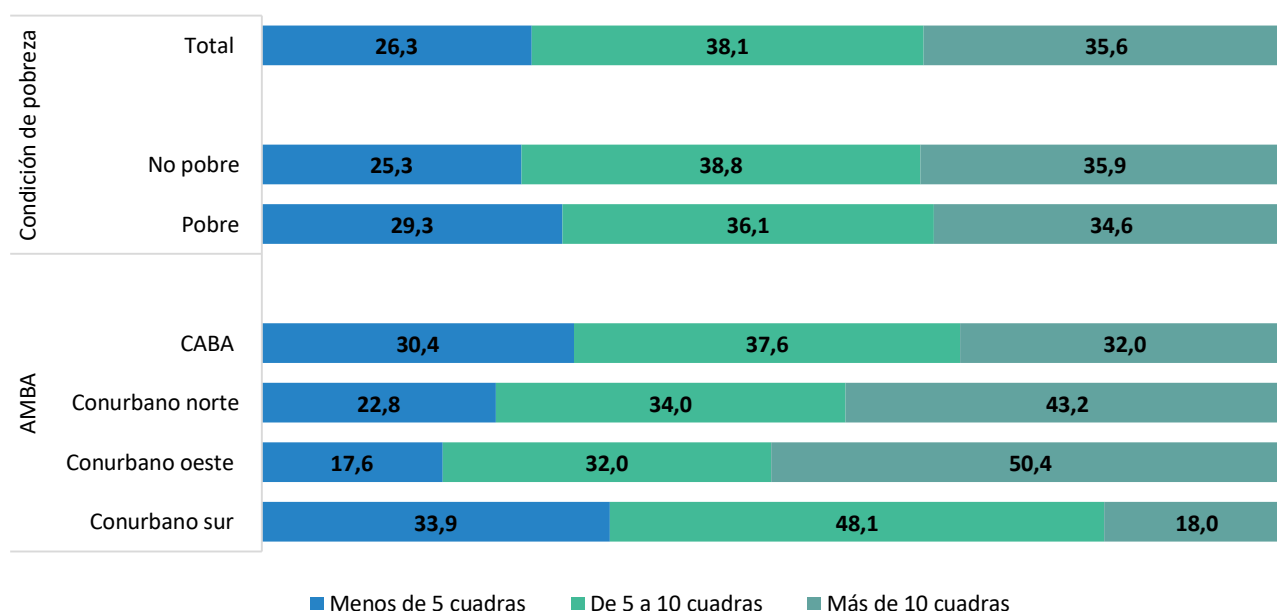
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

## Atención de la salud

### Distancia del hogar al centro de salud

- Como se puede observar en la Figura 5, del total de hogares encuestados, el 38,1% se encuentra de cinco a diez cuadras de distancia del centro de salud más cercano, 35,6 a más de diez cuadras y el 26,3% a menos de cinco cuadras.
- Entre las personas pobres y no pobres, esta variable posee guarismos relativamente similares en sus categorías. Por otro lado, en función de la localidad en la que residen, informan mayor distancia para acceder a un centro de salud, aquellos que se encuentran en el Conurbano Oeste (43,2%) y Norte (50,4%),

**Figura 5. Distancia del hogar al centro de salud según características de desigualdad social**  
En porcentaje de hogares particulares del AMBA. Años 2017-2018.



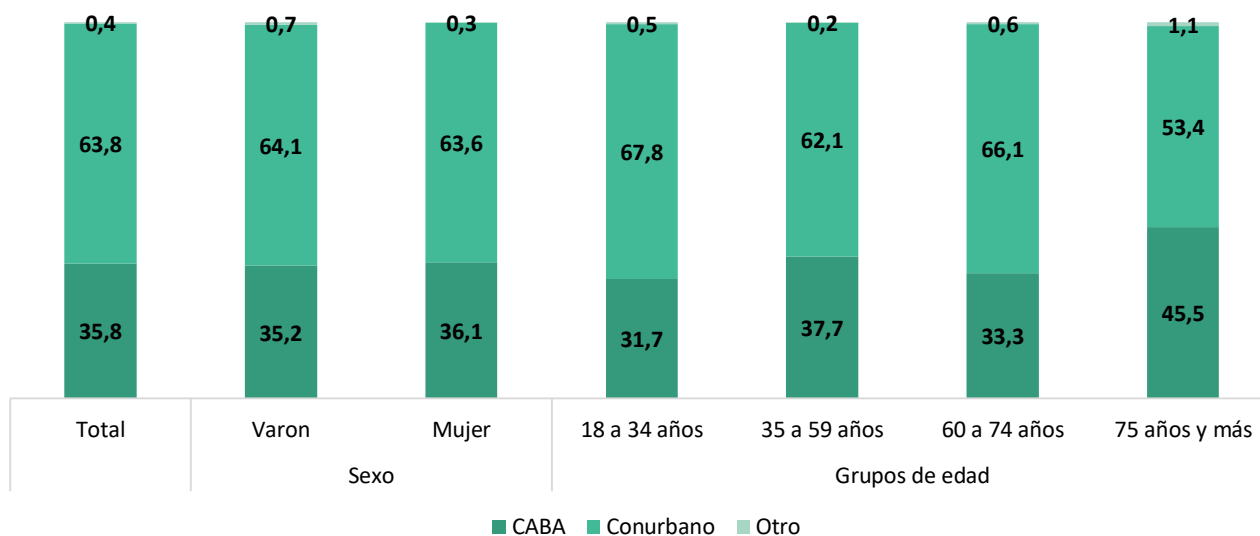
**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

### Lugar de atención

- En los años 2017 y 2018, 4 de cada 10 adultos argentinos se atendió en centros de salud en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que 6 de cada 10 lo hizo en el Conurbano. Dicha proporción se repite tanto en hombres como en mujeres (Figura 6).
- Al comparar por grupos de edad, se observa que los adultos mayores, de 75 años y más son quienes reportan en mayor medida, atenderse en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (45,5%). Por otro lado, los jóvenes de 18 a 34 años son quienes más asisten a centros de salud en el Conurbano (67,8%) (Figura 6).

**Figura 6. Lugar de atención según características individuales**

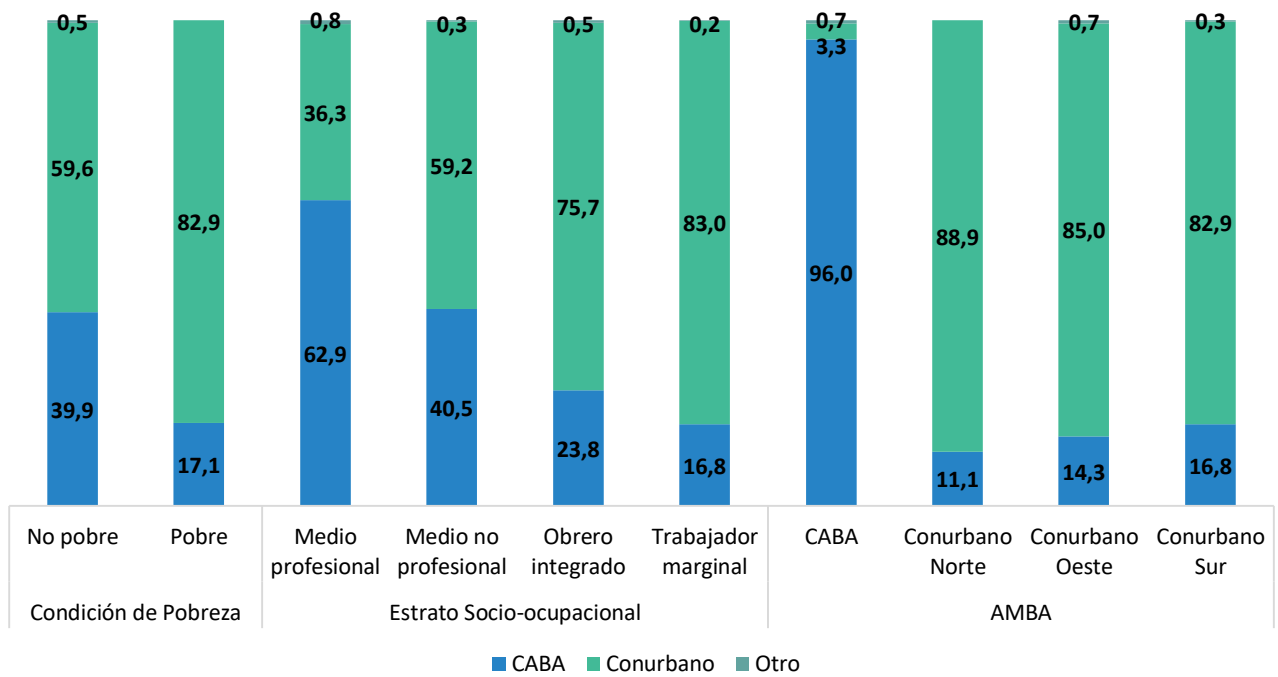
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Se distingue que las personas que viven en condiciones de pobreza, se atienden en su mayoría en el Conurbano (82,9%). Mientras que 6 de cada 10 personas no pobres asisten a un centro de salud en el Conurbano, frente a un 39,9% que se atiende en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Figura 7).
- Según estrato socio-ocupacional, se observa mayor uso de los centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el medio profesional. Seis de cada diez personas pertenecientes al estrato no profesional asisten a instituciones en CABA, frente a 2 de cada 10 trabajadores marginales (Figura 7).
- La gran mayoría de las personas encuestadas, asiste a la consulta en salud en la localidad en la que reside. El 11% de los adultos del Conurbano Norte, el 14% del Conurbano Oeste y el 17% del Conurbano Sur se traslada a los centros de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En tanto que sólo el 3.3% de CABA se atiende en el Conurbano Bonaerense (Figura 7).

**Figura 7. Lugar de atención según características de desigualdad social**  
 En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



## Sistema de atención de salud utilizado en la última consulta

- Como se muestra en la Tabla 2, se analizó el sistema de atención de salud por el que se atendió la última vez, según características individuales y de desigualdad social. Se observa que, del total de la población encuestada, el sistema de atención de salud más utilizado para realizar control, prevención o tratamiento médico es la Obra social o Mutual lo cual se ve reflejado en un 38%. Mediante este sistema, la mayoría son varones (42,2%), de 18 a 34 años (43,9%), no pobres (42,4%), que residen en el Conurbano sur (41,0%), y que pertenecen al estrato medio no profesional (50,4%).
- Tres de cada diez personas han realizado la última consulta médica en un hospital público o salita. Específicamente, las mujeres (29.1%) y los jóvenes de 18 a 34 años (36%) han utilizado dicho sistema de salud en mayor proporción que varones y los otros grupos etarios. Se observa mayor prevalencia de uso de hospital público y salita en condición de pobreza (71.1%) y en el Conurbano, en comparación con las personas no pobres y de CABA. Mayor precariedad socio-laboral se asocia a mayor uso de un hospital público o salita en la última consulta médica, alcanzando a más de la mitad de los trabajadores marginales (55%) (Tabla 2).

**Tabla 2. Utilización de sistema de atención según características individuales y de desigualdad social**  
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018.

		Hospital Público/ Salita	Obra Social o Mutual	Prepaga	Médico particular	PAMI	Otros
<b>Sexo</b>	Varón	25,1	42,2	17,0	4,5	11,0	0,2
	Mujer	29,1	35,0	19,2	4,6	11,9	0,2
<b>Edad</b>	18 a 34 años	36,0	43,9	13,1	6,1	0,7	0,2
	35 a 59 años	32,8	42,5	19,6	3,6	1,4	0,2
	60 a 74 años	15,9	27,0	20,2	4,0	32,8	0,2
	75 años y más	2,0	23,8	25,2	5,2	43,7	
<b>Condición de pobreza</b>	No pobre	17,7	42,4	22,1	4,7	13,0	0,1
	Pobre	71,1	18,2	1,1	4,2	5,1	0,4
<b>AMBA</b>	CABA	8,0	40,0	40,4	3,1	8,2	0,3
	Conurbano Norte	33,0	28,0	23,2	3,2	12,5	0,2
	Conurbano Oeste	34,6	40,1	5,3	5,7	14,1	0,1
	Conurbano Sur	34,8	41,0	6,9	5,7	11,5	0,1
<b>Estrato socio - ocupacional</b>	Medio profesional	4,1	37,7	51,9	4,1	2,0	0,2
	Medio no profesional	19,1	50,4	18,7	5,2	6,4	0,1
	Obrero integrado	37,2	34,2	5,7	5,2	17,6	0,2
	Trabajador marginal	55,2	17,1	3,1	2,0	22,1	0,5
<b>Total</b>		<b>27,4</b>	<b>38,0</b>	<b>18,3</b>	<b>4,6</b>	<b>11,5</b>	<b>0,2</b>

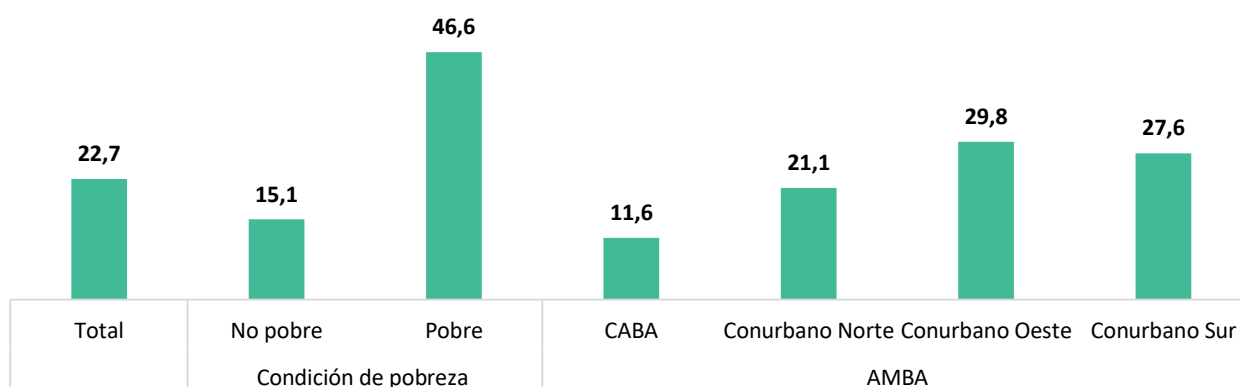
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

### Déficit en el acceso a la atención médica u odontológica

- En dos de cada diez hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, han dejado de asistir al médico o dentista debido a problemas económicos en el año anterior (Figura 8).
- La mitad de los hogares que se encuentran bajo condiciones de pobreza, han debido abandonar las consultas al médico o dentista por problemas económicos, situación que es notoriamente distinta en los hogares no pobres (Figura 8).

- Esta situación de privación en atención de la salud, debido a problemas económicos es similar en el Conurbano Norte (29,8%) y en el Conurbano Sur (27,6%) y en menor proporción en el Conurbano Oeste (21,1%). Sólo uno de cada diez hogares en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires debió dejar de ir al médico o dentista por problemas económicos en el último año (Figura 8).

**Figura 8. Déficit en el acceso a la atención médica u odontológica**  
En porcentaje de hogares particulares del AMBA. Años 2017-2018.



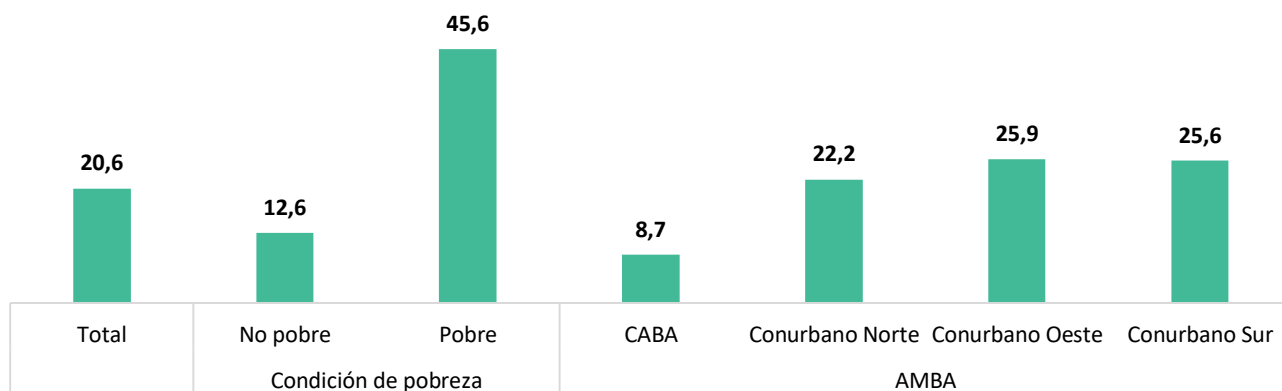
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

### Déficit en el acceso a medicamentos

- En la misma línea, dos de cada diez hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense, debieron dejar de comprar medicamentos debido a los problemas económicos en el último año (Figura 9).
- Específicamente, 1 de cada 10 hogares no pobres frente a casi la mitad de los hogares bajo la línea de pobreza, dejó de comprar medicamentos en el año anterior por problemas económicos. Los resultados evidencian a su vez, mayores dificultades para seguir comprando medicamentos en los hogares del Conurbano en comparación con aquellos pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Figura 9).

### Figura 9. Déficit en el acceso a medicamentos

En porcentaje de hogares particulares del AMBA. Años 2017-2018.



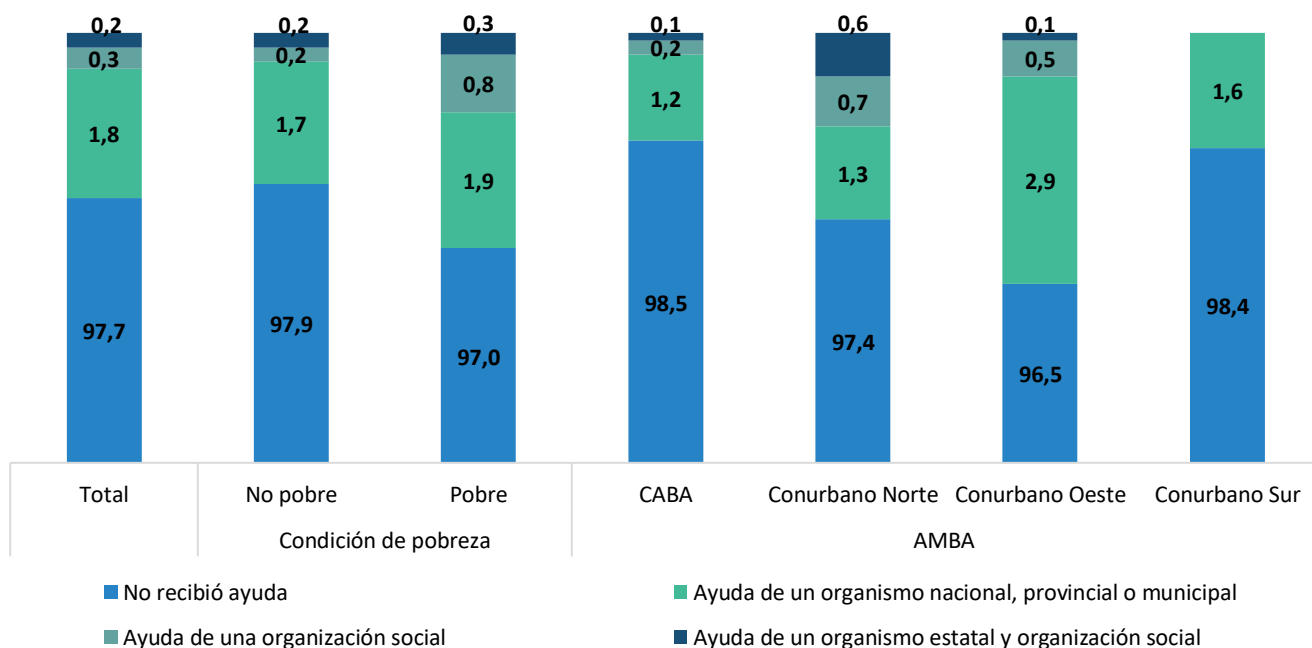
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

### Asistencia de organismos para la obtención de medicamentos

- Consecuentemente, los sujetos fueron consultados acerca de la ayuda recibida por parte de organismos sociales o gubernamentales, para comprar medicamentos. Prácticamente la totalidad de los encuestados refieren no haber recibido ayuda de ningún organismo para la compra de medicamentos. Entre quienes establecen haber recibido ayuda, ha sido principalmente desde un organismo nacional, provincial y municipal (Figura 10).

### Figura 10. Ayuda recibida para medicamentos

En porcentaje de hogares particulares del AMBA. Años 2017-2018.



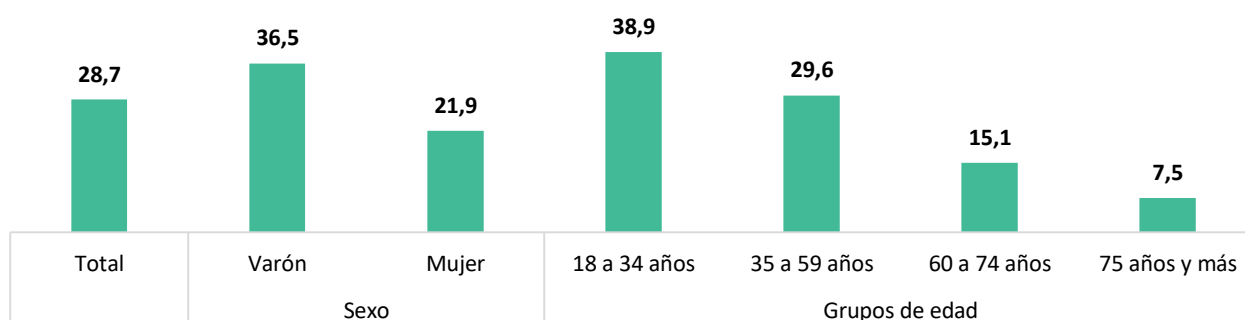
Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

## Falta de consulta médica anual

- Como se presenta en la Figura 11, un tercio del total de los encuestados no realizaron una consulta médica anual (28,7%). Los grupos que no accedieron al sistema de salud fueron los varones (36,5%), más que las mujeres (21,9%) y los jóvenes de 18 a 34 años (38,9%). Las personas de 75 años o más son el grupo que menos déficit presentan en la visita anual al médico (7,5%).
- Por otra parte, la privación de consulta médica se presenta en mayor medida en condiciones de mayor carencia económica y precariedad laboral. Al comparar grupos según condición de pobreza y estrato socio-ocupacional, presentaron un mayor porcentaje de este indicador las personas pobres (43,3%) y las personas que pertenecen al estrato trabajador marginal (39,8%), en comparación con las personas no pobres (24,5%) y pertenecientes al estrato medio profesional (16,3%). Según el área de residencia, las personas en el Conurbano Norte presentan el porcentaje superior de personas que no realizaron una consulta médica en el último año (36,5%) (Figura 12).

**Figura 11. No realizar consulta médica anual según características individuales**

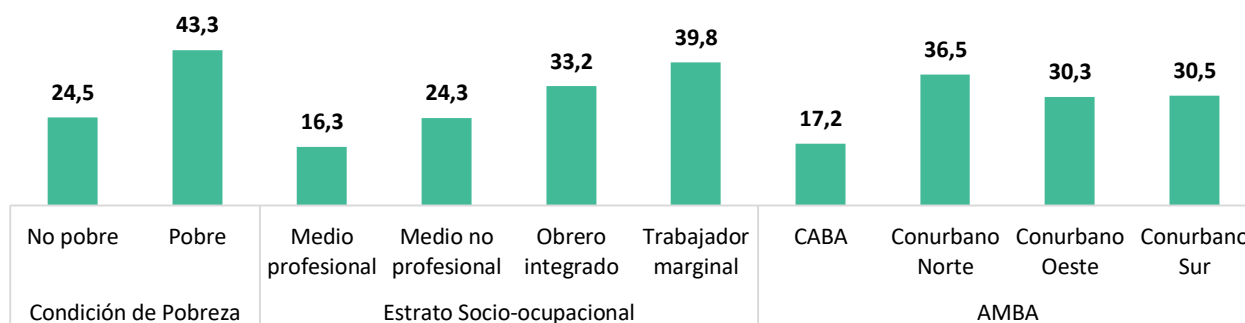
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 - 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 12. No realizar consulta médica anual según características de desigualdad social**

En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 - 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

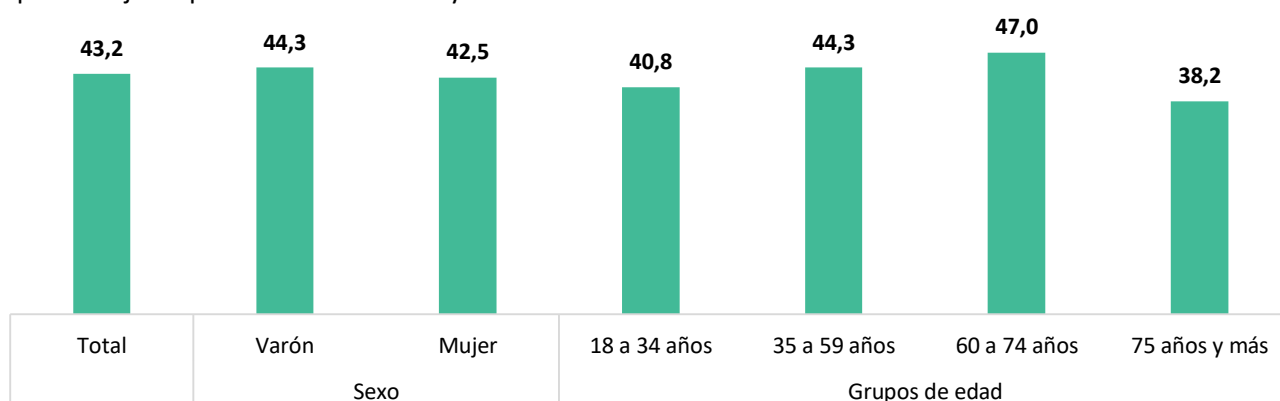
## Calidad de la atención médica

### Espera de más de una hora para la atención médica en la última consulta

- El 43,2% de los encuestados reportaron haber esperado más de una hora para recibir atención médica, sin diferencias en función del sexo. El grupo etario que en mayor medida tuvo que esperar en ser atendido, fue el de 60 a 74 años, lo cual se ve reflejado en un 47%. En el caso de los adultos de 75 años y más, la espera en la consulta médica disminuye, alcanzando el valor más bajo (38.2%), en comparación con los demás grupos etarios (Figura 13).

**Figura 13. Espera más de una hora para la atención médica según características individuales.**

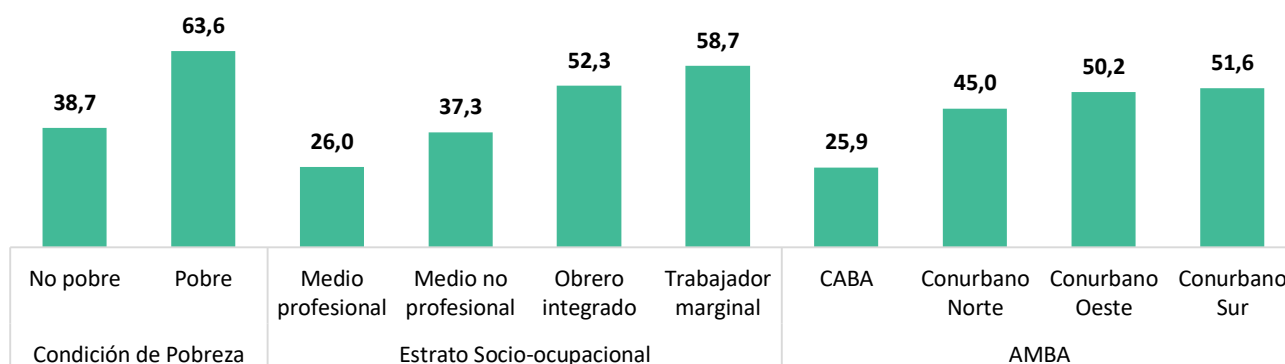
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



**Fuente:** EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

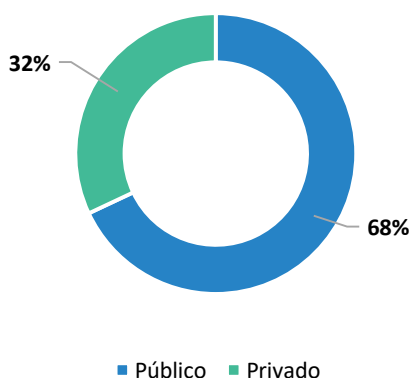
- La demora de más de una hora en la atención médica es de más del 60% en las personas pobres. A su vez, a mayor precariedad socio-laboral mayor prevalencia de espera de más de una hora, duplicando los valores del estrato medio profesional (26%) al trabajador marginal (58.7%).
- En la Figura 14, se observan diferencias en la demora en la atención, en función del área de residencia. Los guarismos detallan que en CABA (25.9%), la demora de más de una hora en recibir atención médica es la mitad que en el Conurbano (45% en Conurbano Norte, 50.2% en Conurbano Oeste y 51.6% en Conurbano Sur).
- Al analizar la espera de más de una hora en la consulta médica según sistema de salud utilizado, se observa una notoria brecha entre el sistema público que ostenta el 68% en tanto que en un servicio médico privado disminuye al 32% (Figura 15).

**Figura 14. Espera más de una hora para la atención médica según características de desigualdad social.**  
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 15. Espera más de una hora para la atención médica según sistema de salud**  
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

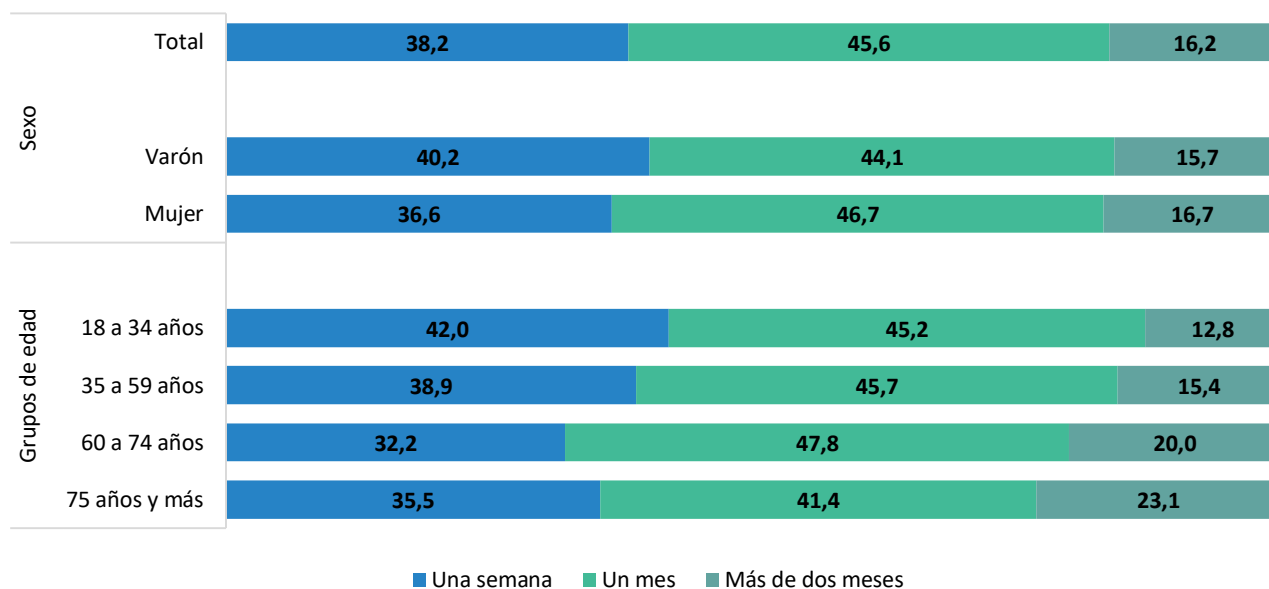
### Espera para la atención médica con turno

- En general, cerca de la mitad de las personas que obtuvieron un turno con un médico especialista tuvieron que esperar alrededor de un mes para la atención (45,6%), seguido de la espera de una semana (38,2%) y de más de dos meses (16,2%). Las mujeres (16,7%) y las personas de 75 años o más (23,1%) son aquellas que reportaron haber esperado más de dos meses en mayor medida en comparación con los demás grupos analizados según características individuales (Figura 16).
- En este mismo sentido, las personas pobres (27,5%), aquellos pertenecientes al estrato Trabajador marginal (26,9%) y aquellos del Conurbano Oeste y Sur (20%) también constituyen grupos cuyo tiempo de espera para la atención con turno fue mayor respecto a los demás. Según condición de pobreza y estrato socio – ocupacional, el tiempo de espera predominante en todas las categorías fue de un mes, si bien a menor precariedad socio-laboral y económica la espera para la atención médica con turno es

menor. Los guarismos de mayor tiempo de espera en el Conurbano se elevan en comparación con CABA (Figura 17).

**Figura 16. Espera para atención con turno según características individuales**

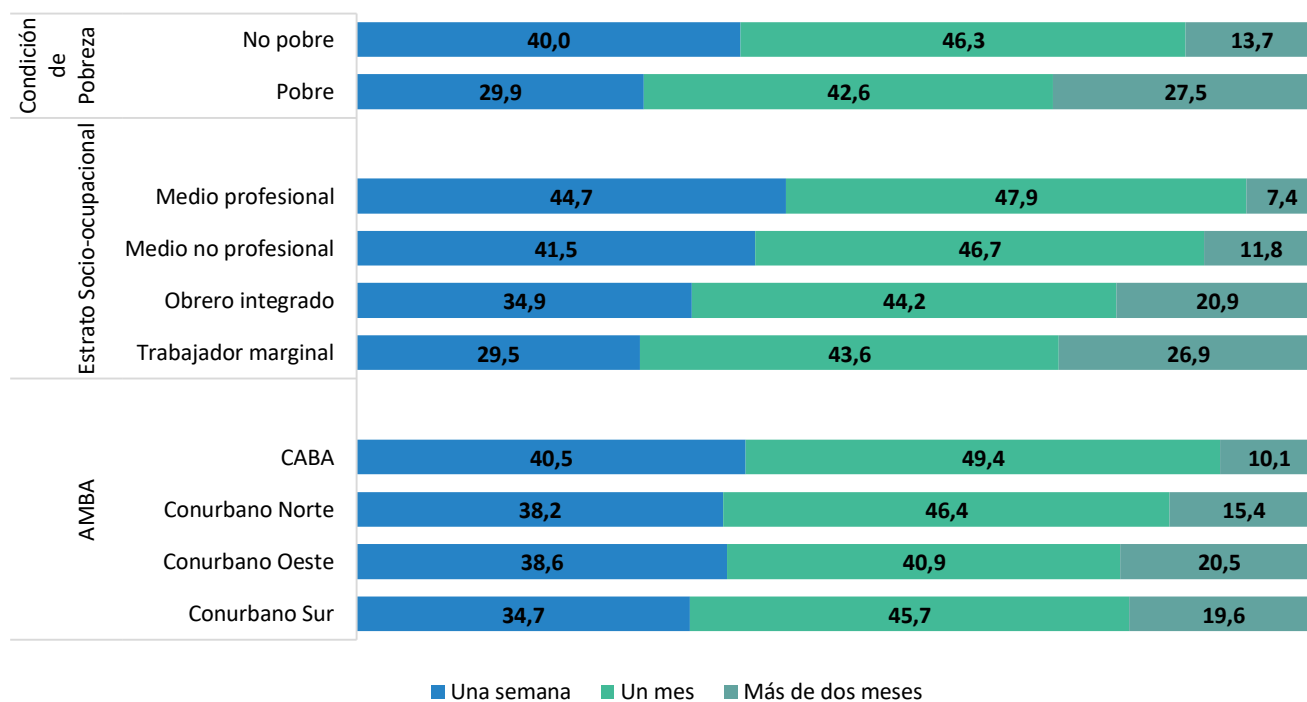
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 17. Espera para atención con turno según características de desigualdad social**

En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017- 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.



- Como se observa en las Figuras 18 y 19, cerca de la mitad de las personas sacaron un turno para la atención con un médico especialista, tanto en el sistema de atención público (44,9%) como en el privado (45,8%), tuvieron que esperar alrededor de un mes para ser atendidos. En el sistema de atención de salud público se evidencia que el porcentaje de tiempo de espera de más de dos meses fue de tres veces más (28,5%) respecto del que se obtuvo en el sistema privado (8,0%).

**Figura 18. Espera para atención con turno según sistema de salud público**

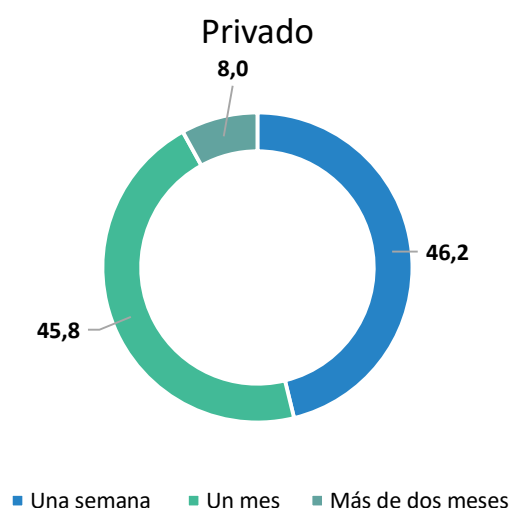
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 19. Espera para atención con turno según sistema de salud privado**

En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

### Calificación de la última consulta médica

- En cuanto a la calidad de la última consulta médica percibida por los encuestados, cerca del 90% refirieron haber recibido una buena o muy buena atención en la última consulta médica realizada. Los grupos que en su mayoría calificaron la atención brindada como mala en función de la división de grupos según sexo, edad, localidad y estrato socio - ocupacional, son los varones (4,5%), las personas de 60 a 64 años (4,9%), aquellos que residen en el Conurbano Norte (6,3%) y los que pertenecen al estrato socio –ocupacional obrero integrado (3,8%), seguido por el trabajador marginal (4,3%) (Tabla 3).

**Tabla 3. Calificación de la última consulta**

En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018.

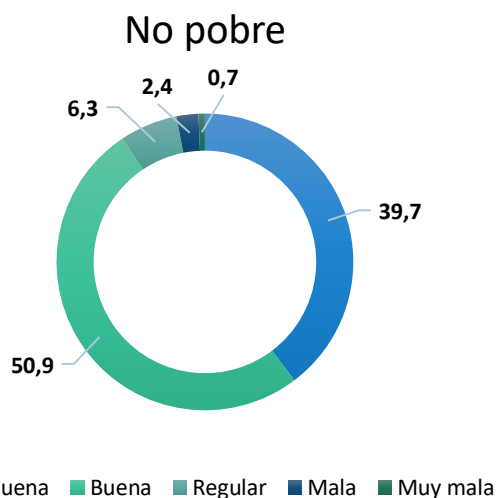
		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
<b>Sexo</b>	Varón	34,9	52,8	7,7	3,3	1,2
	Mujer	39,1	50,9	6,7	2,5	0,7
<b>Edad</b>	18 a 34 años	32,7	56,0	7,3	2,9	1,1
	35 a 59 años	38,9	51,4	6,4	2,2	1,0
	60 a 74 años	36,3	50,5	8,3	4,2	0,7
	75 años y más	47,2	41,8	8,3	2,1	0,5
<b>AMBA</b>	CABA	59,4	36,0	3,2	1,1	0,3
	Conurbano Norte	29,8	56,3	7,7	4,5	1,8
	Conurbano Oeste	29,2	58,0	8,4	3,9	0,5
	Conurbano Sur	29,8	57,2	9,6	2,2	1,3
<b>Estrato socio-ocupacional</b>	Medio profesional	51,9	44,6	2,5	0,5	0,4
	Medio no profesional	39,7	51,1	5,8	2,7	0,7
	Obrero integrado	31,0	54,6	8,9	3,8	1,5
	Trabajador marginal	27,5	55,6	12,6	3,6	0,7
<b>Total</b>		<b>37,3</b>	<b>51,7</b>	<b>7,3</b>	<b>2,8</b>	<b>0,9</b>

Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Las personas pobres reportaron haber recibido una buena atención en su mayoría (55.6%). Sin embargo, el porcentaje de personas pobres que calificaron como muy mala la atención en la última consulta duplica a aquellos no pobres (1,9%) (Figura 21).
- En cuanto al sistema de atención de salud al que se acudió, las personas calificaron como muy mala la atención brindada un 0,7% en centros de salud del sector privado (Figura 23), mientras que en el sector público este porcentaje se duplica (1,4%) (Figura 22). Las diferencias se acentúan en el resto de las categorías: la atención del sistema público fue calificada como mala cinco veces más que en el sistema privado (5,4%) (Figura 22), Así, en el sistema privado prevalece una mejor atención de salud ya que, en su mayoría, la atención fue calificada como muy buena (42,9%) y buena (50,3%) (Figura 23).

**Figura 20. Calificación de la última consulta en personas no pobres**

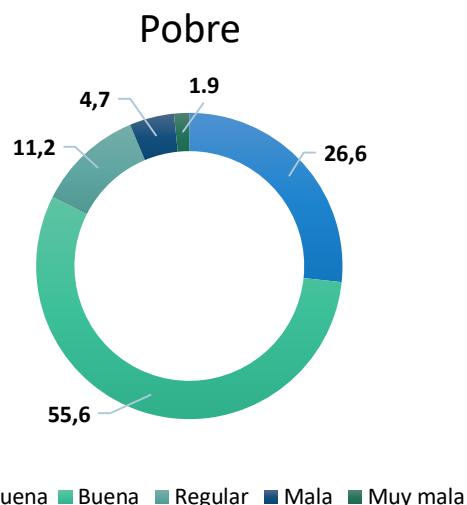
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 21. Calificación de la última consulta en personas en condición de pobreza.**

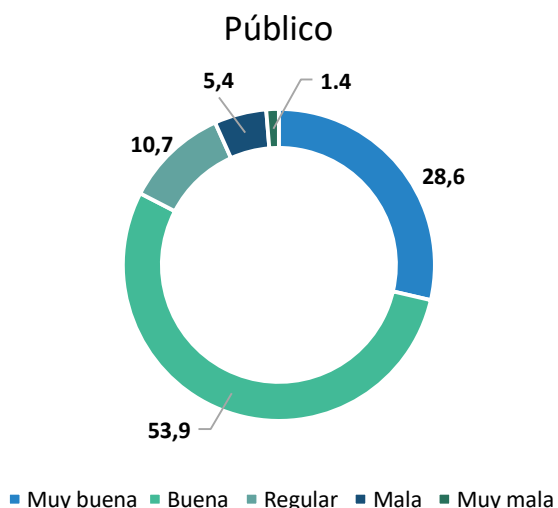
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017 – 2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 22. Calificación de la última consulta en sistema de salud público**

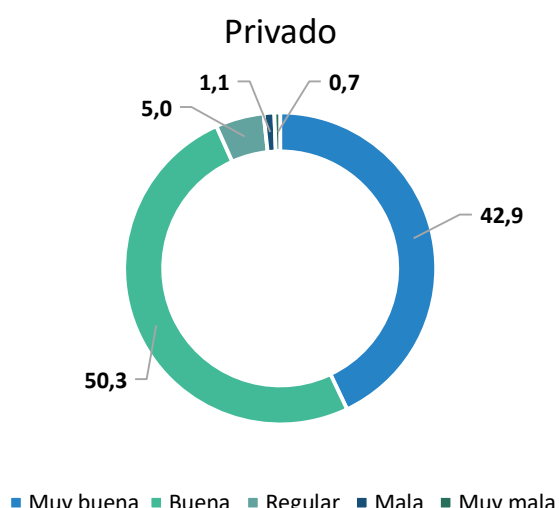
En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

**Figura 23. Calificación de la última consulta en sistema de salud privado**

En porcentaje de población de 18 años y más del AMBA. Años 2017-2018.



Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

## Conclusiones

La salud física y mental de la población ostenta un mayor déficit en mujeres y a mayor precariedad socio-laboral y económica, si bien a mayor edad la salud física empeora y la psicológica se percibe mejor.

El derecho a la atención en salud se encuentra garantizados, si bien la fragmentación del tipo de cobertura opera sobre la accesibilidad y calidad de la atención. Prestaciones médicas dentro del sistema de público de salud tienen mayor tiempo de espera en la atención y peor calificación en la atención recibida.

Se demuestra también en las distintas áreas metropolitanas analizadas, en especial la que conforma el Conurbano y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La condición de pobreza o precariedad socio-laboral tiene una relación estrecha con falta de atención médica u odontológica.