

IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Familia y conductas preventivas en salud en la Ciudad de Buenos Aires.

Victoria Mazzeo.

Cita:

Victoria Mazzeo (2011). *Familia y conductas preventivas en salud en la Ciudad de Buenos Aires. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/616>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Familia y conductas preventivas en salud en la Ciudad de Buenos Aires.

Victoria Mazzeo

Dirección General de Estadística y Censos (GCBA) e Instituto Germani

vmazzeo@buenosaires.gob.ar

RESUMEN

Las condiciones de salud de la población resultan del efecto conjunto de factores genéticos, estilos de vida y factores del contexto, donde desarrolla su vida. Es decir, la situación de la salud y sus desigualdades, están determinadas tanto individual como histórica y socialmente. A nivel de la población son los factores socioeconómicos, culturales, ambientales y políticos los que tienen el rol fundamental como determinantes de los niveles de salud.

La consulta con el médico, punto inicial de la demanda de atención, resulta de una decisión individual, cuya oportunidad permite denotar conductas preventivas. Es sabido que estas conductas están condicionadas por el lugar que ocupan los hogares en la estructura social. Los hogares pobres están más expuestos a enfermedades por falta de recursos económicos y escaso conocimiento sobre temas de salud. La educación juega un papel importante en los hábitos y costumbres de los hogares relacionados con la salud. Por otro lado, si bien los hogares conyugales son predominantes, el crecimiento ininterrumpido de la ruptura voluntaria de uniones contribuyó al aumento de los hogares monoparentales, constituyendo un universo particularmente vulnerable.

El objetivo de la ponencia es aportar información y elementos para la reflexión acerca de la importancia de la ausencia de la pareja conyugal en las conductas preventivas de la salud del hogar. Se trata de responder la pregunta ¿en la prevención de la salud, las conductas son diferenciales por ingresos o por las características del hogar? El universo de análisis es la población que reside en hogares nucleares de la Ciudad y se utilizará como fuente de información la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2009.

Palabras clave: hogar nuclear - monoparental - salud preventiva - ingresos

INTRODUCCIÓN

Durante la década de 1970, en oposición al paradigma dominante, que planteaba la cuestión de la salud-enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, apareció el reconocimiento del carácter social del proceso salud-enfermedad. En América Latina surgió la corriente de pensamiento llamada “medicina social” que postuló la necesidad de analizar el fenómeno salud-enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómeno biológico que atañe a los individuos (Laurell, 1986). Por lo tanto, los conceptos tradicionales de salud y enfermedad

tuvieron que abrir espacios para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad para aprehender la complejidad real de los procesos determinantes superando visiones simples y unilaterales, para explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y los grupos sociales.

Comenzó a reconocerse a la familia como “la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención” (Menéndez, 1992:4). Es decir, se sostuvo que la salud de la población no es independiente de la organización social y se identificó a la familia como la institución donde, en forma directa o como mediadora, operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad en los diferentes grupos etarios. Algunos autores (Evans et. al., 1996; McQuestion, 2001) afirman que es la familia la que brinda al niño y a sus integrantes en general, los elementos para poder enfrentar condiciones adversas.

La aplicación de modelos que exploraron los determinantes de la salud evidenció el importante papel que tienen los factores ubicados fuera del sistema asistencial, es decir las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja. Las inequidades sociales en salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales entre el hombre y la sociedad. Superponen distintas capas de factores, colocando en el centro a los individuos con sus características (edad, sexo y factores hereditarios), luego ubican los factores relacionados con los estilos de vida y posteriormente, las redes sociales y comunitarias; en la capa siguiente están los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo (educación, medio ambiente laboral, desempleo, condiciones sanitarias y agua potable, servicios de salud, vivienda); finalmente, las condiciones económicas, culturales y del medio ambiente prevalentes en la sociedad.

Por su parte otros autores (Berlinguer, 1990; López y Tamargo, 1995; Cid, 1995; Wilkinson, 1997; Di Virgilio, 2003; Gasparini y Panadeiros, 2005) enfatizan el modo en que el contexto produce una estratificación social que asigna a los individuos diferentes posiciones. Esta posición será la que determinará sus “oportunidades” en salud: diferente grado de exposición a condiciones perjudiciales para la salud (mayor probabilidad de que la gente pobre se vea expuesta a situaciones que afecten negativamente su salud), diferente vulnerabilidad a la enfermedad (mayor propensión a padecer enfermedades debido a la interrelación de los múltiples riesgos de salud a que se ven expuestos), así como diferentes consecuencias sociales del proceso salud-enfermedad (una enfermedad que puede tener consecuencias limitadas para la población rica quizás sea catastrófica para los pobres).

En todos los modelos la posición socioeconómica puede ser descripta como determinante estructural de la salud o como determinante social de la inequidad en salud. Estos modelos muestran que las oportunidades en salud de los grupos sociales están basadas en el lugar que ocupan en la estructura social. En general, los modelos muestran que los determinantes intermedios generan diferencias en el estado de salud de las personas; las mismas difieren

según la posición socioeconómica que ocupan. Estos determinantes incluyen factores relacionados con las condiciones materiales, trabajo, condiciones de la vivienda, circunstancias psicológicas, así como stress psicosocial y también con factores del comportamiento (fumar, alcoholismo, etc.). Los modelos asumen que los miembros de los grupos socioeconómicos más pobres viven en condiciones materiales más desfavorables y emplean frecuentemente comportamientos más perjudiciales para la salud que los grupos más privilegiados.

En Argentina, los cambios económicos y sociales promovidos en la década de los noventa, de debilitamiento del Estado y hegemonía del mercado, profundizaron el déficit de los sectores con mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios, por sus bajos ingresos o la pérdida de sus derechos sociales como consecuencia de la precarización laboral. Este cambio afecta más a las familias pobres. Sus hogares están más expuestos a enfermedades por falta de recursos económicos, escaso conocimiento sobre temas de salud, insuficiente nutrición, poco uso de los servicios de salud y menor acceso a una atención de calidad. Asimismo, la educación y especialmente la educación de la mujer, juegan un papel importante en los hábitos y costumbres de los hogares relacionados con la salud y además los capacita para exigir más y mejores prestaciones.

Asimismo, se produjo una estratificación en el acceso a los servicios de salud que se relaciona con los niveles socioeconómicos de la población. Los sectores de mayores ingresos están en condiciones de pagar medicina privada directamente o contratando seguros. Los asalariados registrados son atendidos por un sistema de seguridad social cuya atención depende de la calidad de las obras sociales, muy diferentes entre sí, y que más de una vez incluyen prestaciones deficientes. Por último, los grupos de menores recursos, no tienen otra opción que acudir a un deteriorado sistema público de salud y pasar por los inconvenientes de trámites burocráticos y largas esperas para el otorgamiento de turnos.

La evidencia empírica muestra que entre 1991 y 2001 tanto para la población pobre como para la no pobre se incrementó (entre los primeros en el 41 por ciento y entre los segundos en el 36 por ciento) la proporción de aquellos sin cobertura explícita. Es decir, de aquellos que no tienen protección de la seguridad social (obra social) y/o seguros privados. Es indudable que esta situación es mucho más grave entre los pobres donde la participación de la cobertura del sistema público triplica la de los no pobres (Mazzeo, 2006).

Es sabido que el cuidado de la salud incluye todas las medidas necesarias para evitar el deterioro de la misma, o en caso de que suceda, tratarla adecuadamente. Dentro de estas medidas se incluye: el acto médico, las conductas de las familias, el medio ambiente, la calidad del ambiente, la inserción laboral, los ingresos, la educación, etc., siendo fundamental la existencia de un sistema de atención con énfasis en las medidas preventivas.

La consulta con el médico, punto inicial de la demanda de atención, resulta de una decisión individual, cuya oportunidad permite denotar conductas preventivas. Estas conductas están condicionadas por el lugar que ocupan los hogares en la estructura social. Por otro lado, si bien los hogares conyugales continúan siendo predominantes, el crecimiento ininterrumpido de la ruptura voluntaria de uniones contribuyó al aumento de los hogares monoparentales, preferentemente de jefatura femenina, ya que la tenencia de los hijos probablemente condicionó en las mujeres, la formación de una nueva unión.

Las familias monoparentales de jefatura femenina constituyen un universo particularmente vulnerable, especialmente los nucleares. Su composición impone restricciones a la capacidad de obtener ingresos, ya que la madre suele ser la única perceptora al tiempo que debe realizar el trabajo doméstico que demanda el grupo familiar. En este sentido, se reserva el concepto mujeres cabeza de familia a las que encabezan una familia monoparental, puesto que el rol es efectivamente cumplido por estas mujeres que cargan con la responsabilidad del aporte económico y del trabajo doméstico necesarios para el funcionamiento del hogar (Ariño, 1999). Es decir, padecen una vulnerabilidad económica que es intrínseca a la forma de organización familiar monoparental (Torrado, 2003).

METODOLOGÍA

El objetivo de la ponencia es aportar información y elementos para la reflexión acerca de la importancia de la ausencia de la pareja conyugal en las conductas preventivas de la salud del hogar. Se trata de responder la pregunta ¿en la prevención de la salud, las conductas son diferenciales por ingresos o por las características del hogar? El universo de análisis es la población que reside en hogares nucleares de la Ciudad y se utilizará como fuente de información la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2009.

Esta encuesta tiene un bloque de salud que se aplica a toda la población. En el mismo se indaga sobre la condición de afiliación a algún sistema de salud y el uso efectivo del servicio. Las preguntas del bloque que figuran en la base usuarios y que se utilizaron en esta ponencia, son: afiliación en salud y ¿cuándo consultó a un médico clínico o especialista por última vez? (excluidos odontólogos, psicólogos, etc.); además se trabajó con las preguntas referidas a la composición y los ingresos de los hogares.

Se seleccionaron estas preguntas partiendo del supuesto de que las diferencias en la cobertura y utilización de los servicios de salud dependen de diversos factores, entre los cuales las características sociodemográficas como conyugalidad e ingresos establecen desigualdades en la accesibilidad a la atención de la salud.

Conceptualmente la afiliación es la integración de una parte de la población a alguna institución que brinda y/o financia servicios para la atención de su salud. Puede ser obligatoria (obras sociales) o voluntaria (sistemas privados). La condición de afiliación alude a la pertenencia o no a algún sistema de atención

de la salud y el tipo de afiliación al sistema o institución que brinda la cobertura. Por su parte, la consulta al médico constituye la utilización de servicios de salud más frecuente por parte de la población.

Respecto a la composición de los hogares, los mismos se definen según las relaciones de parentesco con el jefe del hogar, es decir, el vínculo de sus integrantes, y la presencia o no de ambos cónyuges del núcleo conyugal del jefe. Se distinguen dos grandes grupos de hogares: los no familiares (no existen relaciones de parentesco entre sus miembros) y los familiares (existen relaciones de parentesco entre sus miembros). Entre los primeros se incluyen hogares unipersonales y multipersonales no familiares. Dentro de los familiares, se reconocen los hogares nucleares (la pareja con o sin hijos solteros), los hogares extendidos (el jefe o la pareja -con hijos o no- y otros familiares), los hogares compuestos (en los que se encuentran, además, otros miembros no familiares) y los hogares familiares sin núcleo conyugal. Además, teniendo en cuenta su composición, el núcleo conyugal del jefe del hogar (también llamado primario) se clasifica en completo (ambos cónyuges están presentes) y monoparental o incompleto (sólo está presente uno de los cónyuges con sus hijos solteros). Se decidió trabajar sólo con los hogares nucleares, no sólo por ser el tipo de hogar modal en la ciudad, sino también para evitar la interferencia de la presencia de otras personas en las conductas preventivas de la salud.

Se seleccionó como indicador de la situación socioeconómica de cada hogar el ingreso per cápita familiar, insumo para la elaboración de los quintiles de ingreso per cápita familiar. Se incluyeron sólo aquellos hogares que declararon en forma completa los ingresos correspondientes al mes anterior, clasificación que excluye al 27 por ciento de la población.

LA IMPORTANCIA DE LOS HOGARES NUCLEARES Y SUS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS

A partir de 1980 se observa en la Ciudad de Buenos Aires el descenso relativo de los hogares conyugales en el total de hogares, compensado por un aumento de los hogares unipersonales (Mazzeo, 2007). Las familias nucleares, es decir aquellos hogares constituidos por una pareja, pareja con hijos solteros o padre o madre con hijos solteros, no muestran cambios en cuanto al peso relativo en el total: poco más del 55 por ciento de los hogares de la ciudad responden a este tipo. Pero sí decrecieron en forma significativa las familias ampliadas (hogares nucleares con allegados, sean estos parientes o no parientes). Ambos tipos de familias constituyen el conjunto de los hogares conyugales.

T01

En cuanto a los no conyugales, el cambio más significativo ha sido el notorio aumento de las personas que optan por vivir en soledad. Los hogares unipersonales prácticamente han duplicado su peso relativo en el total de hogares. Y en ese crecimiento ha incidido tanto el comportamiento de las

mujeres como de los varones, aunque en estos últimos el porcentaje aumentó dos veces y media.

El aumento creciente de los divorcios y separaciones tanto de parejas legales como consensuales, así como la menor duración de las uniones, son las primeras causas del aumento de las familias monoparentales, con claro predominio de jefatura femenina. En la Ciudad de Buenos Aires, entre 1980 y 2009, las familias monoparentales se incrementaron el 65 por ciento (88.408 y 145.505 respectivamente), destacándose el importante aumento de las nucleares incompletas que llegan a representar el 18 por ciento del total de hogares conyugales. Ahora bien, se evidencia un comportamiento diferencial según el sexo de la persona cabeza de familia: disminuyeron sensiblemente las familias monoparentales masculinas (de 24,9 a 10,5 por ciento) a favor de las femeninas (de 75,1 a 89,5 por ciento).

T02

A lo largo del período observado, en el conjunto de las familias monoparentales se produjeron modificaciones en cuanto a su composición interna: se incrementaron perceptiblemente las familias de jefatura femenina, aunque solamente las nucleares, porque las ampliadas que en 1980 representaban más de un cuarto del total, descendieron al 13,3 por ciento en 2009. En las encabezadas por varones no se registran variantes importantes en lo que refiere al tipo familia nuclear, representando cerca del 10 por ciento en las fechas observadas. Contrariamente, las familias monoparentales con jefe varón y allegados, disminuyeron en forma acentuada, a semejanza de lo ocurriera con las del mismo tipo encabezadas por mujeres. Es decir que, considerando el total de familias monoparentales, el cambio comporta una notoria reducción de la forma de familia extensa a favor de la nuclear con jefatura femenina, o sea familias integradas por madres e hijos solteros.

T03

Las familias monoparentales nucleares de jefa mujer, como ya se señalara, constituyen un universo particularmente más vulnerable y desprotegido. Se consideró que una manera de mostrar esta situación era a partir de la comparación del promedio de ingreso per cápita familiar (IPCF) según sexo del jefe y tipo de hogar. En principio, se evidencia la mayor vulnerabilidad de la jefatura femenina: el total de hogares de jefatura femenina registra un IPCF 22,6 por ciento menor a los de jefatura masculina. Estas diferencias aumentan para los hogares unipersonales (35 por ciento) y los nucleares, especialmente los nucleares monoparentales (36 por ciento). Para estos últimos es \$ 1.966 el IPCF de los hogares con jefatura masculina y \$ 1.268 cuando las mujeres son cabeza de familia.

T04

La composición del hogar, en especial la presencia de hijos solteros convivientes, muestra que el 65 por ciento del total de hogares nucleares tiene hijos; de ellos cerca de la mitad tiene sólo un hijo, más de un tercio tiene dos

hijos y el 15 por ciento restante 3 hijos y más. Estos valores evidencian el tamaño reducido de los hogares de la Ciudad, que para el total es 2,5 personas por hogar y en el caso de los nucleares: completos 3,1 y monoparentales 2,5 personas por hogar.

T05

La distribución de los hogares nucleares por tramosⁱ de IPCF muestra que del total de hogares más de la tercera parte se ubica en los quintiles de menores ingresos per cápita y cerca de un cuarto en el otro extremo. Distinta es la situación según tipo de núcleo, en los monoparentales tienen mayor porcentaje los más pobres: el peso relativo de los hogares más pobres en los monoparentales es nueve puntos porcentuales mayor que entre los hogares de núcleo conyugal completo. No debe olvidarse que en estos hogares los jefes, en su mayoría mujeres, cargan con la responsabilidad del aporte económico y del trabajo doméstico necesarios para el funcionamiento del hogar.

T06

Por su parte la distribución de la población por tramos de IPCF muestra una composición similar, cerca del 50 por ciento de los que residen en hogares monoparentales se ubican en los tramos más pobres. La diferencia se explica por la mayor proporción de hijos por hogar, los más pobres tienen más hijos y los monoparentales aún más.

T07

T08

La condición de afiliación según quintiles de IPCF muestra las desigualdades en la accesibilidad potencial a los servicios de salud. En los quintiles más bajos el 64 por ciento de la población está cubierta por algún sistema de salud, mientras que en el quintil más alto el porcentaje de afiliados supera el 98 por ciento. Se destaca que en los hogares monoparentales la afiliación a algún sistema de salud en los hogares más pobres es menor: está cubierto sólo el 56 por ciento.

T09

LA OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA. SUS DIFERENCIAS.

Como ya se señalara la consulta con el médico permite denotar conductas preventivas y la oportunidad de la misma, medida en tiempo transcurrido desde la última consulta, es la variable que se usa en este trabajo para analizar las diferencias en la prevención de la salud según situación económica y conyugal. Los resultados obtenidos muestran que del total de población que reside en los hogares nucleares el 88 por ciento consultó al médico hace menos de un año. Se destaca que dicho porcentaje aumenta a medida que crecen los ingresos y no se observan diferencias notorias según conyugalidad.

T10

Con el objeto de distinguir las conductas preventivas según posición en el hogar, se tabuló en forma separada la oportunidad de la consulta de los jefes y cónyuges y de los hijos residentes en el hogar. En el primer grupo, la consulta antes del año es inferior (86,8 por ciento), destacándose mayor nivel en el caso de los hogares monoparentales. No debe olvidarse que en ellos son mayoría las mujeres y es sabido que las mujeres consultan con mayor frecuencia al médico que los varones. Se observa que el peso relativo de la oportunidad de la consulta más reciente aumenta a medida que crecen los ingresos.

T11

Al tener en cuenta la distribución de los hijos se observa que aumenta el porcentaje de consultantes de menos de un año (90,2 por ciento), si bien se advierte menor nivel en los hogares monoparentales (88 por ciento). Si se acota la subpoblación formada por los hijos a los menores de 15 años, aumenta aún más el porcentaje de consultantes en el último año y no existen diferencias significativas entre núcleos conyugales completos y monoparentales (95,1 y 93,7 por ciento respectivamente).

T12

T13

Con el objeto de contestar la pregunta planteada ¿en la prevención de la salud, las conductas son diferenciales por ingresos o por las características del hogar? se aplicó la prueba chi cuadrado. La variable dependiente es la oportunidad de la consulta y las variables independientes los IPCF y la conyugalidad. Los valores obtenidos permiten afirmar que si bien ambas variables independientes están asociadas con la oportunidad de la consulta, los ingresos se encuentran más correlacionados con dicha variable.

A modo de conclusión

La evidencia empírica corrobora la existencia de una importante asociación entre la oportunidad de la consulta y los ingresos de los hogares. Como es sabido, los sectores de bajos ingresos que recurren en su mayoría al sector público, tienen más dificultades para acceder a la consulta médica. Entre las más destacadas por la literatura se encuentran el acceso físico (distancias) y económico (costo del viaje) al hospital, a lo que se suma el tiempo necesario para cubrir los trámites burocráticos y el capital social para la resolución de problemas potenciales.

Estas dificultades se profundizan en el caso de las mujeres jefas de hogar monoparental, cuando las mismas no cuentan con recursos económicos o red social que les permita dejar a sus hijos al cuidado de terceros para acudir a la consulta.

Resulta imperioso reorientar las políticas sociales con el fin de acercar los recursos a las necesidades de la población, en especial, asegurando protección a los grupos más vulnerables de acuerdo a sus condiciones de vida.

La mayor deuda social se centra en la responsabilidad de los gobernantes de garantizar la aplicación efectiva de políticas públicas que aseguren los principios básicos de equidad, eficacia y calidad, que garanticen el respeto de la dignidad humana. El objetivo de toda política debe ser la promoción del desarrollo integral de las personas.

Bibliografía

Ariño, Mabel (1999). Hogares y mujeres jefas de hogar: Universos a Descubrir. Serie Informes de Investigación. 2. Cátedra Demografía Social. Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

Berlinguer, Giovanni (1990). Democracia, desigualdad y salud. Revista Salud. Problema y debate. 3.

Cid, Juan Carlos (1995). El peso y la talla de los niños de Salta en la Encuesta de Hogares. En INDEC, *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, INDEC.

Di Virgilio, Mercedes (2003). Hábitat y salud. Estrategia de las familias pobres. Buenos Aires. Ed. Lumiere S.A.

Evans, Robert G. y G.L. Stoddart (1996). Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Díaz de Santos. Madrid. España.

Gasparini, Leonardo C. and Mónica Panadeiros (2005). Argentina: Assessment of Changes. In the Distribution of Benefits from Health and Nutrition Policies. In Gwatkin Davidson, Adam Wagstaff and Abdo Yazbeck (ed.) *Reaching the poor with Health, Nutrition and Population Services*. The World Bank. Washington D.C., EUA.

Hertzman, C, J. Frank y R.G. Evans (1996). Heterogeneidades en el estado de salud y determinantes de la salud de una población. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Madrid. Díaz de Santos.

Laurell, Asa Cristina (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales. 37.

López, Elsa y María del Carmen Tamargo (1995). La salud de la mujer. En INDEC, *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires. INDEC.

McQuestion, Michael J. (2001). Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina. *Notas de Población*. 72.

Mazzeo, V. (2006). *La inequidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutive de los servicios en la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado publicada en internet. FLACSO. Argentina.

Mazzeo, Victoria (2007). Los cambios en la organización familiar: el incremento de las familias monoparentales en la Ciudad de Buenos Aires a partir de los ochenta. *Población de Buenos Aires*. 5, 63-74.

Menendez, Eduardo L. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo. *Cuadernos Médicos Sociales*. 59.

Torrado, Susana (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires. Ediciones de La Flor.

Wilkinson R. (1997). *Unhealthy Societies. The afflictions of Inequality*. Reutledge. London.

Notas

ⁱ Los límites de los tramos de IPCF son los siguientes: 1º y 2º (hasta 1.012,50\$), 3º y 4º (1.012,50\$ a 2.499,99\$) y 5º (2.500\$ y más).

Familia y conductas preventivas en salud en la Ciudad de Buenos Aires.

Dra. Victoria Mazzeo

*Jefa Depto. Análisis Demográfico - DGEyC - GCBA
Investigadora Instituto Gino Germani - FSOC - UBA*

T 01

Distribución porcentual de los hogares particulares por tipo según sexo del jefe. Ciudad de Buenos Aires. Años 1980-2009

Tipo de hogar	Total				Varón				Mujer			
	1980	1991	2001	2009	1980	1991	2001	2009	1980	1991	2001	2009
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hogar Conyugal	74,4	70,4	66,7	63,3	86,0	85,6	81,5	76,2	42,9	37,6	42,2	43,3
<i>Hogar nuclear</i>	53,2	59,0	56,8	56,7	63,3	72,8	71,0	69,1	26,0	29,0	33,3	37,4
<i>Hogar extendido/compuesto</i>	21,2	11,4	9,9	6,6	22,7	12,8	10,5	7,1	16,9	8,6	8,9	5,9
Hogar No conyugal	25,6	29,6	33,3	36,7	13,9	14,4	18,5	23,8	57,1	62,4	57,8	56,7
<i>Hogar unipersonal</i>	15,9	22,4	26,2	29,0	7,7	10,2	13,9	18,4	37,9	48,8	46,5	45,4
<i>Hogar multipersonal</i>	9,7	7,2	7,1	7,7	6,2	4,2	4,6	5,4	19,2	13,6	11,3	11,3

Fuente: elaboración propia en base a datos censales y EAH 2009.

T 02

Proporción de familias monoparentales en el total de conyugales según sexo del jefe. Ciudad de Buenos Aires. Años 1980-2009

Año	Total	Varón	Mujer
1980	13,0	3,8	62,1
1991	17,5	4,3	82,9
2001	19,7	3,8	70,7
2009	19,2	2,8	63,9

Fuente: elaboración propia en base a datos censales y EAH 2009.

T 03

Distribución porcentual de las familias monoparentales por tipo. Ciudad de Buenos Aires. Años 1980-2009

Tipo de familia monoparental	1980	1991	2001	2009
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Padre solo con hijos	10,7	10,4	10,8	8,9
Padre solo con hijos y allegados	14,2	5,5	3,8	1,6
Madre sola con hijos	48,3	65,0	65,3	76,2
Madre sola con hijos y allegados	26,8	19,1	20,1	13,3

Fuente: elaboración propia sobre la base de Torrado (2003: Cuadro 8.27), datos censales y EAH 2009.

T 04

Ingreso per cápita familiar por sexo del jefe de hogar según tipo de hogar. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

Tipo de hogar	Ingreso per cápita familiar (pesos)	
	Varón	Mujer
Total	2.204,4	1.705,3
Unipersonal	3.339,1	2.179,2
Multipersonal no familiar	1.996,0	2.040,0
Nuclear con núcleo completo	1.990,2	1.408,5
Nuclear con núcleo incompleto	1.965,6	1.268,0
Extendido y compuesto con núcleo completo	1.188,8	1.079,0
Extendido y compuesto con núcleo incompleto	947,0	903,2
Extendido y compuesto sin núcleo	1.523,3	1.443,5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2009.

T 05

Distribución porcentual de los hogares nucleares según cantidad de hijos. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

Cantidad de hijos	Porcentaje	Porcentaje con hijos
Total	100,0	
Con hijos	64,8	100,0
1	32,1	49,5
2	22,7	35,0
3	7,3	11,2
4	1,8	2,8
5	0,7	1,1
6	0,2	0,3
7	0,1	0,1
8	0,0	0,0
Sin hijos	35,2	

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

Tabla 06

Distribución de los hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Núcleo completo	Núcleo incompleto
Total	100,0	100,0	100,0
1º y 2º	37,0	35,3	44,2
3º y 4º	39,4	39,1	40,6
5º	23,6	25,6	15,2

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

T 07

Distribución de la población de los hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Núcleo completo	Núcleo incompleto
Total	100,0	100,0	100,0
1º y 2º	40,1	38,7	47,4
3º y 4º	39,2	39,2	39,2
5º	20,7	22,1	13,4

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

Tabla 08

Hijos convivientes por hogar de los hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Núcleo completo	Núcleo incompleto
Total	1,1	1,0	1,5
1º y 2º	1,4	1,3	1,7
3º y 4º	1,1	1,0	1,4
5º	0,7	0,6	1,2

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

T 09

Distribución de la población en hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad y cobertura de salud. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

TOTAL

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Sólo sistema público	Afiliada a algún sistema	Ignorado
Total	100,0	17,3	82,7	0,0
1º y 2º	100,0	35,7	64,2	0,1
3º y 4º	100,0	6,5	93,5	0,0
5º	100,0	1,7	98,3	-

COMPLETA

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Sólo sistema público	Afiliada a algún sistema	Ignorado
Total	100,0	15,9	84,1	0,0
1º y 2º	100,0	33,7	66,2	0,1
3º y 4º	100,0	6,1	93,9	0,0
5º	100,0	1,7	98,3	-

MONOPARENTAL

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Sólo sistema público	Afiliada a algún sistema	Ignorado
Total	100,0	24,6	75,4	-
1º y 2º	100,0	44,3	55,7	-
3º y 4º	100,0	8,8	91,2	-
5º	100,0	1,1	98,9	-

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

Tabla 10

Distribución de la población en hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad y oportunidad de la consulta. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

TOTAL						
Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	88,1	7,4	3,9	0,4	0,2
1º y 2º	100,0	85,6	8,4	5,1	0,6	0,2
3º y 4º	100,0	89,0	7,1	3,3	0,3	0,3
5º	100,0	91,1	6,1	2,6	0,1	0,2

COMPLETA						
Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	88,1	7,3	3,9	0,4	0,3
1º y 2º	100,0	85,8	8,0	5,4	0,6	0,2
3º y 4º	100,0	88,7	7,2	3,4	0,3	0,4
5º	100,0	91,2	6,1	2,4	0,1	0,2

MONOPARENTAL						
Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	87,8	8,1	3,7	0,3	0,0
1º y 2º	100,0	84,7	10,6	4,1	0,6	-
3º y 4º	100,0	91,0	5,9	2,9	0,2	0,1
5º	100,0	89,4	6,2	4,4	-	-

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

Tabla 11

Distribución de los jefes y cónyuges de los hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad y oportunidad de la consulta. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

TOTAL						
Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	86,8	7,9	4,7	0,4	0,2
1º y 2º	100,0	83,0	9,2	7,0	0,7	0,1
3º y 4º	100,0	87,8	7,7	4,0	0,3	0,2
5º	100,0	90,7	6,3	2,7	0,1	0,2

COMPLETA						
Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	86,7	7,9	4,8	0,5	0,2
1º y 2º	100,0	82,9	8,9	7,2	0,8	0,1
3º y 4º	100,0	87,5	7,8	4,1	0,3	0,2
5º	100,0	90,7	6,4	2,6	0,1	0,3

MONOPARENTAL						
Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	87,6	8,0	4,2	0,2	-
1º y 2º	100,0	83,6	10,7	5,7	-	-
3º y 4º	100,0	90,7	6,2	2,7	0,4	-
5º	100,0	90,7	5,2	4,1	-	-

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

T 12

Distribución de los hijos de hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad y oportunidad de la consulta. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

TOTAL

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	90,2	6,7	2,5	0,3	0,3
1º y 2º	100,0	88,9	7,5	2,8	0,5	0,3
3º y 4º	100,0	91,0	6,1	2,1	0,2	0,6
5º	100,0	92,1	5,5	2,4	-	-

COMPLETA

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	90,9	6,2	2,2	0,3	0,4
1º y 2º	100,0	90,2	6,4	2,7	0,3	0,4
3º y 4º	100,0	90,9	6,2	1,9	0,3	0,7
5º	100,0	93,1	5,2	1,7	-	-

MONOPARENTAL

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	88,0	8,2	3,3	0,4	0,1
1º y 2º	100,0	85,4	10,5	3,2	0,9	-
3º y 4º	100,0	91,2	5,6	3,0	-	0,2
5º	100,0	88,4	7,0	4,6	-	-

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.

Tabla 13

Distribución de los hijos menores de 15 años en hogares nucleares por tramos de IPCF según conyugalidad y oportunidad de la consulta. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009

TOTAL

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	94,8	3,9	0,9	0,1	0,3
1º y 2º	100,0	93,3	4,7	1,5	0,2	0,3
3º y 4º	100,0	96,2	3,1	0,2	-	0,5
5º	100,0	97,9	2,1	-	-	-

COMPLETA

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	95,1	3,5	1,0	0,1	0,3
1º y 2º	100,0	94,1	3,7	1,7	0,2	0,3
3º y 4º	100,0	95,7	3,4	0,3	-	0,6
5º	100,0	97,7	2,3	-	-	-

MONOPARENTAL

Tramos de quintiles de IPCF	Total	Menos de un año	De 1 a 2 años	Más de 2 años	No consultó	Ignorado
Total	100,0	93,7	5,8	0,5	-	-
1º y 2º	100,0	90,4	8,8	0,8	-	-
3º y 4º	100,0	98,8	1,2	-	-	-
5º	100,0	100,0	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia en base a EAH 2009.