

La equidad en el sistema de salud uruguayo

por Lucía Monteiro

I. El problema en estudio

Hoy en día, la salud y el acceso a ella parecen estar en un lugar privilegiado en la agenda de los organismos internacionales. Preocupa a gobernantes y técnicos la salud de la población. Los sistemas de salud varían a lo largo del mundo como varían la historia y las experiencias que han vivido los países.

Sistemas de salud que en América Latina se enmarcan dentro de la acción de un Estado benefactor en crisis hoy en día. Se puede observar a través de los programas de Ministerios de Salud Pública de América Latina que los sistemas de salud están transformándose. Dicho cambio involucra muchos aspectos y debido a ello tienen muchas aristas de análisis: el usuario, el gasto en salud, los principios de calidad, eficiencia, eficacia y equidad en salud.

Suele señalarse que la eficiencia está en crisis, como así se señala en Uruguay, a partir de lo cual uno podría preguntarse si los otros tres principios se encuentran en crisis también. En esta línea, este artículo se pregunta:

¿Está el principio de equidad pasando por un momento de crisis en el sistema de salud, según la percepción de los uruguayos?

El artículo pretende indagar en el mito de sociedad igualitaria que existe en el Uruguay, en la perspectiva de que conocer la realidad y discutir el mito ayuda a la resolución del problema a través de un diagnóstico adecuado.

Esta tesis busca analizar la brecha que parece abrirse hoy entre unos uruguayos y otros en el tema salud. Hay muchos factores que inciden en la profundización de dicha brecha. El hecho de que la salud pública esté reservada para “los pobres” hace que los demandantes sean menos exigentes. Sumado a esto,

La autora. Licenciada en Sociología por la Universidad Católica del Uruguay.

la falta de recursos en la salud pública lleva a que dichos beneficiarios no estén en igual situación que los afiliados a las instituciones de asistencia médica colectiva (mutualistas). Hay allí una fuente importante de inequidad —probablemente la principal— en el sistema de salud uruguayo.

II. Marco conceptual

1. Principales conceptos utilizados en salud

Equidad en la salud

El concepto de equidad implica un juicio de valor en la medida en que se refiere a las inequidades que existen y que son evitables. “No todas las diferencias en salud pueden describirse como inequidades. El término ‘inequidad’ tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad” (Whitehead, 1991).

Existen dos puntos fundamentales en los que se basa la equidad: la evitación y la libre elección. “Lo crucial que define si una situación resultante es injusta depende en gran medida de si las personas eligieron libremente la situación que causó dicho daño o estaba fuera de control” (Fuisa Lima y Gherardi, 2001).

Es en este sentido que la equidad se refiere a la creación de igualdad de oportunidades y a la disminución de las diferencias existentes en salud que son evitables.

El principio de equidad en salud ha sido incorporado como objetivo fundamental en los programas de salud latinoamericanos.

En lo que refiere a la definición operacional, el concepto ha sido manejado de diversas formas y ha tenido indicadores distintos. Como lo señala el estudio Delphi, realizado en 1999 por el Ministerio de Salud Pública uruguayo, existen varios enfoques del concepto de equidad.

Un primer enfoque se refiere a la medición que relaciona la equidad con el gasto que se efectúa por paciente, manejando como indicador: igual gasto per cápita e iguales recursos per cápita.

Otro se refiere a la combinación de los recursos con las necesidades de los usuarios: iguales recursos para iguales necesidades, igual utilización para igual necesidad e igual acceso para igual necesidad; es decir, se trata de garantizar el acceso de forma igualitaria a todos aquellos que tengan las mis-

mas necesidades. Esta última definición es la manejada en estos momentos, como señala el Informe Delphi (MSP Uruguay, 1999). Definir las necesidades de los usuarios es una operación difícil, dado que el diagnóstico variará según el criterio que se utilice para medirlas.

Las definiciones mencionadas forman parte de la medición de la equidad en cuanto a la atención en la salud. Ésta incluye: a) igual acceso a la atención disponible para iguales necesidades, b) igual *utilización* para iguales necesidades y c) igual calidad de atención para todos.

Como parte del enfoque que toma en cuenta la distribución de los recursos se distingue: a) *equidad horizontal*, entendida como la asignación de iguales recursos para iguales necesidades; b) *equidad vertical*, como la asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad (Fuisa Lima y Gherardi, 2001).

En Uruguay, en lo que refiere a calidad de la atención, las diferencias entre sector público y privado se consideran frecuentemente como la inequidad más notoria del sistema de salud. A modo de hipótesis, los especialistas en el tema señalan que no existe igualdad de oportunidades entre quienes se atienden en el sector público y quienes se atienden en el sector privado.

Este artículo emplea el concepto de equidad utilizado en el referido Informe Delphi como forma de operacionalizar el concepto: a) por ser una definición utilizada en un estudio uruguayo reciente, b) porque dicho estudio fue tomado como base referencial de la investigación que aquí se presenta.

Por *equidad en salud* se entiende entonces *el acceso de toda la población a un nivel adecuado de servicios de salud según su necesidad*.

La definición incluye dos aspectos difícilmente separables en la percepción de los usuarios y aun de los expertos: el acceso a los servicios de salud y la adecuación de dichos servicios a las necesidades de los usuarios. De ahí que en el análisis se traten conjuntamente.

Por otro lado, cabe señalar que este trabajo no analiza los indicadores más comúnmente utilizados en la medición de la equidad en salud —rango, coeficiente de Gini, índice de desigualdades, índices relativos de desigualdades e índice de concentración—, sino que se aproxima al concepto a través de la percepción de distintos actores. En ese sentido, se aplicó la técnica Delphi a expertos, con el antecedente de una medición similar realizada en 1999 por el Ministerio de Salud Pública (MSP Uruguay, 1999). Asimismo se emplearon grupos de discusión, ampliamente utilizados para medir la satisfacción de los usuarios de distintos servicios.

Es importante tener en cuenta por lo tanto que esta investigación se aproxima a la cuestión de la equidad a través de la percepción de expertos y usuarios. El análisis de datos estadísticos busca dar un marco a estas percepciones.

nes. Dicha aproximación implica juicios de valor que pueden coincidir o no con la realidad.

2. Activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades

Otra matriz de análisis que se utiliza en este trabajo es la que nuclea el concepto de vulnerabilidad. Como se señala en el marco conceptual del libro *Activos y estructuras de oportunidades*:

El nivel de vulnerabilidad de un hogar —que se refiere a su capacidad para controlar las fuerzas que lo afectan— depende de la posesión o control de activos, esto es, de los recursos requeridos para el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el medio en que se desenvuelve. Los cambios en la vulnerabilidad de los hogares pueden producirse por cambios en los recursos que posee y controla, por cambios en los requerimientos de acceso a las estructuras de oportunidades de su medio o por cambios en ambas dimensiones. (Kaztman, 1999.)

Si pensamos la salud como un *activo* —es decir, un recurso del individuo—, el acceso desigual a éste genera desventajas ante las estructuras de oportunidades y hace a sectores de la población más vulnerables. La relación más clara a considerar a priori es la diferencia según perfil epidemiológico, esto es, la diferencia según la edad; por ejemplo, cuanto más edad se tiene, menos acceso a la estructura de oportunidades que el mercado ofrece en cuanto a salud y, por lo tanto, mayor vulnerabilidad al respecto.

III. Metodología

La metodología utilizada consistió en la aplicación de cuatro técnicas diferentes. La primera de ellas fue la realización de una consulta Delphi a expertos de la salud. La segunda fue la conformación de cuatro grupos de discusión con su posterior análisis. La tercera fue un relevamiento de datos secundarios sobre cobertura de salud. La cuarta consistió en entrevistas a informantes calificados en el tema.

De esa forma, a través de las diversas técnicas se llega a lo que indican los datos, la opinión de los expertos y la de los usuarios. La triangulación de técnicas permite analizar la complementariedad y/o contradicción de los datos recogidos con las tres primeras técnicas mencionadas.

IV. Equidad/inequidad en el sistema de salud uruguayo a través de los datos estadísticos

En esta sección se ofrecen los datos de cobertura de salud.¹ El MSP da cobertura al 34% de la población en todo el país, 43,8% en el Interior y 20,8% en Montevideo. La mayor cobertura pública en el Interior puede deberse a muchos factores, entre ellos a que la atención no presenta diferencias tan grandes entre sector público y privado como en Montevideo.

A la inversa, las mutualistas cubren el 47% de la población del país, con una distancia importante entre Montevideo (60%) y el Interior (37,3%).

Sanidad Militar, Sanidad Policial y otros prestadores de salud cubren al 7,2% de la población total —8,1% en Montevideo y 6,5% en el Interior—. Como se trata de prestaciones para determinados colectivos que se distribuyen de manera similar en todo el país, las diferencias no son tan marcadas.

Sin cobertura se encuentra el 11,8% de la población total, el 10,9% de los habitantes de Montevideo y el 12,4% de los del interior. Esta categoría muestra que existe un vacío de protección importante. Aun sin carné de asistencia, estas personas pueden atenderse en Salud Pública en caso de emergencia.

El 71,1% de la población que no tiene cobertura total de salud, tampoco tiene cobertura parcial, proporcionada por servicios de emergencia médica. En cambio, el 17,3% de la población que no tiene cobertura total sí tiene cobertura parcial; ésta parece ser la cobertura del estrato social que vio disminuido su ingreso y no puede pagar una mutualista; también puede ser que algún sector de la población que nunca accedió a las mutualistas acceda hoy en día a las emergencias móviles.

En la misma categoría de población sin cobertura, las Asignaciones Familiares proveen de cobertura al 5,6% de ese total. Junto con la población que tiene cobertura del MSP, éstas son las dos categorías de población que mejores porcentajes de cobertura de Asignaciones Familiares tienen. Cabe recordar que en los quintiles de ingresos más bajos hay una mayor concentración de niños.

El 20% de los hogares más pobres se atiende casi en un 70% en el MSP, mientras que cerca de un 17% lo hace en alguna mutualista. Probablemente el peso de DISSE (cobertura de salud obligatoria para los trabajadores formales, que opera a través de las mutualistas) sea fuerte en ese 17%.

¹ UNICEF y el Instituto Nacional de Estadística (INE) publicaron en diciembre de 1999 un libro titulado *Infancia, adolescencia y mujer: trabajo, economía, demografía, educación, trabajo adolescente, hogares, salud*, en el que se manejan datos del Censo poblacional de 1996 y de Encuesta Continua de Hogares (INE-UNICEF, 1999).

La categoría de quienes no tienen cobertura se ha extendido bastante en los distintos quintiles de ingreso. La diferencia es fuerte recién en los quintiles 4 y 5. En lo que refiere a este punto puede ser que la edad esté incidiendo y que los mayores de 60 hayan quedado sin cobertura, o realmente esté operando la hipótesis de que lo que primero se sacrifica en el presupuesto es la cuota mutual.

A medida que aumenta el decil de ingreso se incrementa el porcentaje de afiliados a las mutualistas y desciende el de quienes se atienden en el MSP. Esto muestra que el tipo de cobertura está directamente relacionado con el ingreso que perciben los hogares.

Las franjas etarias más vulnerables, niños y adultos mayores, son las que tienen menor porcentaje sin asistencia, si bien los niños en dicha categoría triplican a los adultos mayores. Asimismo, a medida que aumenta la edad del usuario, disminuye la atención en el MSP y aumenta la cobertura de las mutualistas. Casi el 50% de los niños se atiende en el MSP, frente a un 24,5% de los adultos de 65 años y más. Ambas tendencias se observan tanto en Montevideo como en el Interior.

En síntesis:

- No toda la población tiene acceso al sistema de salud; casi 12% declara no tener cobertura.
- Existe una relación directa entre cobertura de salud e ingreso: a mayores ingresos, más completa es la cobertura de salud. Del 20% de los hogares que perciben menos ingresos, un 70% se atiende en el MSP.
- Un 70% de la población que no tiene cobertura total de salud, tampoco tiene cobertura parcial.
- La diferencia en la afiliación por franja etaria es significativa. La salud infantil parece haberse nucleado en el MSP y la de los adultos en el sector privado. La tendencia se observa en Montevideo y el Interior, aunque con diferente intensidad.

V. Qué dicen los expertos

La opinión de los expertos a lo largo de la historia ha ido tomando mayor peso, como así también ha habido oscilaciones sobre las profesiones que se consideran expertas en los distintos temas. Lo cierto es que en ocasiones de alta incertidumbre se ha tomado en cuenta la opinión de aquellos profesionales que por su experiencia laboral y formación académica tienen legitimidad para opinar al respecto.

La salud ha sido uno de esos temas controvertidos en los cuales los expertos han desempeñado un papel fundamental. Tal vez sea debido a que la

salud es uno de los derechos humanos, y el acceso a ella, un compromiso que tanto estados como ciudadanos han asumido progresivamente. Así, desde la gestión y la asesoría, profesionales de diversas disciplinas han opinado sobre la salud en el mundo entero.

América Latina se encuentra en una profunda revisión de sus sistemas de salud, sistemas que enfocan distintos objetivos en la medida en que se encuentran en etapas diferentes: mientras algunos procuran alcanzar el acceso universal, otros tratan de mejorar la calidad de una atención deteriorada.

En Uruguay, la crisis en el sistema de salud es profunda y la incertidumbre se manifiesta en todos los ámbitos. Es en este escenario que los expertos hacen su entrada a través de un Delphi realizado por el Ministerio de Salud Pública en el 1999, en el cual se sondearon varias tendencias del sistema.

En el marco de la presente investigación se realizó un Delphi en el cual, a diferencia del realizado en 1999 por el MSP, se incluyó a profesionales de las ciencias sociales. La información fue procesada de forma general y, en aquellos casos que lo permitieron, se trabajó según tres paneles de profesionales: los de las ciencias sociales, los de la medicina y los de las ciencias económicas. La sustancia de la información relevada manifiesta la tensión existente entre el mito y la realidad de la equidad en el sistema de salud uruguayo.

1. Mito o realidad

La primera pregunta incluida en el cuestionario fue la siguiente: "A lo largo de nuestra historia se ha hablado de la sociedad uruguaya como una sociedad de clase media sin mayores desigualdades. ¿Hoy se trata de un mito o de una realidad?". Se buscaba alguna medida tangible que nos aproximara a la consideración de los expertos al respecto —realidad o mito—, pero en las respuestas surgió una categoría intermedia: la condición de realidad deteriorada.

Quienes respondieron que la sociedad de clase media y sin mayores desigualdades es un mito en el Uruguay actual proporcionaron diversas razones vinculadas a transformaciones que se han consolidado en una sociedad con desigualdades. Aparece la dualidad, en el sentido de sociedad de ricos y de pobres, excluidos e integrados. En otras palabras, manifiestan que la sociedad uruguaya se ha heterogeneizado.

Según estos expertos, la educación y la salud se comportaron como agentes integradores hasta cierto momento en que ello se convirtió en una ficción, lo que hoy confirman tanto indicadores socioeconómicos como cualitativos. Acompañado del debilitamiento de la clase media, esto lleva a concluir que aquel imaginario es actualmente un mito.

La condición de sociedad sin desigualdades y de clase media es, para la mayoría relativa de los expertos, una realidad en deterioro. La sociedad uru-

guaya tenía esas características que a lo largo del tiempo, como un fenómeno dinámico, se fueron modificando, acentuadas por procesos de segmentación debidos a un deterioro de la clase media.

2. Características de la sociedad uruguaya

Se preguntó a los expertos cuáles eran las características más significativas de la sociedad uruguaya. Las mencionadas oscilan entre, por una parte, destacar indicadores sociodemográficos positivos y, por otra, subrayar los procesos de segmentación en curso, así como una cualidad de sociedad nostálgica que la frena en su capacidad de asimilar los cambios.

Los profesionales de las ciencias económicas hicieron hincapié en la rigidez de la sociedad uruguaya frente al cambio, la dificultad para aceptarlo. Asimismo, señalaron la búsqueda de seguridad como un factor importante. Como elementos positivos se señalaron la alta alfabetización, la alta urbanización, etc.

El énfasis de los profesionales de las ciencias sociales fue puesto en la dualidad ya presentada: sociedad integrada con desigualdades. Asimismo, pusieron el acento en la nostalgia de la sociedad uruguaya, que cree que “todo tiempo pasado fue mejor”. También destacaron características muy importantes, como el hecho de ser una sociedad democrática, participativa, con un sistema de control social importante. Como elementos negativos se anotaron, además, el individualismo y el incremento de los contrastes sociales.

Los profesionales de las ciencias médicas proporcionaron en forma gráfica frases muy elocuentes en lo que refiere a las características de sociedad nostálgica y ordenada. Mencionaron también la transición demográfica y epidemiológica y la característica de sociedad envejecida. “Los uruguayos son bastante más ilustrados que valientes, de ahí quizás esa moderación que lleva a la búsqueda de soluciones razonables”, señalaba uno de los consultados.

Otro de los expertos apuntaba a la nostalgia de los uruguayos de la siguiente manera: “aquí todos somos sobrinos nietos de Manrique”. Otra frase apunta en el mismo sentido: “Una sociedad cada vez más fragmentada, que mira más su pasado que su futuro, con un discurso hegemónico que no coincide en general con la realidad (esquizofrenia)...”. La nostalgia opera como freno en una sociedad a la que le cuesta mirar hacia el futuro.

Un primer bloque de preguntas cerradas estuvo centrado en plantear afirmaciones respecto al imaginario colectivo. La información fue relevada pidiendo a los expertos que expresaran su grado de acuerdo en una escala de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Asimismo, el grado de acuerdo debía manifestarse para cada afirmación en tres momentos: 1950, 2000 y 2010 (en este caso, a modo de predicción).

Es menester señalar que todos los expertos en todas las afirmaciones perciben un deterioro de esas cualidades de la sociedad uruguaya. No obstante, en un ejercicio más sistemático puede observarse, a través de los medios de cada una de las afirmaciones para cada uno de los momentos considerados, cómo va disminuyendo el grado de acuerdo de los expertos con cada afirmación.

Como se puede observar en el cuadro precedente Ninguna afirmación generó un acuerdo ni un desacuerdo total. Sin embargo, los acuerdos oscilan en un rango que va de 2 a 4,15, y las variaciones siguen la misma tendencia a disminuir su intensidad a medida que pasa el tiempo. Características que en el pasado estaban bastante presentes, en el presente ya no lo están tanto y se prevé que en el futuro lo estén aún menos.

La característica de sociedad de clase media ha sido la que más ha pesado en el imaginario colectivo, y en este sentido la percepción de deterioro es muy significativa. En otras palabras: a juicio de los expertos, la sociedad uruguaya se deteriora en su capacidad amortiguadora, según la expresión de Real de Azúa (1984).

3. Percepción sobre la equidad en el sistema de salud uruguayo

En la consulta Delphi se midió la percepción sobre la equidad en la salud de la siguiente manera:

- a. En primer lugar, se pidió a los expertos que calificaran la importancia de los valores del sistema de salud: la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia en una escala del 0 (nada importante) al 5 (muy importante). Esta medición permitió apreciar qué grado de importancia tiene la equidad con relación a los otros conceptos propuestos para ser evaluados.
- b. En segundo lugar, se les preguntó: “¿El sistema de salud uruguayo es a su juicio un sistema de salud equitativo?”. Los expertos contestaron utilizando una escala del 1 (ausencia total de equidad) al 10 (absoluta equidad). Dicha clasificación permitió formarse una idea de la percepción que ellos tienen de la equidad en el sistema de salud en general.
- c. En tercer lugar, se evaluó el grado de equidad en cuanto a la prestación de servicios en cuatro áreas: el sector público, el sector privado, los hospitales y las mutualistas, utilizando una escala del 1 (ausencia de equidad) al 10 (absoluta equidad). Este apartado permite, en la etapa de diagnóstico, seguir profundizando en los subsectores y en las prestaciones de salud.

- d. También se preguntó: “¿Cuál cree usted que son los factores que más atentan contra la equidad en la salud?”. La respuesta incluyó un listado de factores en el que el entrevistado debía marcar los que más incidían. Luego de señalados, se los ordenó de acuerdo al impacto que tenían sobre la equidad. Esta instancia pretendió ahondar más en los factores que influyen en el deterioro de los niveles de equidad en el sistema de salud.
- c. Por último, y pensando en las propuestas de mejora, se preguntó a los expertos: “¿Cuál vía cree usted que es la opción más adecuada en salud para alcanzar niveles altos de equidad?”. Se ofrecieron las siguientes opciones: a través de la prevención; a través de la igual atención médica; a través de una infraestructura capaz de responder a las demandas; otras vías.

Se ha señalado ya que como primer paso se pidió a los expertos indicaran en una escala del 0 al 5 cuán importantes eran la calidad, la equidad, la eficiencia y la eficacia en la salud. Los resultados arrojaron una alta valoración de la equidad como el concepto más importante en el sistema de salud.

Todos los conceptos son percibidos como importantes para el sistema, ya que superan los valores de neutralidad. A la equidad se le asigna un promedio del 3,42. Le siguen en importancia la eficacia, con un promedio del 3,35; la calidad, con un promedio de 3,31; y por último la eficiencia, con un 2,50 de promedio.

Es interesante en este punto comparar los resultados obtenidos en la consulta a expertos hecha por el MSP y la realizada para esta investigación. Si bien se trata de estudios con características distintas, la comparación permite observar cómo se han comportando ambos grupos de expertos en términos de tendencias.

En cuanto a la prioridad de los principios rectores, para los grupos de expertos consultados por el MSP el principio jerarquizado era la calidad, seguido por la eficiencia, la equidad y, por último, la solidaridad.

En un ejercicio más sistemático, observando los resultados por paneles de expertos, se aprecia que en el de “Autoridades públicas” el orden de prioridad es el mismo, y la tendencia se mantiene en el de “Autoridades privadas”. En cambio, en el panel “Personal de la salud” el orden se altera: la eficiencia se menciona como el principio prioritario, seguida por la equidad, la calidad y la solidaridad. Entre los “Otros actores” el orden de prioridad incluyó en primer lugar la calidad y la equidad, y en segundo lugar la eficiencia y la solidaridad.

A los expertos consultados para esta memoria se les pidió que calificaran en una escala del 1 al 10 la equidad en el sistema de salud uruguayo, entendida como el acceso de toda la población a un nivel adecuado de servicios

según su necesidad, con el fin de comparar los resultados de ambos Delphi. La definición de equidad fue extraída del estudio realizado por el MSP en 1999. El promedio asignado por los expertos fue de 4,15, inferior al valor medio, lo ubica la equidad en un valor negativo.

Es también interesante analizar la distribución de las respuestas para ver en qué valor se encuentra la mayoría relativa. En primer lugar, ninguno de los expertos asignó puntajes de 9 o de 10 al sistema de salud en este aspecto. La mayoría relativa de las respuestas está situada en el valor 3 de la escala, seguida por el valor 4 y, en menor medida, por el valor 5. Ambos extremos de la escala reciben distribuciones similares.

Se sondeó también la percepción de equidad según los distintos sectores del sistema: primero en el público y el privado y luego en los hospitales y las mutualistas.

La equidad en el sector público se situó en un promedio de 5,04, mientras que la del sector privado obtuvo 4,32. Notoriamente, los expertos asignaron mayores valores de equidad al sector público.

En consecuencia, sería esperable que los hospitales obtuvieran mejores resultados que las mutualistas. Sin embargo, éstas son percibidas como levemente más equitativas que los hospitales, con un promedio del 4,92 contra 4,72. Una de las hipótesis que se pueden manejar ante dicha contradicción es que tal vez los expertos no consideren a las mutualistas como netamente privadas.

Al observar las distribuciones correspondientes a la equidad en el sector público, puede señalarse, en primer lugar, que los valores extremos (1 y 10) de la escala no fueron utilizados por los expertos. En segundo lugar, cabe destacar que la mayoría relativa de las respuestas se encuentra en el valor 4 y en el valor 5 de la escala de equidad.

En lo que refiere al sector privado, la escala de equidad tampoco fue empleada en toda su extensión, por cuanto se omitieron los valores 9 y 10. La mayoría relativa se encuentra en el valor 5, seguida de un mayor peso en los valores negativos de la escala, lo que reduce el valor del promedio.

En lo que refiere a la equidad en la prestación de servicios en los hospitales, nuevamente los valores máximos quedaron relegados. La mayoría relativa quedó concentrada en el valor 5, levemente inclinada hacia los valores negativos de la escala.

Asimismo, la mayoría relativa se situó en el valor 5 de la escala de equidad propuesta para evaluar la prestación de servicios en las mutualistas. Es importante destacar que en este caso la distribución de las respuestas fue la más amplia, abarcando todo el espectro de la escala propuesta.

4. Factores que atentan contra la equidad

Una vez obtenido el posicionamiento en cuanto a la equidad del sistema de salud uruguayo, se profundizó en los factores que más atentan contra ella. Los factores puestos a consideración de los entrevistados fueron: la venta de tickets y órdenes, el número de camas disponibles, el multiempleo de los recursos humanos, la edad del usuario, la alta tecnificación del sistema, la alta medicalización del sistema, la superpoblación de los centros de salud, la doble cobertura de los usuarios y la actitud pasiva del usuario como beneficiario de una política social.

Se pidió a los expertos que señalaran los factores que entendieran afectaban la equidad en la salud y los ordenaran según su importancia.

En este sentido, la venta de tickets y órdenes fue el factor que recogió la mayor cantidad de respuestas: 20 expertos la señalaron como factor que atenta contra la equidad, y 9 de ellos lo ubicaron como el factor principal, mientras que 4 lo consideraron en segundo lugar y 5 en tercer lugar. Este factor resultó considerado el más importante, al ocupar el primer lugar, el segundo o el tercero.

El segundo factor más tomado en cuenta fue el de la alta medicalización del sistema de salud, con 16 menciones. Siete de los expertos lo visualizaron entre los tres primeros factores que afectan la equidad en el sistema de salud.

La actitud pasiva de los usuarios en tanto beneficiarios de una política social fue el tercer factor considerado nocivo para la equidad en la salud, con 14 menciones, de las cuales 5 lo ubicaron como primer, segundo o tercer factor en importancia.

El multiempleo de los recursos humanos y la alta medicalización del sistema de salud fueron mencionados en 13 oportunidades. De ambos factores la alta medicalización del sistema es el segundo factor, luego de la venta de tickets y órdenes que los expertos señalan como más importante en su incidencia.

Asimismo la superpoblación de los centros de salud y la doble cobertura de los usuarios, según los expertos, inciden en la misma medida en la equidad en el sistema de salud.

Por último, la edad del usuario y el número de camas disponibles aparecen como los factores con menor incidencia en el deterioro de la equidad en el sistema de salud uruguayo.

La categoría de "otros" provocó un tercio de las respuestas de los expertos, quienes mencionaron distintos factores que vale la pena listar:

- Haber librado la capacidad de consumo a cada uno. La apertura y obligatoriedad de DISSE sin normativa particular para sectores trabajadores de muy bajos ingresos, con lo que pobres financian a ricos.

- Los intereses de las corporaciones, las empresas y las instituciones involucradas (públicas y privadas).
- La falta de estandarización de procedimientos médicos.
- La diferencia de recursos disponibles entre sector público y sector privado.
- La existencia de dos sectores, público y privado, y la falta de coordinación entre ambos. La existencia de una salud para ricos y otra para pobres.
- La disparidad en la calidad de la atención.
- La falta de políticas al respecto.
- La ausencia un sistema que se financie en función de cada persona, y que pague por la cobertura según su riesgo.

Como se ve, los factores que atentan contra la equidad parecen ser múltiples y complejos, como el propio sistema.

5. Distintas vías para alcanzar niveles altos de equidad

Más de un tercio de los entrevistados señalaron que la prevención es el medio a través del cual se pueden lograr altos niveles de equidad en la salud. Éste es el camino mencionado como fundamental por la mayoría relativa. Las razones alegadas se dirigen a que la prevención llega a todos de igual manera, y a los sectores de menores ingresos les asegura adecuado manejo de la salud, un diagnóstico precoz y la consiguiente disminución de las necesidades de consultas y de infraestructura.

La presencia de una infraestructura capaz de responder a las demandas fue señalada por un tercio de los expertos como la segunda vía para responder a los déficit de equidad. Dice un experto: “La equidad es resultado de una relación entre necesidades que satisfacen y recursos que se disponen para atenderla”.

Por último, un sexto de los consultados señaló la igual atención médica como la tercera vía en orden de importancia para mejorar la equidad. La calidad en la atención de la salud permitiría dar respuesta a las demandas y no sólo a las necesidades.²

² En el libro *Medicina preventiva y salud pública* de Piedrón Gil se manejan los conceptos básicos de la determinación de demandas y de necesidades de los usuarios de la salud (Gómez, Rabanaque y Aibar, 2001).

6. Los valores sociales en el sistema de salud

La equidad es uno de los valores sociales del sistema de salud. Aprovechando las bondades de la técnica aplicada en el sentido de su capacidad proyectiva, se preguntó a los expertos: “¿Cuáles cree usted que serán los valores sociales presentes en los sistemas de salud en los próximos 10 años?”.

Asimismo, es muy importante comparar el *ser* y el *deber ser* de los valores sociales en el sistema de salud futuro para apreciar si existe distancia entre ambos. Se preguntó entonces también: “¿Cuáles cree que serán los valores sociales que deberían estar presentes en los sistemas de salud en los próximos 10 años?”.

Los expertos expresan la dualidad que ya se ha mencionado, entre un futuro peor, una perpetuación de la situación actual y un futuro mejor, esperanzado en las demandas actuales de los usuarios que pretenden mayor participación.

En la visión positiva se destaca el mejoramiento de valores tales como la solidaridad, la equidad, la calidad, la garantía de un mejor acceso, mayor eficiencia, más eficacia, así como también una baja en los costos de la salud debido a la optimización de los recursos.

En la visión negativa se destaca el papel de las corporaciones en detrimento de una mejor atención de la salud, la progresiva fragmentación del sistema, la alta tecnología en pro del avance científico y en desmedro de la sociedad, la falta de equidad y la transferencia al sector privado en menoscabo del sector público.

Asimismo, al analizar el *deber ser* de los valores sociales en el sistema de salud se observa la opinión muy arraigada (casi dos tercios de los consultados) de que la equidad debe ser el valor de mayor presencia en el sistema de salud. Junto con la equidad aparece la calidad, seguida por la solidaridad, el respeto y la participación del usuario y de la sociedad, y la prevención como valor que asegura el cambio de un sistema curativo a uno preventivo. La eficiencia y la eficacia siguen en importancia a la prevención como forma de asegurar que no exista crisis económica en el sistema. Aparecen asimismo la universalidad, la ética como compromiso con una práctica responsable, la racionalización de los servicios y, por último, la utilización de la tecnología adecuada.

Es muy interesante ver que la idea de cómo estarán dichos valores en el futuro no está tan clara, y las respuestas pueden ser contradictorias. Sin embargo, cuando se pregunta cómo deberían estarlo, aparece una fuerte concepción de cuáles son los valores que aseguran lo que en salud se entiende por el *bien común*.

7. Cambios en el sistema de salud uruguayo

Por último, se preguntó los expertos: "Si pudieran cambiar algo en el sistema de salud, ¿qué cambiarían?".

En primer lugar, aparece claramente la necesidad de unificar el actual sistema fragmentado: un sistema de salud único con un seguro nacional de salud único. La unificación comenzaría a través de la coordinación de los subsectores hoy existentes.

Junto con la necesidad de establecer un seguro nacional de salud aparece la idea de cambiar la forma de financiamiento. A propósito, señala uno de los expertos: "Reorganizaría el sistema de financiamiento (el flujo de dinero del sistema de salud), que tienda hacia un seguro nacional de salud". Se propone el financiamiento a través del pago de una cuota que se corresponda con los ingresos de los usuarios.

A continuación aparecen necesidades de cambiar la eficacia y la eficiencia del sistema, dos factores actualmente en crisis. Además surgen planteos respecto a la racionalización de los recursos como requisito para mejorar la equidad en el sistema, así como también la necesidad de un marco regulatorio en el sector.

Otras necesidades mencionadas fueron la de modificar el énfasis curativo del sistema, eliminar la múltiple cobertura de los usuarios, el multiempleo de los recursos humanos y los costos adicionales de la cuota mutua. Asimismo, la descentralización de la gestión y el incremento de la solidaridad en el sistema de salud aparecen como posibles cambios.

En un segundo orden de sugerencias, los expertos señalaron la necesidad de racionalizar los recursos humanos de la salud: racionalizar la actuación del personal de la salud, cambiar la formación que reciben desde la universidad o los centros de estudio. Se mencionó también la exigencia de asegurar un nivel mínimo de atención de la salud y cumplirlo, establecer niveles de atención efectivos, fortalecer a su vez la prevención. En tercer lugar aparece la necesidad de actuar sobre el financiamiento del sistema y la revisión de sus costos.

Se señalaron también otros cambios: otorgarle más poder al ciudadano; regular la competencia; frenar la mercantilización de los servicios; cambiar el rol del MSP en la definición, supervisión y evaluación de las políticas; establecer un eje normativo; desestimular los seguros parciales; controlar la alta tecnología en la medida en que aumenta considerablemente los costos y la transferencia al sector privado.

En síntesis, una mayoría relativa de los expertos señala que la sociedad de clase media y sin desigualdades es una realidad deteriorada que peligrosamente podría convertirse en mito. Las respuestas nos ubican en la percep-

ción de una sociedad integrada y desintegrada, de ricos y de pobres, percepción que se traducirá más tarde en el sistema de salud, cuando se mencione la existencia de una salud para ricos y otra para pobres.

Asimismo se considera que hay escasa equidad en el sistema de salud, con puntuación peor para el sector privado y levemente mejor para las mutualistas que para los hospitales.

La vía más importante para revertir la falta de equidad en el sector salud sería la prevención. De tal modo, el sistema de salud trataría sanos y no enfermos como lo hace en la actualidad.

El *ser* y el *deber ser* de los valores sociales en el sistema de salud tienen diferencias. El primero releva tanto las características negativas como las positivas que se observan en la actualidad, mientras que el segundo pone el acento en primer término en la equidad, seguida por otros principios del sistema y la solidaridad. Es destacable la claridad del *deber ser* presente en los expertos, aspecto en el que se da la mayor homogeneidad.

El cambio debe venir de la mano de la constitución de un único sistema de salud, de un único seguro de salud nacional, de forma tal de cambiar el financiamiento del sistema y asegurar el pago de los usuarios en relación con el ingreso que perciben.

Cabe anotar que el procesamiento de la segunda vuelta de la consulta Delphi reafirmó las tendencias mencionadas en este capítulo.

VI. Qué dicen los usuarios

En el estudio del mito y la realidad de la equidad en el sistema de salud, pareció importante, además de recabar la opinión de los expertos, obtener la de algunos usuarios. Éstos aportaron la visión inmediata de la salud, la de los problemas y el éxito del día a día de la salud en el Uruguay.

Es importante remarcar que se trata de la opinión de los usuarios de un servicio de primera necesidad, y que su percepción sobre el sistema puede coincidir o no con la realidad.

La técnica de grupos de discusión posibilitó un análisis más fino del mito y la realidad de la equidad a través del debate sobre los conceptos claves al respecto.

El espacio que se les brindó a los efectos de esta investigación suscitó un grado de participación importante. En los cuatro grupos se logró la dinámica prevista, que se mantuvo en promedio durante una hora y veinticinco minutos en cada instancia.

1. Mito o realidad sin desigualdades y de clase media

En primer término se preguntó: “¿La sociedad uruguaya es una sociedad de clase media, solidaria, equitativa? ¿Esto es un mito o una realidad?”.

Los usuarios estuvieron de acuerdo en señalar que esta característica se acerca más a un mito que a una realidad. Las razones fueron las siguientes: las crecientes desigualdades en la sociedad, el deterioro de la clase media uruguaya, la sociedad de consumo en la que vivimos, el deterioro de la educación pública y la política económica del sistema capitalista. No obstante, la comparación con otros países que pasan dificultades muy grandes surgió como un aspecto positivo.

En primer lugar, los participantes señalaron crecientes desigualdades sociales. Su reacción ante la pregunta se basó en la experiencia individual. Al respecto, algunos señalaron:

Se ve permanentemente en todos los ámbitos: lo que es la educación, lo que es la salud, con la vivienda...

Se observará a lo largo del análisis de los resultados cómo el deterioro de la clase media se señala como uno de los aspectos que más influyen en la desigualdad. Cuando se interrogó a los expertos, la hipótesis era que la clase media aparece fuertemente en el imaginario colectivo. Esta hipótesis parece confirmarse aquí, ya que está muy presente en el discurso de los usuarios. Al respecto afirma un participante:

Yo creo que la clase media está tendiendo a desaparecer, porque cada vez más... Recorrés barrios y ves la opulencia en un lado y después ves la falta de todo en otro... Y hay mucha desigualdad, se separa en dos clases ya. Ya no es como antes: tres clases.

Rolando Franco y Pedro Sáinz, en *La agenda social latinoamericana de 2000*, señalan la importancia de la construcción de sociedades más igualitarias a través de la integración de la población a la sociedad de consumo. En ese sentido afirman:

En América Latina, la mayoría de los hogares no logra ingresos suficientes para acceder a un nivel mínimo del consumo de masas. Ésta es una dimensión no sólo del bienestar material, sino de *status* y de integración, crecientemente valorada por la sociedad. (Franco y Sáinz, 2000: 7.)

Los autores señalan que en Uruguay alrededor de la mitad de la población tiene la capacidad para integrarse a la sociedad de consumo, lo que constituye una excepción en el panorama de América Latina, donde en general sólo dos o tres de cada diez hogares perciben el ingreso suficiente para integrarse a la sociedad de consumo.

El consumo y la sociedad de consumo en la que vivimos parecen ser también otra de las razones por las cuales se deteriora la igualdad en la sociedad uruguaya. En la visión de los participantes, produce el endeudamiento en las clases menos pudientes.

Otro de los factores muy presentes fue el deterioro de la educación pública, la cual aparece casi como la salvadora de la crisis social. En otras palabras, cuando la escuela pública funcionaba bien, el Uruguay era mejor.

Lo que pasa es que la escuela es un control, control social. El tema de que los gurises... Están ahí, es un tema de protección a los gurises que están en la calle. El tema es tenerlos controlados, están ahí.

Otra de las constantes en la construcción de sentido en el diálogo grupal fue el sistema capitalista y su política económica. El argumento surgió más allá del ámbito político-partidario, ya que en los grupos había gente de todos los partidos políticos. Parece haber sido una sincera reflexión sobre una forma de política económica muy mezclada con el sentimiento de abandono provocado por el retiro del Estado.

2. El acceso a la salud en el Uruguay

Una vez finalizado el tema social, preguntamos a los participantes sobre la salud: "Si pensarán en la salud uruguaya y en el sistema de salud uruguayo desde su perspectiva de usuarios directos (por haber sido atendidos en alguna ocasión) e indirectos (cuidando familiares y amigos), ¿cómo ven el acceso a la salud?; ¿es igual para todos?".

Los jóvenes coinciden en decir que en el Uruguay de 2001 no todos acceden a la salud. Las razones son varias y la forma de agrupación que parece más pertinente es la siguiente: aspectos que se refieren al sector público, aspectos que se refieren al sector privado, los que se refieren a los seguros parciales, a la falta de información y al gasto en salud.

En lo relativo al sector público, existe la idea de que hay una porción de la población del país que queda sin cobertura de salud, ciudadanos que quedan fuera del sistema por no tener recursos.

Por ejemplo, Salud Pública. Hay gente que no llega a atenderse a Salud Pública. Hay gente, marginados, por llamarlos de alguna forma, que no accede a los sistemas de salud.

Dentro del sector público el acceso se ve obstaculizado por las exigencias que se ponen para el "carné de pobre", como señalan los usuarios

Y... ha cambiado, porque yo toda mi vida me atendí en Salud Pública, era asmático y me atendían perfectamente. Pero tenés que ganar menos de no sé

cuantos salarios mínimos para darte el carné; si no, te lo dan con arancel, y con arancel te sale lo mismo que la mutualista. Tenés que pagar una tomografía, algo así, tenés que pagar 300 pesos. Para eso vas a una sociedad.

Otro de los aspectos que dificultan la atención según los participantes es la falta de recursos en dicho sector.

Hay centros de salud que se visualizan como mejores que otros. Si hiciéramos un *ranking* pondríamos en primer lugar al hospital Pereira Rossell, el Canzani —es decir, la parte de atención a la infancia—, el Clínicas, el Maciel y el resto de las entidades públicas.

Los usuarios mencionan los problemas de DISSE al dar cobertura de salud a trabajadores de bajos ingresos que luego no acceden a los servicios porque no pueden pagar los tickets y las órdenes de las mutualistas.

Yo trabajé en una fábrica de prendas de vestir. Todo el mundo sabe que la vestimenta paga el peor salario y cada vez está pagando salarios más bajos. Las chiquilinas decían que tienen sociedad porque tienen DISSE, pero las mismas chiquilinas te decían: “yo no puedo ir a pagar un ticket a la mutualista”, o irse a hacer los análisis, o cuando faltaban, que se les exigía un comprobante médico y no tenían para pagar la orden y traer el comprobante. “No tengo para pagarme los remedios”, decían.

En lo que refiere al sector privado, los usuarios señalaron algunos temas a tener en cuenta:

El primero es el que denominan “de un médico a otro”. Los usuarios señalaron la dificultad de tener consultas con demasiados médicos de distintas especialidades para llegar a la posible cura de la enfermedad.

Una vecina que fue por no sé qué, cuando quiso acordar ya había recorrido como ocho médicos que le mandaban análisis y un montón de cosas y cuando quiso acordar se gastó un fangote de plata en la sociedad, y para qué.

Otro aspecto se refiere a la visión que los usuarios tienen sobre el sector privado: un gran negocio. Dentro de él aparecen las mutualistas, inmersas en el fin de lucro a través del pago de tickets y órdenes y la multiplicidad de consultas necesarias para obtener un diagnóstico. Al respecto señalan dos usuarios:

En salud privada voy y me siento onda “sos un negocio para ellos, más que un paciente sos un cliente”, y si te tienen que mandar al especialista te mandan.

Inclusive ahora dentro de las mutualistas se da otra diferenciación más: tenés que pagar una sobrecuota un plus y tenés un servicio. Aumenta las diferencias entre las personas.

Los seguros parciales son considerados en forma positiva y negativa. Positivamente como opción frente a una cuota mutual inaccesible y a un sec-

tor público con muchas carencias, y negativamente por la diferencia que se produce entre quienes lo tienen y quienes no. Al respecto señala un usuario:

Yo voy a Salud Pública y me siento mal. Es lamentable, pero, aparte, lo que podés hacer es optar por un servicio de salud como el SUAT, que te atiende al instante, que te lleva a Salud Pública y tiene la obligación de no irse hasta que te atienden. Si vas solo a Salud Pública podés estar horas esperando. Si morís esperando...

Los participantes afirman que lo que sucede también con el sector público es que hay falta de información acerca de los servicios que brinda.

A mí, por ejemplo, me parece que en este país la gente no está bien informada de lo que es Salud Pública, de qué cosas tenés. Por ejemplo, en el Clínicas, si vos tenés el carné, te pueden hacer juntas disciplinarias. Eso en una sociedad tenés que pagar para que se junten cuatro médicos de distintas cosas para que te encuentren algo. Me parece que la gente no tiene mucho conocimiento de lo que pasa.

El gasto en salud es otro de los temas percibidos como fundamentales, ya que no se ve en cuestiones puntuales a las que ellos tienen acceso.

Yo me pregunto dónde está el gasto, porque vos ves que hay un enfermero solo para un piso a veces para dos pisos.

La diferencia entre Montevideo y el Interior es percibida como bastante notoria. Al respecto explican dos usuarios:

Hay una diferencia también entre la corona de lo que es Montevideo y la Costa de Oro y el resto del país. En el Interior viven mis abuelos, y mi abuela tiene Alzheimer hace seis años. Mi abuelo fue al hospital y le dieron una cama reclinable, una silla de ruedas en el hospital, y mi abuela tiene sociedad médica y en la sociedad médica no le dieron nada. Pasa que, como en el Interior la gente se preocupa más, no tiene tanta fuerza la sociedad médica, porque la usa la gente que tiene; el resto de la gente se atiende por Salud Pública entonces la Salud Pública está mucho mejor.

Las sociedades privadas en el Interior no son tan de vanguardia, no son tan excelentes como las de acá. No sé si es que los médicos están todos nucleados acá y como que les cuesta, no quieren ir a trabajar a Artigas.

Uno de los aspectos que aparece con mayor fuerza es de la pérdida de libertad por la dificultad de acceso a la historia clínica. Al respecto expresa un usuario:

Otro problema que tiene es el problema de la historia clínica. Si vos te seguís una enfermedad... Mi cuñada se seguía un problema cardíaco, le dio un ataque al corazón y la internaron en el hospital y ahí abrió una historia clínica.

Entonces ella no existía; su historia empezó en el momento del infarto, lo de atrás no se lo pasaron.

Los adultos concuerdan con los jóvenes en que el acceso a la salud se hace cada vez más difícil. Entre las razones están las vinculadas al sector público, a la política de DISSE, y las vinculadas al sector privado. Además se señalan factores vinculados al sistema de salud, a la duplicación de servicios, a la ausencia de un interlocutor, a la necesidad de una medicina preventiva y la polémica por el gasto en salud.

Acerca del sector público, los usuarios valoraron los avances. Al respecto comentaba un usuario:

Yo ahí quiero quebrar una lanza por los avances que ha tenido la Salud Pública. Eso no quiere decir que sea suficiente o que no sea perfectible. A mí me parece que Salud Pública ha avanzado en un sentido positivo.

La vocación de servicio es otro elemento valorado del sector público:

El esfuerzo es sobrehumano con las cosas que tienen.

Hay vocación de servicio a la comunidad.

No hay cama para atenderte, te atienden parado, pero me palparon, me hablaron, me revisaron se disculparon mil veces porque no tenían camilla.

La mala administración de los recursos es otro de los aspectos negativos que se mencionaron. En el punto que trata sobre DISSE los adultos coinciden con los jóvenes. DISSE es visualizado por los usuarios como una suerte de trampa, como un acceso a medias, ya que se pasa la primera puerta pero después es muy difícil avanzar debido a que no se pueden pagar los costos adicionales de las mutualistas: tickets y órdenes, medicamentos, etc.

Ni siquiera la gente que por el trabajo tiene acceso a las mutualistas... Por intermedio de DISSE podés elegir la mutualista que quieras, pero después no podés pagar ni las órdenes ni los tickets. Entonces, aunque tenga una buena mutualista, no accede por el otro tema.

Acerca del sector privado los usuarios anotan varios temas importantes. Las mutualistas pasaron a ser medicina privada con fines de lucro. Este sentimiento es la constante que logró sortear todas las diferencias, ya que apareció en los cuatro grupos en algún momento.

Antes era mutualismo ahora es salud privada.

Me parece que el mutualismo en el mejor sentido de la palabra dejó de existir; ahora deja de ser un servicio a la comunidad, ahora persigue fines de lucro.

La privada es la cuota, más los tickets, más los remedios.

Los usuarios coinciden en que el sistema es bueno y está bien pensado. Incluso cuando se compara con otras opciones de América Latina nuestro sistema es valorado; el problema según los usuarios son las personas que lo manejan. Asimismo, advierten que el problema es la pérdida de salario real y no la cuota mutual.

Yo personalmente creo que la salud es muy barata acá, lo que pasa es que la gente es pobre. No puede pagar 50 dólares para tener un lugar dónde tenés sanatorio, tenés todo tipo de atención, operaciones, médicos, etc. Es un regalo... Yo conozco gente que vive en el exterior y sigue pagando la sociedad de acá, y se han operado acá.

La duplicación de los servicios es otro de los aspectos que se visualizan. Al respecto afirma un usuario:

También hay gente que puede pagar la sociedad y va al Hospital de Clínicas.

La ausencia de interlocutor es uno de los problemas señalados. Los usuarios sienten que del otro lado no hay nadie. Al respecto hay algunas frases bien ilustrativas:

Lo peor es que acá no se corrige. Si tú hubieras tenido opción de denunciar ese hecho... ¿Ante quién lo vas a denunciar? Sí, ¿ante quien lo vas a denunciar?

De repente pasan cosas como la del plomo y todo el mundo se lava las manos. Pero todo el mundo se lava las manos, me contaba un médico, porque la única solución que hay a esto es seguir investigando.

La medicina preventiva es uno de los aspectos fundamentales para el acceso a la salud para la franja de la población que no puede pagar salud privada. Las policlínicas son vistas como el bastión de la prevención en la ciudad de Montevideo.

Yo quería comentar una de las cosas que veo importantes para la gente que no puede es la medicina preventiva.

Nuevamente, al igual que los jóvenes, los adultos señalan que el gasto en salud, 10% del PBI, no parece traducirse en impacto social.

El gasto que hace en salud el gobierno es importante. Tal vez lo que falta es, como en otros aspectos, una planificación adecuada.

El perfil de país desarrollado va a implicar más recursos porque es un tema de prolongar la vida.

5. Lo que más molesta y lo que menos molesta en la atención de la salud

Preguntamos a los usuarios: “¿Qué es lo que más le molesta y qué es lo que menos le molesta cuando se va a atender a su centro de salud?”.

Lo que más les molesta

La espera es vista por los jóvenes como el factor más molesto a la hora de atenderse en su centro de salud.

Hasta no hace mucho tiempo había gente que iba de noche a hacer cola para sacar número.

El segundo factor es el precio de los medicamentos, muchas veces inaccesible para los usuarios.

Otro de los puntos que más molesta a los participantes es el trato del personal de la salud. En los grupos se contaron varias anécdotas al respecto. Las frases más elocuentes son las siguientes:

Tanto la salud pública y la privada te atiendan mal, porque vos estás pagando ya sea una o la otra, ellos están cobrando un sueldo por el trabajo. Y en la pública vos pagás con los impuestos y nadie te tiene por qué hablar mal.

A mí lo que me enoja en realidad es que tenés que exigirle poco más que se preocupen los médicos.

En el caso de los adultos, el aspecto que más les molesta es, al igual que a los jóvenes la espera, el tiempo que pasa entre el momento en que se solicita el número y el día en el que el médico atiende.

A diferencia de los jóvenes, el segundo factor es la falta de administración, la que repercute en su centro de salud y tiene consecuencias directas en la atención.

El tercer factor molesto es la relación médico-paciente. En ese sentido se considera muy negativamente la falta de perfil humano del personal médico.

Lo que a mí molesta, en mi experiencia personal... No tengo nada contra el mutualismo, la salud; en general no he tenido problemas. Hay una cosa que me molesta terriblemente es esa sensación que te dan los médicos cuando te vas a atender, de que son seres superiores. Así son los dueños del universo; no te hablan, no te dicen nada, no te comunican. Y si vos sos un tipo enfermo querés que te digan qué tenés. Están más allá del bien y del mal.

Los usuarios perciben la necesidad de un cambio en la atención de las mutualistas, un cambio para mejorar el servicio al cliente. Al respecto comenta un participante:

Es un tema que va también a la formación del personal. Lo que a mí me molesta más del uso que hago de la mutualista es que desde que uno entra, desde la parte administrativa hasta el cajero, cómo te atiende, me han quedado situaciones marcadas porque para mí los instantes de calidad son todos y siempre. Entonces, para empezar, es como que te están haciendo un favor. Tú vas por algo tan delicado como que no te sentís bien, entonces, caramba, imagínate que cuando vas a algún lado con toda la alegría exigís que te vendan y que te muestren, ¡cuánto más cuando te duele algo! Por favor, alfombra roja. El personal administrativo antes de llegar al consultorio del doctor, que es otro tema, es pésimo y merece una formación profunda. Fijarse lo que están haciendo y quiénes son sus usuarios y sus clientes.

La prevención es uno de los aspectos más rescatados por los usuarios como positivos en la salud. Nada de lo preventivo en la atención de la salud molesta; al contrario, es bienvenido.

Algunos usuarios rescataron que otro de los aspectos favorecedores es la cordial relación que se produce con el médico: “A veces eso salva la penosa situación de ser examinado”. Nuevamente surge aquí la visión dual que los usuarios tienen de la relación médico-paciente y del propio médico, el cual parece ser un tipo de persona en el sector privado y otro en el sector público.

8. La conformidad con la atención en la salud

En el siguiente punto se preguntó a los usuarios: “¿Están conformes con la atención de salud que reciben?”.

Los usuarios respondieron con miles de anécdotas, entre las cuales había experiencias satisfactorias e insatisfactorias con el sector privado y con el sector público. La dualidad de las experiencias hace muy difícil precisar con qué sector de la salud se encuentran más disconformes, pero es posible señalar algunos aspectos.

La disconformidad con el sector público viene de la mano de las carencias —carencias físicas, no de voluntad del personal en general—, que hacen al usuario no reciba la atención esperada.

Lo que más me molesta es en las condiciones en que está la Salud Pública, vos te quebrás una pierna y vas y no tienen ni siquiera las herramientas para atenderte. Te atienden como pueden, hacen un sacrificio bárbaro.

En esos casos tenés que estar del otro lado capaz que los médicos en esos casos están sin herramientas, sin cosas, sin medicamentos...

Los adultos están disconformes con ambos subsectores. La siguiente cita ilustra muy bien el sentimiento al respecto:

Yo no estoy conforme para nada con el servicio que recibo; creo que son perfectibles. La relación médico-paciente... Claro, porque nosotros no sólo apor-

tamos al mutualismo, también pagamos la salud pública, entonces no estoy conforme que la salud pública esté en el estado en que está.

Un punto de disconformidad es la falta de contacto físico en la relación médico-paciente. La administración de los recursos es otro punto criticado.

Los diez minutos de atención no parecen conformar a los usuarios. Éste es un elemento propio del sector privado, no del público.

No estoy conforme con el tiempo que dedican en la atención en la salud privada.

El médico está obligado a ser un recetador y no un diagnosticador.

9. Propuestas de mejora para un mejor acceso a la salud

Se preguntó a los usuarios: “¿Cómo les parece se podría mejorar la salud en vista de todas las crisis que hemos sufrido, de modo de que fomente la equidad? ¿Qué cambiarían del sistema de salud?”.

La primera de las propuestas de mejora se refiere a liberar el tope del carné de asistencia, que se hace muchas veces inalcanzable.

Lo que pasa que entre otras cosas tendría el gobierno que subir los topes, para acceder al carné de pobre o carné de asistencia. Los topes son muy bajos y de repente hay personas que ganan poco pero que no entran en asistencia. Podría ser la forma de enganchar que la gente entre en alguno de los sistemas.

Nuevamente aparece la denominación *carné de pobre* que se le da al carné de asistencia; es un fenómeno que muchas veces se da en las políticas focalizadas y que segrega más a los individuos al estigmatizarlos como pobres.

Con una mayor presencia del Estado y con una política clara de salud se podría mejorar mucho en el sistema:

Es un tema de política de Estado; pasa por la formación de políticas sociales.

No ha habido una política clara... Hay una política de cada vez mayor desentendimiento. Por eso digo que la salud es privada, y si van a ser empresas, que asuman ese rol, pero no está definido.

Bajar el monto de la cuota mutual es otra de las propuestas de los jóvenes. Reflexionó un usuario:

El que paga un alquiler ya no puede pagar mutualista, y de repente ganás 10 y no lo podés pagar... Supuestamente, si trabajás y está todo bien, tenés DISSE... Sí, supuestamente, pero ¿cuánta gente está afuera del sistema?

Los adultos como primera propuesta de mejora señalan la necesidad de la humanización del sistema de salud, que pasa por la equidad en los sueldos

del personal, por la humanización del personal. La búsqueda de la vocación en la atención de la salud parece asegurar, según los participantes, el factor humano.

Primero que nada humanizarla, que sean equitativos los sueldos, porque viste que los médicos tienen una gran diferencia de sueldo con respecto al resto del personal de la salud. Los médicos ganan muy bien, los cirujanos ganan bien... Tampoco es humano ese sistema que la gente ande rodando en 36 mutualistas para ganar un sueldo sin quedarse en un lugar y conocer más a la gente.

La segunda propuesta que señalan los adultos es la mejor administración de los recursos en todo el sistema de salud.

Las deudas de la medicina deben saldarse con la mejora del sistema. La atención de las enfermedades psiquiátricas se ve como fundamental en un país donde la tasa de suicidios es uno de las más altas de América Latina.

¿Cómo es posible que se deje de lado la atención psiquiátrica? Esa área no se podría dejar de lado. En esta sociedad tan presionada laboralmente y económicamente, donde se trabaja tantas horas, con tan poca dedicación a la familia... Ese problema es la parte humana del sistema.

La propuesta de mejorar la solidaridad abarca y va mucho más allá del sistema de salud. En la construcción de sentido realizada en los grupos se planteó como muy importante revisar la solidaridad intergeneracional.

Yo que viví en Suiza y los viejitos te decían todo el tiempo: "No, m'hijo, no trate de llegar a esta edad, es horrible". Cuanto más una sociedad se deshumaniza, más una sociedad tira a los viejos en casas espectaculares, que nadie los va a ver.

Acá también está pasando, y está pasando en la salud porque la gente que trabaja en la salud no va con un concepto humano a trabajar.

Al mutualismo lo deshumanizaron; entonces empezó a ser controlados por técnicos, que son los administradores, que dan muy bien los números pero que se olvidan que están trabajando con seres humanos.

Otra de las propuestas es hacer hincapié en la prevención como solución para la salud en nuestro país. Al respecto señala un usuario:

Cambiar los hábitos, los vicios a través de políticas de prevención de gobierno.

Los usuarios se sienten desprotegidos ante la institución y entienden que deberían tener derechos adquiridos por la constancia en el pago de la cuota o del aporte.

La prevención te sale mínimo mil pesos, independiente de la cuota mutual; entonces una vez al año el usuario tendría que tener el derecho de tener un chequeo general gratis.

La síntesis presentada a continuación hace a los aspectos en los que jóvenes y adultos coinciden en relación con la sociedad y la salud.

En lo que refiere al conjunto de preguntas vinculadas a la sociedad uruguaya, los usuarios coinciden en que la realidad de clase media y sin desigualdad de la sociedad uruguaya está deteriorada. Observan una declinación en las características de clase media y un incremento de las desigualdades sociales.

La visión del futuro no es positiva ni en la opinión de los adultos ni en la de los jóvenes, si bien los adultos tienen un matiz de esperanza que surge de la creencia en el ser humano. Lo negativo está relacionado con la falta de trabajo y la consecuente posibilidad de emigrar.

En cuanto a las preguntas sobre la salud, adultos y jóvenes coinciden en que no toda la población uruguaya accede a la atención. Los problemas se visualizan en la política de DISSE, la cual, si bien otorga cobertura a los trabajadores, no garantiza la atención debido a los plus que se deben abonar en las mutualistas.

Asimismo, tanto jóvenes como adultos visualizan a las mutualistas como un negocio, como entidades que persiguen un fin de lucro y han perdido sus objetivos originales. El bajo impacto del gasto en la salud es otro de los factores negativos percibidos por el conjunto de los participantes.

En el ejercicio propuesto de identificar con un animal al sector privado y al público se produjo el mayor acuerdo entre los jóvenes y adultos. El sector público tiene buenas intenciones, si bien es una maquinaria de movimientos lentos, mientras que la salud privada es, según los usuarios, despiadada.

Los participantes coincidieron en señalar la espera como el primer factor de molestia. El segundo aspecto común es la relación médico-paciente que tanto jóvenes como adultos consideran que puede mejorar.

Una cita que resume muchas de las experiencias duales de los usuarios:

La salud es cuestión de suerte... Suerte de que te traten bien, suerte de que caigas en un buen lugar.

A todos los participantes les gustaría en un futuro estar en el subsector privado de la salud. Mientras que los jóvenes ven esa posibilidad más viable a través de DISSE, los adultos lo ven más viable mediante la jubilación.

II. Conclusiones

La pregunta que dio lugar a esta investigación fue: ¿está el principio de equidad en crisis en el sistema de salud, según la percepción de los uruguayos? Se buscó responderla a través de la percepción de expertos y usuarios con un marco estadístico de análisis de los datos estructurales obtenidos de fuentes secundarias.

Se pretendió indagar en el mito de sociedad igualitaria que existe en el Uruguay, con la idea de que conocer la realidad y discutir el mito ayuda a la resolución del problema a través de un diagnóstico adecuado. Para contestar dicha pregunta resulta fundamental introducir la definición de mito.

Un mito es una serie de datos narrativos organizados, tales como creencias acerca de poderes trascendentales, de los orígenes del universo y de las instituciones sociales, o acerca de la historia del pueblo.

Su función consiste en proponer a los miembros de una sociedad una determinada meditación sobre el sistema moral y los rasgos relacionales en él presentes. Los estudiosos del siglo XIX se interesaron por los orígenes de los mitos. Este enfoque ha sido evitado por los antropólogos sociales, puesto que consideran los mitos como partes de un sistema social específico de elementos contemporáneos. Los mitos no pueden aislarse porque son “manifestaciones” de la realidad, productos de una fe viva que conectan íntimamente palabras y hechos.³

Mito (del griego *mythos*) es una narración recibida por tradición que versa generalmente sobre unas fuerzas primitivas de las cuales uno cree depender; muchas veces se trata también, sobre todo entre los pueblos primitivos, de la narración sobre el origen del mundo. El mito juega un gran papel en todas las culturas. Las ideas míticas se introducen en la religión, y algunos de sus elementos pueden subsistir incluso en las religiones de las grandes culturas. En un sentido más estricto, en sociología política mito significa (según G. Sorel) el complejo de ideas, la ideología, que de una forma casi siempre irracional y gracias a su ambigüedad solidariza y estimula a los movimientos sociales y a los grupos revolucionarios. (Schoeck, 1977: 467.)

Las dos definiciones presentadas tienen elementos muy interesantes. Ambas sostienen que mito significa un conjunto de narraciones recibidas por tradición. La idea contenida en la primera definición de que los mitos “son ‘manifestaciones’ de la realidad, productos de una fe viva que conectan íntimamente palabras y hechos” nos acerca al concepto de mito que se maneja en esta memoria.

³ “C. Lévi-Strauss (véase ‘El estudio estructural del mito’ en su *Antropología cultural*, Buenos Aires, 1963) orienta su interés a discernir las estructuras lógicas que ordenan el carácter efímero de la narración mítica, así como el lingüista descubre la gramática y la sintaxis”. Duncan Mitchell, 1986: 151.

La noción de una sociedad igualitaria, de clase media, que existe en Uruguay desde hace mucho tiempo, está convirtiéndose peligrosamente en un mito, según los técnicos y los usuarios consultados. En otras palabras: todo ese cúmulo de condiciones notables de la sociedad uruguaya que existían en el 50, hoy se están convirtiendo en una realidad deteriorada. El fundamento del mito se aleja cada vez más de la realidad.

Al igual que el fútbol uruguayo ya no es más el Maracaná del 50, la sociedad uruguaya ya no es más la sociedad igualitaria del 50, según los expertos y los usuarios de los servicios de salud consultados. Los procesos de segmentación se agudizan y unos y otros prevén que el 2010 va a ser aún peor. En la percepción de usuarios y expertos, la salud como subsistema del sistema social no escapa a esta realidad nacional y, por lo tanto, sufre un deterioro de sus principios fundamentales.

A la pregunta planteada en este trabajo se da respuesta a través de la triangulación de las técnicas. Es decir a través de la puesta en común del Delphi realizado a expertos, los grupos de discusión con los usuarios y el relevamiento de datos secundarios. Las conclusiones de la matriz que se presenta en la página siguiente fueron elaboradas sobre el común denominador de las tres técnicas, tomando en cuenta aquellos puntos para los cuales existía información en las tres instancias.

Como se puede observar en la matriz precedente, tanto los datos como los expertos y los usuarios señalan problemas con la equidad en la salud. Parece pertinente decir que quienes no tienen cobertura de salud y quienes sí la tienen pero no pueden atenderse por los costos adicionales están en situación de inequidad frente a aquellos que sí tienen cobertura y sí pueden pagar los costos adicionales.

En un ejercicio más sistemático analizamos las respuestas comunes de las fuentes consultadas. Los datos señalan que el 12% de la población no accede a la cobertura total de salud, y de ese 12% el 70% tampoco tiene cobertura parcial, es decir, no tiene ninguna cobertura. Los datos secundarios indican que a mejor nivel de ingreso la cobertura de salud es más completa, exceptuando a los beneficiarios de DISSE.

Los usuarios señalan que el no acceso a la salud se da en aquellas personas que no tienen suficientes ingresos para pagar una cuota mutual, pero que al mismo tiempo tienen demasiados para acceder al carné de asistencia en el MSP.

Desde el punto de vista de los expertos, la medida con que contamos es la clasificación de la equidad del sistema, en una escala que va desde el 1 (ausencia de equidad) al 10 (equidad absoluta). Como se ha señalado, la valoración que los expertos hacen de la equidad es negativa, dado que en ningún momento pasa a los valores positivos de la escala de medición pro-

Matriz de triangulación de los resultados obtenidos mediante las distintas técnicas

Qué dicen los datos	Qué dicen los usuarios	Qué dicen los expertos
El 12% de la población no accede a cobertura total de salud.	Hay gente que no llega a atenderse a Salud Pública.	4,5 es el promedio de equidad asignado al sistema.*
De ese 12% el 70% no tiene cobertura parcial alguna.	Hay gente, marginados, por llamarlos de alguna forma, que no accede a los sistemas de salud.	5,4 es el promedio de equidad asignado al subsector de salud pública.*
Cuanto más ingresos, más completa es la cobertura de salud.	Y... ha cambiado, porque yo toda mi vida me atendí en Salud Pública, era asmático y me atendían perfectamente. Pero tenés que ganar menos de no sé cuantos salarios mínimos para darte el carné; si no, te lo dan con arancel, y con arancel te sale lo mismo que la mutualista.	4,02 es el promedio de equidad asignado al subsector de salud privada.* 4,72 es el promedio de equidad asignado a los hospitales.*
	Antes era mutualismo ahora es salud privada.	4,92 es el promedio de equidad asignado a las mutualistas.* La venta de tickets y órdenes es la principal causa de inequidad en las mutualistas.
	Me parece que el mutualismo en el mejor sentido de la palabra dejó de existir; ahora deja de ser un servicio a la comunidad, ahora persigue fines de lucro.	
	Yo trabajé en una fábrica de prendas de vestir. [...] Las chiquilinas decían que tienen sociedad porque tienen DISSE, pero las mismas chiquilinas te decían: "yo no puedo ir a pagar un ticket a la mutualista".	

* Escala del 1 (ausencia de equidad) al 10 (equidad absoluta).

puesta. Los expertos visualizan la salud pública como más equitativa que la salud privada.

Los expertos evalúan a las mutualistas como levemente más equitativas que los hospitales, si bien siguen con valores muy bajos en la escala. Los usuarios en su discurso señalaron la idea de que las mutualistas han perdido sus fines solidarios y se han ido convirtiendo en entidades con fines de lucro, transformándose en un negocio.

La respuesta a la pregunta sobre *si el principio de equidad se encuentra en crisis en el sistema de salud uruguayo* fue la siguiente. Por una parte, los datos informan que, a medida que aumenta el ingreso, se accede más a la cobertura mutual. La respuesta de los usuarios es también afirmativa: para ellos la equidad es más un mito que una realidad, y señalan la inequidad en la práctica de las mutualistas. La respuesta de los expertos es que la crisis de la equidad abarca a todo el sistema de salud, y valoran más la equidad en el sistema mutual.

Tal vez esta diferencia de valoración de las mutualistas según los distintos actores, se deba al subsector en que se ubica. Claramente los usuarios las consideran en el sector privado de la salud, mientras que los expertos las sitúan probablemente en una concepción mixta del sistema.

La falta de acceso *en teoría* (ya que en la práctica todos tienen derecho a ser atendidos en Salud Pública) de sectores de la población a la atención de salud genera inequidades en el sistema y vulnerabilidad causada por dicha desigualdad de oportunidades. Ese 12% que declara no tener cobertura total de la salud —es decir, no tener carné de asistencia— está en situación de vulnerabilidad con respecto al resto de la población que sí tiene el carné o goza de otros beneficios.

Se podría señalar al respecto que el hecho que un usuario no tenga cobertura no significa que esté en situación de riesgo. No obstante, en un país como Uruguay, donde el sistema es curativo, no tener cobertura de salud es un problema. Ese sistema curativo genera una estratificación en la sociedad, al igual que lo hace el ingreso percibido o el nivel socioeconómico. Es decir, se puede clasificar a los individuos según la cobertura de salud que tienen y ello correlaciona directamente con el nivel de ingreso del hogar.

También se puede señalar que DISSE o Asignaciones Familiares son tipos de cobertura que atraviesan todos los deciles de ingreso. Esto también es cierto, pero el mercado y la estructura de oportunidades no permiten a esas personas acceder a dichas coberturas, ya sea por el costo de tickets, órdenes y medicamentos, ya sea por el costo del boleto para trasladarse al centro de atención.

Los niños son una población de por sí vulnerable, ya que no generan activos propios sino que los reciben de la familia, en caso de que ésta tenga

capacidad de transmisión de dicho portafolio. Del 20% de los hogares más pobres, el 70% se atiende en Salud Pública. Asimismo, es en ese quintil de ingresos donde se concentra la mayor cantidad de niños por hogar. Las carencias de la Salud Pública afectan la calidad de la atención y ponen a esos niños en situación de vulnerabilidad.

La transformación hacia un sistema preventivo (lo han mencionado expertos y usuarios al hablar de experiencias de prevención puntuales, como las policlínicas) aparece como una de las claves para lograr mayor equidad en el sistema. Es decir, cambiar la estructura de oportunidades que conforman Estado, mercado y comunidad para que la atención en la salud sea cada vez más equitativa y no siga generando desigualdad de oportunidades.

En síntesis, se puede afirmar:

- a. La percepción de la sociedad crecientemente desigualitaria se refleja en la evaluación del sistema de salud. Los usuarios y los expertos perciben que el mito de clase media y sin desigualdades de la sociedad uruguaya se aleja cada vez más de la realidad.
- b. El sistema de salud, en la teoría de cómo debe funcionar, es valorado. El sistema no es considerado “culpable” sino que se percibe que es la sociedad la que da sentido a sus instituciones.
- c. La salud hoy en día, en particular las mutualistas, se ha convertido en un activo selectivo: no todos acceden, y acceden menos de los que accedían hace algunos años —si bien en DISSE se han incorporado otros sectores de trabajadores y sectores de pasivos a través de financiación de los activos.
- d. Expertos y usuarios clasifican a las mutualistas de forma diferente: los primeros las consideran como una modalidad mixta —entre lo público y lo privado— mientras que los usuarios las han posicionado en el sector privado de la salud.
- e. El problema del no acceso que tiene el sistema está relacionado con la estructura de oportunidades que existe hoy en día para cada uruguayo.
- f. Dicha brecha entre quienes tienen y quienes no tienen acceso produce inequidad en la población uruguaya. En el proceso de exclusión que vemos producirse en el Uruguay, la salud es otro de los sectores que están agudizando esta situación.

Como reflexión final, se puede decir:

- a. El hecho de que tanto expertos como usuarios tengan una fuerte conciencia de las brechas entre uruguayos en el acceso a servicios de salud adecuados hace que se pueda discutir el mito y, por lo tanto, partir de un diagnóstico más acertado para pensar soluciones en conjunto.

- b. Como señalaron los expertos, parece importante consolidar la transformación de un sistema de salud curativo en uno preventivo a través del cual se logre mejorar los niveles de equidad.
- c. La política de salud y en particular las mutualistas se encuentran hoy en la agenda de los medios de comunicación. Cabe preguntarse en qué medida, en un sistema que está atravesando un momento muy difícil, se puede paliar esta situación y tratar de hacer más efectiva la política combinando elementos de la oferta y la demanda de servicios, proporcionando a los usuarios un papel más activo, desde una lógica de consumidor de servicio.

Como balance de los aportes de esta investigación, puede señalarse:

- a. La existencia de inequidades en la salud de los uruguayos no es una novedad de este trabajo. Éste aporta la visión de los expertos sobre la evolución pasada y futura de tal principio y muestra la manera en que los usuarios viven la inequidad en salud. En este sentido, en la medida en que hay muy poca acumulación sobre el tema, la tesis contribuye a avanzar en el conocimiento de la compleja realidad del sistema de salud uruguayo.
- b. La investigación pretende ser un aporte desde las ciencias sociales al análisis de la política de salud, y deja varios focos de profundización interesantes: qué nos dicen otros actores involucrados en la política; una discusión más teórica sobre demandas y necesidades, usuarios o beneficiarios; y la comparación con la política de salud de otros países que hayan logrado mantener niveles altos de equidad en su sistema de salud con el fin de rescatar aspectos positivos de dicha experiencia.
- c. La triangulación de técnicas constituyó uno de los esfuerzos metodológicos más importantes y probó su fertilidad para el análisis de procesos complejos y multicausales frecuentes en nuestras sociedades contemporáneas.

Bibliografía

- Acta de acuerdo multisectorial* (2001), <www.smu.org.uy>.
- ACHUGAR, Hugo, y Gerardo CAETANO (comps.) (1993). *Identidad uruguaya: ¿Mito, crisis o afirmación?*, Trilce, Montevideo.
- BARR, Nicholas (1998). *The Economics of the Welfare State*, 3ª ed., Stanford University Press.
- BARRÁN, José Pedro (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, vol. 1, "El poder de curar", Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

- BARRÁN, José Pedro (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, vol. 2, "La ortopedia de los pobres", Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- BARRÁN, José Pedro (1999). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, vol. 3, "La invención del cuerpo". Ediciones Banda Oriental, Montevideo.
- CEPAL (1994). *Salud, equidad y transformaciones productivas en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Santiago de Chile.
- CROZIER, Michel (1989). *Estado moderno, estado modesto. Estrategia para el cambio*, Ediciones Fondo de Cultura Económico, México.
- Cuadernos Médico-Sociales* (1997), vol. XXXVIII, nº 1/97, "Focalizando la equidad", Colegio Médico de Chile Santiago de Chile.
- DIVISION OF HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT (1999). *Principles and basic concepts of equity and health*.
- DUNCAN MITCHELL, G. (ed.) (1986). Grijalbo, Barcelona.
- FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL (2001) *Seminario de Salud Pública "Evaluación de tecnologías médicas"*, Universidad de la República, Montevideo.
- FOSTER, Jill (1999). "Focalización de políticas en el área de la salud", trabajo para la Maestría en Políticas Públicas, CLAEH, Montevideo.
- FRANCO, Rolando (1996). *Los paradigmas de la política social en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile.
- FRANCO, Rolando, y Pedro SÁINZ (2000). *La agenda social latinoamericana de 2000*, CEPAL, Santiago de Chile.
- FUISA LIMA, José, y Alejandro GHERARDI (2001). Exposición en el seminario "Desafíos contemporáneos de la Medicina Social: políticas públicas, inequidad, género y trabajo", ALAMES, Montevideo, junio.
- GÓMEZ, L., M. RABANAQUE Y C. AIBAR (2001). "Diseño de programas de salud", en PIÉDROLA GIL, *Medicina preventiva y salud pública*, cap. 87, Masson, Barcelona.
- INE-UNICEF (1999). *Infancia, adolescencia y mujer: trabajo, economía, demografía, educación, trabajo adolescente, hogares, salud*, Montevideo.
- KAZTMAN, Ruben (1999). *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el Uruguay*, PNUD-CEPAL, Montevideo.
- KAZTMAN, Ruben, y Fernando FILGUEIRA (1999). *Desarrollo humano en el Uruguay*, PNUD, Montevideo.
- LABADIE, Gastón (s.f.) *Cooperativas de salud en el Uruguay. Reglamentación y rendimiento en las cooperativas de salud del Uruguay*, Montevideo.
- Medición de resultados de la reforma del sector salud en el desempeño del sistema: guía de indicadores*, Partnerships For Health Reform, «www.phrproject.com».
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, COSTA RICA (1995). *¿Por qué cambiar el sistema de asignación de recursos?*, «www.netsalud.sa.cr/ms».
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, URUGUAY (1998). *Situación de la salud en Uruguay*, MSP, Montevideo.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, URUGUAY (1999). *Informe Delphi 2000. El sistema de salud en el Uruguay. Tendencias y perspectivas*, MSP, Montevideo.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, URUGUAY (2000). *Documento de políticas sobre el mutualismo*, MSP, Montevideo.

- MINISTERIO DE SALUD, PERÚ (1995-2000), *Un sistema de salud con equidad, eficiencia, calidad*, <www.minsa.gob.pe>.
- MONTEIRO Lucía (2000) "Trabajo final de Políticas Sociales", Licenciatura en Ciencias Sociales Aplicadas, Universidad Católica del Uruguay.
- MOREIRA, Constanza (1999). *Alternativas de reforma del sistema de salud en el Uruguay*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990). *Los sistemas locales de Salud*, OPS, Washington.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). *Disparidades en salud en América Latina y el Caribe. El rol de los factores determinantes sociales y económicos*, OMS, Washington.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). *Principios y conceptos básicos de equidad en salud*, OMS, Washington.
- PAREJA, Carlos (1994). "La matriz moral y cívica de las políticas sociales", en *Prisma* n° 3, Universidad Católica del Uruguay.
- PIOTTI, Diosma (1999). "La reforma del Estado y el sistema de salud uruguayo".
- REAL DE AZÚA, Carlos (1984). *Uruguay ¿una sociedad amortiguadora?* Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- RODRÍGUEZ, Marisol (2001). *Equidad en los servicios de salud*, Universidad de Barcelona, Departamento de Política Económica, Biblioteca Médica Digital, Sector Salud, Economía y Gestión de Servicios Sanitarios.
- SCHOECK Helmut (1977). *Diccionario de sociología*, Heder, Barcelona.
- TOBAR, Federico, Graciela VENTURA, Leticia MONTIEL, Rodrigo FALBO (s/f). *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo*, Instituto Universitario Isalud, Programa de Investigación Aplicada, Buenos Aires.
- VERONELLI, Juan, Aron NOWINSKI, Álvaro HARETCHE, Benito ROITMAN (1994). *La salud de los uruguayos*, OPS, Nordan-Comunidad, Montevideo.
- WAGSTAFF, Adam, Pierella PACI y Eddy VAN DOORSLAER (1991) "On the measurement of inequalities in health", *Soc Sci. Med.* vol. 33, n° 5, pp. 545-557.
- WAJNER, Raquel, Olga PORTAS, Martín RUIZ (2001). *CASMU*, trabajo monográfico final Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República, Montevideo.
- WHITEHEAD, Margaret (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*, Reprints n° 9, OMS, Washington.

Resumen

El artículo está centrado en la brecha que parece abrirse hoy entre unos uruguayos y otros en torno a la atención de la salud, y busca dar respuesta a la pregunta: *¿Está el principio de equidad pasando por un momento de crisis en el sistema de salud, según la percepción de los uruguayos?* Los resultados presentados surgen de la triangulación de tres técnicas utilizadas: el análisis de datos estadísticos, la consulta a expertos a través de un estudio Delphi y grupos de discusión con usuarios. Se pretende de este modo aportar a una visión desde las ciencias sociales sobre el tema de la equidad en la salud.

Palabras clave: sistema de salud, Uruguay, justicia social, actores sociales.

Abstract

The article is centered in the gap which seems to be opening today among Uruguayans regarding the health issue, and seeks to provide a rejoinder to the question: *Is the equity principle going through a time of crisis in the health system, according to the Uruguayans' perception?* The results presented arise from the triangulation of three techniques that were used: analysis of statistical data, a consult to experts through a Delphi, and user's discussion groups. Thus, we intend to contribute a vision from the social sciences on the topic of equity in health.

Key words: health system, Uruguay, social justice, social actors.

Copyright of Prisma is the property of Universidad Catolica del Uruguay Damaso Antonio Larranaga and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.