

Cambios estructurales y nueva configuración de riesgos: desbalances e inequidades en el sistema de salud uruguayo

por Javier Pereira, Lucía Monteiro y Denisse Gelber

“La estructura de oportunidades generada desde la arena política, donde se dirime la puja distributiva entre actores colectivos, constituye un campo de indudable importancia como fuente de recursos para el desempeño de los individuos. Los formatos institucionales y las organizaciones expresamente diseñadas para representar intereses y canalizar demandas dan lugar a sistemas distributivos de diferente naturaleza que tienen por efecto diversificar la estructura de oportunidades a la par que el mercado y la sociedad.”

Carlos Filgueira, 1999

Javier Pereira. Máster y candidato a doctor en Sociología, Universidad de Texas en Austin. Ex director de la Licenciatura en Ciencias Sociales Aplicadas, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Católica del Uruguay. Investigador asociado al Programa IPES, Universidad Católica del Uruguay.

Lucía Monteiro. Licenciada en Sociología, Universidad Católica del Uruguay. Candidata a magíster en Género y Políticas Sociales (FLACSO). Asistente en Secretaría de Gestión de Proyectos de Investigación de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay. Docente en la Escuela Católica de Enfermería, Universidad Católica del Uruguay.

Denisse Gelber. Licenciada en Sociología, Universidad Católica del Uruguay. Investigadora junior del Programa IPES, Universidad Católica del Uruguay. Asistente de Metodología de la Investigación en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay.

1. Introducción

En sintonía con los demás artículos de esta edición de *Prisma*, el presente trabajo examina las principales tendencias que han caracterizado las transformaciones recientes en el sistema de salud uruguayo, y sus implicaciones directas en la configuración de las nuevas estructuras de riesgo. A pesar de la escasez de planificación y de la ausencia de reformas integrales en el sector, el sistema de salud ha desarrollado mecanismos de adaptación cuyos efectos han alterado fuertemente los rasgos solidarios y redistributivos que hasta no hace mucho tiempo lo habían caracterizado. De manera inequívoca, el trabajo documenta cómo la precarización en los mercados de empleo y el endurecimiento de la pobreza han erosionado fuertemente las bases de equidad que sustentaban la estructura del bienestar en salud en nuestro país. Ante esos cambios, los ajustes procesados en los subsistemas de atención, financiamiento y gestión del modelo no solo han sido insuficientes, sino que han reforzado la desprotección de la salud de los grupos más perjudicados por la crisis.

El trabajo se organiza en torno a dos secciones que analizan la naturaleza estructural de los cambios y su impacto en la equidad y el bienestar en salud. En la primera parte se documentan las principales transformaciones en

los diferentes subsistemas del modelo de atención y sus impactos sobre las dimensiones de la equidad. Se avanza en la identificación y desagregación de las posibles fuentes de inequidad, a fin de aportar un marco de referencia para el posterior análisis de las transformaciones. En este contexto se presta particular atención a los cambios en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), dada su centralidad y su rol redistributivo para el conjunto del sistema. En la segunda parte, el trabajo profundiza en los principales desbalances que surgen de los procesos de *desfonde*, *descreme* y la falta de regulación de los componentes privados del sistema. Una mirada a los cambios estructurales permite identificar los grupos que han quedado más desprotegidos y la forma en que ello ha terminado por reforzar una nueva configuración de riesgos epidemiológicos. De este análisis se desprende que las categorías de edad, género y clase han operado como vehículos estructurales de las desigualdades en salud, limitando el acceso a servicios de calidad de los grupos más vulnerables y con mayor rezago epidemiológico de la sociedad. De manera breve se reseñan algunas de las dificultades adicionales que surgen cuando esos riesgos se concentran espacialmente, encadenando y reforzando sus impactos mediante procesos de segregación territorial.

Finalmente, el trabajo concluye haciendo referencia a la necesidad de avanzar hacia un nuevo contrato generacional en la salud, que permita adecuar las estructuras de financiamiento, gestión y atención del modelo a las nuevas realidades. Como se advierte, los desafíos planteados no son fáciles de resolver, ya que asistimos a una doble tendencia con signos aparentemente contradictorios: los perfiles epidemiológicos de la pobreza y el subdesarrollo, por un lado, y las prevalencias propias del envejecimiento y las sociedades industrializadas, por el otro. De la forma como la sociedad uruguaya resuelva esta tensión dependerá la capacidad de preservar una salud de calidad para las generaciones venideras.

2. Características del sistema de salud uruguayo

Indagar en los cambios de la estructura de bienestar en salud supone examinar las principales transformaciones en la estructura de financiamiento del sistema, las características del modelo de atención, la asignación de recursos entre actores y niveles sanitarios (primario, secundario, terciario) y —fundamentalmente— el grado en que esos procesos han alterado los valores fundacionales y constitutivos del modelo.

Los motivos que configuran al sistema uruguayo como *atípico* en la región y a su vez explican su situación actual de crisis son diversos y de distinta naturaleza. A diferencia de lo ocurrido en otros países de América Latina, donde el Estado se constituyó como el principal proveedor de servicios de salud, en Uruguay las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) se consolidaron ya desde muy temprano como actores claves del sistema, aumentando progresivamente su cobertura hasta alcanzar a más de la mitad de la población (López Gómez et al., 2003). También la verificación de una temprana transición epidemiológica y demográfica —que permitió alcanzar a principios del siglo XX niveles de mortalidad y fecundidad similares a los de los países europeos— derivó en un sistema *consolidado y altamente institucionalizado*, ante la exigencia de enfrentar desde muy temprano problemas sanitarios no habituales en la región. Como resultado favorable de este proceso, el país ha conservado una importante infraestructura de servicios públicos y privados con una distribución geográfica extensa y niveles de accesibilidad aceptables. Otra externalidad de este proceso, aunque menos favorable, fue la consolidación de una oferta de servicios con características y objetivos diferentes entre sí y con un grado *casi inexistente de coordinación, complementación y*

regionalización, caracterizada por una superposición de servicios en algunos sectores y ausencia de cobertura en otros (Tomasina et al., 2005).

La evolución reciente del modelo de atención ha tendido a acentuar su alto grado de *medicalización* y la *falta de integralidad* en sus acciones, impidiendo una adecuada respuesta a las actuales características epidemiológicas y demandas sanitarias de la población. Este último punto, a menudo relativizado al evaluar las debilidades del sistema, constituye un elemento de suma importancia para comprender las inadecuaciones entre la configuración de riesgos, las demandas asociadas y las respuestas (o ausencia de ellas) que brinda el sistema de salud. El modelo de atención dominante ha respondido a un diseño tradicional basado en una concepción epidemiológica que focaliza en enfermedades de tipo contagioso y centra su abordaje en la curación, la intervención médica y la *reparación de la salud*. No obstante, las nuevas condiciones epidemiológicas señalan la necesidad de reorientar el modelo de atención hacia acciones de carácter preventivo, de educación y promoción de la salud, centrado en los hábitos, conductas y estilos de vida de las personas.

Sin embargo, más allá de las falencias e inadecuaciones del modelo de atención, los analistas han coincidido en señalar las crecientes *inequidades del sistema* como el problema principal de la actual estructura del bienestar en salud, expresado fundamentalmente en la brecha de calidad existente entre los servicios públicos y privados. Ya sea que comparemos la calidad de los servicios recibidos por usuarios con similares necesidades de atención (equidad horizontal), la adecuación de la estructura de servicios a las necesidades de diferentes grupos o patologías (equidad vertical) o los niveles de financiamiento globales per cápita de los subsectores público y privado, en cualquier caso el sistema exhibe profundas inequidades y asimetrías.

Contrariamente a lo ocurrido en otros países de la región, el sistema de salud uruguayo se ha caracterizado —hasta la fecha— por la ausencia de *planes de reforma* para el conjunto del sector, y ha transitado un camino pautado por reformas graduales de escasa visibilidad pública y de bajo impacto, que no han logrado posicionar a la salud como un eje de la agenda pública.¹ Desde un punto de vista programático, las escasas transformaciones ensayadas dentro del sistema parecen no haber seguido el paquete de orientaciones sugerido por los organismos internacionales,² evitando así una excesiva mercantilización (o *comodificación*, en términos de Esping-Andersen) de la salud como bien transable en el mercado, tal como ocurrió en otros países de la región durante los noventa (también aquí, Chile y Argentina muestran ejemplos en la dirección contraria). No obstante, la inacción dominante y los sucesivos bloqueos a los intentos reformistas no tuvieron efectos neutros sobre el modelo, ya que profundizaron el deterioro de la calidad y redujeron la equidad, empujando el sistema al borde del colapso en más de una oportunidad.³ La incapacidad para generar alternativas que permitan superar los graves problemas estructurales por los que atraviesa el sistema de salud parece emerger también como resultado de su alto grado de complejidad institucional, su elevada fragmentación y

¹ El Plan de Reforma de la Salud en Chile (Plan Auge) o la reforma en la distribución de medicamentos genéricos en Argentina (Plan Remediar) son ejemplos en sentido contrario, de propuestas reformistas que han logrado posicionarse como temas centrales en las agendas de sus respectivos gobiernos.

² En los documentos de los bancos multilaterales de desarrollo estos paquetes de reformas en salud se han sintetizado en la expresión Health Sector Reform (HSR)

³ Tan solo en la pasada administración del presidente Jorge Batlle se desempeñaron cuatro ministros de Salud Pública, tres de los cuales debieron renunciar por diferentes crisis vinculadas a su cartera.

la diversidad de actores que lo integran, asociado a una trama de intereses corporativos que torna ardua la tarea de negociar una estrategia de reforma que reúna un mínimo de consenso (Mitjavila et al., 2004).

2.1. Las dimensiones de la inequidad

Al analizar los efectos de las transformaciones recientes sobre la equidad, deben tenerse en cuenta las distintas dimensiones sobre las cuales es posible comparar el desempeño del sistema en relación con sus grupos de usuarios. No basta señalar que el sistema de salud es inequitativo, sino que resulta necesario precisar cuáles son estas fuentes de inequidad, cuáles son los mecanismos que la reproducen, qué grupos se han visto desfavorecidos y quiénes se han beneficiado. Los diferentes subsistemas de gestión, atención y financiamiento en los que suele desagregarse el sistema de salud pueden operar como amortiguadores o amplificadores de las desigualdades de origen de los usuarios del sistema, según su capacidad para contrarrestar estas diferencias en distintos ámbitos. En este sentido, los conceptos de equidad horizontal y vertical adquieren distintos significados según se haga referencia: 1) al financiamiento del sistema, 2) a la forma en que se distribuye el gasto, 3) a la calidad de las prestaciones o 4) a los resultados observados en los distintos grupos.

En términos de *financiamiento* del sistema, el concepto de *equidad horizontal* supone que todos los individuos con similares niveles de ingreso realizan contribuciones similares, mientras que la noción de *equidad vertical* plantea que el pago de la asistencia sanitaria es proporcional a los recursos de cada individuo o familia. De manera más indirecta, la búsqueda de equidad en el financiamiento de la salud suele introducir el debate sobre la necesidad de calificar estos aportes con base en los riesgos de los individuos, especialmente aquellos asumidos de forma voluntaria. En este sentido, casi todos los sistemas de salud del mundo deben decidir hasta dónde están dispuestos a *socializar solidariamente* los gastos derivados de perfiles de riesgo asociados a conductas voluntarias tales como el tabaquismo, el alcoholismo o conductas adictivas.

El análisis del *gasto* en salud también sugiere considerar las distintas fuentes de inequidad que provienen de los desajustes existentes en la asignación de recursos y las necesidades de atención. La búsqueda de equidad horizontal en el gasto plantea la equiparación de niveles de gasto promedio por usuario en los distintos subsectores del sistema (público-mutual), las distintas regiones (Montevideo-interior) o similares variables de segmentación no atribuibles directamente a las necesidades de los usuarios. Por su parte, el análisis de la equidad vertical en el gasto incorpora las diferentes necesidades en salud de los usuarios a la hora de ponderar la asignación de recursos. En este sentido, las zonas o grupos con mayores niveles de rezago epidemiológico o mayores niveles de marginalidad exigirían una mayor concentración del gasto como forma de revertir las inequidades de partida.

En cuanto a los niveles de *calidad* en la prestación de servicios, “la equidad horizontal supone que los individuos en igual condición o con igual necesidad sean provistos de iguales servicios de salud, mientras que la equidad vertical supone que aquellos más enfermos o más necesitados deberían recibir mayor atención” (Cetrángolo y Devoto, 2002). Si bien en general se plantea que el acceso a servicios y programas estaría universalmente garantizado, esta dimensión introduce la necesidad de considerar las condiciones en las que se prestan los servicios, la accesibilidad de éstos, los tiempos de atención y el

trato dispensado a los usuarios. La equidad vertical en términos de calidad y cobertura refiere a la correlación entre la estructura de los servicios de salud y los distintos grupos o patologías. En este sentido, el escaso desarrollo que algunas áreas —como la medicina ocupacional o la psiquiatría ambulatoria— han tenido en la red asistencial pública operaría como un factor de inequidad en términos de patologías o riesgos.

Finalmente, los análisis de equidad en los *resultados* de salud informan sobre las diferencias que resultan de la distribución de los indicadores de salud en los distintos grupos de usuarios. Al igual que en las dimensiones anteriores, estas comparaciones pueden realizarse con relativa independencia de las necesidades de los usuarios (equidad horizontal), como es el caso de las comparaciones por zonas geográficas (por ejemplo, Montevideo-Interior) o por subsectores de atención (por ejemplo, MSP-IAMC), o pueden incorporar de manera directa las necesidades específicas de los grupos (equidad vertical), como en las comparaciones por niveles de riesgo o por niveles de ingreso (por ejemplo, quintiles). El análisis de la distribución geográfica de indicadores como, por ejemplo, el de mortalidad infantil según departamento de residencia de la madre pone al descubierto importantes desbalances en cuanto a los resultados del modelo, así como las inequidades en las demás dimensiones del sistema.

A modo de síntesis, el cuadro 1 presenta una matriz analítica donde se resumen las posibles fuentes de inequidad —vertical y horizontal— desglosadas según las dimensiones de análisis del sistema.

Cuadro 1. Fuentes de inequidad según dimensiones del sistema		
<i>Dimensión del sistema</i>	<i>Horizontal</i>	<i>Vertical</i>
Gasto	Grupos o zonas con similar nivel socio-económico y perfil epidemiológico captan similares niveles del gasto en salud.	Grupos o zonas con mayores necesidades, mayor rezago epidemiológico o mayores grados de marginalidad reciben mayor gasto en salud.
Financiamiento	Grupos de usuarios en similar situación socioeconómica contribuyen igualmente al financiamiento del sistema.	Grupos de usuarios con distintas capacidades de aportar al financiamiento del sistema contribuyen proporcionalmente a sus ingresos.
Provisión y calidad	Grupos de usuarios con similares patologías o enfermedades reciben prestaciones de igual calidad en los distintos subsectores.	Las distintas patologías y grupos de riesgo están igualmente cubiertos con similares niveles de calidad.
Resultados e indicadores	Los indicadores de salud se distribuyen equitativamente en diferentes zonas geográficas o en los distintos subsectores.	Los indicadores de salud revierten las diferencias socioeconómicas o epidemiológicas de partida.

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Transformaciones recientes en el sistema de salud

En las últimas décadas, sucesivas oleadas de acuerdos entre el Estado, el sistema mutual y trabajadores del sector formal, posibilitaron una ampliación en la cobertura de servicios de salud, permitiendo el acceso de crecientes grupos de asalariados a niveles de atención de calidad, dando lugar a un proceso que algunos analistas han caracterizado como *privatización por default* (Filgueira, 2003). Esta incorporación fue realizada con base en inequívocos criterios redistributivos, por cuanto los aportes para financiar el sistema mutual eran proporcionales a los ingresos del afiliado, independientemente de la cantidad y calidad de las prestaciones recibidas. No obstante, esta ampliación de la cobertura del sistema, al tiempo que constituyó un avance en términos de ciudadanía social y protección para nuevos sectores, también impuso fuertes presiones sobre un sistema que comenzaba a funcionar al borde de sus posibilidades.⁴ La integración no planificada de nuevos grupos de usuarios al sistema, sumada a los procesos de precarización laboral, caídas en la tasa de ocupación y deficiencias en la gestión administrativa de las instituciones, desembocó en un espiral signado por la pérdida de afiliados, el progresivo desfinanciamiento de las instituciones y un deterioro severo en la calidad de las prestaciones.

Como resultado de estas tendencias, la medicina colectiva experimentó un proceso de creciente segmentación y diferenciación que operó como mecanismo de selección natural en el que solo lograron sobrevivir las instituciones de mayor tamaño y con mayor disponibilidad de recursos. El número de instituciones de asistencia médica colectiva en Montevideo pasó de 54 en 1971 a 12 en el 2004. Las instituciones que sobrevivieron a este proceso pasaron a concentrar altos volúmenes de afiliación, superando en la mayoría de los casos los 200.000 afiliados, con significativos flujos de ingreso y egreso (Ramos, 2004). Este proceso de creciente *masificación* en la afiliación de las IAMC, iniciado a principios de los ochenta, comenzó a poner de manifiesto algunas debilidades del sistema, especialmente aquellas referidas a los problemas en la calidad de la atención.

Desfonde

Mientras que en la década de los noventa las IAMC cubrieron promedialmente a un millón y medio de uruguayos, este nivel se situó en 1,3 millones de afiliados durante el año 2004. Como se observa en el cuadro 2, la tendencia al crecimiento en la afiliación se interrumpió a partir de 1999, y entre 1999 y el 2004 se registró una caída de 290.000 afiliados al sistema mutual. Analizadas en su contexto, esta reducción en los niveles de afiliación es atribuible a los procesos de precarización y pérdida de empleos propios del ciclo económico, más que a factores de tipo estructural del sector. En efecto, una mirada de más largo plazo permite constatar —como señala Alejandro Ramos (2004)— que si se amplía la base de análisis al período 1982-2004 *“la evolución de la cobertura prácticamente no ha variado entre las puntas del período”*, mostrando un panorama más estable que el que configuran los datos más recientes. Este tipo de análisis, al tiempo que liga fuertemente la situación del sector a la coyuntura del mercado de trabajo, permitiría pronosticar un nuevo crecimiento en los volúmenes de afiliación en tanto se logren recuperar las condiciones de empleabilidad.

⁴ Un ejemplo lo constituye la ley 16.713 que establece que los jubilados (aportantes del Banco de Previsión Social) que perciben ingresos menores a 2,5 salarios mínimos nacionales (\$2.617,50 a enero de 2006) cuentan con la prestación de IAMC más beneficios en tickets y medicamentos. Esto incrementó entre 1995 y 2000 el porcentaje de afiliados a IAMC mayores de 65 años de manera significativa.

Cuadro 2. Evolución de afiliados a las IAMC por región, 1982-2004

Año	Montevideo	Interior	Total	Montevideo %	Interior %
1982	975.414	280.925	1.256.339	78	22
1985	903.176	376.520	1.279.696	71	29
1990	1.003.453	532.108	1.535.561	65	35
1995	972.431	533.918	1.506.349	65	35
1996	970.269	540.354	1.510.623	64	36
1997	985.610	548.927	1.534.537	64	36
1998	980.940	507.275	1.488.215	66	34
1999	985.578	515.173	1.500.751	66	34
2000	917.047	518.411	1.435.458	64	36
2001	922.611	541.214	1.463.825	63	37
2002	882.733	500.864	1.383.597	64	36
2003	836.447	473.143	1.309.590	64	36
2004	827.769	483.178	1.310.947	63	37

Fuente: Ramos (2004). Elaborado con datos del SINADI-MSP.

Otra de las tendencias a destacar con respecto a los cambios ocurridos en las IAMC refiere a la transformación en la *estructura etaria* de sus afiliados y su directa consecuencia en el aumento del gasto. Los afiliados de 65 años y más pasaron de ser el 12% en 1988 al 20% en el 2003. Este aumento parece estar relacionado con el beneficio de la cuota mutual que los pasivos adquirieron a partir de 1995, y ha incidido fuertemente en los niveles de gasto del sector derivados del perfil de necesidades y demandas de estos grupos etarios. En el pasado, el sistema solidario permitía, a través del aporte de los afiliados sanos (trabajadores activos más jóvenes), subsidiar a los afiliados enfermos manteniendo similares niveles de afiliación en los extremos de edades. En la actualidad, tal como se observa en el cuadro 3, los niños y adolescentes menores de 14 años pasaron de representar el 16% de afiliación en 1988 al 12% en el 2003, alterando el balance en la estructura de aportes y gastos del sistema global. Como contrapartida, la desafiliación de los grupos más jóvenes ha venido a profundizar las presiones y demandas sobre un sistema pauperizado de atención pública, que por esta vía aumenta la concentración de niveles de riesgo sin una correspondiente transferencia de recursos.

Cuadro 3. Cambios en la estructura etaria de las IAMC por región, 1988-2003

Años	1988			2003		
	Montevideo	Interior	País	Montevideo	Interior	País
0 a 9	10%	11%	10%	9%	7%	8%
10 a 14	7%	4%	6%	5%	3%	4%
15 a 44	43%	48%	45%	40%	43%	41%
45 a 64	25%	25%	25%	25%	28%	26%
65 y más	13%	9%	12%	21%	18%	20%
Sin dato	2%	2%	2%	0%	1%	1%
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ramos (2004). Elaborado con datos del SINADI-MSP.

Profundizando en las consecuencias que la estructura de edades tiene sobre el gasto en salud, Ramos (2004) sostiene:

“El peso relativo del gasto de un afiliado mayor de 65 años es entre un 62% (grupo de edad 65-74 años) y 164% (grupo de edad mayor de 75 años) que el promedio de gasto per cápita. [...] En contrapartida, los grupos de edad de niños y jóvenes (6 a 18 años de edad) tienen un costo entre el 40%-50% menos que el promedio general. Esto tiene consecuencias graves en la evolución de los costos de las IAMC, en función del envejecimiento relativo y la pérdida de afiliados jóvenes. Entre 1988-91 y 2003, un ejercicio de simulación con la estructura de edad comparada del total de IAMC estableció un aumento del gasto de 12 puntos porcentuales tan solo por dicho cambio.”

Todas estas transformaciones son preocupantes si se considera que las IAMC constituían el eje solidario y redistributivo del sistema, resultado de una matriz moral, cívica y social construida tempranamente en el Uruguay. Para el conjunto del sistema, la pérdida de afiliados ha derivado en un aumento de las presiones y demandas sobre la red asistencial pública, que ahora debe hacer frente a la atención de sectores vulnerables afectados por la crisis sin aumentar sustancialmente su acceso a recursos. Este proceso —que algunos autores han llamado *desfonde por cobertura*— refleja la incapacidad del sistema para retener a los grupos en una franja de vulnerabilidad, aquellos que a la pérdida de un empleo estable debieron sumar la pérdida de una cobertura en salud de calidad. Del mismo modo, el *desfonde por uso* se constituyó en otra barrera en el acceso a los servicios del sector mutual, dada la imposibilidad de los afiliados de más bajos ingresos de asumir los costos que supone el pago de tickets, órdenes y otros mecanismos de copago. Estos mecanismos, más allá de las intenciones originales, terminaron por convertirse en impedimentos de uso, verdaderas barreras económicas de acceso, perpetuadas por la necesidad de reducir los déficits estructurales de las instituciones.

Paralelamente, la búsqueda de racionalidad en el uso de los recursos llevó a la implementación de un sistema de información para evitar la doble cobertura (MSP y IAMC), que impide que un usuario de DISSE (Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad) pueda recibir atención en las instalaciones de Salud Pública con aranceles subsidiados.⁵ En los hechos, estos mecanismos de control sobre los usos y abusos de la red pública, combinados con las barreras económicas del sistema mutual, determinan la inaccesibilidad a una cobertura total de bajo costo para los afiliados de menores ingresos. En virtud de esta situación, varios usuarios han recurrido a la afiliación a emergencias móviles como sustituto de las IAMC, dado sus bajos costos de uso, si bien su canasta de servicios es mucho más reducida. En el año 2003, un 49,8% de los afiliados al sistema mutual también tenía cobertura con alguna empresa de emergencia móvil, según datos de la Encuesta Continua de Hogares. De manera similar, en el mismo año, un 8,5% de los usuarios de Salud Pública había recurrido a las empresas de emergencia móvil como forma de compensar los déficit de atención. En definitiva, mediante ambos mecanismos —desfonde por uso y desfonde por cobertura— el sistema profundiza sus inequidades, expulsando o limitando el acceso a niveles de atención de calidad a quienes más necesitan del servicio.

⁵ Sigue siendo posible la atención en las dependencias del Ministerio de Salud Pública pagando el arancel correspondiente, independientemente de la existencia de otros tipos de cobertura.

Descreme y desregulación

Si los mecanismos de *desfonde* operan sobre los tramos de menores ingresos, son los mecanismos de *descreme* los que contribuyen al aumento de la inequidad, al abrir puertas de salida del sistema para los tramos superiores de ingreso. Así como los afiliados de menores ingresos recurren al uso de servicios fuera del sistema como estrategia para minimizar sus gastos en salud, los afiliados de mayor poder adquisitivo buscan maximizar la calidad mediante seguros privados como forma de recuperar la calidad perdida del sistema mutual. Desde esta perspectiva, *descreme* y *desfonde* constituyen procesos simultáneos y convergentes que erosionan la equidad global del sistema introduciendo diferenciales en la calidad —por *arriba* y por *abajo*— y redistribuyendo en forma regresiva recursos y riesgos.

Los seguros privados o IAMPP (Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular) ofrecen cobertura total o parcial y operan fuera de la regulación estatal en lo que refiere a la fijación de precios, contratos de trabajo, figuras jurídicas y estructuras organizativas. Este estatus diferencial les otorga una mayor flexibilidad para ajustarse a las cambiantes demandas del sector y ciertas ventajas operativas sobre las IAMC, con las que entran en competencia directa en la prestación de algunos servicios. Este déficit regulatorio en el sector de los seguros condiciona fuertemente las *estrategias empresariales* de las mutualistas, en particular en aquellos segmentos de mercado donde las IAMC compiten con los seguros privados (Lagomarsino et al., 1999).

No obstante, si bien la afiliación a seguros privados ha ido en aumento en los últimos años, se debe ser prudente a la hora de precisar su alcance y magnitud, ya que las cifras no permiten hablar del *descreme* como un fenómeno generalizado. Mientras que en 1991 la cobertura en servicios privados de salud alcanzaba a un 1,9% de la población, en el año 2003 esta cifra llegó al 3,6%, con una concentración de la mayoría de los casos en el quintil superior de ingresos. Pese a este aumento, varios autores han coincidido en señalar que posiblemente factores de tipo cultural, diferenciales de precios y persistencias de una matriz mesocrática y amortiguadora hayan operado para enlentecer o retrasar el pasaje hacia ofertas privadas. Asimismo, como señalan algunos analistas, es probable que “una fuerte tradición de prestaciones ‘totales’ o ‘completas’, que se remontan a las primeras regulaciones del sector en la década del cuarenta, también ha jugado a favor de las IAMC” (Ramos, 2004).

Más allá de la contratación de seguros privados como estrategia para maximizar calidad en la atención, quienes cuentan con un empleo formal continúan aportando a DISSE y por lo tanto siguen colaborando en la redistribución de recursos dentro de las IAMC. Esta situación se podría catalogar como de *descreme por uso*, ya que se trata de un grupo que no estaría utilizando —o utilizaría solo parcialmente— los servicios del sector pese a aportar los recursos para ello. Aunque a simple vista podría ser vista como ventajosa para las mutualistas, esta situación tiene consecuencias desfavorables en el largo plazo, por cuanto reduce la voz de un grupo de afiliados mutuales con singular capacidad para incidir en las decisiones institucionales y exigir mayor calidad en los servicios (Hirschman, 1977). En palabras de Hirschman, en este caso las mayores posibilidades de *salida* del sistema la tienen quienes poseen mayor voz en las decisiones y mayor influencia para generar cambios dentro de él. Al abandonar el uso de las IAMC o resolver sus necesidades fuera del sector, estos grupos también abandonan sus reclamos por una mejora de la calidad, reduciendo la capacidad de influencia de los grupos que permanecen en el sistema.

En términos del perfil de riesgos, el *descreme* muestra como resultado que, mientras las IAMC concentran una población con cada vez más riesgos epidemiológicos (jubilados y afiliados por DISSE que ni los seguros privados ni las IAMC por afiliación individual aceptarían por su historia médica), los seguros privados restringen su acceso y concentran a la población de mayores recursos y menores riesgos en términos relativos. En este sentido, el llamado *descreme por riesgo* termina por profundizar las inequidades al generar “*las condiciones para que se produzca una selección adversa de afiliados hacia el sistema IAMC [...] No solo por el ‘descreme del mercado’ por parte de los seguros privados, sino por la eventual exclusión de asegurados cuando estos adquieren patologías crónicas o alcancen edades avanzadas*” (Lagomarsino et al., 1999).

En síntesis, el problema planteado parece resultar de la falta de un adecuado marco regulatorio que equipare las condiciones en las que compiten las IAMC y los seguros privados. Este escenario caracterizado por un *déficit regulatorio* termina por segmentar el mercado sobre la base de riesgos, empujando hacia fuera del sistema a quienes requieren mayor asistencia y manteniendo dentro a quienes tienden a hacer poco uso de él. Las personas de menores riesgos buscan el respaldo de emergencias móviles o seguros privados que optimicen la relación entre cobertura y precio, mientras que las personas de mayores riesgos prefieren permanecer en las IAMC, donde la cobertura es más amplia. Como señala Alejandro Ramos, “*el circuito de mayores costos se genera así para las IAMC, que se ven obligadas a realizar políticas de selección de riesgo dentro de las limitaciones del marco regulatorio*”.

3. Factores estructurales de la inequidad en salud

3.1. La estructura del desbalance: las asimetrías público-privado

En cualquiera de sus dimensiones, el sistema de salud actual parece encontrar serias dificultades para contrarrestar las inequidades de origen, y amenaza con perder los niveles de cobertura y calidad ante las transformaciones recientes en la estructura socioeconómica. El modelo de atención original, basado en una expansión del sector mutual, reposaba en un conjunto de hipótesis que daban por supuesta la continuidad en la estructura de aportes al sistema (ingresos) y en la estructura de riesgos que debían enfrentarse (egresos). Más allá de las deficiencias propias en la gestión institucional de las IAMC, las hipótesis de continuidad estructural sobre las que reposaba su equilibrio parecen haber fallado, comprometiendo su viabilidad futura. Quizás por este motivo, y como forma de evitar el colapso de la red asistencial pública, los distintos gobiernos posdictadura han procurado socorrer financieramente al sector mutual, convencidos de que su supervivencia está directamente ligada al sostenimiento de la equidad.

No obstante, esta opción ha implicado una creciente asimetría en la asignación de recursos que ha terminado por profundizar aun más la brecha de equidad. El cuadro 4 ilustra la brecha en el gasto entre los subsectores públicos y privados para el año 2001, comparando los niveles de gasto promedio per cápita en cada uno de esos ámbitos. La existencia de una marcada asimetría en la distribución del gasto en salud (US\$ 117 frente a US\$ 624) no solo no acompaña los actuales niveles de cobertura que cada subsistema tiene en la población, sino que tampoco guarda relación con los aportes que ambos subsectores realizan al financiamiento del sector en su conjunto. La contribución del sec-

tor público —es decir, los recursos aportados por sus agentes de retención— constituía en el año 2003 el 46,4% del gasto en salud, pese a que los efectores públicos únicamente representaban el 20% del gasto total del sector (Tomasina et al., 2005).

Cuadro 4. Distribución del gasto según subsector de atención (Uruguay, 2001)

<i>Subsector</i>	<i>Gasto en US\$</i>	<i>Gasto promedio por usuario</i>
Subsector público ASSE	176 000 000*	117
Subsector privado IAMC	811 000 000	624
Total	1 100 000 000	325

Fuente: Tomasina et al., 2005.

* Otras instituciones públicas: US\$ 113 000 000.

Si bien no contamos con información detallada y actualizada al respecto, las diferencias entre los subsectores públicos y privados en términos de calidad y equipamiento constituyen otra de las principales fuentes de inequidad. Especialmente en Montevideo, las distancias entre los efectores públicos y privados en cuanto a la incorporación de tecnología y adecuación de infraestructura son bastante importantes, lo que refuerza entre la población la imagen consolidada de los servicios públicos como una *medicina para pobres*. Las brechas se tornan aun más evidentes en el segundo y tercer nivel de atención, donde los requerimientos tecnológicos de la medicina altamente especializada son difíciles de alcanzar con los recursos limitados del sector público. En el interior del país esta brecha es menos ostensible, ya que *“la descentralización de las actividades desarrolladas por los servicios públicos de salud, asociada a una política de convenios con las instituciones privadas, de utilización de las instalaciones del sector público sobre bases arancelarias predeterminadas, [permite] una mayor capacidad de gestión financiera a ser volcada en la mejora de los servicios”* (Veronelli et al., 1994).

Finalmente, es claro que los desbalances territoriales en términos de indicadores de la salud (como en el caso ya mencionado de las tasas de mortalidad infantil) emergen como resultado de la acumulación y el encadenamiento de todas las inequidades anteriores. Las tendencias de asignación de gastos en salud, lejos de revertir estas asimetrías, parecen reforzarlas sosteniendo un esquema global de financiamiento que no responde a las actuales necesidades sanitarias de los grupos con mayor rezago epidemiológico. La concentración de estos grupos en los centros asistenciales públicos hace imperiosa la necesidad de reequilibrar la asignación de recursos intentando corregir los desniveles entre la oferta del sector público y privado. Del mismo modo, la concentración de recursos en la medicina altamente especializada y los procedimientos curativos parecen desconocer la urgente necesidad de fortalecer los servicios de atención primaria de salud, especialmente en aquellas zonas de mayor vulnerabilidad sanitaria. En un país como Uruguay, en el que las nuevas estructuras de riesgo sanitario reclaman una mayor atención de las demandas de los niños y las familias jóvenes de los sectores más pobres, resulta incomprensible que la *vedette* del sistema público siga siendo el Fondo Nacional de Recursos. Más allá de las innegables bondades y fortalezas de esta institución, su persistente centralidad ante las transformaciones recientes refleja una alteración en las prioridades del conjunto del sistema. La concentración de atención (recursos simbólicos) así como de fondos (recursos materiales) en dicho espacio contribuye a *invisibilizar* las actuales demandas insatisfechas en el terreno de la atención primaria, la prevención y la salud materno-infantil, desplazándolas del lugar central que deberían ocupar.

3.2. Los rostros del desbalance: clase, género y generación

Los desbalances en la cobertura y la calidad de acceso a la salud emergen como resultados de una asimetría entre la asignación de recursos y la concentración de los riesgos para el conjunto del sistema. En otras palabras, el sistema no parece estar asignando sus recursos allí donde se presentan las mayores necesidades, con lo cual tiende a reforzar las inequidades de partida. Los riesgos en salud, al igual que las posibilidades de remediarlos, se configuran en torno a factores estructurales, entre los cuales las *posiciones de clase, género y generación* parecen determinantes. Más que la incidencia aislada de estos factores, una salud pobre y mal atendida aparece como el resultado de la combinación de distintas situaciones que tienden a potenciarse recíprocamente, configurando riesgos sociales difíciles de revertir.

Es importante recordar aquí que los significados asociados a las posiciones de género, clase y edad son socialmente construidos y por lo tanto sus contenidos varían a lo largo del tiempo y en cada sociedad. En los procesos de salud-enfermedad, las categorías biológicas o sociodemográficas como la edad, el sexo o el nivel socioeconómico sirven de base para una distribución desigual de riesgos y el aprovechamiento diferencial de las oportunidades de prevención y/o tratamiento. En términos de riesgos, estas variables operan como base de estratificación sobre las cuales se estructuran las inequidades, tales como las que se derivan de las distintas posiciones de género o las referidas a los roles asociados a las distintas etapas del ciclo vital. En términos de oportunidades, las categorías de edad y género también segmentan las posibilidades de acceso y aprovechamiento de los beneficios de las políticas sociales, así como el acceso a cuotas de poder en otras estructuras del bienestar, como las familias y las comunidades.

Clase

La literatura internacional sobre los determinantes sociales de la salud provee abundante información sobre las conexiones entre las condiciones materiales y culturales de vida y los resultados en salud. El estudio de los mecanismos que determinan la forma como las condiciones socioeconómicas afectan el bienestar en salud ha generado una multiplicidad de enfoques, según se ponga el énfasis en los aspectos materiales (Shaw et al., 1999), culturales (Townsend et al., 1992), institucionales (Lynch et al., 2000) o los vinculados al curso de vida (*life-course perspectives*) (Kuh y Ben-Shilmo, 1997). Por cualquiera de estos caminos, los estudios advierten sobre los inequívocos efectos que los contextos de empobrecimiento y pobreza crítica imponen sobre la salud de las personas, y en particular sobre los niños. Algunos autores han llegado aun más lejos al afirmar que la pobreza constituye la principal causa de enfermedad (González García y Tobar 2005), en clara referencia a las enfermedades asociadas a su endurecimiento, tales como desnutrición, parasitosis o infecciones de origen diverso, así como los riesgos que pueden derivarse de un embarazo a edades tempranas, el abandono del sistema educativo o la incorporación precaria al mercado de trabajo. Por otra parte, el vínculo entre pobreza y salud no debe reducirse únicamente a las condicionantes socioeconómicas de los procesos de salud y enfermedad, sino que también deben considerarse las posibilidades efectivas en el ejercicio de derechos, tales como la exigibilidad de atención médica de calidad o la defensa ante posibles abusos e injusticias (Sacchi, 1997).

Para el caso uruguayo, el desplazamiento y la concentración de los riesgos en salud no podrían explicarse sin tener en cuenta los dramáticos cambios ocurridos en el mercado de empleo. El deterioro de las protecciones laborales, en un contexto de flexibilización laboral y retraimiento del Estado en materia de regulación, condujeron a un aumento sostenido de la precarización de los empleos, que aumentó de un 16% en 1991 a un 37% en 2002 (cuadro 5). Esta tendencia refleja el impacto de un aumento de los empleos temporales, las subcontrataciones y tercerizaciones, lo que se acompañó de un incremento del empleo informal. Los datos para la década del noventa no solo revelan un acelerado incremento del desempleo de los trabajadores menos calificados, sino también una creciente brecha entre los salarios por nivel educativo alcanzado (PNUD-CEPAL, 2001).

Cuadro 5. Evolución del empleo con restricciones (Uruguay, 1991-2002)

	1991	1995	1999	2002
Subempleados	4,6	5,1	7,3	18,4
Precarios	15,9	15,2	28,8	37,2
Total	20,5	20,3	36,1	55,6

Fuente: Elaboración propia basada en la ECH (INE).

Los efectos de la precarización y la informalización del mercado de empleo sobre la cobertura y la calidad en la atención médica son inequívocos. Menos del 60% de los ocupados cuentan con condiciones satisfactorias de empleo, que aseguren cobertura de salud mediante afiliación a DISSE y una cantidad mínima de horas trabajadas. Los procesos que hemos reseñado de *descrime* y *desfonde*, dificultan el acceso a servicios de igual calidad entre personas de distinto nivel socioeconómico y comprometen los efectos redistributivos del sistema reproduciendo las desigualdades de origen dentro de él. Ante estos procesos, el *rational choice* opera en ambos sentidos definiendo estrategias de salud individuales pautadas por los recursos disponibles de cada hogar. Como resultado, se observa una creciente segmentación en la calidad del acceso a los servicios de salud, tal como se evidencia al contrastar la evolución de los tipos de cobertura entre los quintiles de ingreso superior e inferior (cuadro 6).

Cuadro 6. Evolución de los derechos en servicios de salud por quintiles de ingreso en Uruguay urbano (en porcentajes para 1991, 1995 y 2000)

	1991		1995		2000	
	Quintil 1	Quintil 5	Quintil 1	Quintil 5	Quintil 1	Quintil 5
No tiene	8,8	3,9	9,4	3,5	6,2	1,7
IAMC	21,8	86,2	18,3	81,3	15,3	81,5
MSP	57,1	5,1	58,7	4,4	68,2	3,8
Público no MSP	10,2	3,5	10,3	8,7	8,3	10,9
Otros privados	2,2	1,4	3,3	2,1	2,0	2,1

Fuente: Elaboración propia basada en la ECH (INE).

La caída del empleo y la reducción de sus beneficios han promovido una tendencia estructural a la expulsión del sistema mutual, a la vez que ha superpoblado y saturado la atención del sector público. Esta tendencia se verifica con claridad para el quintil de menores ingresos, donde la cobertura del MSP aumentó en más de 10 puntos durante el decenio 1991-2000. De manera asimétrica, para el mismo período el quintil de mayores

ingresos muestra una caída en la afiliación tanto en las IAMC como en el MSP, y un aumento en la contratación de seguros privados.

Durante este período, la caída del salario real ha afectado la demanda de servicios de pago en el sector mutual, generando dificultades en su financiamiento y reduciendo su capacidad de atención preventiva. Como se ha señalado, esta tendencia plantea un serio cuestionamiento al financiamiento de un sistema solidario de salud gestado en condiciones de cuasipleno empleo, que garantizaba el acceso universal a una asistencia de calidad. En la actualidad, las asimetrías del mercado de empleo son reflejadas por el sistema de salud, configurando un escenario donde solo el dinero es capaz de asegurar el acceso a estos servicios de calidad. Al mismo tiempo, esta situación tiende a reforzarse; como señala Adam Wagstaff (2002), quienes carecen de dinero se ven atrapados en un círculo vicioso en el que *“la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza”*.

Al mismo tiempo, la segregación espacial de la pobreza plantea al sistema de salud desafíos adicionales, como los que se derivan de las barreras culturales de acceso a los servicios, una reducida oferta de estos en algunas áreas, y dificultades para ampliar las bases del capital social por factores de excesiva homogeneidad (similares a los que operan en el ámbito educativo). Algunos trabajos etnográficos recientes han puesto de manifiesto los condicionamientos culturales y económicos que impiden priorizar la salud en este contexto, ante las urgencias por obtener un ingreso diario y las necesidades cotidianas de subsistencia. Desde esta perspectiva, dejar de asistir a un centro asistencial no necesariamente es signo de ignorancia o falta de información, sino el resultado de una combinación de factores tales como el *“vivir las molestias de salud como algo secundario”*, *“relativizar los síntomas en función de otras prioridades”*, *“tener una mayor resistencia al dolor”* o simplemente *“desconocer cómo interpretar los síntomas”* (Sacchi, 1997).

Estos resultados son convergentes con recientes investigaciones patrocinadas por la Organización Panamericana de la Salud (Casas-Zamora y Gwatkin, 2002; Dachs et al., 2002; Gómez Gómez, 2002) que han señalado diferencias significativas en la forma en que pacientes de diferentes estratos socioeconómicos tienden a autoevaluar su estado de salud. Los trabajos de Dachs, por ejemplo, encuentran *“que los ricos a menudo se sienten tan enfermos como los pobres, planteando dudas sobre la evidencia que apunta a una morbilidad y mortalidad mucho mayores entre los pobres, como han demostrado los exámenes de los registros de defunción y la determinación objetiva del estado de salud mediante examen físico y de laboratorio”*. Según el autor, esta observación es indicativa de que ricos y pobres tienen expectativas diferentes y *“que lo que una persona con más recursos económicos percibe como una serie de síntomas debilitantes, para un pobre es un estado normal sin importancia y parte ordinaria de su experiencia cotidiana”*. Trabajos como los de Dachs plantean que una diferente valoración de los estados de salud y enfermedad lleva a los sectores de ingresos medios altos y altos *“a exigir y recibir una elevada proporción de los servicios en salud que, si se adjudicaran según criterios epidemiológicos establecidos externamente, deberían destinarse principalmente a los desfavorecidos. Si los ricos no fuesen desmesuradamente sensibles a su estado de salud y los pobres supieran cuán enfermos están en realidad, sería más fácil lograr la equidad en materia de salud”* (Casas-Zamora y Gwatkin, 2002).

Género

Los cambios producidos en el ámbito laboral en los últimos tiempos han afectado de forma diferencial a los hombres y a las mujeres, y con ello también se han alterado las posibilidades de acceso a servicios de salud de calidad de ambos grupos. Las categorías

de ingresos no operan aisladamente, sino que se estructuran en torno a otras variables de segmentación, tales como edad y género, que ofician de *vehículos de la desigualdad*. En este sentido, la desagregación de los tipos de cobertura en salud por género y quintiles de ingresos permite poner de manifiesto la incidencia que las categorías de género han tenido sobre los procesos de pérdida de calidad en la atención, al combinarse con categorías de nivel socioeconómico.

Como lo muestra el cuadro 7, en los quintiles de menores ingresos (1 y 2) las tendencias a la desafiliación mutua y el pasaje a la atención en MSP se verifican en ambos sexos durante el período 1991-1999. No obstante, al culminar la década son las mujeres quienes en mayor proporción reciben cobertura en la red asistencial pública, en comparación con los hombres del mismo tramo de ingresos (57,1% frente a 46,8%). La pérdida de afiliación mutua de las mujeres también se observa para los quintiles de mayores ingresos (3, 4 y 5), si bien la caída de estos niveles fue mucho más leve que en los grupos de mujeres más pobres y en algunos casos inferior a la de los hombres en su categoría.

Cuadro 7. Cobertura en MSP y IAMC según sexo, (Uruguay urbano, 1991-1999)				
	<i>Quintiles 1 y 2</i>	<i>1991</i>	<i>1995</i>	<i>1999</i>
MSP	Hombres	38,2	40,2	46,8
	Mujeres	50,2	51,4	57,1
Mutualista	Hombres	37,7	34,0	31,6
	Mujeres	36,4	34,5	30,5
	<i>Quintil 3</i>	<i>1991</i>	<i>1995</i>	<i>1999</i>
MSP	Hombres	8,3	8,7	9,8
	Mujeres	11,2	12,2	13,0
Mutualista	Hombres	31,4	29,3	27,8
	Mujeres	35,0	33,7	31,6
	<i>Quintil 4 y 5</i>	<i>1991</i>	<i>1995</i>	<i>1999</i>
MSP	Hombres	5,9	6,2	6,3
	Mujeres	9,6	9,1	9,6
Mutualista	Hombres	76,2	69,0	68,8
	Mujeres	89,2	89,0	86,2

Fuente: Elaboración propia basada en la ECH, INE.

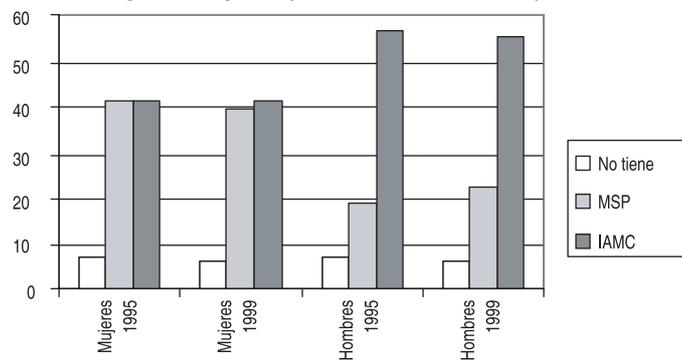
* El cuadro sólo incluye atención a la salud en las categorías IAMC y MSP.

Durante la década pasada, las mujeres de los quintiles de ingresos superiores tendieron a conservar la afiliación mutua como forma de mantener calidad en el acceso, aun en el caso de haber perdido los derechos de afiliación a DISSE. Como puede observarse en el cuadro 7, las mujeres de los quintiles 4 y 5 lograron mantener un nivel de atención en IAMC superior al de los hombres para las tres mediciones propuestas, 1991, 1995 y 1999. La necesidad de seguir teniendo asistencia mutua se ve especialmente reforzada en los grupos de mujeres en edad reproductiva, para los cuales la frecuencia de uso de los servicios hace aún más ostensibles las brechas de calidad en la atención.

El análisis de los derechos de atención a la salud de jefes de hogar con menores a cargo también muestra tendencias segmentadas por categorías de género. Los hombres jefes de hogar tienen mayores niveles de atención en IAMC que las mujeres

en esta condición, al tiempo que las mujeres muestran niveles significativamente mayores de atención en MSP. Dado que la identificación del jefe de hogar se determina por el ingreso, estas diferencias por género parecen estar asociadas a una menor capacidad de compra de servicios de salud en los hogares con jefatura femenina. De manera contraria, aquellos hogares donde es el hombre quien recibe los mayores ingresos registran niveles significativamente más altos de acceso a coberturas de calidad (gráfico 1).

Gráfico 1. Derecho de atención a la salud de jefes de hogar con menores a cargo según sexo y año (zona urbana, 1995-1999)



Fuente: Elaboración propia basada en la ECH, INE.

Como se observa en el gráfico 1, las magnitudes de las diferencias por género en tipo de cobertura para los jefes de hogar son realmente importantes. Una de las hipótesis de este uso diferencial del sistema mutual deriva de una mayor precariedad e informalidad en el trabajo femenino. Como lo señalan varios estudios de la OPS con relación a América Latina, el alto nivel de participación femenina en actividades no cubiertas por la seguridad social, junto con las discontinuidades laborales que estas tienen en su trayectoria debido al embarazo y la crianza de los hijos, dificultan la generación de derechos continuos en la atención de la salud vinculados al empleo (Gómez Gómez, 2002). Adicionalmente, en hogares monoparentales con jefatura femenina, la insuficiencia de ingresos frente a los gastos del hogar opera en muchos casos como factor determinante para eliminar o ajustar a la baja los costos de atención en salud.

La forma en que las transformaciones en la estructura de bienestar en salud han alterado las condiciones de acceso a servicios de calidad de hombres y mujeres parece no corresponderse con el agravamiento de las condiciones de vida para los segmentos de menores ingresos de ambos grupos. No obstante, como se ha documentado, las mujeres experimentaron mayor *precarización* en sus niveles de atención, desconociendo la distribución desigual de riesgos que se ha consolidado como resultado de estos mismos procesos. Los recientes procesos de empobrecimiento han aumentado sustancialmente los riesgos y las necesidades de atención de un grupo de mujeres, sin que los cambios estructurales del sistema hayan podido articular las respuestas requeridas. Más bien al contrario, los cambios registrados en los niveles y tipo de cobertura de las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad han limitado seriamente sus capacidades de cuida-

do y mantenimiento de la salud. En otras palabras, el análisis de las categorías de género muestra que los cambios en las estructuras de riesgo y bienestar en salud han operado con fuertes asimetrías, bajando los niveles de protección allí donde se han concentrado los mayores niveles de rezago epidemiológico.

El comportamiento diferencial en las tasas de fecundidad entre ricos y pobres ofrece un claro ejemplo de la forma en que las categorías de género, ingresos y edad se combinan para dar lugar a una nueva estructura de riesgos, con consecuencias directas para la organización de los servicios de salud. Según el censo de 1996, las mujeres con tres necesidades básicas insatisfechas o más concebían el doble de hijos que las mujeres con las necesidades básicas cubiertas y —adicionalmente— se reproducían a edades más tempranas (19 años en promedio, contra 29 años en sectores medios y altos). Según datos del 2004 representativos para las cien zonas más carenciadas del país, la mitad de las madres de 24 a 38 años concibieron su primer hijo entre los 13 y los 19 años. Las consecuencias de este adelanto en la conducta reproductiva son innegables en términos de integración social, por cuanto aparecen fuertemente asociadas a un abandono del sistema educativo o a la postergación de la inserción laboral. Adicionalmente, esta situación también plantea consecuencias para las generaciones venideras en tanto asegura las condiciones para la reproducción intergeneracional de la pobreza, configurando un círculo vicioso tanto en el ámbito social como familiar. La asunción de roles maternos a temprana edad implica una mayor vulnerabilidad de las mujeres y sus hijos, al tiempo que sostiene la transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad y la precariedad, evidenciada por el alto número de madres que provienen a su vez de hogares donde la reproducción temprana ha sido práctica frecuente (Jelín, 1994).

Queda claro, pues, que la maternidad temprana no constituye el único factor que debilita las posibilidades de integración futura de las adolescentes, ya que por lo general esta aparece asociada a una configuración de riesgos que incluye el adelantamiento de otros roles adultos. Mas allá de los debates en la literatura sobre los riesgos *biológicos* asociados a la maternidad adolescente (claramente demostrados para las menores de 15 años, aunque sujetos a debate para las edades subsiguientes), es inequívoca la concatenación de riesgos e impactos derivados de esta situación. Como ha señalado Carlos Filgueira (1998), es posible hablar de la existencia de dos itinerarios de emancipación juvenil que segmentan las rutas de acceso a la integración según el estrato socioeconómico de origen. Por un lado, encontramos el camino de la emancipación *deseable* —propia de sectores medios y altos—, pauta por la secuencia: 1) completitud de estudios, 2) inserción laboral, 3) unión, 4) procreación; este itinerario tiende a postergar tanto como sea posible la asunción de roles adultos. Por otro lado, tenemos la ruta emancipatoria de los jóvenes de bajo nivel socioeconómico, caracterizada por una temprana asunción de estos roles, que se expresa en una secuencia menos favorable para las futuras posibilidades de integración: 1) procreación temprana, 2) abandono anticipado de estudios, 3) inserción laboral precaria (cuando la hay).

Como veremos más adelante, corregir estos desbalances de género en materia sanitaria supone avanzar hacia reformas de la salud que incorporen las necesidades específicas de mujeres y hombres en la organización de los servicios, asignando los recursos para un logro efectivo de los objetivos planteados y permitiendo el acceso a servicios de calidad independientemente de las capacidades de pago (Gómez Gómez, 2002). Este último punto debe merecer especial consideración, ya que las inequidades de género dentro del hogar llevan muchas veces a que las mujeres carezcan de recursos propios, o la posibilidad de disponerlos autónomamente queda sujeta a la decisión de su pareja.

Generación

Los procesos de infantilización de la pobreza y precarización laboral vividos en nuestro país en los últimos años han introducido una fuerte dimensión generacional a la distribución de los riesgos y a las posibilidades efectivas para paliar sus efectos. La desigual distribución de los recursos a la que ha asistido nuestro país desde 1985, vinculada a una concentración de la pobreza en los menores de 0 a 5 años, parece abonar la tesis de una reconfiguración generacional de las necesidades de asistencia y bienestar. Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística para el año 2003, el 56,5% de los menores de 6 años han nacido por debajo de la línea de pobreza y un 16,4% por debajo de la línea de indigencia. Mientras los niños tienen casi las mismas chances de nacer pobres que no pobres, tan solo 10 de cada 100 adultos mayores de 65 años eran pobres en el 2003. Desde una perspectiva territorial, en el Centro Comunal 17 (que incluye las zonas del Casco del Cerro, Casabó, Pajas Blancas, Santa Catalina, Cerro Norte, La Boyada, Cerro Oeste y zona rural) el 91,08% de los niños de entre 0 y 4 años viven en hogares pobres, mientras que el 39,63% de los mayores de 60 años viven en las mismas condiciones (Intendencia Municipal de Montevideo, 2004).

En la salud, como en otros ámbitos, también son los niños y jóvenes los que parecen pagar los mayores costos del endurecimiento de la pobreza y la descapitalización física y social (Kaztman y Filgueira, 2001). De acuerdo con un estudio de UNICEF (2004), en el 2003 un 10% de los bebés padecía problemas de desnutrición crónica y esta cifra alcanzaba al 16,7% entre los niños de uno y dos años. Pese a que la infantilización de la pobreza es un fenómeno conocido desde mediados de la década del ochenta, las políticas públicas en materia de salud han mostrado un persistente desbalance favorable a los adultos mayores. En el año 2000, mientras el 21% de los adultos mayores del primer quintil de ingresos contaba con IAMC por afiliación individual, el 7,6% de los niños menores de 6 años se encontraba en la misma situación. Asimismo, el 75% de estos niños se atendía en dependencias del MSP, al tiempo que un 58% de los adultos mayores recurría a estos mismos servicios. En los quintiles subsiguientes las diferencias entre ambas categorías de edad comienzan a reducirse, evidenciando el efecto combinado que surge de la interacción entre categorías de ingreso y generación.

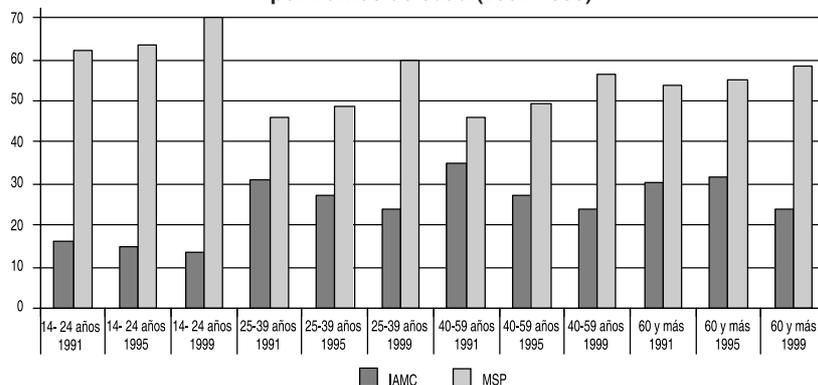
Al analizar los datos de la población económicamente activa respecto a los adultos mayores, se observa una inequidad aun mayor. Independientemente de sus niveles de ingreso, los jóvenes de entre 14 y 24 años cuentan con una escasa atención en IAMC respecto al resto de los tramos de edad, y en las sucesivas mediciones esta cobertura es cada vez menor. Un tercio de estos jóvenes se atiende en MSP, respecto a un 20% que comparte esta condición entre los mayores de 60 años. Al analizar los datos por quintiles de ingreso, se observa una clara caída de la afiliación mutua en la totalidad de los tramos de edad, lo que refleja el proceso de *desfonde* al que ya hemos hecho referencia.⁶

Si se compara la evolución de la afiliación mutua entre los distintos tramos de edad en el primer quintil de ingresos se observa el particular impacto que la caída del empleo formal ha tenido en la cobertura de las personas de entre 25 y 59 años. Por el contrario, entre los mayores de 60 años la caída en los niveles de afiliación mutua ha estado amortiguada por la concesión de dicho beneficio mediante la vía legal, en 1995, para los jubilados de menores ingresos.⁷ (Gráfico 2)

⁶ No obstante, la comparación con el año 1999 presenta una dificultad: la incorporación de asentamientos al marco muestral de la ECH en 1998, cuyas repercusiones en la información en salud no se han evaluado aún. La sospecha es que aumentó el número de personas con MSP respecto a los afiliados y por tanto el *desfonde* podría ser algo menor del que reflejan los datos.

⁷ Mediante la citada ley 16.713.

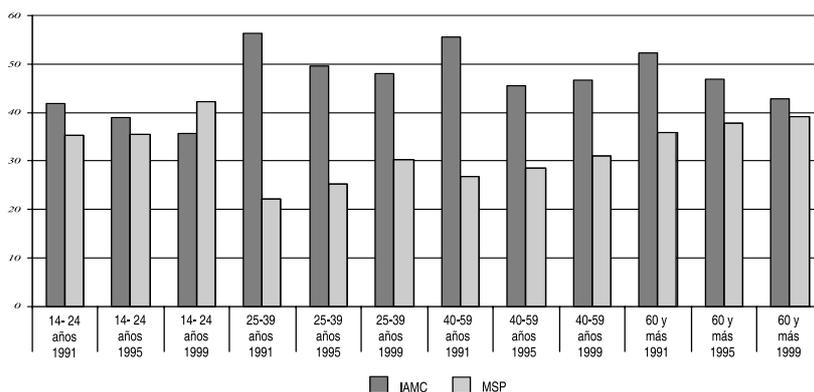
Gráfico 2. Derecho de atención de salud en el quintil 1 de ingresos, por tramos de edad (1991-1999)



Fuente: Elaboración propia basada en la ECH, INE.

Los datos para el segundo quintil de ingresos vuelven a poner de manifiesto una fuerte caída en los niveles de afiliación mutua a lo largo del período estudiado, pese a que mejora sensiblemente —con relación al primer quintil— la calidad de la cobertura en todas las edades, especialmente en los tramos de menor edad. No obstante siguen siendo los más jóvenes quienes tienen los menores niveles de atención en mutualistas y la mayor asistencia en MSP a lo largo de todo el período. A su vez, las personas de entre 25 y 59 años son quienes cuentan en mayor medida con cobertura en IAMC, asociada en buena medida a mejores ingresos y mayores niveles de formalidad en sus empleos respecto a los más jóvenes. A diferencia del quintil anterior, en el caso de los adultos mayores la distancia porcentual entre quienes se atienden en el MSP y quienes cuentan con afiliación mutua tiende a reducirse a lo largo del período, como resultado de un sensible aumento de la primera y una disminución de la segunda. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Derecho de atención a la salud en el quintil 2 de ingresos, por tramos de edad (1991-1999)

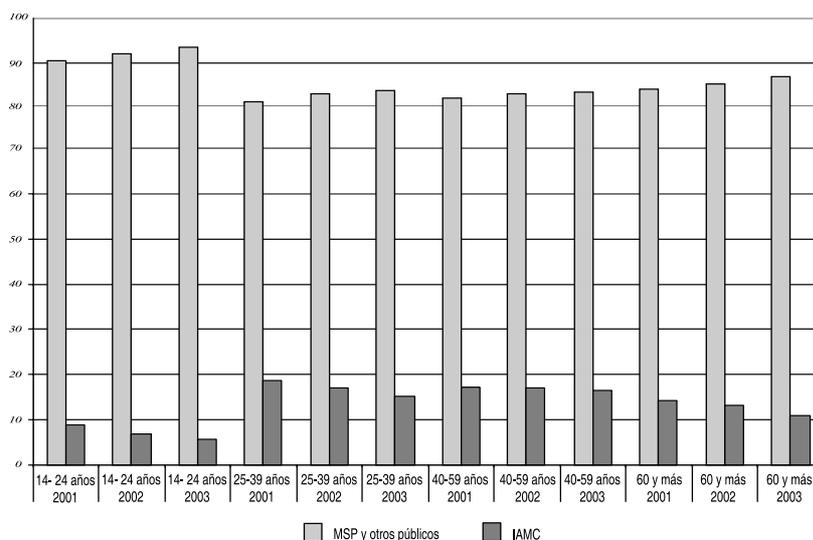


Fuente: Elaboración propia basada en la ECH, INE.

Los datos de cobertura para los demás quintiles de ingreso muestran un amplio predominio de las instituciones de asistencia médica colectiva, independientemente de las edades. Al comparar los distintos tramos de edad, se observa que a medida que aumenta el nivel de ingresos las brechas en la calidad de cobertura tienden a desaparecer, ya que una mayor capacidad de compra de servicios en salud en los hogares permite absorber las diferencias atribuibles a las categorías de edad. De hecho, para los quintiles superiores, en casi todas las edades la cobertura en el MSP tiende a registrar valores inferiores o cercanos al 10%, con excepción de los adultos mayores.

Dificultades metodológicas con la forma de medición de la cobertura en salud en la Encuesta Continua de Hogares⁸ impiden comparar los datos disponibles para el período 2001-2003 con la información presentada anteriormente para las mediciones de 1991, 1995 y 1999. No obstante, los datos para el quintil inferior de ingresos no solo confirman la inequidad en la calidad de la atención entre los más jóvenes y el resto de las categorías de edad, sino que sugieren su progresivo deterioro entre el 2001 y el 2003. (Gráfico 4).

Gráfico 4. Atención de la salud en el primer quintil de ingresos para todas las edades (Uruguay urbano, 2001-2003)



Fuente: Elaboración propia basada en la ECH, INE.

En síntesis, estos datos ponen de manifiesto una clara inequidad generacional que con el paso de los años ha ido en aumento, aun teniendo en cuenta las precauciones

⁸ A partir del año 2001 se introdujeron cambios en la pregunta que realiza la Encuesta Continua de Hogares sobre el tipo de cobertura en salud, lo que impide ampliar las bases de comparabilidad después de dicho año.

metodológicas planteadas. El desbalance en la atención y el cuidado de la salud de las distintas edades emerge como otra de las fuentes de inequidad del sistema, quizás una de las más complejas de resolver dada la dificultad para equilibrar las demandas de los distintos grupos. En esencia, las demandas y necesidades que las distintas edades proyectan sobre el sistema reflejan los impactos de la configuración de nuevos perfiles epidemiológicos como resultado de las transformaciones sociales y demográficas en curso. Por un lado, el sistema necesita atender las enfermedades y los riesgos sanitarios propios de la pobreza y el subdesarrollo, los cuales, como ya hemos visto, tienden a concentrarse en los sectores más jóvenes de la sociedad. Por otro lado, nuestra sociedad no escapa a los acelerados procesos de envejecimiento que caracterizan a la región, sumando nuevos perfiles de enfermedades de carácter crónico y elevados costos de tratamiento, que significan nuevas demandas sobre el sistema. Adicionalmente, Uruguay también debe atender las enfermedades y patologías propias de países industrializados, que ya han completado su segunda transición epidemiológica, tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los accidentes y las derivadas de la violencia.

Si el sistema hoy encuentra dificultades para armonizar las demandas de los distintos grupos, en el futuro esto será aún más difícil y complejo. La tendencia al envejecimiento se ve reflejada en los altos niveles de esperanza de vida (71 años para los hombres y 79 para las mujeres) y en proyecciones como las realizadas por el INE para el año 2025, en que se estima que los mayores de 65 años alcanzarán el 16% de la población (en comparación con un 20% de menores de 14 años). Otros indicadores tales como el *índice demográfico* (cantidad de personas de 65 años y más / cantidad de menores de 5 años) también han registrado un aumento significativo; el *índice demográfico* pasó de 1 a 1 en 1950 a una relación de 2 a 1 en el 2000, como resultado de la caída de la natalidad y la mortalidad a lo largo del período.

En la actualidad parece claro que buena parte de los cambios epidemiológicos derivan en tensiones contradictorias que el sistema no está siendo capaz de resolver adecuadamente, en las cuales, como en todas las áreas de la política pública, hay perdedores y ganadores. La dinámica de una sociedad que tiende a envejecer rápidamente, pero que al mismo tiempo sostiene su reproducción biológica en los sectores más empobrecidos, genera una estructura de demandas sanitarias sobre la red asistencial de alta complejidad y difícil resolución, al tiempo que interpela sobre cuáles son los valores centrales del sistema. Por la vía de los hechos, los desbalances entre el sector público y el privado, los fuertes mecanismos de subsidio a las IAMC, la insuficiente asignación de recursos a la red asistencial pública, la priorización asignada a la medicina altamente especializada y los déficit en salud materno-infantil configuran un escenario que tiende a relegar la atención de las familias más golpeadas por la crisis. Algunos analistas han definido esta segmentación de necesidades por edad como *coetaneidad*, en la que las demandas propias de la segunda transición demográfica y de una medicina altamente especializada compiten con las de una primera transición todavía inconclusa para los sectores más empobrecidos de la sociedad. Para agravar aún más las tensiones, acompañando estas transiciones parciales se verifica la aparición y reaparición de enfermedades como la hepatitis C, la tuberculosis y el hantavirus, junto con el avance de otras como el VIH-sida o el dengue, cuya distribución tampoco resulta para nada azarosa.

3.2. El territorio como configuración espacial del riesgo en salud

El territorio opera como el espacio en el que los factores de riesgo mencionados se articulan y se potencian, amplificando y concatenando sus impactos. El eslabonamiento de comportamientos de riesgo y su concentración espacial terminan por configurar lo que César Victora y otros (1992) han denominado *epidemiología de la desigualdad*, en la que los perfiles de salud y enfermedad también comienzan a fragmentarse y reproducirse. Las asimetrías territoriales o regionales muchas veces quedan encubiertas bajo la evolución favorable de las cifras promediales estimadas para el conjunto de la población. Tal es el caso en nuestro país de la tasa de mortalidad infantil, que si bien logró mantenerse en el 14,1 por mil durante el período 2001-2004, en algunos departamentos alcanzó niveles cercanos a las 52 muertes por cada mil nacidos vivos (Bonilla, 2004).

Esta inequidad territorial en el aspecto sanitario se ve consolidada como resultado de una fuerte concentración de la indigencia en algunas zonas del país, asociada a severas limitaciones en las capacidades de atención y contención de las redes de asistencia pública. El perfil epidemiológico en estas zonas —caracterizadas por incapacidades estructurales para generar ingresos estables y suficientes— aparece marcado por el progresivo deterioro en las posibilidades de desarrollo físico y cognitivo en los tramos de menor edad, y la escasa capacidad de revertir esta tendencia por parte de los agentes públicos (educación y salud) y comunitarios (redes, ONG) que operan en el territorio.

Estos procesos de segregación espacial tienden a fomentar las diferencias de salud entre los grupos que están *dentro y fuera* del territorio segregado, creando barreras materiales o *simbólicas* que impiden el acceso a servicios de calidad. Como lo sugiere un estudio reciente de la OPS, los mecanismos de segregación territorial actúan en el campo de la salud *“dificultando el acceso de los más necesitados a los servicios, permitiendo que los servicios sean de mala calidad e impidiendo que les llegue información adecuada para la toma de decisiones”* (Torres, 2001).

En el caso de Montevideo, por ejemplo, la concentración de la pobreza en la periferia no se ha visto acompañada de una adecuada descentralización de los servicios, especialmente en los niveles de atención hospitalaria (secundaria y terciaria). El análisis por centros comunales zonales (CCZ) basado en datos oficiales del INE da como resultado, para el año 1999, que en los barrios más pobres (Carrasco Norte, Maroñas, Cerro, entre otros) se concentra el 54% de los usuarios del sistema de salud pública, mientras en los barrios de la costa se concentra el 75% de los usuarios de los servicios privados (Lagomarsino et al., 1999).

Por otra parte, la desmotivación y el desgaste de los equipos de salud que trabajan en las zonas de mayor segregación muchas veces lleva a operar sobre la base de estereotipos y la *desvalorización* de los usuarios, agregando nuevos obstáculos para el uso de los servicios. En este contexto, las asimetrías de poder entre los equipos de salud y los usuarios suelen acentuar los sentimientos de incompreensión y de impotencia, alimentando la pasividad y las posturas fatalistas ante los procesos de enfermedad.

En función de lo antedicho, reducir las brechas entre grupos en el ámbito de la salud contribuye no solo a mejorar concretamente las condiciones de salud y de vida, sino también a avanzar hacia una concepción de ciudadanía basada en el ejercicio de derechos básicos que refuerzan los sentimientos de integración y pertenencia. Al igual que como sucede en ámbitos educativos, una salud segmentada también debilita los espacios de sociabilidad entre clases que —como bien señala Ruben Kaztman (2001)— son

los que “posibilitarían intercambios informales y una suerte de agenda común”, y conspira de este modo contra la formación de un proyecto más inclusivo de ciudadanía.

4. A modo de síntesis: la urgencia de un nuevo contrato social en salud

En sintonía con el enfoque de los demás artículos de esta edición de *Prisma*, este trabajo ha intentado analizar las transformaciones recientes en la estructura del bienestar y su adecuación a los cambios observados en las estructuras de riesgo, en un área particularmente sensible de la política pública como la salud. El análisis de estos procesos parece corroborar la hipótesis planteada en los trabajos recientes del sociólogo danés Gøsta Esping-Andersen acerca de la transformación dramática que está ocurriendo en la distribución de riesgos y necesidades sociales en Europa y otras partes del planeta (Esping-Andersen, 1999, 2002, 2003). Según el autor, en la época dorada del Estado de bienestar, las poblaciones de mayor riesgo estaban constituidas por los grupos de edades más avanzadas, a quienes el sistema de algún modo debía proteger una vez reducida su capacidad de integrarse productivamente al mercado. En la actualidad, como resultado de los cambios en las estructuras sociodemográficas y las disrupciones en los mercados de empleo, la incidencia del riesgo social se está desplazando hacia edades más tempranas, concentrándose fundamentalmente en familias jóvenes y niños pequeños. Según el autor, es en estos tramos etarios donde la tasa de pobreza aumenta en mayor grado, la inseguridad laboral irrumpe con mayor fuerza y los niveles de ingreso se deterioran más rápidamente. Esta situación genera una nueva concentración del riesgo social en sectores que tradicionalmente se sentían seguros, y por lo tanto estaban desplazados de la preocupación central de las estructuras de bienestar. No obstante, estos desplazamientos, a la vez que reclaman una mayor comprensión de observadores y analistas, exigen nuevas respuestas del Estado, el cual necesita adecuar sus estructuras a la nueva realidad. En palabras de Esping-Andersen, “tenemos un Estado de bienestar que fue construido para tratar una estructura de riesgo de la generación de nuestros padres o abuelos y ahora tenemos una nueva estructura de riesgos y el Estado de bienestar parece estar haciendo muy poco para tratar estas nuevas necesidades” (Esping-Andersen, 2003).⁹

La aplicación de este marco conceptual al campo de la salud nos ha llevado a reflexionar fundamentalmente en torno a tres niveles: a) una valoración del impacto que el proceso reciente de pauperización y otras tendencias de más largo plazo han generado sobre las necesidades en salud de la población; b) un análisis de las tendencias en la estructura de financiamiento, gasto y gestión del sistema, especialmente en su componente redistributivo, y c) la identificación de los principales desajustes observados entre los dos niveles anteriores y algunas alternativas posibles para su superación. En el primer nivel, hemos evidenciado los cambios en el perfil epidemiológico y las demandas sanitarias de la población derivadas de los recientes procesos de empobrecimiento de amplios sectores de la sociedad uruguaya, así como aquellos vinculados a tendencias de más larga duración, tales como el envejecimiento o el aumento de las enfermedades crónicas. En

⁹ Para un análisis de las características específicas que adopta este proceso en nuestro país, véase el trabajo de Filgueira, Lijtenstein, Rafaniello, Rodríguez y Alegre en este número.

este sentido resulta necesario examinar las implicaciones sanitarias y epidemiológicas concretas que se derivan, por ejemplo, del debilitamiento de los vínculos con el mercado de trabajo —de los que precarización e informalidad son solo dos de sus caras más visibles—, así como las asociadas al aumento de trayectorias de emancipación que comprometen una futura integración social. En cualquiera de estos casos, es imperioso conocer las nuevas demandas y exigencias que estas tendencias plantean al sistema de salud, así como los desajustes que es necesario corregir para adecuar los actuales esquemas de atención, gestión y financiamiento a la nueva situación del sector.

En un segundo nivel, este análisis requiere reconocer las tendencias recientes —planificadas o inerciales— que han orientado los ajustes de los distintos subsistemas de salud en nuestro país y la forma en que estos cambios han respondido, reforzado o ignorado las estructuras de riesgo emergentes. En este sentido, la tesis de Esping-Andersen propone examinar los niveles y calidad de la inversión en los subsistemas público y privado de salud, la distribución de recursos en los distintos niveles de atención y la distribución de los tipos de cobertura para los distintos grupos etarios. Si bien la realidad indica que el país ha logrado evitar una excesiva *mercantilización* de la salud en comparación con otros países de la región, no menos cierto es que los procesos de deterioro en la calidad de las prestaciones, la saturación de la red asistencial pública, el desfinanciamiento de la medicina colectiva y la creciente búsqueda de alternativas privadas plantean un escenario de fuerte pérdida de equidad y bienestar para amplios sectores de la población. En tercer lugar, el trabajo ha identificado los principales desajustes que resultan del desacople entre los grupos identificados como de mayor riesgo, sus prioridades sanitarias y los actuales niveles de respuesta, resolutivez y accesibilidad que ofrece el sistema.

Sin pretensión de exhaustividad y simplemente a modo indicativo, el trabajo ha insinuado algunas pistas y sugerencias para la acción, en momentos en que la actual administración se encuentra discutiendo una profunda reforma del sector basada en criterios de equidad y eficiencia. En continuidad con la tesis de Esping-Andersen, estas orientaciones para la acción podrían sintetizarse en torno a tres grandes ejes: a) invertir en las primeras etapas de la infancia, b) invertir en la salud de las mujeres, y c) generar un nuevo contrato generacional en salud. La inversión en los niños no significa desatender a nuestros adultos mayores; antes bien, significa reconocer los desbalances actuales en el bienestar y buscar nuevos equilibrios que se ajusten a las nuevas realidades. Los desbalances en salud en la infancia temprana se pagan en el corto plazo con déficits cognitivos y psicomotores, mientras que en el largo plazo tienden a perpetuar la transmisión generacional de la pobreza. Adicionalmente, los rezagos cognitivos contribuyen al endurecimiento de los mecanismos que perpetúan la pobreza, haciendo más difícil revertir la situación cuanto más se tarde en intervenir. En un país con fuerte tendencia al envejecimiento, invertir en los niños supone apostar fuertemente a un modelo preventivo que nos permita contener el gasto en patologías evitables (tales como las enfermedades cardiovasculares o las derivadas del tabaquismo) para disponer de mayores recursos en áreas como la salud materno-infantil o en programas de salud sexual y reproductiva.

Con relación a los desafíos que plantea la inequidad de género, invertir en las mujeres supone promover una reforma de la salud que incorpore una visión de género, reconociendo las necesidades específicas de mujeres y hombres por igual. Un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (Quesada, 2002) ha documentado cómo las políticas de salud en la región tienden a no reconocer estas diferencias, asumiendo necesidades colectivas y uniformes que no se ajustan a la realidad. Incorporar una visión de género

supone adaptar los servicios de salud para que puedan trabajar preventiva y eficazmente con relación a situaciones de violencia doméstica, maternidad-paternidad adolescente, VIH-sida y mortalidad materna, buscando revertir las inequidades de género que subyacen a estas problemáticas.

Como señala el mismo informe del BID, invertir en la salud de las mujeres tiene un claro efecto intergeneracional, ya que supone *“combatir el impacto de la clase de origen en las posibilidades y oportunidades de los niños”*. En este sentido, la inversión en salud sexual y reproductiva resulta prioritaria para una adecuada planificación de los embarazos, el nacimiento de hijos sanos y la detección temprana de patologías con alta prevalencia en las mujeres. Para ello es necesario reequilibrar la inversión en salud, llevando mayor tecnología y mejores recursos humanos hacia los centros asistenciales de zonas periféricas, descentralizando en mayor grado la atención, en particular las maternidades y centros hospitalarios, hoy altamente centralizados.

Como recuerda Esping-Andersen, lo que precisamos es un nuevo contrato intergeneracional, que redistribuya de manera más solidaria el bienestar en salud y tenga mayor proyección de futuro. No debe olvidarse que la tendencia al envejecimiento, asociada a los nuevos perfiles epidemiológicos, complejiza tremendamente el debate, tornando inútiles las respuestas simplistas y exigiendo nuevos esquemas para pensar el nuevo equilibrio. Lejos de estar contrapuestas, las suertes de las distintas generaciones se encuentran íntimamente ligadas, ya que las posibilidades de brindar bienestar a los pasivos de mañana depende en buena medida de la capacidad productiva de los niños de hoy. Corregir el desbalance generacional en términos de salud supone avanzar hacia una reforma que despliegue estrategias para revertir la concentración de riesgos en los sectores más vulnerables de la sociedad y democratizar el acceso a servicios de calidad.

Finalmente quisiéramos plantear que los análisis expresados en este artículo han encontrado como principal dificultad la ausencia de datos y estudios en un área en la que resulta imprescindible aumentar la evidencia empírica para la movilización de argumentos, la identificación de causas y el sustento de los nuevos postulados reformistas. No es casualidad que esta ausencia de datos e información se dé en un sector de la política pública que ha demostrado ser el más resistente a los cambios y donde los intentos de reforma han venido naufragando de manera sistemática. Ante esta escasez de datos, se vuelve difícil abandonar el recinto de la especulación para encontrar respaldo empírico en la formulación de hipótesis y tendencias. En muchos casos los datos disponibles exigen una mirada complementaria que contextualice la información, repare en sus limitaciones e impulse la construcción de nuevos indicadores. Quizás por esta razón, el habitual llamado a seguir investigando sobre el tema adquiere en este caso características de urgente e imperioso, si en verdad queremos comprender los desbalances e inequidades del sistema de salud uruguayo y contribuir a la búsqueda de posibles pistas para revertir sus causas.

Bibliografía

- BONILLA, Conrado (2004): En "Almuerzo de trabajo de la Asociación de Dirigentes de Marketing (ADM)", 28 de abril del 2004, <www.liberacion.press.se/varios/info_esp.htm>.
- CASAS-ZAMORA, Juan Antonio, y Davidson R. GWATKIN (2002): "Las muchas dimensiones de la equidad en la salud", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, mayo-junio.
- CETRÁNGOLO, Oscar, y Florencia DEVOTO (2002): "Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual", en *Workshop Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health*, Toronto.
- DACHS, J. Norberto W., Marcela FERRER, Carmen Elisa FLOREZ et al. (2002): "Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries", *Revista Panamericana de Salud Pública*, mayo-junio, pp. 335-355.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- (2003): "Estado de bienestar en el siglo XXI", en *La participación de la sociedad en el Estado de bienestar del siglo XXI*, Barcelona: Centro de Cultura Contemporánea (CCCB).
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta; DUNCAN GALLIE; ANTON HEMERJUCK y JOHN MYLES (2002): *Why We Need a New Welfare State?* Oxford: Oxford University Press.
- FILGUEIRA, Carlos (1998). *Emancipación juvenil: trayectorias y destinos*, Montevideo: ECLAC.
- FILGUEIRA, Fernando (2003): "La reforma del sector social: estatismo, desigualdad y privatización 'by default'", en *Social Watch Report Uruguay 2003*, Montevideo: The Third World Institute.
- GÓMEZ GÓMEZ, Elsa (2002): "Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, mayo-junio, pp. 327-334.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés, y Federico TOBAR (2005): *Salud para los argentinos. Economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*, Buenos Aires: Isalud.
- HIRSCHMAN, Albert O. (1977): *Salida, voz y lealtad: respuestas al deterioro de empresas organizadas y estados*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO (2004): *Informe de pobreza 2004*, <www.montevideo.gub.uy/estadisticas/inicio.html>.
- JELÍN, Elizabeth (1994): "Familia: crisis y después", en *Vivir en Familia*. Buenos Aires: UNICEF-Losada.
- KAZTMAN, Ruben (2001): "Seducidos y abandonados: El aislamiento social de los pobres urbanos", en *Revista de la CEPAL*, diciembre 2001, pp. 171-189.
- KAZTMAN, Ruben, y Fernando FILGUEIRA (2001): *Panorama social de la infancia y la familia en Uruguay*, Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- KUH, D., e Y. BEN-SHILMO (eds.) (1997): *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford: Oxford University Press.
- LAGOMARSINO, Gabriel; Leticia PUGLIESE (coord.), Ernesto MURRO, Jorge BRUNI, Andrea VIGORITO y Rodrigo ARIM (1999): *Infancia y seguridad social: un estudio sobre la exclusión del sistema a niños en situación de pobreza*, Montevideo: Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS, Instituto Cuesta-Duarte, Fundación Friedrich Ebert.
- LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra; Wilson BENIA, Myriam CONTERA y Carlos GUIDA (2003): *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*, Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- LYNCH, J. W.; G. DAVEY SMITH, G. A. KAPLAN y J. S. HOUSE (2000): "Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions", en *British Medical Journal* n° 320, pp. 1220-1224.

- MITJAVILA, Myriam; José Enrique FERNÁNDEZ y Constanza MOREIRA (2004): "Evaluación de la reforma de salud en Uruguay: equidad y redefinición del Welfare State", <www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsalud/spanishversion/resumen04.htm>.
- PNUD-CEPAL (2001): *Desarrollo humano en Uruguay, 2001. Inserción Internacional, empleo y desarrollo humano*, Montevideo: PNUD-CEPAL.
- QUESADA, Charo (2002): "Un diagnóstico evitable", en *BIDAmérica. Revista Electrónica del Banco Interamericano de Desarrollo*, <www.iadb.org/idbamerica/index.cfm?thisid=502>.
- RAMOS, Alejandro (2004): "Análisis del mercado de seguros de salud privados en el Uruguay".
- SACCHI, Mónica (1997): *Mortalidad infantil: Un nombre, un rostro una familia*, Buenos Aires: UBA-FLACSO.
- SHAW, M.; D. DORLING, D. GORDON y G. DAVEY SMITH (1999): *The widening gap: Health inequalities and policy in Britain*, Bristol: Policy.
- TOMASINA, Fernando; Ima LEÓN y Gustavo MIERES (2005): "Sistema de salud del Uruguay", <www.cbasico.fmed.edu.uy/material_bajar/Atenci%F3nM%E9dicaNivelesAtenci%F3n05.pdf>.
- TORRES, Cristina (2001): "Equity in health as seen from an ethnic focus", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 10, pp. 188-201.
- TOWNSEND, P.; N. DAVIDSON y M. WHITEHEAD (eds.) (1992): *Inequalities in health: The black report and the health divide*, Nueva York: Penguin.
- UNICEF (2004): *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en el Uruguay*, Montevideo.
- VERONELLI, Juan C.; Aron NOWINSKI, Benito ROITMAN y Álvaro HARETCHE (1994): *La salud de los uruguayos: cambios y perspectivas*, Montevideo: Organización Panamericana de la Salud.
- VICTORA, César G.; Fernando BARROS y Patrick VAUGHAN (1992): *Epidemiología de la desigualdad*, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- WAGSTAFF, Adam (2002): "Pobreza y desigualdades en el sector salud", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, pp. 316-326.

■ Resumen

La presente investigación concluye que la evolución reciente del sistema de salud en Uruguay ha agravado problemas de inequidad vertical (por clase o sector social) y horizontal (incrementando la vulnerabilidad de mujeres, niños y adolescentes). Dicha tendencia no responde a una coyuntura sino que reside en el divorcio entre la producción de riesgo social y de salud, por un lado, y la arquitectura del sistema de salud uruguayo, por otro. El análisis de los datos secundarios provenientes del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Salud Pública (MSP) e instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) en las últimas dos décadas permite entrever brechas crecientes de desigualdad en el acceso, la calidad y los resultados de los servicios de atención a la salud. Dos procesos surgen del estudio: 1) *desfonde* (caída en el acceso a servicios de calidad del menor nivel socioeconómico) y 2) *descreme* (migración del nivel socioeconómico alto hacia servicios privados), de los cuales se desarrollan sus causas y efectos. Ambos procesos afectan especialmente a las mujeres y niños pobres, en un país cuya reproducción biológica se concentra en el nivel socioeconómico bajo y que presenta una creciente tasa de infantilización de la pobreza. De cara a una reforma integral del sistema de salud en nuestro país, los hallazgos permiten efectuar un diagnóstico acabado de sus necesidades y fallas a fin de evitar parches.

Palabras clave: equidad en salud, reforma de la salud, sistemas de salud

■ Abstract

This research concludes that the recent evolution of the Uruguayan health system has aggravated the existing problems of vertical inequality (class and social stratum) and horizontal inequality (increasing the vulnerability of women, children and teenagers). This tendency does not correspond to a conjuncture but to the divorce between the generation of social and health risks on the one hand, and the architecture of the Uruguayan health system, on the other hand. The analysis of the secondary data from the last two decades provided by the National Institute of Statistics (Instituto Nacional de Estadística), the Public Health Ministry (Ministerio de Salud Pública) and the cooperative health institutions (IAMC, instituciones de asistencia médica colectiva), reflect the increasing gaps of inequality in the access, quality and outcomes of the health care system. Two processes emerge from the research: 1) *ebb* in the access of poor people to quality health care services and 2) *cream-off* (migration of the high-income families and individuals to the private health care system), and the causes and effects of each one of them are analyzed in the paper. Both processes especially affect poor women and children in a country which biological reproduction concentrates in the lower socio-economical level and which also presents an increasing proportion of children among the poor. In the context of an integral reform in the Uruguayan health care system, the conclusions serve as a diagnosis of its requirements and flaws in order to avoid patches.

Key words: health inequalities, health reforms, healthcare systems

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.