

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

Tesis Maestría en Sociología

**Desigualdades en salud en Uruguay
y sus determinantes sociales**

Fabricio Méndez Rivero
Tutora: Karina Batthyány
Co-tutora: Patricia Triunfo

2017

La investigación que da origen a los resultados presentados en la presente publicación recibió fondos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación bajo el código POS_NAC_2014_1_102750.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1.....	4
1. Marco teórico	4
2. Justificación y antecedentes	15
CAPITULO 2- Marco metodológico.....	21
1. Metodología.....	21
2. Preparación de los datos secundarios	25
3. Plan de análisis	31
CAPÍTULO 3-Desigualdades sociales en salud: análisis de los resultados	33
1. Análisis descriptivo	33
2. Análisis de los resultados de las estimaciones	43
2.1- Desigualdades en la probabilidad de sufrir una ECNT	43
2.2. Desigualdades en el acceso y la utilización de servicios.....	50
2.3- La utilización de servicios y las pautas de cuidado de la salud.....	61
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	81
1. Anexo 1	81
2. Anexo 2- R^2 ajustado para los modelos especificados.....	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1- Estadísticos descriptivos de las variables de interés	34
Tabla 2- Comparación de prevalencias de enfermedades relevadas por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de factores de riesgo (ENFR), porcentajes ..	41
Tabla 3 - Resultados de la estimación probit de ser diagnosticado con una ECNT, efectos marginales	44
Tabla 4- Efectos marginales del índice de privación. Modelos probit	47
Tabla 5- Resultados de la estimación probit de utilizar servicios y prestaciones de salud, efectos marginales	52
Tabla 6- Resultados de la estimación probit de no acceder servicios y prestaciones de salud, efectos marginales	56
Tabla 7 -Efectos marginales del ingreso en el uso de servicios de salud. Modelos probit.....	59
Tabla 8- Resultados de la estimación probit de consulta por controles de rutina o similares, controlando por ingreso. Efectos marginales	62
Tabla 9- Resultados de la estimación probit de consulta por controles de rutina o similares, controlando por educación. Efectos marginales.....	64
Tabla 10- Resultados de la estimación probit de realizarse el Papanicolau y el examen de próstata, efectos marginales	66

INDICE DE ABREVIATURAS

ECNT- Enfermedades crónicas no transmisibles

ENFR- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

ECH- Encuesta Continua de Hogares

FRC- Factores de riesgo conductuales

FRB- Factores de riesgo biológicos

DSS- Determinantes sociales de la salud

ENS- Encuesta Nacional de Salud

AVD- Años de vida perdidos por discapacidad

AVP- Años de vida perdidos por muerte prematura

AVISA- Años de vida saludable perdidos

OPS- Organización Panamericana de la salud

OMS- Organización mundial de la salud

EPOC- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

MSP- Ministerio de Salud Pública

IAMC- Institución de Asistencia Médica Colectiva)

ASSE- Administración de servicios de salud del Estado.

AGREDICIMIENTOS

A mis tutoras, Karina Batthyány por su compromiso y gran trabajo de orientación, y Patricia Triunfo por su dedicación, exigencia y generosidad.

A mi amiga Noma Katzkowicz, por sus lecturas, valiosísimos aportes y por haberme sacado de apuros varias veces.

A mis compañeros de generación de maestría, por sus contribuciones, y por su espíritu de colaboración y apoyo que hicieron más fácil el tránsito por el programa.

A mis compañeras y amigas del Ministerio de Salud Pública, por su disposición a cooperar conmigo cuando fue necesario.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es aproximar una estimación de la probabilidad de ser diagnosticado con una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) en Uruguay. Tomando como base teórica el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (DSS) se parte de la hipótesis que la posición socioeconómica y de género son determinantes estructurales de desigualdades sociales, se busca dar cuenta que el acceso y la utilización de los servicios de salud es un determinante intermedio que traduce esas desigualdades sociales en disparidades en la probabilidad de ser diagnosticado con una ECNT.

Se recurre a modelos *probit* para estimar la probabilidad de ocurrencia de dos eventos de interés: diagnóstico de ECNT, siguiendo el modelo de Grossman, controlando por variable de inversión y depreciación en salud; y de la utilización y acceso a servicios y prestaciones de salud, siguiendo los antecedentes Wagstaff y Van Doorslaer, controlando por variables de necesidad y no necesidad.

Con relación a los resultados, se encuentran correlaciones significativas entre haber sido diagnosticado con una ECNT y el sexo, la deprivación y el ingreso. En el mismo sentido, se observan correlaciones significativas con la utilización y el acceso a los servicios de salud. El conjunto de hallazgos permite concluir que hay evidencia suficiente para sostener que en el Uruguay hay desigualdades socioeconómicas y de género en la probabilidad de sufrir una ECNT, siendo el sistema de salud un determinante que intermedia esa relación. Lo cual llama la atención sobre la necesidad de disponer de una política de salud pública basada en los determinantes sociales de los resultados sanitarios.

Palabras claves: desigualdades en salud, determinantes sociales, género, enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), Uruguay.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades actuales la salud es al mismo tiempo “un derecho, un valor, una aspiración, un recurso, una necesidad y una demanda social que está en el centro de las decisiones en la práctica totalidad de ámbitos públicos y privados” (Palomino, 2014). La declaración de Alma Ata de 1978, definió a la salud, desde una concepción holista y positiva, como el completo estado de bienestar biopsicosocial, y no solo como la ausencia de enfermedades. En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instaló la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) que en 2008 produjo un informe donde se plantea enfáticamente el problema ético que supone la existencia de diferencias injustas y evitables en los resultados de salud entre países, y dentro de cada país, entre distintos grupos sociales vinculados entre sí por relaciones de poder.

En 2013, la Conferencia de Río sobre DSS emitió una declaración política en la que los jefes y jefas de estado y gobierno se comprometieron a desarrollar un conjunto amplio de acciones globales y nacionales contra las desigualdades en salud y sus determinantes sociales, que incluyen desde mejoras en la gobernanza global en pro de la salud y el desarrollo, continuar la reorientación de los sistemas de salud hacia la equidad, hasta la producción de conocimiento científico en la materia.

En este contexto, la salud se ha consolidado como un derecho humano fundamental en la mayoría de los países del mundo, que han desarrollado diversas políticas públicas para su concreción, siendo los sistemas de salud la más importante de todas, y que adopta diferentes características en cada país.

Al mismo tiempo, la salud se ha convertido en una dimensión central del desarrollo humano, desde perspectivas que la conciben como un aspecto fundamental en el desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas (Sen, 2000).

Concomitantemente, se ha configurado un vasto campo científico entorno a la problemática de las desigualdades en salud y sus determinantes sociales, en el que las ciencias sociales, la epidemiología y la salud pública, confluyen en un mismo objeto de estudio, con una clara orientación política y no sólo científica.

Detrás de estos desarrollos conceptuales y hallazgos empíricos, están planteadas disputas entre paradigmas sobre la salud pública, una apuesta por visibilizar las injusticias sociales expresadas en los resultados en salud de la población, y la voluntad de incidir sobre los gobiernos en la orientación de la política pública en salud.

A modo de contexto, actualmente Uruguay forma parte del pequeño grupo de países de América Latina con mejor desempeño en indicadores sociales de relevancia para el desarrollo humanos como la pobreza, la desigualdad de ingresos, la alfabetización, la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil, entre otros (CEPAL, 2016).

Al mismo tiempo, en términos demográficos se caracteriza por tener, en general, una dinámica similar a la de los países desarrollados. Habiendo transitado tempranamente la primera transición demográfica pasando de altas tasas de mortalidad y natalidad a un nuevo equilibrio con natalidad y mortalidad bajas, el crecimiento de la población ha sido prácticamente nulo durante este siglo. Por otra parte, en la última década, el país presenta cifras de fecundidad por debajo del reemplazo generacional, lo cual ha redundado en un envejecimiento continuo de la población, marcado por el aumento del peso relativo del grupo de edad de mayores de 65 años en la pirámide poblacional. En simultáneo, se da un proceso de transición epidemiológica en el que las enfermedades infecciosas ceden su lugar a las enfermedades no transmisibles y degenerativas, como las más prevalentes y principales causantes de la mortalidad.

En este marco, el gran logro en materia de desarrollo humano que supone el aumento sistemático de la esperanza de vida se convierte en un verdadero desafío para el país en materia de seguridad social, empleo, cuidados y, por supuesto, salud. A su vez, a pesar de estos avances, aún persisten importantes desigualdades sociales que rápidamente se advierten cuando se trascienden los resultados promedio y se indaga en los resultados de grupos sociales específicos.

En el campo de la salud, las desigualdades sociales son un fenómeno relativamente poco abordado, tanto en términos conceptuales como empíricos, y menos aún desde la especificidad de los marcos teóricos propios de la sociología.

En este contexto, el objetivo principal de esta investigación es dar cuenta de las desigualdades socioeconómicas y de género en la probabilidad de sufrir alguna ECNT, en Uruguay en 2014, evidenciando la incidencia que el acceso y la utilización de los servicios de salud tienen en ese proceso, colocando al sistema de salud como uno de los principales determinantes que intermedian entre las desigualdades sociales estructurales y el estado de salud de la población.

Esta última es una dimensión extensa que puede ser abordada desde aspectos relativos a la morbilidad, la mortalidad, el bienestar, entre otros. En este trabajo se ha decidido hacer foco en un resultado sanitario específico que es el de la prevalencia de las ECNT, considerando la pertinencia social de abordar el grupo de enfermedades de mayor incidencia en nuestro país que llegó a causar en 2010 el 85,5% de la mortalidad (Alemán et al., 2015).

A su vez, lo novedoso de esta investigación es ofrecer un enfoque conceptual que pone énfasis en que las desigualdades en la probabilidad de enfermar se producen en el marco de relaciones sociales asimétricas en el acceso y el control sobre recursos socialmente valiosos. En este sentido, también resulta innovador incluir el género como una dimensión estructural de la desigualdad, en la medida que la amplísima mayoría de la evidencia empírica nacional e internacional en materia de desigualdades en salud, ha puesto énfasis en la dimensión socioeconómica. Al decir de Borrell et al., (2008), la introducción de la perspectiva de género supone considerar las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, que determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la profunda y arraigada división sexual del trabajo, todo lo cual incide directamente en los resultados sanitarios de una sociedad.

CAPÍTULO 1

1. Marco teórico

El marco teórico que orientará el presente trabajo está basado principalmente en la articulación de conceptos desarrollados en el seno de la epidemiología social y la sociología. El análisis se abordará a partir de la articulación de los determinantes sociales de la salud, la estratificación social y el sistema de género, que implica a su vez el concepto de división sexual del trabajo.

La estratificación social es un concepto ampliamente desarrollado en las ciencias sociales, que surge para explicar la desigualdad social, uno de los ejes fundacionales de la sociología. Este fenómeno despertó el interés de los primeros sociólogos en el S. XIX, quienes se preocuparon por explicar la existencia de una estructura que dividía a la sociedad en estratos y que permanecía con independencia de la movilidad de los individuos en las distintas direcciones posibles dentro de ella. Entre ellos destacan Marx y Weber como los que han ofrecido las principales teorías modernas de estratificación social, sentando las bases del desarrollo posterior de la noción de clase social.

El marxismo contemporáneo (neo marxismo) define a las clases sociales a partir de la relación de los individuos con los medios de producción, distinguiendo entre clase obrera, capitalista y burguesa, las cuales mantienen relaciones de explotación basadas en intereses antagónicos. Por su parte, el enfoque weberiano define las clases según la posición de las personas en el mercado laboral y los atributos asociados, como la renta, la posesión de bienes y otros recursos menos tangibles como el prestigio social.

En los desarrollos posteriores se fue avanzando en conceptualizaciones de la estratificación social que, aunque desde diferentes enfoques, enfatizan la ocupación de las personas como un aspecto que define la posición en la estructura social. En este sentido, Grsuky (1994) sostiene que la estratificación social refiere a un conjunto de instituciones que producen desigualdades, y que constituyen un sistema con tres componentes claves.

En primer lugar, los procesos institucionales que definen ciertos bienes como socialmente valiosos; en segundo lugar, el conjunto de reglas que distribuyen esos bienes en función de la ocupación en la división del trabajo; y finalmente, mecanismos de movilidad que definen la relación de los individuos con las ocupaciones. De la articulación de estos tres componentes resulta la desigualdad en la distribución de los recursos socialmente valiosos.

De esta definición se desprende que la estructura social es un fenómeno coherente y persistente, que institucionaliza las desigualdades en el acceso a bienes y atributos socialmente valorados, donde el lugar de las personas en la división del trabajo -la ocupación- determina su capacidad de control sobre dichos bienes y atributos.

El concepto de clase social se caracteriza por la dificultad de su medición. John Goldthorpe (neo weberiano) y Erik O Wright (neo marxista) han propuesto tipologías para medir la clase social que, si bien han sido validadas en diversos estudios, incluso en el campo de la salud, son complejas, extensas y en consecuencia requieren de un conjunto exhaustivo de información que difícilmente se releva en encuestas que no estén especialmente diseñadas para ello. Tal es el caso de los datos secundarios que constituyen la base empírica de este trabajo, donde la información disponible no permite desarrollar ninguna de ellas. En este contexto, y contemplando que en los marcos teóricos de la sociología la clase social tiene definiciones concretas que conllevan metodologías específicas de medición, se ha considerado más oportuno trabajar con la noción de posición socioeconómica, entendida como el lugar que las personas ocupan en el complejo sistema de relaciones sociales que constituyen la estructura social. Como es usual, su medición se realizará a través de proxies tales como el ingreso, la privación de bienes, las condiciones materiales de vida y el nivel educativo.

Tradicionalmente, las desigualdades sociales se han planteado en términos de desigualdades de clase, pero en el transcurso del S.XX las reflexiones sobre la desigualdad fueron trascendiendo a la clase social, incluyendo otras dimensiones, y enfatizando la simultaneidad o superposición de desigualdades que tienen orígenes diferentes. Los estudios de género han sido un puntal importante en ese proceso, en la medida que pusieron sobre la mesa otra dimensión estructural de la desigualdad social.

Las ideas acerca de lo que 'deben ser' los varones y las mujeres se fabrican mediante el proceso de constitución del orden simbólico de una sociedad. El concepto de género designa las formas de interacción y división de funciones entre varones y mujeres, que varían entre culturas y cambian a través del tiempo (Beauvoir, 1949; Scott, 1986;).

A su vez, el sistema de género se define como un conjunto amplio y cohesionado de elementos que incluye desde la ornamentación del cuerpo hasta sentidos comunes, que son culturalmente variables y en función de los cuales las sociedades registran y entienden las semejanzas y diferencias entre varones y mujeres (Anderson et al., 2006). Los sistemas de género se materializan en la división sexual del trabajo entendida como la organización de las actividades y del tiempo que conlleva, en función del sexo de las personas, determinando cuáles tareas sociales serán competencia de los varones y cuáles de las mujeres (Saltzman, 1992).

Janet Saltzman (1992) es una de las autoras feministas que ha planteado con mayor énfasis la necesidad de incorporar el género como una dimensión central de las desigualdades sociales, para lo cual desarrolla el concepto de estratificación de los sexos, haciendo referencia al carácter estructural de las desigualdades entre varones y mujeres, señalando que la estructura social no se reduce solamente a las clases sociales.

La autora sostiene que el sistema de sexos refiere a las relaciones de intercambio entre varones y mujeres, mediatizadas por el lugar de cada uno en la división sexual del trabajo. El lugar de los varones en la esfera de lo público y del trabajo remunerado, les permite acumular recursos materiales que le sirven de base para obtener recursos de micro poder sobre las mujeres.

El sistema de sexos perdura a lo largo de tiempo por efecto de la ideología sexual, entendida como un complejo sistema de definiciones sociales sobre los sexos y la relación entre ellos, que se caracterizan por su estabilidad y resistencia al cambio en la medida que suelen estar integradas a sistemas de creencias más amplios, como las religiones o las visiones sociopolíticas y culturales.

La estabilidad del sistema de sexos también es posible debido a la adhesión voluntaria a procesos que mantiene la desigualdad estructurada entre ambos sexos, tales como, la aceptación de la ideología sexual como el modelo cierto o correcto de masculinidad y feminidad, el compromiso de comportarse conforme normativas según el sexo, que se ven como los únicos modos adecuados del comportamiento.

De esta manera, las desigualdades de género son centrales para abordar el problema de investigación, porque explicitan los elementos en los que se diferencian la vida de las mujeres y varones, más importantes para comprender por qué unos y otros alcanzan resultados de salud diferentes.

En este sentido, Elsa Gómez (2002) señala que, aunque las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los varones, al tiempo que estos presentan mayor mortalidad en todas las edades, incluso in útero por razones parcialmente asociadas a factores genéticos, la evidencia empírica es concluyente en cuanto a que las mujeres tienden a experimentar mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital. Esto se expresa en prevalencias más altas de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y niveles más altos de discapacidad en el corto y largo plazo.

Por otra parte, una amplia literatura del campo de la epidemiología social y de las ciencias sociales, ha subrayado la importancia que tienen sobre la salud las condiciones en las que transcurre la vida de las personas. Tarlov fue uno de los primeros autores en utilizar el concepto de determinantes sociales de la salud para referirse a las ‘las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar’ (recogido en Blane et al., 1996). Desde entonces, se han desarrollado estudios en este sentido, y perfeccionado los conceptos necesarios para el análisis de las desigualdades en salud. En este marco Vega et al. (2012) sostienen que: “Los determinantes sociales de salud (DSS) se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas (...) Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud”.

Puede apreciarse que el concepto de determinantes sociales de la salud se nutre en gran parte de los marcos conceptuales de las ciencias sociales, algunos de los cuales han sido desarrollados aquí, y relacionan la salud de las personas con la posición que ocupan en las diversas dimensiones de la estructura social.

Los resultados en salud refieren a los niveles de salud, enfermedad y bienestar de una población, por lo que comúnmente se utiliza también la noción de estado de salud de la población para hacer referencia a estas dimensiones. Desde el punto de vista del estudio de las desigualdades en salud, interesa conocer las diferencias en su distribución entre distintos grupos sociales (OMS, 1980).

Esta noción hace referencia a varios y diversos aspectos de la salud de la población, por lo que a los efectos de su abordaje empírico es necesario especificar en cuales se centrará el análisis. El problema de investigación se centra en la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), más específicamente: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal, enfermedades crónicas óseo-musculares, diabetes, hipertensión, colesterol elevado y obesidad¹.

Cuando se habla de enfermedades crónicas no transmisibles se hace referencia a una de las muchas clasificaciones de enfermedades que existen en el campo de la medicina y la epidemiología. En particular esta clasificación combina los criterios de exogeneidad y de duración de la enfermedad. El primero indica que son producto de la alteración del organismo de las personas y no devienen a partir de la acción de un agente patógeno, lo que les da el carácter de no transmisibles y las distingue de las enfermedades infecciosas. El segundo criterio indica que son enfermedades de larga duración, y en algunos casos irreversibles, lo que les da el carácter de crónicas. En términos de morbilidad, las ECNT son la causa de muerte más importante del mundo, el 63% del total de muertes anuales se debe a ellas (OMS, 2010).

Su peso relativo es especialmente importante en países como Uruguay, que ya han procesado las transiciones demográfica y epidemiológica, es decir, que tienen tasas de mortalidad y fecundidad bajas acompañadas de una alta esperanza de vida al nacer. En nuestro país, la transición demográfica producida a principios del S. XX , ha derivado en un envejecimiento pronunciado de la población, marcado por un aumento del grupo etario correspondiente a los mayores de 65 años. Concomitantemente, las enfermedades infecciosas disminuyen su prevalencia y ceden su lugar a las enfermedades no transmisibles.

Como se ha dicho, las ECNT están asociadas a hábitos personales y factores ambientales que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de enfermar, a los que se denominan factores de riesgo. Entre ellos, se pueden distinguir los conductuales (FRC), como consumo de alcohol y tabaco, dieta no saludable, sedentarismo, entre otros; y los biológicos (FRB), comúnmente la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la diabetes y el sobrepeso/obesidad.

¹ Son las enfermedades que fueron relevadas por la Encuesta Nacional de Salud (ENS).

Esta distinción entre ECNT y FRB implica diferenciar a las enfermedades propiamente dichas de aquellas alteraciones en el funcionamiento del organismo que pueden provocarlas. No es una distinción común en la literatura, que más bien las considera en conjunto, aunque es el criterio que siguen las Encuestas de Factores de Riesgo basadas en la metodología STEPS (pasos) de la OMS, y ampliamente difundidas en el mundo. Por tratarse de un criterio fundamentalmente clínico, a los efectos de este trabajo, operativamente se considerará en conjunto las ECNT y los factores de riesgo biológicos.

En los estudios epidemiológicos clásicos, y en particular en los estudios relativos a las ECNT se enfatizan los factores de riesgo biológicos y los aspectos conductuales como determinantes de las diferencias en la salud de los individuos. Sin embargo, varios autores han llamado la atención sobre la necesidad de poner el foco en la dimensión social de la enfermedad y particularmente en los factores que derivan en la desigual distribución de su prevalencia. Según Nettleton (1995) una perspectiva biomédica es inadecuada e insuficiente para abordar las desigualdades sociales en relación con los factores de riesgo, en la medida que están determinados por las posibilidades y opciones de los sujetos dentro de su posición social, económica y geográfica.

Según Cockerham et al. (2016) asignar la causa de las enfermedades únicamente a las anomalías biológicas no ha tenido éxito en el reconocimiento de todos los factores relevantes en la patogénesis y progresión de una enfermedad, especialmente en relación con los comportamientos y condiciones sociales que causaron que la persona adquiriera la enfermedad en primer lugar. En este sentido, se ha encontrado que los factores sociales pueden iniciar los problemas de salud, y de esa manera sirven como causa directa de una serie de enfermedades.

El marco conceptual propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Solar y Erwin, 1996), distingue entre los determinantes sociales estructurales, y los determinantes sociales intermedios de la salud. Los primeros son los que dan origen a las desigualdades en salud, refieren a los sistemas de estratificación y diferenciación social, donde se configuran las distintas divisiones sociales con su correspondiente distribución desigual de poder, prestigio y acceso a recursos.

En este marco, el impacto de las desigualdades sociales en los resultados en salud cobra especial relevancia. Figueiredo (2011), afirma que las desigualdades o disparidades en salud son diferencias en las que sistemáticamente los grupos en desventaja tienen peores resultados en salud y mayor riesgo de enfermar que los más privilegiados. A su vez, por su carácter eminentemente social, se trata de diferencias que no son naturales ni justificadas y son injustas y evitables (Whitehead, 1991; Solar y Erwin, 2005).

Articulando estos conceptos con el problema de investigación, cabe preguntarse a través de qué mecanismos las desigualdades de clase y de género impactan en la prevalencia de las ECNT. De acuerdo con el mencionado marco conceptual de la OMS, es a través de determinantes intermedios que las desigualdades estructurales se traducen en disparidades en los resultados en salud. Entre ellos, se destacan principalmente, las condiciones materiales de vida (vivienda, condiciones de trabajo, saneamiento, etc.); las condiciones psicosociales (estrés laboral, violencia, carencia de redes de apoyo, etc.); los hábitos de vida (hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco, consumo problemático de alcohol, factores genéticos, etc.) y los sistemas de salud y atención sanitaria (acceso a servicios de salud, sistemas de financiamiento, etc.).

A partir del problema que orienta esta investigación, se hará foco en una dimensión que ha sido poco estudiada como un determinante en sí mismo de la salud de las personas, como lo es la utilización y el acceso a los servicios de salud. Esto supone colocar la mira sobre el sistema de salud y discutir su rol en el marco de la política de salud pública.

Los servicios de salud, y el sistema de salud en general, tienen un rol fundamental en la prevención y el control de las ECNT, en varios sentidos. En primer lugar, la falta de contacto con los servicios de salud o la existencia de barreras en el acceso reducen las posibilidades de prevención, diagnóstico oportuno, atención y tratamientos. Varones y mujeres manifiestan de manera diferente algunos de los síntomas de las ECNT y sus riesgos, y en este sentido el acceso universal y oportuno a los servicios de salud cobra especial relevancia. Según De Von et al. (2008), la mayoría de los estudios diagnósticos de ECNT son realizados a los varones y menos a los mujeres, por lo que el diagnóstico en las primeras etapas de las enfermedades es menor en las mujeres.

Por otra parte, es un fenómeno ampliamente reconocido que las mujeres utilizan más los servicios de salud que los varones. De acuerdo con Gómez (2002), en la literatura se han abordado distintas hipótesis para dar cuenta de las diferencias por sexo en la utilización de servicios. Una de ellas sostiene que varones y mujeres tienen necesidades diferenciales de utilización, de acuerdo con su perfil epidemiológico. Otra, hace énfasis en la socialización de género, según la cual el cuidado de la salud está mediatizado por el rol de cuidadoras de las mujeres, y el estereotipo de una masculinidad basada en la fortaleza y autosuficiencia. Una tercera hipótesis refiere a factores institucionales, y sostiene que el propio sistema de salud puede contribuir a una mayor utilización por parte de las mujeres, por ejemplo, medicalizando procesos biológicos (Gómez, 2002).

Es muy importante señalar que una mayor utilización no implica necesariamente mayor acceso. Es frecuente ver que en la literatura ambos conceptos son asimilados, y que la utilización se usa como medida de la accesibilidad, al tiempo que se recurre al estudio de la utilización por grupos socioeconómicos para evaluar la equidad de un sistema de salud (Mendoza y Beria, 2001). Sin embargo, conviene diferenciarlos conceptualmente. La utilización implica servirse de un servicio o prestación de salud (consultas médicas, estudios, tratamientos, medicamentos, etc), en tanto que el acceso supone la utilización en la medida de las necesidades de la persona. A su vez, la equidad implica que personas con similares necesidades de atención deben acceder a los mismos servicios, con la misma calidad y aspirar a los mismos resultados (equidad horizontal) (Whitehead, 1991).

De esta manera, como se verá más adelante, la mayor utilización de servicios por parte de las mujeres, no las coloca en una situación de privilegio, en tanto que tienen mayor privación en el acceso que los varones al estar más expuestas a barreras económico-financieras, organizativo-funcionales (disponibilidad de servicios), geográficas, entre otras. Esta investigación pretende ofrecer una estimación del riesgo de no acceder a los servicios de salud cuando es necesario, para los distintos grupos sociales considerados. La información disponible no permite profundizar en las barreras de acceso.

En síntesis, el acceso, y sobre todo la utilización de servicios de salud, no depende solamente de disponer de los recursos necesarios para la atención, del tipo de aseguramiento y su financiamiento o de la organización del sistema de salud y la disponibilidad de servicios, también depende de las pautas de cuidado de la salud, basadas en preceptos de género, y en las vivencias de la salud y del cuerpo diferenciales para varones y mujeres. Por lo tanto, tiene un componente conductual o comportamental que pone en evidencia cómo factores sociales estructurales, o si se prefiere, fenómenos macrosociales, son capaces de incidir en la constitución subjetiva de las personas. De este modo el foco se coloca ahora sobre los individuos y lleva a plantearse que si bien sus conductas, hábitos, etc., dependen de las posibilidades inherentes a su posición en la estructura social, en mayor o menor medida, hay un margen de decisión individual. Ello supone que las personas tienen oportunidad de elegir sus hábitos de cuidado de la salud, entre ellos, contactar con los servicios.

En definitiva, el problema de investigación se enmarca en una de las cuestiones fundacionales de la sociología que es el debate entre acción/agencia y estructura. La pregunta central es en qué medida y con qué mecanismos, la estructura social –en este caso, y con fines analíticos, reducida a dos dimensiones, la posición socioeconómica y el género- es capaz de determinar el comportamiento de los individuos, o viceversa, de qué manera la acción individual genera, sostiene, reproduce, a la estructura social.

Desde esta posición, el concepto de representaciones sociales que ofrece Serge Moscovici es de gran utilidad para dar cuenta de la conexión entre la estructura social y la acción individual, con el que se designa una forma de conocimiento que define el comportamiento de los individuos y la comunicación entre ellos, al mismo tiempo, que permite entender la realidad física y social en la que transcurre su vida cotidiana (recogido en Mora, M, 2002). Al decir de Abric (2001), la representación es una organización de significados sobre la realidad, que se produce en función de factores contingentes (situacionales o circunstanciales) y estructurales como el contexto social e ideológico, el lugar del individuo en la organización social, su historia y la de su grupo. De este modo “La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos y sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales”.

Cabe sostener que el lugar que las personas ocupan en la estructura social contribuye a configurar la representación que tienen de su salud y del cuidado de la misma. Por tanto, de las diferencias sociales se derivan las diferencias en las representaciones del cuidado la salud. Es decir, las representaciones sociales expresan el orden social vigente al mismo tiempo que contribuyen a establecerlo; se trata de un proceso en que la estructura determina buena parte del modo en que los sujetos ven la realidad, pero al mismo tiempo, el modo en que los sujetos ven la realidad -cómo el mundo es interpretado por ellos- determina buena parte del orden social vigente.

Cuando se trata específicamente del cuidado de la salud, hay por lo menos dos dimensiones que son fundamentales para abordar las representaciones sociales, primero, las vivencias del propio cuerpo. Aunque no se agote en él, la salud en sentido amplio se vive fundamentalmente a través del cuerpo. Segundo, las representaciones de la salud se forjan en relación con la enfermedad, o más específicamente, por la ausencia de ella, en un proceso eminentemente social y cultural en tanto que la concepción de la enfermedad varía entre sociedades, culturas, y dentro de ellas entre los distintos grupos sociales.

Varios autores y autoras han considerado la construcción social de las formas en que las personas *viven* su cuerpo. De hecho, los estudios del cuerpo se han convertido en un campo específico de estudio de la antropología desde hace mucho tiempo, en tanto que en la sociología ha sido “una presencia silenciada” desde sus orígenes, hasta hace pocos años en que se ha consolidado como objeto de estudio (Soley, 2007).

David Le Breton (2002) es una referencia ineludible para comprender esas construcciones, quien sostiene que es a través de las representaciones sociales que las sociedades asignan una posición determinada al cuerpo dentro del simbolismo general. Al mismo tiempo son las que permiten que los individuos puedan comprender su cuerpo, darle un sentido a su biología, y conocer su posición en la naturaleza y en la sociedad. El cuerpo es una construcción simbólica, y como tal, su representación varía – hasta el límite de la contradicción- de una sociedad a otra y en el tiempo (Le Bretón, 2002).

El autor agrega que a lo largo de la historia de la humanidad el cuerpo humano ha sido construido y reconstruido varias veces, donde ha pasado de ser concebido de forma negativa, como algo defectuoso, molesto, que debe ser reprimido y confinado a lo discreto, a ser el centro de la existencia de los individuos.

En el contexto de la modernidad, en las sociedades occidentales, se produce un cambio en las relaciones tradicionales con el cuerpo, y se impone una concepción del mismo que proviene de la biología y la medicina, que lo convierten en “el recinto del sujeto, el lugar de sus límites y de su libertad, el objeto privilegiado de una elaboración y de una voluntad de dominio”.

Una de las consecuencias más importantes de esta concepción emerge en la década de los sesentas del siglo pasado y refiere a lo que este autor denomina, la “estatización de la vida social” que tiene como principal protagonista al cuerpo. En este contexto el cuerpo se convierte en una prioridad para las personas, objeto de todo tipo de cuidados y atenciones, para mantenerlo bello y saludable de acuerdo a parámetros estéticos asociados a lo juvenil, a lo atlético.

El cuerpo se convierte en un “capital” que cuidar, y por supuesto, en el que hay que invertir. De este modo se popularizan las actividades deportivas como parte de la rutina, el consumo de cosméticos, y también el uso de servicios de salud y productos médicos (Le Breton, 2002).

Sin embargo, este fenómeno no ocurre de la misma manera en todos los estratos sociales, por el contrario, es más propio de los sectores privilegiados. Los sectores menos privilegiados, “valoran más la fuerza o la resistencia física que la forma, la juventud o la belleza”. Además, en muchos casos se trata de trabajadores y trabajadoras manuales cuyo trabajo es esencialmente físico, por lo que obtienen trabajando el cansancio y el desgaste corporal para el que los sectores privilegiados deben recurrir a técnicas de actividad física (Le Breton, 2002).

Simone de Beauvoir (1969) ha desarrollado ampliamente la importancia que el cuerpo tiene en la definición de las identidades de género de las personas. En la medida que el cuerpo es “el instrumento de nuestro asidero en el mundo”, las diferencias biológicas entre varones y mujeres son fundamentales para comprender su situación de subordinación, porque son aquellas características biológicas propias de los varones y de las que las mujeres carecen, las que se convierten en socialmente valoradas. Puede decirse que para esta autora la vivencia del cuerpo está en la base de las relaciones de género como construcción social, al tiempo que las relaciones de género son constitutivas de las sociedades humanas, por tanto, el cuerpo y sus representaciones sociales resultan fundamentales para comprender la realidad social.

El binomio salud-enfermedad ha sido ampliamente abordado en psicología y sociología, principalmente en el marco de perspectivas hermenéuticas, que lo han conceptualizado como la relación antagónica entre dos estados opuestos, donde la salud aparece como el estado deseable, que puede verse alterado -incluso, en un extremo, desaparecer- ante la presencia de la enfermedad, un estado indeseado que se debe evitar, curar o paliar. Esta polaridad se mantiene en el sentido común de las sociedades, aun cuando la salud ha avanzado hacia conceptos más complejos que asocian al bienestar, la calidad de vida y/o el buen vivir. Es la base a partir de la cual la mayoría de las personas registran, comprenden y actúan sobre su salud y la de quienes lo rodean, y en consecuencia, construyen intersubjetivamente las representaciones del cuidado de la salud (Castro, 2011; Eslava, 2002; Vergara, 2007).

2. Justificación y antecedentes

El concepto de determinantes sociales de la salud emerge en el marco de la evolución del propio concepto de salud, que incluso hoy no admite unanimidades. A continuación, se presentan los principales hitos al respecto, con el fin de ilustrar la acumulación histórica en torno a la temática de las desigualdades en salud.

Los primeros registros del concepto de salud se remontan al S. V AC, de la mano de Hipócrates y desde entonces se encuentra sometidos a una revisión constante. En el transcurso de los S. XIX y S. XX y llegando a nuestros días, su devenir se ha dado en dos coordenadas principales, una biológica y otra sociopolítica.

Hasta mediados del S. XX prevaleció una concepción física-biologicista sobre la salud, cuando se la definía como la ausencia de enfermedad. De acuerdo con Palomino (2014), en el transcurso de ese tiempo se formularon las más diversas teorías que van desde la influencia demoníaca durante la Edad Media, hasta la microbiana a principios del S.XX. Recién después de la Segunda Guerra Mundial hubo una redefinición de la salud que la vincula a factores sociales. Este proceso se vio favorecido por el conocimiento de la historia natural de las enfermedades y de la forma de prevenirlas, el cambio en el patrón epidemiológico y la influencia de los medios de comunicación, entre otros. En 1946 ocurre un hito importante en este sentido, cuando la OMS define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

El concepto continuó evolucionando hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal, donde los determinantes sociales de la salud empezaron a cobrar relevancia en el esfuerzo por explicar los resultados de salud de las personas y las poblaciones. Es decir, el foco de interés de las ciencias de la salud comienza a trasladarse desde la enfermedad y lo biológico, al bienestar biopsicosocial. En este sentido, otro hito importante es el conocido como “Informe Lalonde”, que arrojó evidencia sobre la naturaleza multicausal del proceso salud-enfermedad, resultado de cuatro principales determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de atención sanitaria (Lalonde, 1974). Este autor encontró que el peso de cada uno de estos factores en la mortalidad de la sociedad inglesa de aquel momento era: 43 % los estilos de vida, 27% la biología humana, 19% el medio ambiente y un 11% el sistema sanitario. Además, el informe resaltaba que el hecho de que las principales causas de muerte se explicaran principalmente por decisiones y hábitos de vida personales, hacía que gran parte de la mortalidad fuera evitable, a partir de intervenciones de promoción, prevención y educación. Finalmente, evidenció que la asignación de recursos dedicados a cada determinante, no se correspondía con el peso relativo que cada uno aportaba a la salud; de hecho, la asistencia sanitaria concentraba la mayor cantidad de recursos, en tanto que la promoción de la salud registraba la menor asignación (Salleras, 1986).

Simultáneamente emergen desarrollos conceptuales para dar cuenta de las diferencias en los resultados de salud entre distintos grupos, desde la perspectiva de los determinantes sociales, para lo cual se acuña la noción de desigualdades sociales en salud. Los primeros antecedentes en el estudio de las desigualdades en salud, con perspectiva de determinantes sociales, datan del siglo XIX. En 1840, el salubrista francés Louis René Villermé publicó su obra *“El estado físico y moral de los obreros”* donde observa que las familias de obreros empleados en las fábricas de tejidos de algodón en Mulhouse presentaban una mayor mortalidad en comparación con las familias de los gerentes de las fábricas (Villermé, 1840).

Por su parte, Rudolf Virchow realizó el primer antecedente sobre los determinantes sociales de la salud (recogido en Laín, 1983). Cuando en 1848 formó parte de la comisión encargada de estudiar la epidemia de tifus en Silesia y Berlín, concluyó que la pobreza y las condiciones de vida de la clase obrera (alimentación, vivienda, acceso a agua potable y saneamiento) eran las principales causas de las diferencias en la prevalencia de dicha enfermedad.

Previamente, en 1845, Friedrich Engels en su obra *“La situación de la clase obrera en Inglaterra”* describió y analizó con detalle los riesgos de la salud de los obreros industriales ingleses de aquel entonces, producto de las condiciones de trabajo.

Desde mediados de la década de 1970, las ciencias sociales comenzaron a producir conocimiento al respecto desde sus marcos disciplinares. En este contexto, se destacan los trabajos de Dubos (1975) y McKeown (1982) quienes, en el apogeo de las teorías microbianas, evidenciaron que los grandes avances en los resultados sanitarios en la primera mitad del siglo XIX no se explican por logros médicos, sino por un conjunto de factores sociales que redundaron en mejoras en las condiciones de trabajo, educación, alimentación, condiciones de la vivienda y el entorno, entre otros (Castro, 2011).

Sin embargo, los estudios sobre determinantes sociales de la salud no ganaron terreno sino hasta bien entrado el S. XX. El “Informe Black” publicado en 1980 en el Reino Unido constituye un hito importante por su gran divulgación, que permitió colocar en la agenda de varios países europeos el problema de las desigualdades en salud y sus determinantes sociales. Básicamente, la investigación muestra que el riesgo de morir antes de los 65 años (muerte prematura) es mayor en las clases sociales menos favorecidas, en ambos sexos y en todas las edades. A su vez, evidenció que el gradiente de clase era mayor que en otros países del entorno (Black, 1980).

Por su parte, Laurell mostró contundentemente que las variaciones de los patrones de morbimortalidad de sociedades muy distintas, como son Estados Unidos, México y Cuba, puede atribuirse a la organización de la producción y la distribución de la riqueza. Con ello, pone el foco en el modo de producción y la estructura de clases sociales como determinantes estructurales de la salud (recogido en Castro, 2011).

Desde principios de los 2000, con el estímulo de organismos internacionales entre los que destaca la OMS, la temática ha entusiasmado a investigadores de todo el mundo, haciendo proliferar de manera significativa las investigaciones en este campo, con un trasfondo político ineludible, denunciar las diferencias injustas y evitables que se procesan en el estado de salud de las poblaciones a instancias de los sistemas de estratificación y diferenciación vigentes, y exigiendo un rol activo de los estados en su mitigación.

Es imposible resumir aquí toda la acumulación científica en el área, basta con señalar que, desde la epidemiología social, la economía y en menor medida desde la sociología, se ha buscado avanzar científicamente en desarrollar una teoría de la incorporación biológica del mundo social que sirva de marco para comprender la desigualdad en los resultados en salud, así como metodologías potentes para su medición (Krieger, 2001; Schneider, 2002).

En nuestro país, los principales aportes al estudio de las desigualdades en salud, han sido desarrollados desde la economía, y en menor medida desde los estudios de población.

Recogiendo los dos más relevantes para Uruguay, destaca el trabajo de Balsa et al. (2009, 2011), en los cuales a partir de los datos de la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE, OPS/OMS, 2001) realizada a adultos mayores de zonas urbanas de siete ciudades de América Latina y el Caribe, los autores analizan las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en el uso de los servicios de salud.

En los hallazgos para Montevideo, los resultados indican que existe inequidad a favor de los estratos socioeconómicos más altos en el acceso a consultas médicas, en la calidad de dicho acceso y en el uso de servicios preventivos. Esa inequidad aumenta cuando se controla por la morbilidad, que se concentra en los sectores más pobres. Cuando se compara el subsector privado con el subsector público, se evidencia que el primero presenta mayor inequidad en la calidad de acceso y en la probabilidad de realizar consultas médicas, en cambio el sistema público muestra mayor inequidad en el uso de servicios preventivos. Esto da la pauta que las tasas moderadoras del consumo (“tickets”) puede ser una barrera en el acceso a consultas, pero no el principal obstáculo en el uso de servicios preventivos. Los autores sugieren que pueden estar incidiendo en mayor medida factores tales como la educación, el conocimiento acerca de la necesidad de atenderse y de hacerse exámenes preventivos y la información sobre disponibilidad de servicios.

En base a los mismos datos, Pagano et al. (2009) se centran en el estudio de los determinantes socioeconómicos de la obesidad (índice de masa corporal y medida de la cintura) y el impacto de la misma en la hipertensión de los adultos mayores montevideanos. A través de modelos *probit* con variables instrumentales para hombres y mujeres, confirman la presencia de endogeneidad para los hombres, lo que sugiere que existen factores no observables que determinan ambos fenómenos a la vez.

Entre otros hallazgos, los resultados de la primera etapa demuestran la importancia de los hábitos en la obesidad. A su vez, los autores encuentran que los problemas de obesidad están concentrados en los grupos de mejor situación socioeconómica, tanto actual como en los primeros años de vida.

Por otra parte, a partir de la utilización de las Encuestas Continuas de Hogares hay que destacar dos trabajos. En primer lugar, Juri y Cuadrado (2003) analizan la distribución de la salud, pero medida a través del autoreporte de morbilidad. Los resultados muestran que la enfermedad está concentrada en los grupos más ricos de la población. Es importante destacar que pueden existir sesgos debido a que los autores no diferencian tipo ni gravedad de las enfermedades. A su vez, encuentran que parte de la desigualdad se debe al sexo y la edad; que los individuos con cobertura privada son los que en promedio se enfermaron más y requirieron más asistencia institucional; y que el índice de concentración de cobertura y de asistencia es pro rico.

En segundo lugar, Rossi et al. (2007), a partir de la utilización de las ECH de 1991 a 2000 analizan la vinculación entre el autorreporte de enfermedades y la situación socioeconómica de los individuos. Los resultados de estimaciones de modelos *probit* evidenció que tienen una menor probabilidad de declarar un mal estado de salud los hombres, solteros, jóvenes, ocupados, quienes no viven solos y quienes tienen más de cinco años de educación. Si bien no es un estudio sobre desigualdades en salud, el trabajo da cuenta del perfil de las personas menos propensas a declarar un mal estado de salud, que es consistente con lo planteado en la literatura, y que en esta investigación se pretende retomar.

El antecedente más inmediato a este trabajo es el de Tenenbaum (2015), quien analiza los determinantes sociales de la mortalidad en Uruguay, partiendo de la hipótesis que los factores socioeconómicos del contexto de residencia donde la persona se encuentra expuesta a lo largo de su vida, constituyen un determinante clave sobre su salud. Para ello, se realiza un modelo de regresión ecológico que considera como unidades los 19 departamentos del país y se testea un conjunto de indicadores de mortalidad por sexo, edad y causa de muerte. Se evidencian riesgos diferenciales de muerte a partir de variables socioeconómicas tales como el empleo informal, la tasa de analfabetismo, las carencias críticas (NBI), el peso de la población afrodescendiente y la tasa de fumadores. Aunque con diferencias en la magnitud, todas ellas presentan una relación positiva con la mortalidad.

Esta investigación pretende ser un aporte en el área de conocimiento reseñada en los antecedentes, que en el Uruguay ha sido poco explorada desde la especificidad de los marcos teóricos propios de la sociología, centrando el análisis en un grupo de enfermedades particularmente importante, como son las ECNT, por la carga de morbilidad y mortalidad que conllevan. Un trabajo previo determinó que es el grupo con mayor peso tanto en los años de vida perdidos por discapacidad (AVD), como en años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), años de vida saludables perdidos (AVISA) y la mortalidad, por grupos de enfermedades, para Uruguay en el año 2010 (Alemán et al., 2015). En particular, las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte en el Uruguay, acumulando el 86,5% de la mortalidad.

En el mismo estudio se señala que las diez primeras causas de AVISA en Uruguay, por orden de prevalencia son: enfermedad isquémica del corazón, accidente vascular encefálico (AVE), EPOC, siniestros de tránsito, cáncer de pulmón, Alzheimer y otras demencias, neumonía, heridas autoinfligidas, diabetes y cáncer de colon y recto. A su vez, la carga de AVISA atribuible a factores de riesgo (tanto conductuales como biológicos), se distribuye de la siguiente manera, por orden de prevalencia: tabaquismo, presión arterial elevada, obesidad, diabetes, colesterol elevado y sedentarismo (Alemán et al., 2015).

CAPITULO 2- Marco metodológico

1. Metodología

El problema de investigación aquí planteado viene a estimar la magnitud de la relación entre la posición socioeconómica y de género, y la probabilidad de ser diagnosticado con una ECNT, desde una perspectiva que pone el foco en la idea de que las desigualdades se configuran en el marco de relaciones sociales. A su vez, se analizará cómo el acceso y la utilización de los servicios de salud, traducen esas desigualdades sociales en disparidades en la probabilidad de sufrir una ECNT, evidenciando que el sistema de salud puede ser un factor que intermedia entre las desigualdades sociales estructurales y las desigualdades en salud.

De acuerdo con el problema de investigación, las desigualdades socioeconómicas y de género producen disparidades en la probabilidad de sufrir una ECNT, de modo que la hipótesis general que se indaga en esta investigación sostiene que los grupos sociales menos privilegiados tienen mayor probabilidad de enfermar que los demás.

A su vez, partiendo de la base que el acceso y la utilización de los servicios de salud es un determinante intermedio entre las desigualdades estructurales y las desigualdades en la probabilidad de enfermar, es de esperar que la privación en el acceso a los servicios de salud aumente la probabilidad de sufrir alguna ECNT, independientemente de la posición socioeconómica y el sexo.

Por otra parte, sobre la base de antecedentes que muestran que las mujeres tienen una incidencia mayor de ECNT que los varones, se considera la hipótesis de que ello se debe en gran medida a que las mujeres tienen más privación en el acceso a los servicios de salud. En este sentido, también son esperables disparidades entre mujeres de distintas posiciones socioeconómicas.

Al mismo tiempo, es dable esperar que los varones estén más expuestos a enfermar debido a la insuficiencia en el contacto con los servicios de salud, por tener pautas del cuidado de la salud poco preventivas.

En el marco de estas hipótesis, se plantea como objetivo principal de la investigación obtener estimaciones del efecto que las desigualdades sociales estructurales -socioeconómicas y de género- tienen sobre la probabilidad de ser diagnosticado con una ECNT.

Este objetivo exige en primer lugar, asumir que se trata de un problema pasible de ser abordado desde marcos teóricos y conceptos propios de la sociología, en articulación con marcos de otras disciplinas, como la epidemiología, la salud pública, la economía, entre otras. En segundo lugar, requiere un abordaje metodológico adecuado al análisis de relaciones entre variables, y un conjunto de técnicas que permitan cuantificar dichas relaciones.

En este sentido, se considera que la estrategia metodológica más adecuada es el método cuantitativo de análisis multivariado, basado en datos provenientes de relevamientos a partir de muestras representativas de la población, en los parámetros de interés. En este trabajo se recurre a datos secundarios para Uruguay, provenientes de la Encuesta Nacional de Salud de 2014 del Ministerio de Salud Pública². De acuerdo con el problema de investigación, el universo de estudio se compone de las personas mayores de 18 años. Este límite se sustenta en la necesidad de definir una edad a partir de la cual las personas comienzan a tener mayor autonomía en las decisiones con respecto a su salud que son relevantes para esta investigación, es decir, comienzan a tomar sus propias decisiones entorno a la realización de consultas médicas, de estudios y/o tratamientos, etc. Por este motivo, la muestra final con la que se realizan las estimaciones, corresponde a 3414 individuos de 18 años y más.

Con respecto a las técnicas de análisis de los datos secundarios, se recurre a modelos probabilísticos de regresión no lineal en los parámetros, específicamente modelos *probit*, dado que el problema y las hipótesis de investigación están orientados a estimar probabilidades de ocurrencia de los eventos de interés, a partir de correlaciones entre variables.

Tomando como referencia para el análisis el modelo de Grossman (1972), se asume que la salud de un individuo en un momento del tiempo T depende de la inversión en salud que haya realizado y las tasas de depreciación de la misma a lo largo del tiempo T-1.

$$H_T = f(d, I, \theta) \quad (1)$$

donde, d es un vector de T-1 tasas de depreciación de la salud, I es un vector de T-1 tasas de inversión en salud y θ es el stock inicial de salud.

² En el Anexo 1 se desarrollan detalles técnicos exhaustivos de la ENS.

Dada la dificultad empírica de observar dichas variables, muchos estudios aproximan d a través de la edad, sexo, capital social y hábitos; I a través de variables socioeconómicas tales como educación, ingreso, privación, estado civil y θ a través de condiciones en las primeras etapas de la vida (Jewell et al., 2007).

En este trabajo, el objetivo es estimar el estado de salud a través de las ECNT, para lo cual se especifica la siguiente ecuación:

$$ECNT_i = \alpha + \delta X'_i \gamma + \varepsilon_i \quad (1)$$

donde X'_i incluye las variables de aproximación a la inversión y la depreciación en salud.

Cabe señalar que pueden existir problemas de endogeneidad respecto a la educación, el ingreso, cobertura de salud, etc., en el sentido de que no se puede descartar que factores tanto observables como inobservables determinen a dichas variables y a la salud a la vez. Por ejemplo, el ingreso es una medida contemporánea de la morbilidad, y no es posible determinar la correcta dirección de la causalidad entre dichas variables. Una de las formas de obtener estimadores insesgados es a través del uso de métodos de variables instrumentales, pero desafortunadamente, los datos de la ENS no permiten disponer de restricción de exclusión por cada factor que sesga, como puede ser el estado de salud en los primeros años de vida.

Es de destacar que la imposibilidad de resolver los problemas de endogeneidad señalados, implica una restricción importante al momento de establecer relaciones de causalidad entre las variables. En términos epistemológicos, la causalidad es una atribución difícil en ciencias sociales, en la medida que es muy poco probable alcanzar escenarios en los que se controlan o inhiben los factores de invalidez interna de tal manera, que pueda establecerse con niveles altos de certidumbre qué variables son las que causan los efectos estudiados sobre las variables dependientes. En este contexto, los resultados obtenidos en este trabajo no deben ser interpretados en términos causales, sino como correlaciones.

Como se ha dicho, el acceso y la utilización de servicios de salud son dos dimensiones muy relacionadas pero diferentes, que son fundamentales en el estudio de las desigualdades en salud.

Sin embargo, a los efectos de su medición, muchas veces no se dispone de información de acceso basada en la necesidad de uso y ello obliga a recurrir a la utilización para su aproximación. Sin embargo, los datos de la ENS permiten identificar con precisión los problemas de acceso a los servicios de salud, con indicadores específicos de necesidad, que dan cuenta de situaciones en las que una persona necesitó acceder a un servicio determinado y no pudo hacerlo, y los motivos por los que no pudo.

También a través de modelos probit es posible aproximarse a la existencia de desigualdades a partir de la relación entre el ingreso y el uso a los servicios de salud. A tales efectos, se plantea el siguiente modelo:

$$m_i = \alpha + \delta y_i + \sum_k \beta h_{ik} + \sum_j \beta x_{ij} + \varepsilon_i \quad (2)$$

donde m_i es la variable dicotómica que mide si el individuo utilizó el servicio de salud (*Utilización*), y_i mide la posición socioeconómica del individuo, $h_i = (h_{i1}, \dots, h_{iK})$ es un vector que captura las variables de necesidad del cuidado, y x_{ij} es un vector de j variables de no necesidad.

A efectos de determinar posibles desigualdades socioeconómicas en el uso de servicios de salud se examina la hipótesis $\delta = 0$, de ser así implicaría que el uso de los servicios de salud no dependió del ingreso del individuo.

Nuevamente, pueden existir problemas de endogeneidad debido a la medición simultánea de m_i y h_i . Tampoco aquí es posible recurrir a instrumentos que permitan obtener estimadores insesgados.

Finalmente, para dar cuenta de las pautas preventivas de cuidado médico, en base a la ecuación 2 se estiman: la probabilidad de haber realizado una consulta por motivos preventivos, la realización del PAP y la realización del examen de próstata.

Antes de desarrollar en profundidad el plan de análisis, es necesario detenerse en la preparación de los datos que se requirió para poder aplicar las técnicas seleccionadas. En el siguiente apartado, se detalla la selección de variables para las dimensiones de interés a partir de la ENS, y las transformaciones operativas a que fueron sometidas para el análisis.

2. Preparación de los datos secundarios

La ENS releva el estado de salud actual de las personas a través de un conjunto amplio de indicadores basados en la autopercepción o autoreporte. Esta estrategia de relevamiento ha sido criticada, debido a que al relevar juicios subjetivos se puede incurrir en errores de medida. No obstante, varios estudios han encontrado que los indicadores de autoreporte subjetivos son buenos predictores de medidas objetivas, y que sintetizan mayor cantidad de información sobre la salud general y la existencia de discapacidades o limitaciones, que muchos indicadores objetivos y específicos (Balsa et al., 2009). Sumado a que los costos son considerablemente más bajos que el relevamiento de medidas antropométricas y paraclínicas, el uso de indicadores de autopercepción se ha extendido ampliamente en encuestas y estudios de salud en todo el mundo.

Como se ha dicho, la ENS releva gran cantidad de indicadores de salud y socioeconómicos, lo cual la convierte en un valioso instrumento para el análisis de las desigualdades en salud y sus determinantes sociales. A continuación, se describirá la especificación de las variables utilizadas en el análisis.

En cuanto a la edad, se define $Edad^2$, como el cuadrado de la variable continua de edad. Respecto al sexo, se define la variable binaria *Mujer* que toma el valor 1 si la persona es mujer y 0 en caso contrario.

Para el nivel educativo, se consideran los años y el nivel máximo alcanzado, definiendo variables binarias que toman el valor 1 para las siguientes categorías: *Primaria (omitida)*, *Enseñanza media*, *Universidad completa*, *Universidad incompleta*, *Terciaria completa*, *Terciaria incompleta* y *Posgrado*.

Respecto al estado civil, se definen variables binarias que toman el valor 1 para las siguientes categorías: *soltero* (omitida), *casado*, *unión* si la persona se encuentra en unión libre, *divorciado*, *separado* de unión libre, *viudo* de matrimonio o unión libre.

En cuanto a la cobertura de salud, se especifican dos variables binarias que toman valor 1 si la persona se declara con cobertura pública (*Pública- omitida*) y con cobertura privada (*Privada*). La primera categoría incluye a quienes tienen derechos vigentes en la Administración Nacional de Seguros de Salud del Estado (ASSE) o en los Hospitales Militar y Policial.

La segunda categoría incluye a las personas que tienen derechos vigentes en alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o en seguros privados. Se registraron 55 casos que se declaran sin cobertura y fueron incluidos dentro de la cobertura pública³.

La inequidad horizontal refiere a que individuos con las mismas necesidades tienen diferente acceso a los servicios de salud, capacidad de uso o calidad de los mismos, asociado a su nivel socioeconómico (Culyer y Newhouse, 2003; Whitehead, 1990). A efectos de su medición, es necesario disponer de variables que capten la posición socioeconómica. La medida más utilizada es el ingreso, sin embargo, no siempre es posible recurrir a él en encuestas de este tipo, porque tienen problemas de subdeclaración (en los estratos de ingresos altos) o de sobredeclaración (en los estratos bajos). Efectivamente, además de encontrar diferencias al comparar la distribución del ingreso del hogar entre la ENS y la Encuesta Continua de Hogares (ECH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística del mismo año (2014), se encontró que en la ENS hay un 10% de no respuesta en esta variable.

Siguiendo trabajos anteriores (Balsa et al., 2009; González y Triunfo, 2017) se trabaja con el ingreso per cápita imputado a partir de la ECH de 2014. En este sentido, en una primera etapa se estima una regresión del logaritmo del ingreso del hogar sobre una serie de variables correlacionadas con el nivel socioeconómico y replicables en la ENS por tramos de edad y sexo. Estas variables incluyen edad, estado civil, educación, situación laboral, tipo de ocupación, tipo de vivienda, disponibilidad de bienes duraderos, composición del hogar y fuentes de ingreso. El ajuste de las diferentes regresiones fue siempre superior a 0.60 R^2 en los ocho grupos estimados⁴. En una segunda etapa, se predice el logaritmo del ingreso del hogar en la ENS utilizando los coeficientes de la primera estimación y se transforma a ingreso equivalente del hogar utilizando la escala de la OCDE⁵.

³ De acuerdo a lo establecido en la Ley 18211 del año 2007, de creación del SNIS, todos los habitantes del Uruguay tienen derecho a atender su salud en algún prestador integral de salud, público o privado, a través del Seguro Nacional de Salud o no, y de manera particular o gratuita. Por lo tanto, estrictamente se trata de casos en los que se desconocen los derechos en materia asistencial, y por ello se ha supuesto que por lo menos, pueden recibir atención en el prestador público.

⁴ Los grupos considerados son: varones en 4 tramos de edad, 18-34, 35-49, 50-64, 65 y más; y mujeres en los mismos tramos.

⁵ El ingreso del hogar se divide entre el número de integrantes, ponderados de la siguiente manera: 1 el primer adulto, 0.7 otros integrantes adultos, 0.5 integrantes menores de 18 años.

Otra estrategia posible, es aproximar el nivel socioeconómico a través de la disponibilidad de bienes en el hogar, capturando las condiciones materiales de vida de las personas y su estabilidad en el tiempo, lo cual permite una aproximación más precisa al impacto de la posición socioeconómica sobre los resultados en salud. A estos efectos, se especificó un *Índice de privación* que considera la existencia o no de bienes duraderos en el hogar (cocina, heladera, TV, cable, computadora, internet, auto, etc.), ponderando cada bien por la inversa de su varianza en la muestra. Dicho índice toma el valor 1 si el hogar tiene una carencia total de los bienes considerados y 0 en el caso de poseerlos todos.

Este índice se complementa con otro indicador de *vivienda no saludable*, consistente en una variable binaria que toma valor 1 si la persona vive en alguna de las siguientes condiciones: vivienda precaria (techo liviano, pisos de tierra, paredes de material precarios, aberturas, revoque y cielorraso en mal estado, pisos agrietados, sin luz solar, sin ventilación, vivienda inundable), no tiene agua potable o no tiene evacuación de excretas a red general o pozo negro.

Para aproximar el estado de salud de los individuos, a través de la ENS es posible considerar el autoreporte del estado general de salud, de enfermedades con diagnóstico previo y de limitaciones físicas. Con relación al primero se define *salud*, como una variable binaria que toma el valor 1 si la persona declara tener un excelente, muy bueno o buen estado de salud.

Respecto a las enfermedades crónicas, se especifica la variable binaria *ECNT* que toma el valor 1 si el individuo declara haber sido diagnosticado con al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: insuficiencia renal, problemas cardíacos, hiper o hipotiroidismo, enfermedades respiratorias (enfisema o asma), enfermedades óseo-musculares (artritis/artrosis, reuma, osteoporosis, tendinitis y problemas de columna), sobrepeso/obesidad, hipertensión, colesterol elevado o diabetes. Al mismo tiempo, para cada una de las enfermedades se especifica una variable binaria que toma valor 1 si la persona fue diagnosticada.

Por otra parte, es posible definir un indicador sobre *limitaciones físicas*, especificándose una variable binaria que toma el valor 1 si la persona sufre alguna de las siguientes limitaciones: ceguera, dificultades para ver aun usando lentes, sordera, dificultad auditiva aun usando audífonos, dificultades en el habla, imposibilidad o dificultad para desplazarse que requiera el uso permanente de silla de ruedas, imposibilidad o dificultad para desplazarse que requiera el uso de bastón o muletas permanentemente, limitaciones para usar manos y brazos, limitaciones para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte, limitaciones para desplazarse dentro de la casa, limitaciones mentales que le dificulten el aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, limitaciones mentales que le dificulten el relacionamiento con los demás. Cabe señalar que no se considera cada limitación por separado, porque la prevalencia en la muestra de cada una es muy baja, generando problemas en las estimaciones posteriores.

Con respecto a los indicadores de utilización, la ENS permite identificar si la persona realizó en los últimos treinta días consultas médicas en policlínica, de urgencia, a domicilio, a emergencia móvil; consultas con psicólogo o psicoterapeuta en los últimos seis meses; internación o intervenciones quirúrgicas en los últimos doce meses; si se realizó estudios en los últimos treinta días (análisis de laboratorio, radiografía, ecografía, ecodopler, estudios oftalmológicos); si realizó algún tratamiento en los últimos treinta días (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, diálisis, entre otros); si utilizó medicamentos indicados y no indicados en los últimas treinta días; y finalmente, si utilizó aparatos terapéuticos (audífonos, muletas, bastones, prótesis, etc.) en los últimos 12 meses. Para cada de uno de ellos se especifica una variable binaria que toma valor 1 si se utilizó este servicio.

Dada la distribución observada en la muestra, se opta por definir una variable binaria, *utilización*, que toma el valor 1 si se utilizó al menos uno de los servicios en el último mes. En cuanto al acceso, se crea la variable *No acceso* que toma valor 1 si la persona necesitó realizar consultas médicas, análisis, estudios, tratamientos, intervención quirúrgica, acceder a medicamentos, consultar con el odontólogo y utilizar artefactos terapéuticos, y no pudo realizarlos en los últimos 12 meses.

Los factores de riesgo conductuales como tabaquismo, sedentarismo, dieta no saludable o consumo problemático de alcohol, son fundamentales en el estudio de las ECNT, sin embargo, la ENS no fue diseñada como un instrumento de vigilancia epidemiológica, por lo cual no releva la información necesaria para establecer los niveles de riesgo en cada factor. De todos modos, se han creado variables binarias que permiten una aproximación parcial a conductas de riesgo. Igualmente, los indicadores son imprecisos y en algunos casos inconsistentes con los resultados obtenidos por la ENFR y otras fuentes consultadas, por lo que su interpretación debe ser cautelosa y ajustada a los criterios con que fueron especificadas aquí.

En el caso del consumo de alcohol, se entiende que el riesgo surge cuando el consumo es problemático. La OMS ha creado el *Test de identificación de los trastornos debidos al consumo problemático de alcohol*, que consiste en una escala de puntuaciones (AUDIT) en función de la cual se califica las respuestas de los entrevistados a una batería de preguntas relativas a la frecuencia y la cantidad de consumo. La ENS no releva información sobre la cantidad lo cual no permite instrumentar la escala AUDIT. En su lugar el indicador (*alcohol*) creado da cuenta de si la persona consumió alcohol tres o más veces por semana, o si se embriagó varias veces, en los últimos treinta días.

La ENFR define el sedentarismo siguiendo las pautas de la OMS, como el tiempo mayor o igual a siete horas que la persona suele pasar sentada o recostada, en el trabajo, la casa, los desplazamientos o en reuniones sociales. A su vez, se define como una adecuada actividad física al menos 150 minutos por semana de actividad física moderada, o al menos 75 minutos por semana de actividad física vigorosa o cualquier combinación con al menos 600 MET (Metabolic equivalent of task- minutes) por semana. Para poder utilizar estos criterios es necesario que el tiempo sea medido en minutos o en su defecto, en horas, pero la ENS lo releva a través de una variable categórica, y además, esas categorías no se ajustan a los parámetros señalados. En su lugar, se especifica una variable (*sedentario*) que toma valor 1 si a persona pasa sentada la mayor parte del día y al mismo tiempo no realiza habitualmente al menos diez minutos de actividad física

Con respecto al consumo de tabaco, suele considerarse como riesgoso el consumo diario, de modo que la variable (*fumador*) toma valor 1 si actualmente la persona fuma todos los días.

Con relación a los hábitos alimenticios, la ENFR utiliza como indicador de alimentación saludable el consumo de por lo menos cinco porciones de frutas y/o verduras, porque varios estudios han mostrado una alta correlación con una dieta altamente nutritiva. Pero la ENS releva la frecuencia de consumo habitual de un conjunto de alimentos y no la cantidad consumida, de modo que no es posible elaborar el mismo indicador. No obstante, sí es posible elaborar un indicador de *alimentación saludable* si la dieta incluye frutas frescas o verduras u hortalizas a diario.

Una forma posible de aproximarse a las pautas de cuidado médico de las personas es través de los motivos por los cuales utilizan los servicios de salud, es decir, por qué decide contactar con el servicio de salud. La ENS releva los motivos de consultas coordinadas a medicina general, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, psiquiatría, oftalmología y otras especialidades médicas y quirúrgicas, en el último mes. Los motivos relevados son: control de rutina, control de enfermedad crónica, por sentirse mal o estar enfermo, repetición de medicamentos, devolución de análisis y estudios, por accidentes o intento de autoeliminación, y se incluye una categoría otros.

Como puede verse, si bien es posible identificar motivos “curativos” y “preventivos”, no es posible distinguir entre “pautas de cuidado curativas” en sentido estricto y de manera precisa. Primero, porque las variables no son mutuamente excluyentes, y segundo, porque la información es insuficiente. A modo de ejemplo, el hecho de que una persona haya consultado por haber sufrido un accidente, o por haberse enfermado, en el último mes, no necesariamente implica que no haga un uso preventivo de los servicios de salud.

Sin embargo, sí se puede tener una aproximación más precisa a las “pautas de cuidado preventivas”, a través del control de rutina, porque independientemente de que haya consultado por otros motivos en el último mes, el motivo de control de la salud está indicando la existencia de una conducta preventiva. De todos modos, aceptar este postulado implica aceptar el supuesto de que esa conducta observada en el último mes es una práctica habitual y extendida en el tiempo, orientada a la prevención de enfermedades como estrategia de cuidado de la salud.

Tomando este supuesto como válido, se hará foco entonces en las pautas de cuidado preventivas y su relación con la posición socioeconómica y el género.

Se define una variable binaria “rutina”, que toma valor 1 si la persona consultó en el último mes por motivos de control de rutina. A su vez, se definen dos variables binarias para dar cuenta de estudios relacionados con la prevención (específicos por edad y sexo), el Papanicolau para las mujeres y el de próstata para los varones. La variable binaria *PAP* toma el valor 1 si la mujer mayor de 21 años se realizó el examen dentro de los últimos tres años; y *Próstata*, si el varón mayor de 40 años se realizó alguna vez el examen de próstata⁶.

A partir de estas variables se ajustarán los modelos de regresión probit, de acuerdo con el plan de análisis que se desarrolla en el siguiente apartado.

3. Plan de análisis

En base a la ecuación (1) se estima la probabilidad de tener una ECNT ($ECNT_i$) en función de un conjunto de variables independientes que refieren a las dimensiones de inversión y depreciación de la salud. Con respecto a la primera, las variables seleccionadas son el *Índice de privación*, ser mujer (*mujer*), el estado civil (*soltero - omitida-, casado, unión, divorciado, separado, viudo*), la cobertura de salud (*Pública- omitida-, Privada*), y la educación (*Primaria -omitida-, Secundaria, Universidad completa, Universidad incompleta, Terciaria no universitaria completa, Terciaria no univversitaria incompleta, Posgrado*).

Con relación a la depreciación en salud, las variables seleccionadas son la edad (*Edad*), los hábitos de vida: *alimentación saludable*, el sedentarismo (*sedentario*), el consumo de alcohol (*alcohol*) y el consumo de tabaco (*fumador*), y la insuficiencia de cuidados médicos (*no acceso*). En todos los casos y a efectos de determinar la existencia de desigualdades de género, se estiman los modelos para el total de la población y para mujeres y varones por separado.

Cabe señalar que para la estimación se consideró oportuno utilizar el índice de privación en vez del ingreso, por considerar que revierte en parte los problemas de endogeneidad anteriormente descritos. Por ejemplo, en una situación de enfermedad, la persona debe incurrir en gastos en salud inherentes al proceso asistencial, perder ingresos por ausencia laboral, o situaciones similares, que afectan la estimación del ingreso.

⁶ Se consideraron las pautas establecidas por el Ministerio de Salud Pública para definir la frecuencia y edad de cada estudio.

Por el contrario, la privación de bienes tiene la ventaja de ser una medida más estructural de la posición socioeconómica, que varía menos ante situaciones coyunturales de pérdida de ingreso.

Para la ecuación (2), con la cual se estima la probabilidad de utilización y acceso a los servicios de salud (m_i), las variables independientes son: el logaritmo del ingreso per cápita para aproximar la posición socioeconómica; autoreporte del estado general de salud (*salud*), diagnóstico de ECNT (*ECNT*) y *limitaciones físicas* como variables de necesidad; y como aproximación de variables de no necesidad se consideran la cobertura de salud (*Pública, Privada*), los hábitos de vida (*alimentación saludable, alcohol, sedentario, fumador*), y las condiciones de vida medidas a través de la variable *vivienda no saludable*.

Finalmente, para dar cuenta de las pautas preventivas de cuidado médico, en base a la ecuación (2) también se estima m_i a través de *rutina*, la variable dependiente que toma el valor 1 si el individuo realizó una consulta por motivos de rutina en el último mes, se realizó el PAP o examen de próstata.

CAPÍTULO 3-Desigualdades sociales en salud: análisis de los resultados

En este capítulo se aborda la existencia de desigualdades sociales en la probabilidad de sufrir una ECNT y su relación con desigualdades en el acceso y utilización de servicios de salud, y con pautas diferenciales del cuidado de la salud.

En el primer apartado se presentan las estadísticas descriptivas de las variables utilizadas en las estimaciones, y un análisis descriptivo de las dimensiones de interés. En el siguiente apartado se presenta el análisis de los resultados obtenidos a partir de las estimaciones, en tres secciones: en la primera se analiza la existencia de desigualdades en las probabilidades de sufrir una ECNT, a partir de la privación y el sexo de las personas. En la segunda, se examina la existencia de desigualdades en la utilización y acceso a los servicios de salud. Y finalmente, en la tercera, se analiza la relación entre pautas del cuidado de la salud y el uso de servicios, basadas las representaciones sociales de la salud.

1. Análisis descriptivo

En este apartado se analizarán las estadísticas correspondientes a las dimensiones centrales de la investigación; estado de salud con énfasis en las ECNT, acceso y utilización de servicios, y los motivos de consulta mediante los cuales se analizan las pautas de cuidado de la salud.

En la Tabla 1 se presentan las estadísticas descriptivas de las principales variables utilizadas agrupadas en: nivel socioeconómico, estado de salud, utilización y acceso y motivos de consulta.

Tabla 1- Estadísticos descriptivos de las variables de interés

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Media (desvío estándar)</i>									
VARIABLES SOCIOECONÓMICAS		Varones		Mujeres		Quintil 1	Quintil 5				
Índice de privación	Variable continua de 0 (sin privación de bienes en el hogar) 1 (privación total)	0.390	(0.004)	0.402	(0.006)	0.381	(0.005)	0.210	(0.005)	0.557	(0.006)
Ingreso per cápita	Ingresos del hogar/ cantidad de miembros del hogar (en \$ corrientes)	25,534	(320.9)	28,755	(618.9)	23,134	(301.2)	12,401	(106.1)	45,208	(793.4)
Vivienda precaria	Variable binaria. Toma valor 1 si la vivienda tiene problemas en techo, pisos, paredes, aberturas, revoque, o no tiene luz solar, o no tiene ventilación, o tiene peligro de derrumbe, o se inunda. 0 en caso contrario.	0.608	(0.011)	0.597	(0.017)	0.617	(0.014)	0.867	(0.017)	0.361	(0.022)
Vivienda no saludable	Variable binaria, 1 si la persona vive en una vivienda precaria, o no tiene agua potable o no tiene evacuación de excretas a pozo negro o red general / 0 caso contrario	0.613	(0.011)	0.606	(0.016)	0.619	(0.014)	0.871	(0.017)	0.368	(0.023)
Edad	variable continua	46.39	(0.402)	45.52	(0.633)	47.04	(0.520)	41.77	(0.836)	48.78	(0.829)
Edad2	Cuadrado de la variable edad			2,419	(60.03)	2,567	(51.40)	2,069	(77.86)	2,678	(80.58)
Mujer	Variable binaria, 1 si es mujer/ 0 en caso contrario	0.573	(0.011)					0.661	(0.025)	0.416	(0.023)
Primaria	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó la primaria completa o incompleta /0 caso contrario	0.276	(0.009)	0.281	(0.015)	0.272	(0.013)	0.434	(0.025)	0.121	(0.014)
Secundaria	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó la secundaria completa o incompleta /0 caso contrario	0.468	(0.011)	0.459	(0.017)	0.475	(0.015)	0.467	(0.026)	0.376	(0.023)
Universidad completa	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó la Universidad completa /0 caso contrario	0.019	(0.003)	0.018	(0.004)	0.019	(0.004)	0.011	(0.005)	0.014	(0.006)
Universidad incompleta	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó la Universidad incompleta /0 caso contrario	0.056	(0.005)	0.051	(0.008)	0.060	(0.007)	0.018	(0.008)	0.050	(0.009)

Variable	Definición	Media (desvío estándar)									
		VARIABLES SOCIOECONÓMICAS		Varones		Mujeres		Quintil 1		Quintil5	
Terciaria no univ. completa	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó nivel terciario no univ. completo /0 caso contrario	0.072	(0.006)	0.080	(0.009)	0.066	(0.007)	0.024	(0.008)	0.141	(0.017)
Terciaria no univ. incompleta	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó nivel terciario no univ. incompleto /0 caso contrario	0.086	(0.006)	0.086	(0.009)	0.087	(0.008)	0.002	(0.002)	0.292	(0.021)
Posgrado	Variable binaria, 1 si la persona alcanzó posgrado completo o incompleto /0 caso contrario	0.013	(0.002)	0.013	(0.004)	0.012	(0.003)	0	0	0.044	(0.009)
Sin cobertura	Variable binaria, 1 si la persona declara no tener cobertura /0 caso contrario	0.017	(0.003)	0.025	(0.005)	0.012	(0.003)	0.025	(0.008)	0.010	(0.005)
Cobertura pública	Variable binaria, 1 si la persona declara tener cobertura pública /0 caso contrario	0.348	(0.011)	0.329	(0.016)	0.362	(0.015)	0.662	(0.024)	0.101	(0.014)
Cobertura privada	Variable binaria, 1 si la persona declara tener cobertura privada /0 caso contrario	0.635	(0.011)	0.646	(0.017)	0.626	(0.015)	0.313	(0.024)	0.889	(0.015)
Casado	Variable binaria, 1 si la persona está casada /0 caso contrario	0.365	(0.011)	0.412	(0.016)	0.331	(0.014)	0.214	(0.022)	0.495	(0.023)
Union	Variable binaria, 1 si la persona está en unión libre /0 caso contrario	0.175	(0.009)	0.168	(0.013)	0.182	(0.012)	0.253	(0.023)	0.107	(0.014)
Separado	Variable binaria, 1 si la persona está separada de unión libre /0 caso contrario	0.032	(0.004)	0.023	(0.004)	0.039	(0.006)	0.062	(0.013)	0.013	(0.004)
Divorciado	Variable binaria, 1 si la persona está divorciada /0 caso contrario	0.076	(0.005)	0.060	(0.007)	0.087	(0.007)	0.073	(0.011)	0.081	(0.011)
Soltero	Variable binaria, 1 si la persona no está ni estuvo casada ni en unión libre /0 caso contrario	0.264	(0.010)	0.308	(0.016)	0.233	(0.013)	0.305	(0.024)	0.253	(0.022)
Viudo	Variable binaria, 1 si la persona es viuda de casamiento o unión libre/0 caso contrario	0.085	(0.005)	0.029	(0.004)	0.127	(0.008)	0.093	(0.013)	0.051	(0.009)
ESTADO DE SALUD											
ECNT	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada alguna ECNT / 0 caso contrario	0.627	(0.013)	0.585	(0.020)	0.656	(0.016)	0.576	(0.032)	0.647	(0.024)

Variable	Definición	Media (desvío estándar)									
		ESTADO DE SALUD		Varones	Mujeres	Quintil 1	Quintil 5				
Insuficiencia renal	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada insuficiencia renal / 0 caso contrario	0.018	(0.002)	0.021	(0.004)	0.016	(0.003)	0.019	(0.007)	0.021	(0.006)
Problemas cardíacos	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada algún problema cardíaco/ 0 caso contrario	0.097	(0.007)	0.096	(0.010)	0.098	(0.009)	0.098	(0.016)	0.096	(0.013)
Anemia crónica	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada anemia crónica / 0 caso contrario	0.016	(0.003)	0.003	(0.002)	0.026	(0.005)	0.029	(0.011)	0.011	(0.004)
Cáncer	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticado cáncer / 0 caso contrario	0.016	(0.003)	0.009	(0.004)	0.020	(0.005)	0.010	(0.005)	0.020	(0.007)
Hipero o hipotiroidismo	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada hiper o hipotiroidismo / 0 caso contrario	0.080	(0.006)	0.027	(0.006)	0.117	(0.010)	0.074	(0.015)	0.073	(0.012)
Hipertensión arterial	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada hipertensión arterial / 0 caso contrario	0.289	(0.011)	0.264	(0.017)	0.307	(0.015)	0.273	(0.027)	0.288	(0.022)
Diabetes	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada diabetes / 0 caso contrario	0.093	(0.007)	0.088	(0.010)	0.096	(0.009)	0.109	(0.020)	0.103	(0.014)
Colesterol elevado	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticado colesterol elevado / 0 caso contrario	0.220	(0.010)	0.232	(0.016)	0.212	(0.013)	0.212	(0.025)	0.256	(0.022)
Sobrepeso / Obesidad	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada sobrepeso-obesidad / 0 caso contrario	0.214	(0.010)	0.188	(0.015)	0.231	(0.014)	0.192	(0.025)	0.213	(0.019)
Enfermedades oseomusculares	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada alguna enfermedad óseomuscular/ 0 caso contrario	0.306	(0.011)	0.222	(0.016)	0.364	(0.015)	0.332	(0.028)	0.273	(0.021)
Enfermedades respiratorias	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada alguna enfermedad respiratoria / 0 caso contrario	0.083	(0.007)	0.065	(0.010)	0.095	(0.010)	0.094	(0.019)	0.075	(0.015)

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Media (desvío estándar)</i>				
ESTADO DE SALID			Varones	Mujeres	Quintil 1	Quintil 5
Limitaciones física	Variable binaria, 1 si la persona declara que le fue diagnosticada alguna limitación física / 0 caso contrario	0.120 (0.008)	0.102 (0.012)	0.132 (0.010)	0.130 (0.020)	0.080 (0.013)
Autepercepción del estado general de salud						
Excelente	Variable binaria, 1 si la persona evalúa que su salud en general es Excelente / 0 caso contrario	0.098 (0.007)	0.115 (0.012)	0.087 (0.009)	0.080 (0.016)	0.108 (0.015)
Muy buena	Variable binaria, 1 si la persona evalúa que su salud en general es Muy buena / 0 caso contrario	0.228 (0.010)	0.243 (0.017)	0.217 (0.013)	0.148 (0.023)	0.319 (0.024)
Buena	Variable binaria, 1 si la persona evalúa que su salud en general es Buena / 0 caso contrario	0.465 (0.013)	0.468 (0.020)	0.462 (0.017)	0.486 (0.032)	0.439 (0.025)
Regular	Variable binaria, 1 si la persona evalúa que su salud en general es Regular / 0 caso contrario	0.181 (0.010)	0.146 (0.014)	0.205 (0.013)	0.249 (0.026)	0.120 (0.016)
Mala	Variable binaria, 1 si la persona evalúa que su salud en general es Mala / 0 caso contrario	0.026 (0.004)	0.023 (0.006)	0.028 (0.005)	0.036 (0.008)	0.010 (0.004)
HÁBITOS DE VIDA						
Alimentación saludable	Variable binaria, 1 si la persona consumió frutas frescas, verduras u hortalizas al menos una o dos veces por semana / 0 caso contrario	0.644 (0.011)	0.566 (0.017)	0.703 (0.014)	0.633 (0.024)	0.660 (0.022)
Consumo de alcohol	Variable binaria, 1 si la persona consumió alcohol tres o más veces por semana, o si se embriagó varias veces, en los últimos treinta días/ 0 caso contrario	0.155 (0.008)	0.143 (0.012)	0.164 (0.011)	0.146 (0.018)	0.152 (0.017)
Sedentarismo	Variable binaria, 1 si la persona que pasa sentada la mayor parte del día y al mismo tiempo no realiza habitualmente al menos diez minutos de actividad física / 0 caso contrario	0.089 (0.006)	0.157 (0.012)	0.039 (0.005)	0.062 (0.013)	0.115 (0.014)
Fumador	Variable binaria, 1 si la persona fuma actualmente todos los días u ocasionalmente / 0 caso contrario	0.255 (0.009)	0.286 (0.015)	0.232 (0.013)	0.329 (0.025)	0.208 (0.019)

Variable	Definición	Media (desvío estándar)									
		UTILIZACIÓN		Varones	Mujeres	Quintil 1	Quintil 5				
Utilización	Variable binaria, 1 si la persona utilizó algún servicio o prestación de salud / 0 caso contrario	0.859	(0.008)	0.809	(0.014)	0.896	(0.009)	0.789	(0.022)	0.880	(0.016)
Consulta médica	Variable binaria, 1 si la persona consultó con un médico en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.303	(0.010)	0.215	(0.013)	0.369	(0.014)	0.298	(0.024)	0.318	(0.021)
Consulta en urgencia	Variable binaria, 1 si la persona consultó en urgencia en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.086	(0.006)	0.076	(0.009)	0.093	(0.008)	0.105	(0.014)	0.072	(0.012)
Consulta a domicilio	Variable binaria, 1 si la persona realizó una consulta a domicilio en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.057	(0.005)	0.052	(0.008)	0.062	(0.007)	0.039	(0.010)	0.054	(0.010)
Consulta en emergencia móvil	Variable binaria, 1 si la persona realizó una consulta a emergencia móvil en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.035	(0.004)	0.028	(0.005)	0.040	(0.006)	0.029	(0.008)	0.023	(0.007)
Consulta con psicólogo o psicoterapeuta	Variable binaria, 1 si la persona consultó con psicólogo o psicoterapeuta en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.052	(0.004)	0.046	(0.007)	0.057	(0.006)	0.048	(0.009)	0.051	(0.010)
Consulta con odontólogo	Variable binaria, 1 si la persona consultó con psicólogo o psicoterapeuta en los últimos 6 meses / 0 caso contrario	0.371	(0.010)	0.329	(0.016)	0.402	(0.015)	0.267	(0.023)	0.450	(0.023)
Internación	Variable binaria, 1 si la persona estuvo internada en los últimos 12 meses / 0 caso contrario	0.088	(0.006)	0.081	(0.009)	0.093	(0.009)	0.066	(0.012)	0.0782	(0.012)
Intervención quirúrgica	Variable binaria, 1 si la persona se realizó intervención quirúrgica en los últimos 12 meses / 0 caso contrario	0.029	(0.003)	0.034	(0.006)	0.025	(0.004)	0.015	(0.006)	0.037	(0.008)
Estudios	Variable binaria, 1 si la persona se realizó algún estudio en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.115	(0.007)	0.081	(0.009)	0.140	(0.010)	0.106	(0.015)	0.135	(0.016)
Tratamientos	Variable binaria, 1 si la persona se realizó algún tratamiento en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.025	(0.003)	0.021	(0.005)	0.027	(0.004)	0.016	(0.005)	0.048	(0.009)
Medicamentos	Variable binaria, 1 si la persona utilizó medicamentos indicados en los últimos 30 días / 0 caso contrario	0.720	(0.010)	0.650	(0.017)	0.773	(0.013)	0.661	(0.025)	0.725	(0.022)

Variable	Definición	Media (desvío estándar)									
		UTILIZACIÓN		Varones	Mujeres	Quintil 1	Quintil 5				
Artefactos o equipos terapéuticos	Variable binaria, 1 si la persona adquirió artefactos o equipos terapéuticos en los últimos 12 meses/ 0 caso contrario	0.033	(0.003)	0.027	(0.005)	0.038	(0.004)	0.020	(0.005)	0.033	(0.007)
Lentes	Variable binaria, 1 si la persona utilizó lentes en los últimos 12 meses/ 0 caso contrario	0.122	(0.007)	0.103	(0.010)	0.137	(0.010)	0.078	(0.013)	0.164	(0.017)
Motivos de consulta											
Rutina	Variable binaria, 1 si la persona consultó por control de rutina / 0 caso contrario	0.347	(0.018)	0.335	(0.033)	0.353	(0.022)	0.242	(0.040)	0.407	(0.039)
Control de enfermedad crónica	Variable binaria, 1 si la persona consultó por control de enfermedad crónica / 0 caso contrario	0.206	(0.015)	0.248	(0.030)	0.188	(0.017)	0.130	(0.027)	0.243	(0.035)
Por sentirse mal o estar enfermo	Variable binaria, 1 si la persona consultó por sentirse mal o enfermo / 0 caso contrario	0.305	(0.018)	0.294	(0.031)	0.310	(0.022)	0.306	(0.043)	0.273	(0.035)
Repetición de medicamentos	Variable binaria, 1 si la persona consultó por repetición de medicamentos / 0 caso contrario	0.106	(0.011)	0.096	(0.018)	0.110	(0.014)	0.170	(0.036)	0.117	(0.024)
Valoración de estudios, análisis, etc.	Variable binaria, 1 si la persona consultó por valoración de análisis, estudios, etc / 0 caso contrario	0.075	(0.010)	0.050	(0.012)	0.086	(0.014)	0.066	(0.018)	0.064	(0.019)
Por accidentes o intentos de autoeliminación	Variable binaria, 1 si la persona consultó por accidentes o intentos de autoeliminación/ 0 caso contrario	0.030	(0.007)	0.049	(0.019)	0.020	(0.006)	0.054	(0.028)	0.023	(0.010)
Otros	Variable binaria, 1 si la persona consultó por algún motivo diferentes a los anteriores / 0 caso contrario	0.059	(0.008)	0.082	(0.020)	0.050	(0.009)	0.078	(0.024)	0.067	(0.021)

Prevención											
Papanicolau	Variable binaria que toma valor 1 si una mujer mayor de 21 años se realizó el examen dentro de los últimos tres años	0.402	(0.015)			0.284	(0.029)	0.533	(0.036)		
Próstata	Variable binaria que toma valor 1 si un varón mayor de 40 años se realizó alguna vez el examen de próstata	0.477	(0.021)			0.139	(0.036)	0.628	(0.033)		
ACCESIBILIDAD											
No acceso a algún servicio de salud	Variable binaria, 1 si la persona no pudo acceder a algún servicio o prestación de salud en los últimos 12 meses /0 caso contrario	0.375	(0.011)	0.343	(0.017)	0.399	(0.015)	0.447	(0.026)	0.277	(0.021)

Fuente: elaboración propia a partir de ENS. Datos ponderados y SE robustos.

Con respecto a la autopercepción del estado general de la salud el 80% de la población, en general, lo evalúa positivamente. Entre ellos, el 46,5% goza de buena salud, el 22,8% muy buena y el 9,8% excelente. Por otra parte, el 18,1% evalúa su salud como regular, en tanto que solamente un 2,6% entiende que es mala. A su vez, las mujeres evalúan su estado actual de salud peor que los varones, 23,3% acumulan las categorías regular y mala para las primeras, y 16,9% para los segundos. Este dato adelanta diferencias entre ambos sexos en los resultados de salud.

Puede verse que el 62,7% de la población uruguaya ha sido diagnosticada alguna vez con una ECNT. En la Tabla 1, aparecen las prevalencias de aquellas que son relevadas por la ENS. Entre ellas, las más frecuentes son: la hipertensión (28,9%), diabetes (9,3%), sobrepeso/obesidad (21,4%), colesterol elevado (22,0%) y el conjunto de enfermedades óseas y musculares -problemas de columna, reuma, artritis, tendinitis, entre otras- (30,6%). A su vez, todas las enfermedades consideradas, con excepción de la insuficiencia renal y el colesterol elevado, son más frecuentes entre las mujeres que entre los varones.

Como se ha dicho, los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) son una referencia ineludible para esta investigación. En la Tabla 2 se comparan las prevalencias obtenidas por la ENFR y por la ENS, para el conjunto de enfermedades que ambas tienen en común. Se trata de un subconjunto de todas las consideradas en este trabajo.

Tabla 2- Comparación de prevalencias de enfermedades relevadas por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de factores de riesgo (ENFR), porcentajes

	ENS	ENFR
Sobrepeso/obesidad	21,4	58,5
Colesterol elevado	22,0	18,4
Hipertensión arterial	28,9	29,9
Diabetes	9,3	6,0*

Nota: * 8,9% si se considera la glucemia alta en ayuno.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014.

La ENFR mide también el porcentaje de personas que presentan cifras alteradas en los indicadores de interés, y que no han sido diagnosticadas. Un 60,7% de las personas entre 15 y 65 años manifestó no ser hipertenso en tratamiento medicamentoso y presentó cifras alteradas. El 50,2% de la población presentó cifras elevadas de glucemia y no se encuentra en tratamiento.

De la comparación con los resultados obtenidos en la ENS surge que hay algunas diferencias en los resultados, siendo la prevalencia de sobrepeso/obesidad donde se observa la mayor diferencia. Es probable que la autopercepción contribuya a subestimar la prevalencia de esta patología, en primer lugar, porque puede resultar incómodo a la persona entrevistada definirse así; en segundo lugar, porque se trata de una patología que no suele ser entendida como tal.

Cabe señalar que la ENFR es una herramienta diseñada específicamente para la medición de estas patologías, que incluye mediciones antropométricas y paraclínicas. Por su parte, la ENS no fue pensada como un instrumento de vigilancia epidemiológica como la ENFR, lo que hace que las medidas obtenidas no seas estrictamente comparables. A esto se suma el hecho de que estos resultados de la ENFR corresponden personas entre 14 y 65 años, en tanto que los de la ENS presentados aquí corresponden a personas mayores de 18 años.

Con respecto a la utilización de servicios, el 85,9% hizo uso de algún servicio de salud. Obsérvese que el 40,2% de las mujeres mayores de 21 se ha realizado el PAP en los últimos dos años, y el 47,7% de los varones mayores de 40 años se ha realizado alguna vez el examen de próstata. Con relación a la accesibilidad, puede verse que el 37,5% de las personas entrevistadas necesitó acceder a alguno de los servicios considerados y no pudo hacerlo. El porcentaje más alto de no acceso se observa en el servicio odontológico, 12 %.

Como se ha dicho, la aproximación a las pautas de cuidado médico de las personas se ha hecho través de los motivos de consulta. En la Tabla 1 se presenta su distribución, donde puede observarse que la amplia mayoría de las personas consulta por motivos vinculados a enfermedad, accidentes, etc., que agrupados acumulan el 70,2% del total. Las consultas preventivas se encuentran en un lejano segundo lugar con 34,7%. Esto nos permite aventurar que la población uruguaya, en general, tiene una utilización principalmente curativa de los servicios y prestaciones de salud.

A su vez, se observan diferencias entre los distintos grupos sociales considerados, que evidencian particularidades asociadas a diferencias en las representaciones del cuidado de la salud. En este sentido, las mujeres tienen más consultas curativas, pero también, más consultas preventivas que los varones, 35,3% y 33,5% respectivamente.

Las diferencias más notorias se observan entre las personas del primer y último quintil de ingreso. Puede verse que las personas más ricas tienen una utilización de consultas preventivas mayor que la población general (40,7%), y menor de consultas curativas. Con las personas más pobres ocurre lo contrario, el 24,2% realizó consultas preventivas.

2. Análisis de los resultados de las estimaciones

2.1- Desigualdades en la probabilidad de sufrir una ECNT

La estimación de la ecuación 1 permite detectar la existencia de desigualdades en la probabilidad de haber sido diagnosticados con una ECNT. En la Tabla 3 se presentan las estimaciones probit, controlando por variables de inversión y depreciación de la salud. La primera columna muestra la probabilidad para el total de la población y las dos siguientes para varones y mujeres.

Antes del análisis de los resultados, corresponde evaluar los modelos especificados a partir de su bondad de ajuste. En el Anexo 2 se muestra que el R^2 ajustado de Mc Fadden⁷ para el modelo general es de 0.152, 0.140 para el modelo correspondiente a los varones y 0.165 para el correspondiente a las mujeres. Estos valores indican que los modelos ajustados tienen una capacidad explicativa relativamente baja. Es importante considerar que, si bien esta información es importante, no es concluyente en términos de que el objetivo de este trabajo no es predecir la probabilidad de enfermar, sino estimar la correlación entre dicho evento y un conjunto de variables relevantes desde el punto de vista teórico. Por tanto, la información sobre la bondad de ajuste del modelo debe tomarse con cierta cautela.

⁷ Indica la varianza explicada por el modelo. Varía de cero a uno y cuanto mayor es su magnitud, mayor es la capacidad explicativa del mismo.

Tabla 3 - Resultados de la estimación probit de ser diagnosticado con una ECNT, efectos marginales

	Modelo 1- Control por variables de inversión y depreciación en salud		Modelo 2- Control por variables de inversión y depreciación en salud (Varones)		Modelo 3- Control por variables de inversión y depreciación en salud (Mujeres)	
Indice de privación	0.147 **	(0.067)	0.165	(0.102)	0.132	(0.087)
Casado	0.084 ***	(0.021)	0.010	(0.044)	-0.065	(0.041)
Unión libre	-0.026	(0.030)	-0.006	(0.047)	-0.100 **	(0.042)
Separado	-0.061 *	(0.032)	-0.164 **	(0.082)	0.041	(0.077)
Divorciado	-0.010	(0.060)	0.066	(0.066)	-0.005	(0.051)
Viudo	0.025	(0.041)	-0.060	(0.084)	0.016	(0.050)
Cobertura privada	0.018	(0.044)	0.108 ***	(0.037)	0.049	(0.030)
Mujer	0.070 ***	(0.024)				
Edad	0.011 ***	(0.004)	0.005	(0.006)	0.015 ***	(0.005)
Edad2	-0.000	(0.000)	0.000	(0.000)	-0.000	(0.000)
Condiciones de vida (vivienda no saludable)	0.076 ***	(0.022)	0.030	(0.032)	0.107 ***	(0.028)
No acceso	0.147 ***	(0.022)	0.120 ***	(0.035)	0.165 ***	(0.028)
Alimentación saludable	-0.011	(0.021)	-0.007	(0.031)	-0.011	(0.029)
Sedentarismo	0.010	(0.029)	0.036	(0.046)	-0.009	(0.037)
Fumador	-0.018	(0.024)	-0.036	(0.034)	0.000	(0.033)
Consumo de alcohol	0.002	(0.033)	0.022	(0.039)	-0.032	(0.066)
N=	3405		1438		1967	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y SE robustos.

Como se ha mencionado, el 63,3% de la población uruguaya mayor de 18 años ha sido diagnosticada con alguna ECNT. En lo que sigue se analizan las disparidades socioeconómicas y de género que subyacen bajo ese promedio, dando cuenta que las personas en desventaja por razones socioeconómicas y de género tienen mayor probabilidad de enfermar. En el primer modelo puede verse que la probabilidad varía en función de la posición socioeconómica, las condiciones materiales de vida, el sexo, la cobertura de salud y el acceso a los servicios y prestaciones de salud.

En términos de “inversión en salud”, se observa que el índice de privación tiene un efecto positivo significativo, indicando que aumentos en la privación de bienes, aumenta significativamente la probabilidad de ser diagnosticado con una ECNT, lo cual evidencia diferencias socioeconómicas con relación a los resultados sanitarios, anunciando posibles desigualdades.

También se observa que ser mujer correlaciona positiva y significativamente con el diagnóstico de ECNT, evidenciando pronunciadas diferencias por sexo. Nótese que, controlando factores como la edad, la cobertura de salud y las variables relativas a la posición socioeconómica, las mujeres tienen 7 puntos porcentuales (pp) más de probabilidad que los varones de ser diagnosticadas con alguna ECNT, lo cual, consistentemente con las hipótesis, adelanta posibles desigualdades de género en la prevalencia de ECNT. Sin embargo, la interpretación no es tan directa y es necesario profundizar en otras dimensiones antes de adelantar conclusiones.

A su vez, con relación a la cobertura lo primero a destacar es que el tener cobertura privada no es significativo. Este hallazgo lleva a profundizar si es el perfil de usuarios de estos sub-sectores (edad, pautas de controles preventivos, de utilización, etc.) lo que determina el diagnóstico de ECNT, o es la conducta de los prestadores en cuanto a efectividad en el diagnóstico de ECNT, al tener por ejemplo estrategias de screening diferenciales. En los apartados siguientes se abordará este análisis.

Con relación a la “depreciación en salud” puede verse que los problemas de acceso a los servicios, las condiciones de la vivienda y la edad, en ese orden, son las variables que tienen mayor correlación positiva y significativa con el diagnóstico de ECNT.

Es decir, para sostener que existen desigualdades de género, entendidas como diferencias injustas y evitables entre varones y mujeres, es necesario más información que la mera constatación de diferencias entre los sexos. Tras esta diferencia hay factores sociales, pero también biológicos.

De acuerdo con Borrell et al. (2004), los distintos sistemas genitourinarios, así como las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, tienen un rol importante en la morbilidad y la mortalidad diferenciales entre hombres y mujeres. Como ejemplo, la autora señala las influencias hormonales en las mujeres sobre la osteoporosis y las fracturas, el cáncer de mama, las enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto. También se ha evidenciado que las mujeres tienen más protecciones ante las enfermedades cardiovasculares.

La propensión biológica y/o genética debe considerarse con precaución, ya que se ha demostrado que lo que muchas veces emerge como biológico tiene un trasfondo sociocultural. Tal es el caso de la mayor incidencia de la obesidad mórbida entre las mujeres, principalmente causada por el sedentarismo. A su vez, el sedentarismo es más frecuente entre las mujeres porque en la división sexual del trabajo, las actividades que realizan mayormente requieren de poco movimiento y esfuerzo físico (Gómez, 2002).

No obstante, está ampliamente demostrado que mujeres y varones son más propensos a diferentes enfermedades debido a factores biológicos y genéticos, que no deben ser subestimados al analizar diferencias en los resultados sanitarios. Lamentablemente, en este estudio no es posible controlar su efecto, de modo que deben ser considerados como factores inobservados, pero es un elemento que obliga a tomar con cautela las diferencias entre varones y mujeres en la probabilidad de ser diagnosticados con una ECNT.

Por tanto, la salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias evitables en la salud de los hombres y las mujeres (Borrell, et al.,2004). En los modelos 2 y 3 se presentan los resultados de las estimaciones obtenidas para varones y mujeres por separado, donde puede verse que los problemas de acceso a los servicios y prestaciones de salud afectan a ambos, mientras que las condiciones de vida no saludables inciden solamente sobre las mujeres.

Particularmente para las mujeres, se observa que la edad es positiva y significativa, pudiendo dar cuenta de la mayor esperanza de vida que lleva a que aumente la probabilidad de ser diagnosticadas, y el hecho que estén en unión libre es significativo y negativo, lo cual puede estar mostrando el impacto del rol de las mujeres en los arreglos familiares y el tiempo dedicado para sí. Esta evidencia permite reafirmar un poco más la existencia de desigualdades de género en la probabilidad de ser diagnosticados con una ECNT.

Como se señaló anteriormente, la variable ECNT da cuenta de aquellas personas que han sido diagnosticadas con al menos una de las enfermedades consideradas. En la Tabla 4 se presenta el efecto marginal del índice de privación sobre la probabilidad de ser diagnosticado con cada una de esas enfermedades por separado. Es decir, se muestra cómo impacta la privación de bienes sobre las probabilidades estimadas para cada enfermedad, lo cual permite profundizar más en las desigualdades socioeconómicas advertidas en el cuadro anterior. Cabe señalar que, como se ve en la Tabla 1, muchas de esas enfermedades tienen una frecuencia muy baja en la muestra, lo cual compromete la significación estadística de las estimaciones obtenidas.

Tabla 4- Efectos marginales del índice de privación. Modelos probit

	Modelo 1- Control por variables de inversión y depreciación en salud
ECNT	0.147 ** (0.067)
Oseas y musculares	0.032 (0.057)
Respiratorias	-0.001 (0.039)
Insuficiencia renal	-0.006 (0.013)
Problemas cardíacos	0.023 (0.032)
Anemia	0.030 * (0.015)
Cáncer	0.021 (0.013)
Hipo e hipertiroidismo	0.075 ** (0.032)
Hipertensión arterial	0.028 (0.063)
Diabetes	-0.039 (0.039)
Colesterol	0.056 (0.061)
Sobrepeso/obesidad	0.086 (0.058)
N=	3405

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y

SE robustos.

Obsérvese que todas las enfermedades tienen signo positivo, con excepción de las respiratorias, la insuficiencia renal y la diabetes, pero con resultados significativos solamente para anemia, hipo e hipertiroidismo, indicando una correlación positiva entre la privación de bienes y la probabilidad de ser diagnosticado con dichas enfermedades.

También se estimó el efecto marginal de la privación por sexo, pero la cantidad de casos en cada subconjunto es demasiado pequeña y por tanto insuficiente para obtener estimaciones confiables, por lo cual se ha decidido no incluirlas en el cuadro⁸. De todos modos, se han encontrado algunas especificidades que merecen ser mencionadas. Para los hombres se mantiene la correlación positiva de privación con el diagnóstico de anemia que se observa en la Tabla para la población total, mientras que para las mujeres el efecto se mantiene solo para las enfermedades tiroideas, y aparece una correlación positiva de la privación con el diagnóstico de cáncer. Se trata de una enfermedad grave que supone una alteración importante de la salud y el bienestar, a lo que se agrega una alta probabilidad de muerte con relación a las demás enfermedades consideradas. Por tanto, podría decirse que las mujeres más desfavorecidas están más expuestas a sufrir un daño grave de salud que las mujeres más favorecidas.

En este sentido, es ineludible la referencia a la distinción realizada por Nancy Fraser (1997) entre injusticia económica e injusticia cultural-simbólica. La primera refiere a la explotación, la marginación económica y la privación de los bienes materiales indispensables para llevar una vida digna, en tanto que la segunda refiere a “la dominación cultural” y el “irrespeto”. Típicamente, entre las primeras se encuentran las desigualdades de clase o socioeconómicas, que devienen del ámbito de lo distributivo, y entre las segundas se halla la “sexualidad menospreciada”, inadecuadamente reconocida. Sin embargo, existen “colectividades bivalentes” que son aquellas que sufren los dos tipos de injusticias, entre las que destaca la cuestión étnica y el género. De acuerdo con esta noción, las mujeres podrían ser consideradas un grupo social doblemente expuesto a la enfermedad, por su condición de mujer y por su mayor vulnerabilidad socioeconómica con respecto a los varones

⁸ A quien le interesa ampliar al respecto, puede solicitar el cuadro completo.

Los resultados obtenidos son sólo parcialmente consistentes con esta aproximación, ya que, si bien las mujeres con mayor privación están más expuestas a sufrir un daño grave de salud, no se observan diferencias significativas entre varones y mujeres en una cantidad de enfermedades tal, que permita sostener que las mujeres en peor situación socioeconómica están más expuestas a un peor estado de salud, más específicamente, a sufrir trastornos crónicos.

Hasta aquí se ha acumulado evidencia de que las desigualdades socioeconómicas y de género producen, a su vez, desigualdades en la probabilidad de ser diagnosticado con alguna ECNT, cuando se controlan factores como la edad, las condiciones materiales de vida, la cobertura de salud, la utilización de servicios o los problemas de acceso. En este sentido, los resultados obtenidos muestran que las mujeres y las personas de nivel socioeconómico bajo experimentan de manera sistemática mayor probabilidad de ser diagnosticados con una ECNT.

En síntesis, se puede ver que la posición que las personas ocupan en la estructura social, tanto en términos socioeconómicos como de género, incide de manera significativa sobre su salud, al tiempo que determina desigualdades en las probabilidades de enfermar. De este modo, se constituyen en grupos sociales en desventaja, con menos acceso a las condiciones necesarias para alcanzar niveles de salud y bienestar comparables a los grupos privilegiados, tales como una atención de salud oportuna y de calidad, hábitos y condiciones materiales de vida saludables, entornos físicos y laborales no perjudiciales, entre otros.

La división sexual del trabajo supone un complejo proceso de distribución de roles, actividades, recursos y oportunidades, que deriva en que las mujeres tengan empleos más precarios y en condiciones perjudiciales para la salud. Al mismo tiempo, asumen la mayor parte del trabajo no remunerado, tales como las actividades domésticas y de cuidados de dependientes, que se caracterizan por ser altamente demandantes y pueden llegar a comprometer el bienestar de quien las realiza si no se da en condiciones adecuadas.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por causar grandes deterioros físicos, trastornos agudos y discapacidad, que comprometen seriamente la autonomía física y generan dependencia. Estos problemas son aún más graves en situación de vulnerabilidad socioeconómica, porque hay menos recursos económicos y financieros para hacer frente a las necesidades en salud.

A su vez, las enfermedades crónicas pueden llevar al empobrecimiento de la persona enferma y sus familias, ya sea porque puede derivar en el retiro del mercado de empleo, porque la asistencia sanitaria puede implicar un gasto catastrófico, entre otras consecuencias (Li, et al., 2012). Podría plantearse que esta situación podría llegar a afectar en mayor medida a las mujeres, considerando que están más expuestas que los varones a determinantes sociales tales como el no acceso a servicios, malas condiciones de la vivienda, y arreglos familiares que le pueden resultar perjudiciales.

En síntesis, puede decirse que las asimetrías en las relaciones sociales de género reservan para las mujeres un lugar de desventaja con respecto a los varones, que hace que la mayor esperanza de vida al nacer no se traduzca necesariamente en una mejor salud, es decir, viven más tiempo que los varones, pero no necesariamente viven mejor.

Hasta aquí se han evidenciado desigualdades en la probabilidad de sufrir ECNT debido a factores como la posición socioeconómica y el género, pero resta dar cuenta de los mecanismos mediante los cuales estos factores sociales producen las desigualdades en cuestión. En el siguiente apartado se analiza uno de ellos, el acceso a los servicios de salud, que la literatura señala como un determinante intermedio decisivo entre las desigualdades sociales estructurales y las desigualdades en salud.

2.2. Desigualdades en el acceso y la utilización de servicios

La estimación de la ecuación 2 permite detectar la existencia de desigualdades en la utilización y en el acceso a los servicios de salud. A continuación, se presentará un conjunto de cuadros que muestran la probabilidad de utilizar servicios y prestaciones, controlando por ingreso, variables de necesidad y no necesidad, para la población total, y para varones y mujeres por separado, como resultado de la estimación de modelos probit.

Con respecto a la bondad de ajuste de los modelos especificados, obsérvese en el Anexo 2, que el R² ajustado de Mc Fadden alcanzado para el modelo general es de 0.147, para el modelo correspondiente a los varones es 0,123 y para el correspondiente a las mujeres es de 0,161. Estos valores indican que el modelo ajustado tiene una capacidad explicativa relativamente baja en general, alcanzando para las mujeres el mejor valor.

En la Tabla 5 se presentan los resultados de las estimaciones probit. En la columna 1 puede verse que las variables que correlacionan significativamente con la utilización son, de necesidad, el sexo, autopercepción del estado de salud, ECNT y limitaciones físicas. De no necesidad, solamente la cobertura privada.

Tabla 5- Resultados de la estimación probit de utilizar servicios y prestaciones de salud, efectos marginales

	Modelo 1- Control por variables de necesidad y no necesidad		Modelo 2- Control por variables de necesidad y no necesidad (Varones)		Modelo 3- Control por variables de necesidad y no necesidad (Mujeres)	
Ln ingreso per cápita	0.047	(0.031)	0.039	(0.049)	0.060	(0.040)
Mujer	0.079 ***	(0.017)				
Edad	-0.000	(0.002)	0.002	(0.004)	-0.001	(0.003)
Edad 2	0.000	(0.000)	-80.52e-06	(0.000)	0.000	(0.000)
Autorreporte del estado general de salud	-0.118 ***	(0.031)	-0.144 ***	(0.055)	-0.101 ***	(0.033)
ECNT	0.188 ***	(0.017)	0.196 ***	(0.028)	0.176 ***	(0.021)
Limitaciones físicas	0.070 *	(0.036)	0.146	(0.057)	0.019	(0.040)
Cobertura privada	0.060 ***	(0.019)	0.044	(0.032)	0.073 ***	(0.023)
Alimentación saludable	-0.022	(0.018)	0.0021157	(0.030)	-0.039 *	(0.022)
Sedentarismo	0.025	(0.024)	0.0545794	(0.042)	0.008	(0.027)
Fumador	-0.000	(0.019)	-0.043	(0.030)	0.030	(0.025)
Consumo de alcohol	0.008	(0.028)	0.013	(0.039)	0.017	(0.045)
Condiciones de vida (vivienda no saludable)	-0.000	(0.018)	-0.039	(0.031)	0.032	(0.021)
N	3405		1438		1967	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y SE robustos.

Obsérvese que, de manera consistente con lo observado en la evidencia internacional, las mujeres tienen 7,9 pp más probabilidad que los varones de utilizar algún servicio o prestación de salud. La literatura ha planteado un conjunto de explicaciones al respecto que Gómez (2002) ha sintetizado como hipótesis y que resultan especialmente pertinentes aquí. En primer lugar, hay que considerar que las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida, al tiempo que por su mayor longevidad tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad. Por su parte, Verbrugge (1990) agrega que las funciones reproductivas inherentes a las mujeres llevan asociadas necesidades particulares de atención vinculadas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Por tanto, la mayor utilización puede deberse en parte a que las mujeres tienen una necesidad de uso relativamente mayor a la de los varones.

Esta explicación resulta verosímil, pero sin dudas es parcial, porque hay factores propios del sistema de salud que contribuyen al fenómeno en cuestión. Según Weisman (1998) la medicalización de procesos biológicos, como los asociados a la función reproductiva, aumentan el uso de servicios. A su vez, en varios países del mundo, incluido el nuestro, se observa que la atención ginecológica y la realización de estudios preventivos como el Papanicolau y la mamografía, son promovidos directamente mediante subsidio financiero. En nuestro país se agrega el hecho de que son dos estudios necesarios para obtener el carné de salud que obligatoriamente deben poseer las personas para acceder a un empleo formal, a la educación formal, entre otros ámbitos.

Por otra parte, la misma utilización conlleva más utilización, ya que los servicios preventivos aumentan la posibilidad de detección de síntomas y diagnóstico de enfermedades, así como la probabilidad de sufrir trastornos iatrogénicos, todo lo cual puede derivar en el uso de otros servicios, generándose un efecto cadena.

Todas estas explicaciones resultan plausibles, sin embargo, en este trabajo no se dispone de la información necesaria para profundizar en ellas. No obstante, esta autora plantea una tercera hipótesis explicativa que refiere a la relación entre las pautas de utilización y la socialización de género, que se aborda en el último apartado dedicado a la relación entre la utilización y las representaciones sociales del cuidado.

Como se señaló antes, haber sido diagnosticado con alguna ECNT y en menor medida, alguna limitación física, son dos variables que correlacionan positivamente con la utilización, evidenciando que, en línea con la acumulación empírica nacional e internacional, las ECNT son altamente demandantes de servicios y prestaciones de salud. A su vez, el efecto de las ECNT sobre la utilización es mayor para las mujeres que para los varones, lo cual es esperable considerando que la prevalencia es mayor en ese grupo, sin embargo, queda abierta la cuestión sobre si esta diferencia en la utilización supone equidad en el acceso a los servicios de salud. En otras palabras, aún queda pendiente discutir la hipótesis según la cual a pesar de utilizar más los servicios de salud, las mujeres tienen más problemas de acceso que los varones.

Finalmente, en cuanto al ingreso, obsérvese que el efecto marginal es positivo pero no es significativo. A partir de estos resultados, la conjetura más inmediata es que el nivel de ingresos de las personas no es un factor importante para la utilización de servicios de salud, dado que el modelo de financiamiento de la cobertura en el sistema de salud en nuestro país permite el acceso a prestadores integrales de manera relativamente independiente de la capacidad de pago de las personas. Esta hipótesis parece reafirmarse al considerar los efectos de la cobertura, donde puede verse que en el sector privado las probabilidades de utilización aumentan con respecto al sector público. A priori, lo esperable sería que los efectos fuesen inversos, dado que en el sector privado las personas están más expuestas a barreras económico-financieras en el acceso por la existencia de tasas moderadoras del consumo de prestaciones (tickets), sin embargo, la utilización es mayor.

De todos modos, para los varones los resultados no son significativos, lo cual lleva a relativizar la hipótesis formulada y plantear alternativas. En este sentido, es posible que el ingreso y la cobertura privada están correlacionados, y a su vez, que esa relación esté captando a los usuarios que hacen un uso más intensivo de los servicios, porque tienen más incorporadas pautas de utilización preventivas. En el apartado siguiente se profundizará al respecto de las pautas de cuidado, pero se puede adelantar que las mujeres consultan por motivos de prevención en mayor medida que los varones.

Como se ha dicho antes, la utilización no mide exactamente el acceso a los servicios de salud, es decir, la cantidad de veces que una persona hace uso de un servicio o prestación no necesariamente responde a su necesidad.

La utilización puede ser mayor o menor que lo necesario, por tanto, las diferencias observadas, ya sea de género o socioeconómicas, no necesariamente implican la existencia de desigualdades en el acceso.

Para ello se requiere una medida más precisa basada en la necesidad del servicio o prestación, es decir, que establezca el no acceso propiamente dicho. De esta manera, al observarse brechas de algún tipo en el acceso, se puede imputar desigualdades con mayor precisión.

En la Tabla 6 se presenta la probabilidad de no acceder a un servicio o prestación de salud cuando la persona sintió la necesidad de hacerlo o le fue indicado por profesionales. La primera columna muestra los resultados obtenidos para el total de la población, las siguientes, muestran las probabilidades para mujeres y varones. Es importante señalar que de acuerdo con el Anexo 2, del análisis del R2 ajustado de McFadden se desprende que la capacidad explicativa del mismo es considerablemente baja, menor al 10 % para los modelos 1 y 2 y un poco mayor para el modelo 3 correspondiente a las mujeres.

Tabla 6- Resultados de la estimación probit de no acceder servicios y prestaciones de salud, efectos marginales

	Modelo 1- Control por variables de necesidad y no necesidad		Modelo 2- Control por variables de necesidad y no necesidad Varones		Modelo 3- Control por variables de necesidad y no necesidad (Mujeres)	
Ln ingreso per cápita	-0.087	(0.084)	-0.136	(0.121)	-0.065	(0.119)
Mujer	0.051 **	(0.022)				
Edad	0.014 ***	(0.003)	0.014 ***	(0.005)	0.014 ***	(0.004)
Edad 2	-0.000 ***	(0.000)	-0.000 ***	(0.000)	-0.000 ***	(0.000)
Autorreporte del estado general de salud	-0.159 ***	(0.028)	-0.202 ***	(0.045)	-0.134 ***	(0.035)
ECNT	0.132 ***	(0.024)	0.088 **	(0.036)	0.164 ***	(0.032)
Limitaciones físicas	0.115 ***	(0.033)	0.098 *	(0.056)	0.123 ***	(0.041)
Cobertura privada	-0.056 **	(0.024)	-0.056	(0.036)	-0.053 *	(0.031)
Alimentación saludable	-0.078 ***	(0.022)	-0.070 **	(0.031)	-0.083 ***	(0.029)
Sedentarismo	0.019	(0.029)	-0.011	(0.046)	0.041	(0.038)
Fumador	0.022	(0.024)	0.007	(0.035)	0.036	(0.033)
Consumo de alcohol	0.106 ***	(0.034)	0.122 ***	(0.039)	0.067	(0.065)
Condiciones de vida (vivienda no saludable)	0.100 ***	(0.023)	0.082 **	(0.035)	0.108 ***	(0.030)
N	3405		1438		1967	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y SE robustos.

Puede observarse que el efecto del ingreso sobre el acceso no es significativo, lo cual permite retomar la idea antes planteada con respecto a que las características del financiamiento del sistema de salud en nuestro país pueden contribuir a amortiguar la incidencia de las desigualdades socioeconómicas en la accesibilidad. Complementariamente, la cobertura privada tiene una correlación negativa significativa con el no acceso, de modo que quienes reciben atención en el sector privado -donde es más probable que el ingreso active barreras económico-financieras- tienen una probabilidad de no acceso muy baja. En contraposición, los problemas de acceso parecen ser mayores en el sector público, donde es dable esperar que las barreras económico-financieras tengan poca incidencia, considerando la completa gratuidad de la atención. Es plausible que los problemas de acceso se deban a otro tipo de barreras, tales como organizativo-funcionales (disponibilidad de servicios), geográficas, entre otras.

Por otra parte, puede verse que los problemas de acceso son más probables entre las mujeres que entre los varones. En la primera columna se constata que en igualdad de condiciones con respecto a variables de necesidad y no necesidad, las mujeres tienen 5,1 pp más probabilidad de no acceder a un servicio de salud que los varones. Esta evidencia se ve reforzada en las columnas siguientes, donde puede verse que, en puntos porcentuales, el efecto de haber sido diagnóstico con alguna ECNT es casi el doble para las mujeres con respecto a los varones en la misma situación, es decir, manteniendo constante el efecto de todas las demás variables. La insuficiencia en el acceso cuando alguna de estas enfermedades ha sido diagnosticada, puede tener efectos negativos muy importantes sobre el bienestar de las personas, ya que se caracterizan por ser patologías que requieren continuidad asistencial, tratamientos, medicamentosos y de otros tipos, e incluso muchas de ellas, la realización de estudios de manera sistemática.

Este hallazgo afirma contundentemente la hipótesis que aun teniendo una mayor utilización de servicios que los varones, las mujeres están más expuestas que ellos a tener un contacto insuficiente con los servicios de salud, en función de sus necesidades.

En síntesis, la posición de desventaja que ocupan las mujeres con respecto a los varones en nuestras sociedades, no sólo determina que tengan un peor estado de salud sino que también tengan menos oportunidades de enfrentar situaciones de enfermedad, en la medida que tienen más probabilidad de no acceder a los servicios de salud.

En la Tabla 7 se presentan los efectos marginales del logaritmo del ingreso sobre la utilización y el acceso, como resultado de la estimación de un modelo probit que permite identificar con mayor precisión cómo impacta el ingreso en la utilización de los distintos servicios.

Tabla 7 -Efectos marginales del ingreso en el uso de servicios de salud. Modelos probit

	1- Control por ingreso, variables de necesidad y no necesidad	2-VARONES- Control por ingreso, variables de necesidad y no necesidad	3- MUJERES- Control por ingreso, variables de necesidad y no necesidad
Consulta médica	0.018 (0.101)	-0.128 (0.174)	0.132 (0.121)
Consulta urgencia	-0.254 (0.180)	-0.495 * (0.255)	-0.184 (0.274)
Consulta a domicilio	-0.125 (0.276)	-0.112 (0.406)	-0.388 (0.345)
Consulta en emergencia móvil	-0.449 (0.305)	-0.821 (0.554)	-0.431 (0.381)
Consulta con psicólogo	0.031 (0.240)	0.018 (0.356)	0.036 (0.330)
Tratamiento	0.759 * (0.392)	0.736 (0.538)	0.942 * (0.515)
Estudios	0.090 (0.170)	-0.126 (0.282)	0.170 (0.221)
Uso de medicamentos	0.055 (0.040)	0.068 (0.063)	0.056 (0.051)
Prevención			
Papanicolau			0.493 ** (0.196)
Próstata		0.550 *** (0.123)	
No acceso	-0.087 (0.084)	-0.136 (0.121)	-0.065 (0.119)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y SE robustos.

Los resultados muestran una correlación entre el ingreso y la utilización en caso de tratamiento, para el promedio y para las mujeres, así como para controles preventivos. En el caso de los hombres, se encuentra una correlación negativa entre ingreso y consultas a urgencia, mostrando que es más frecuente que los hombres de más bajos ingresos contacten con los servicios cuando hay un problema de salud consumado, es decir, cuando la persona está enferma o ha sufrido algún daño. Detrás de esta constatación puede haber varias y diversas situaciones, entre ellas, que las personas de menores ingresos desarrollan estrategias del cuidado médico de la salud que son principalmente “curativas”, es decir, que están más orientadas a revertir problemas de salud que a prevenirlos. Se profundizará al respecto en el último apartado de este capítulo.

A su vez, la última fila muestra que el efecto del ingreso sobre el no acceso no es significativo, de modo que no hay evidencia concluyente con relación a que el ingreso sea un factor determinante en los problemas de acceso, tal como se constató en el análisis de la tabla anterior.

En términos del problema de investigación, se trata de un hallazgo por demás importante en dos sentidos: primero, se constata que el sistema de salud puede efectivamente ser un factor capaz de reproducir las desigualdades sociales, o de amortiguar su efecto sobre la salud, confirmando que el sistema de salud en general es un determinante intermedio fundamental entre las desigualdades estructurales y las desigualdades en el estado de salud. Segundo, en ningún caso el sistema de salud por sí solo es capaz de revertir desigualdades sociales estructurales, que le preceden y le exceden ampliamente.

Finalmente, cabe hacer mención a los resultados para el Papanicolau y el examen de próstata, dos estudios que fueron relevados específicamente en la ENS dada su importancia como instrumentos ampliamente difundidos para la prevención de cáncer de cuello de útero en las mujeres y de próstata en los varones. Los resultados obtenidos muestran que aumentos en el ingreso suponen aumentos significativos y de fuerte magnitud en la probabilidad de realizarse algunos de estos estudios.

Estos resultados refuerzan la hipótesis de que existen pautas de cuidado médico de la salud que pueden ser más “curativas” o más “preventivas”, y que varían en función de la posición socioeconómica y el género. En el apartado siguiente se indaga en profundidad en esta cuestión.

2.3- La utilización de servicios y las pautas de cuidado de la salud

La particularidad de esta dimensión que la hace especialmente atractiva para el análisis sociológico es que no se define solamente por la disponibilidad de servicios o la posibilidad de acceder a ellos, sino principalmente por las representaciones sociales del cuidado de la salud.

Se define como tal a las diferentes maneras de concebir, comprender y practicar el cuidado de la salud, que resultan de las sucesivas instancias de socialización de las personas, y por tanto determinadas por las relaciones sociales propias de su posición en la estructura social. En consecuencia, las representaciones del cuidado están mediatizadas, entre otros aspectos, por el nivel socioeconómico y educativo de las personas, y por su condición de género. A su vez, se traducen en pautas de cuidado y bienestar, entre las que se incluyen, los cuidados médicos, los hábitos de la vida cotidiana en cuanto a la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias nocivas; el bienestar psíquico y emocional; las actividades recreativas; los hábitos de trabajo saludables, entre varios otros. Aquí se centrará la atención en los cuidados médicos, y especialmente en la utilización de servicios de salud.

Hay dos aspectos de esta dimensión que permiten caracterizar pautas de cuidados médicos: el tipo de servicios utilizados y los motivos de la misma. En función de ellos puede decirse que, grosso modo, la utilización de servicios y prestaciones puede ser principalmente preventiva cuando tiene como fin controlar la salud, evitar enfermar o agravar una enfermedad crónica; o principalmente curativa, cuando el fin es recibir atención y cuidados médicos ante una alteración consumada del estado de salud.

Haciendo foco solamente en los cuidados médicos, el objetivo de este apartado es analizar las pautas de utilización de servicios de salud a partir de las representaciones sociales de la salud y su relación con la posición socioeconómica y de género de las personas. Más específicamente, el análisis se centrará en el uso preventivo de servicios de salud, a partir de la consulta por motivos de control de rutina y la realización del Papanicolau y examen de próstata, en los términos señalados en la construcción de las variables de interés.

En la Tabla 8, se indaga en posibles determinantes sociales de la probabilidad de consultar por motivos de control de rutina o similares, controlando el efecto del ingreso, y de variables de necesidad y no necesidad.

Tabla 8- Resultados de la estimación probit de consulta por controles de rutina o similares, controlando por ingreso. Efectos marginales

	Modelo 1- Control por ingreso y variables de necesidad y no necesidad		Modelo 2- Control por ingreso y variables de necesidad y no necesidad (Varones)		Modelo 3- Control por ingreso y variables de necesidad y no necesidad (Mujeres)	
n=	3405		1438		1967	
Ln ingreso per cápita	0.226	(0.193)	-0.071	(0.314)	0.429 *	(0.238)
Mujer	0.050 ***	(0.015)				
Edad	0.000	(0.002)	0.002	(0.002)	0.000	(0.003)
Edad 2	-1.83e-06	(0.000)	-0.000	(0.000)	5.97e-06	(0.000)
Autorreporte del estado general de salud	-0.046 ***	(0.015)	-0.083 ***	(0.019)	-0.016	(0.022)
ECNT	0.087 ***	(0.016)	0.056 ***	(0.019)	0.107 ***	(0.023)
Limitaciones físicas	0.016	(0.019)	0.028	(0.023)	0.002	(0.027)
Cobertura privada	0.016	(0.016)	0.022	(0.019)	0.010	(0.023)
Alimentación saludable	0.010	(0.014)	0.010	(0.017)	0.009	(0.021)
Sedentarismo	-0.015	(0.016)	-0.001	(0.021)	-0.029	(0.023)
Fumador	-0.046 ***	(0.017)	-0.020	(0.019)	-0.066 ***	(0.025)
Consumo de alcohol	-0.010	(0.021)	-0.006	(0.019)	-0.023	(0.046)
Condiciones de vida (vivienda no saludable)	-0.029 **	(0.013)	-0.027	(0.017)	-0.030	(0.020)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud MSP(2014). Datos ponderados y SE robustos.

De acuerdo con el Anexo 2, la bondad de ajuste de los modelos es baja, especialmente para el modelo general y para las mujeres, y algo mejor para el modelo correspondiente a los varones. Los coeficientes R^2 ajustados de McFadden son 0.087, 0.069 y 0.121, respectivamente.

En la primera columna se observa que las mujeres tienen una probabilidad 5,0 pp mayor que los varones de consultar por motivos de control y rutina, reafirmando la hipótesis que las pautas del cuidado de la salud tienen especificidades de género.

La socialización de género incide en las pautas de cuidado de la salud de tal manera que el rol de cuidadoras asignado a las mujeres las lleva a vincularse más con los servicios de salud y a familiarizarse más con la detección de síntomas de enfermedades y sus cuidados.

Al mismo tiempo, Serra et al. (2001), han observado cualitativamente que los varones tienden a identificar la enfermedad y la atención de la salud, como expresiones de debilidad inconsistentes con el estereotipo de masculinidad caracterizado por la fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio. Esto podría generar un déficit de contacto de los varones con el sistema, aumentando el riesgo de no disponer de diagnósticos oportunos. De todos modos, algunos estudios señalan que cuando los problemas de salud son graves, las conductas de varones y mujeres ante la atención no difiere sustantivamente.

A su vez, el efecto del ingreso no es significativo salvo para las mujeres al 90%, lo cual es consistente con esta aproximación, es decir, los varones tienen pautas de cuidado poco preventivas por aspectos vinculados a la identidad masculina, independientemente de su posición socioeconómica.

Algunos estudios señalan que el nivel educativo puede variar las pautas del cuidado médico, incluso entre los varones. La Tabla 9 presenta el efecto de la educación sobre la consulta por motivos de consulta. Como puede verse, se excluye el ingreso del modelo ya que la educación es una de las principales variables para su imputación.

En este caso la bondad de ajuste mejora solamente para el modelo correspondiente a los varones (ver Tabla 3 del Anexo).

Tabla 9- Resultados de la estimación probit de consulta por controles de rutina o similares, controlando por educación. Efectos marginales

	Modelo 1- Control por educación y variables de necesidad y no necesidad		Modelo 2- Control por educación y variables de necesidad y no necesidad (Varones)		Modelo 3- Control por educación y variables de necesidad y no necesidad (Mujeres)	
n=	3405		1438		1967	
Mujer	0.047 ***	(0.014)				
Edad	0.002	(0.002)	0.002	(0.002)	0.003	(0.002)
Edad 2	-8.22e-06	(0.000)	-0.000	(0.000)	-7.71e-06	(0.000)
Autorreporte del estado general de salud	-0.049 ***	(0.015)	-0.086 ***	(0.019)	-0.017	(0.022)
ECNT	0.086 ***	(0.016)	0.053 ***	(0.019)	0.107 ***	(0.023)
Limitaciones físicas	0.0162316	(0.019)	0.029	(0.023)	0.002	(0.027)
Cobertura privada	0.009	(0.015)	0.011	(0.017)	0.011	(0.022)
Alimentación saludable	0.012	(0.014)	0.013	(0.017)	0.009	(0.021)
Sedentarismo	-0.019	(0.016)	-0.000	(0.020)	-0.037	(0.024)
Fumador	-0.043 ***	(0.016)	-0.015	(0.019)	-0.064 **	(0.025)
Consumo de alcohol	-0.010	(0.020)	-0.003	(0.018)	-0.027	(0.045)
Vivienda no saludable	-0.023 *	(0.013)	-0.014	(0.017)	-0.031	(0.020)
Secundaria	0.028 *	(0.015)	0.029	(0.019)	0.028	(0.023)
Terciaria incompleta	0.070 *	(0.039)	0.060	(0.049)	0.068	(0.058)
Terciaria completa	0.026	(0.027)	0.035	(0.036)	0.015	(0.037)
Universidad incompleta	0.110 ***	(0.029)	0.079 **	(0.037)	0.143 ***	(0.041)
Universidad completa	0.047 *	(0.025)	0.053 *	(0.029)	0.043	(0.038)
Posgrado	-0.018	(0.049)	-0.055	(0.059)	0.003	(0.072)

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y SE robustos.

Efectivamente, se observa que el nivel educativo tiene una correlación positiva con respecto al uso preventivo. El nivel terciario/universitario es el único que tiene una correlación positiva significativa con la consulta por motivos de control de rutina. Por tanto, puede conjeturarse que haber alcanzado altos niveles educativos tiene mayor incidencia en el desarrollo de pautas de cuidados de la salud basadas en la prevención, que tener altos ingresos, tanto para varones como para mujeres.

En varios estudios previos se ha observado esta particularidad, sin embargo, no han ido más allá de la constatación de la correlación (Mendoza Sassi et al., 1999). La evidencia da lugar a dos hipótesis plausibles al respecto, primero, que tras el nivel educativo puede estar subyacente la correlación con el nivel de ingresos, y tal como se ha visto antes, el ingreso aumenta la utilización. Una segunda hipótesis es que las personas más educadas disponen de recursos cognitivos, que les permiten alcanzar mayores niveles de reflexión sobre su salud, su cuerpo y la relación entre ambos, y en consecuencia, desarrollan pautas de cuidado más orientadas a mantener su bienestar evitando enfermarse.

Esta idea se ve reafirmada a la luz de los efectos observados en las variables de hábitos. Obsérvese en la primera columna que el consumo de tabaco se correlaciona negativamente con las pautas preventivas de cuidado. La evidencia parece indicar que las personas que no tienen hábitos preventivos de cuidados médicos tampoco tienen hábitos de vida saludables, reafirmando la hipótesis de que existen diferentes representaciones sociales de la salud, que se traducen en pautas diferentes de cuidado de la salud.

En la Tabla 10, se presentan las probabilidades de realizarse el Papanicolau y el examen de próstata, controlando por variables de necesidad y no necesidad en todos los modelos, y por ingreso o nivel educativo alternativamente. Cabe señalar que cuando se incluye el ingreso se excluye la educación y viceversa. Por tratarse de estudios estrictamente preventivos y específicos para cada sexo permite una aproximación de género a los factores que inciden en el comportamiento preventivo de varones y mujeres.

Tabla 10- Resultados de la estimación probit de realizarse el Papanicolau y el examen de próstata, efectos marginales

	PAPANICOLAU				EXAMEN DE PRÓSTATA			
	Modelo 1- Control por ingreso y variables de necesidad y no necesidad		Modelo 2- Control por educación y variables de necesidad y no necesidad		Modelo 3- Control por ingreso y variables de necesidad y no necesidad		Modelo 4- Control por educación y variables de necesidad y no necesidad	
n=	1896		1896		928		928	
Ln ingreso per cápita	0.493 **	(0.196)			0.550 ***	(0.123)		
Edad	0.104 ***	(0.004)	0.107 ***	(0.004)	0.048 ***	(0.014)	0.072 ***	(0.013)
Edad 2	-0.000 ***	(0.000)	-0.001 ***	(0.000)	-0.000 ***	(0.000)	-0.000 ***	(0.000)
Autorreporte del estado general de salud	-0.020	(0.027)	-0.014	(0.027)	0.054	(0.046)	0.042	(0.048)
ECNT	0.026	(0.024)	0.030	(0.025)	0.238 ***	(0.037)	0.240 ***	(0.039)
Limitaciones físicas	-0.035	(0.032)	-0.039	(0.033)	-0.106 **	(0.053)	-0.114 **	(0.053)
Cobertura privada	0.078 ***	(0.026)	0.102 ***	(0.025)	0.031	(0.042)	0.070 *	(0.040)
Alimentación saludable	0.012	(0.023)	0.012	(0.023)	0.048	(0.036)	0.057	(0.036)
Sedentarismo	0.012	(0.031)	0.017	(0.031)	0.014	(0.049)	0.012	(0.050)
Fumador	-0.056 **	(0.026)	-0.053 **	(0.027)	-0.165 ***	(0.039)	-0.174 ***	(0.039)
Consumo de alcohol	-0.028	(0.052)	-0.024	(0.052)	0.019	(0.040)	0.007	(0.040)
Condiciones de vida (vivienda no saludable)	0.011	(0.023)	-0.004	(0.023)	-0.073 **	(0.036)	-0.085 **	(0.036)
Secundaria			-0.013	(0.026)			0.092 **	(0.039)
Terciaria incompleta			-0.070	(0.079)			0.215 **	(0.109)
Terciaria completa			-0.010	(0.045)			0.105	(0.079)
Universidad incompleta			-0.017	(0.055)			0.026	(0.100)
Universidad completa			0.027	(0.043)			0.142 **	(0.075)
Posgrado			0.017	(0.082)			0.353 *	(0.205)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014. Datos ponderados y SE robustos.

En primer lugar, cabe señalar que el efecto de la educación observado en la consulta por motivo de control de rutina pierde significación en el caso del PAP, en tanto que la edad y el ingreso son los dos factores que más inciden en su realización. Esto puede deberse a que se trata de un estudio que forma parte del set de exámenes médicos que componen el carné de salud, de realización obligatoria en el país. De esta manera, se reduce el margen de decisión individual en la realización del PAP, es decir, no depende tanto de la conducta preventiva individual, sino que es una pauta que se impone de manera externa, lo cual puede contribuir a neutralizar el efecto de la educación. El efecto positivo y significativo del ingreso puede estar evidenciando que el “efecto carné de salud” es mayor para las mujeres con empleos de mejor calidad, en dimensiones como la formalidad y la remuneración.

Esta evidencia llama la atención sobre posibles desigualdades entre mujeres de distintas posiciones económicas, donde las menos privilegiadas, no sólo tienen pautas de cuidados menos preventivas, sino que también constituyen un grupo sobre el que la política de salud tiene menos incidencia, con relación a las más privilegiadas. De esta manera, a la vulnerabilidad propia de su condición de género, se agrega la vulnerabilidad por motivos sociales, culturales y económicos, que las convierte en un grupo especialmente expuesto a la enfermedad.

Por otra parte, los resultados correspondientes al examen de próstata permiten observar con mayor claridad qué variables inciden en las pautas de cuidado preventivas de los varones, al tiempo que emergen otros factores que en el caso del PAP permanecen neutralizados por el “efecto carné de salud”, como el efecto del estado de salud de las personas. En este sentido, puede verse que haber sido diagnosticado con una ECNT aumenta 24 pp la probabilidad de haberse realizado alguna vez el examen de próstata, con respecto a quienes no fueron diagnosticados ECNT correlaciona positiva y significativamente con la realización del examen. Como se ha dicho antes, hay antecedentes que muestran que ante problemas graves de salud los varones presentan una utilización de servicios similar al de las mujeres. A la luz de esta evidencia podría sostenerse que los varones tienden a modificar sus pautas de cuidado médico hacia la prevención cuando son diagnosticado con alguna enfermedad. Esto supone un marco de contacto con los servicios de salud que favorecen las pautas preventivas de cuidado de la salud.

Con relación a la educación, se observa una tendencia similar a la observada en la Tabla 9, evidenciando que entre los varones más educados hay mayor disposición a la realización del examen, reafirmando que las pautas de cuidado de la salud de los varones están fuertemente sesgadas por el estereotipo de masculinidad hegemónica, que asocia la atención de la salud con debilidad, desestimulando las prácticas preventivas. En este sentido, los varones más educados tienden a romper con los estereotipos de género, al tiempo que disponen de mayores elementos de juicio para comprender y problematizar con mayor profundidad sobre su salud y bienestar.

Por otra parte, el efecto positivo del ingreso anuncia posibles inequidades entre varones de diferentes posiciones socioeconómicas. Esto se refuerza al considerar el efecto igualmente positivo y significativo de la cobertura privada, indicando que el sector privado, o bien es más efectivo en implementar estrategias de prevención, o bien el perfil de los usuarios tiene un sesgo pro prevención, en la medida que recluta a las personas más educadas, de mayores ingresos, y con pautas preventivas más desarrolladas. Ambas posibilidades son plausibles y en última instancia refieren a las consecuencias asistenciales de la segmentación social del sistema de salud, donde hay un sector privado relativamente heterogéneo en su composición social, y un sector público bastante homogéneo, especialmente en Montevideo.

También refuerza la idea de que el sistema de salud por sí solo no es suficiente para mitigar las desigualdades sociales expresadas en el estado de salud de la población. La mera disponibilidad de servicios no es suficiente para que las personas hagan uso del mismo, por lo que la efectividad de las políticas de prevención de enfermedades depende también del abordaje de los determinantes sociales del acceso y la utilización de los servicios de salud.

Llegado a este punto del análisis de las pautas de cuidado de la salud y su relación con el uso de servicios de salud, se impone la necesidad de ser especialmente cuidadosos con las conclusiones que pueden extraerse de los resultados obtenidos. Más de un lector puede sentirse tentado a considerar que por su carácter subjetivo y conductual, las pautas de cuidado no tienen conexión alguna con las desigualdades sociales.

Pero lejos de ello, las diferencias observadas entre los distintos grupos sociales en relación a sus pautas de cuidado médico evidencian que la posición social, en términos socioeconómicos y especialmente de género, es capaz de estructurar la subjetividad de las personas en diversas dimensiones, entre ellas, las representaciones de la salud.

A su vez, al impactar en el contacto con los servicios de salud, puede decirse que las representaciones sociales de la salud y su cuidado actúan de manera indirecta en el estado de salud de los individuos y en consecuencia en los resultados sanitarios de la población. En este sentido, es plausible sostener que los resultados de las mujeres más pobres se explican, no sólo por sus condiciones de vida, privación, déficit de contacto con servicios de salud, sino también por no tener incorporados hábitos de prevención, como ser el control médico. También puede sostenerse que los resultados de los varones podrían ser mejores si tuviesen pautas más preventivas de cuidados médicos.

Para concluir, corresponde reconocer que el análisis que se desarrolló en este apartado es el más preliminar de todo el trabajo, y en el que se logró menos profundidad empírica y analítica. Esto obedece, sobre todo, a que la información disponible es ampliamente insuficiente para un análisis pormenorizado de una dimensión muy compleja, que incluso requiere de otros abordajes metodológicos, que aporten información de tipo cualitativa. Es decir, la ENS no sólo no fue pensada para este tipo de abordaje conceptual, sino que, como técnica, es en sí misma insuficiente. De todos modos, se ha entendido que la información disponible permite ensayar un conjunto de hipótesis plausibles sobre la relación entre el uso de servicios de salud y las representaciones sociales del cuidado de la salud, que deberán ser retomadas en futuros trabajos.

CONCLUSIONES

El estado de salud de la población refiere a los niveles de salud, enfermedad y bienestar de una población, que se mide a través de diversos indicadores de morbi-mortalidad. En esta investigación se ha hecho foco en el diagnóstico de ECNT, específicamente las cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal, enfermedades crónicas óseo-musculares, diabetes, hipertensión, colesterol elevado y obesidad. Siendo un grupo de enfermedades de alta prevalencia y de gran peso en la mortalidad, aspectos característicos de países envejecidos e ingreso medio y alto, como el nuestro.

El objetivo de esta investigación ha sido dar cuenta de los determinantes sociales de las desigualdades en la probabilidad de haber sido diagnosticado con una ECNT. Para su abordaje, se ha elaborado un marco teórico que reúne conceptos provenientes de la economía, la epidemiología y la salud pública, articulados entre sí a partir de conceptos propios de los marcos sociológicos.

Al mismo tiempo, se ha diseñado una metodología que permite la cuantificación de las desigualdades en la probabilidad de enfermar. A partir de modelos de regresión *probit* se obtuvieron correlaciones entre las variables de interés y un conjunto amplio de variables independientes, que ha permitido evidenciar desigualdades sociales en múltiples aspectos del estado de salud asociado a las ECNT, y en la utilización y acceso a los servicios de salud. Sin embargo, no se ha medido la contribución de las diversas variables consideradas a esas desigualdades, lo cual deberá retomarse en otros trabajos con técnicas específicas tales como índices de concentración.

Con relación a los hallazgos, se ha constatado que la posición socioeconómica y de género, producen desigualdades en la probabilidad de ser diagnosticado con alguna ECNT, cuando se controlan factores como la edad, las condiciones materiales de vida, la utilización y el acceso a servicios de salud, la cobertura o los problemas de acceso. Los resultados obtenidos son contundentes con respecto a que las mujeres y las personas de nivel socioeconómico bajo, constituyen grupos sociales en desventaja que experimentan de manera sistemática peores resultados en salud, entre ellos, mayor probabilidad de ser diagnosticados con una ECNT.

También se ha planteado que la utilización de servicios de salud, y especialmente la accesibilidad a los mismos, es un determinante que intermedia entre las desigualdades estructurales y las desigualdades en salud. En este sentido, se ha observado una correlación significativa entre la utilización y acceso de servicios y el diagnóstico de ECNT.

A su vez, los resultados muestran que la cobertura de salud no está correlacionada con la probabilidad de diagnosticar una ECNT, salvo para los varones, donde es positiva y significativa.

También se han evidenciado inequidades en el acceso, que perjudican principalmente a las mujeres y las personas en peor situación socioeconómica. Al mismo tiempo, se constata la contradicción de que, si bien las mujeres utilizan más los servicios de salud que los varones, son quienes tienen más probabilidad de no acceder a uno cuando lo necesitan o les ha sido indicado por profesionales de la salud.

Por otra parte, las diferencias en la utilización han puesto en evidencia patrones diferenciales de uso de los servicios, que permiten afirmar la existencia de pautas de cuidado médico asociadas a concepciones de la salud y su cuidado, que varían entre los diferentes grupos sociales considerados. En este sentido, el análisis de los motivos de consulta médica ha abonado a esta hipótesis, evidenciando que las mujeres y las personas de mayores ingresos tienen pautas principalmente “preventivas”, en tanto que los varones y las personas de bajos ingresos tienen pautas principalmente “curativas”.

Esta constatación ha llevado a poner el foco en las representaciones sociales del cuerpo, así como también de la enfermedad, y las diferentes formas que asume en función de la posición social de las personas, en términos socioeconómicos y de género.

Varios autores han considerado la construcción social de las formas en que las personas vivimos nuestro cuerpo. Los estudios del cuerpo se han convertido en un campo específico de estudio de la antropología desde hace mucho tiempo, en tanto que en la sociología ha sido escasamente abordado, hasta hace pocos años en que se ha consolidado como objeto de estudio.

Los trabajos de Le Bretón señalan que, a través de las representaciones sociales las sociedades asignan una posición determinada al cuerpo dentro del simbolismo general. Al mismo tiempo, esas representaciones permiten que los individuos puedan comprender su cuerpo, darle un sentido a su biología, y conocer su posición en la naturaleza y en la sociedad.

El cuerpo es una construcción simbólica, y como tal, su representación varía – hasta el límite de la contradicción- de una sociedad a otra y en el tiempo.

A su vez, el género también es un elemento que genera especificidades en las representaciones sociales del cuerpo, en este caso, las diferencias emergen en función del sexo de las personas. En la medida que el cuerpo es “el instrumento de nuestro asidero en el mundo” al decir de Beauvoir, las diferencias biológicas entre varones y mujeres son fundamentales para comprender su situación de subordinación porque son aquellas características biológicas propias de los varones y de las que las mujeres carecen, las que se convierten en socialmente valoradas. Por tanto, la vivencia del cuerpo está en la base de las relaciones de género como construcción social. Es así que el cuidado del cuerpo y, en consecuencia, el cuidado médico del cuerpo, se asocia principalmente a lo que hegemónicamente se considera femenino, y menos a lo considerado masculino.

En síntesis, se ha acumulado evidencia que permite avanzar tres consideraciones fundamentales, primero, se robustece la hipótesis que existen representaciones sociales de la salud y que varían en función de la posición socioeconómica y el género. Segundo, se constatan diferencias asociadas a estas dos dimensiones que moldean diferentes pautas del cuidado de la salud, siendo la prevención una práctica más extendida entre las mujeres y las personas de mayor nivel educativo. Tercero, se pone de manifiesto otra dimensión de las desigualdades sociales más subjetiva, que a su vez determina ciertas conductas y hábitos de los sujetos, en este caso, con relación al cuidado de su salud.

Esta dimensión de la desigualdad no es menos importante que en lo que refiere a sus potenciales efectos sobre la salud. Aunque los varones presentan una prevalencia menor de diagnóstico de ECNT, las pautas de cuidado poco saludables, los hacen más vulnerables a ellas y otras enfermedades. Esto impone la cuestión acerca de en qué medida un mayor contacto y un uso más preventivo de los servicios y prestaciones de salud, podrían mejorar los resultados de salud de los varones. En el mismo sentido, cabe preguntarse si la mayor vulnerabilidad a enfermar de los grupos socioeconómicos en desventaja no sería menor si tuviesen pautas de cuidado más saludables y orientadas a la prevención.

Al mismo tiempo, esta perspectiva del problema tiene importantes connotaciones teóricas en la medida que remite a una discusión histórica en la teoría sociológica. La cuestión es en qué medida y con qué mecanismos, la estructura social –en este caso reducida a dos dimensiones, las clases sociales y el sistema de género- es capaz de determinar el comportamiento de los individuos; y viceversa, de qué manera la acción individual genera, sostiene, reproduce, a la estructura social.

A la luz de los resultados analizados, se puede arribar a conclusiones coherentes con las posiciones de síntesis, resaltando que supone los sujetos tienen capacidad de actuar sobre su salud, pero esa capacidad está delimitada por las posibilidades intrínsecas a su posición en la estructura social.

Como se ha dicho, los resultados obtenidos con relación a esta dimensión, que pretende relacionar las pautas de cuidado médico con el complejo proceso de constitución de las representaciones sociales de la salud, son los más parciales de toda la investigación, dejando abierta una línea de trabajo muy prometedora y por demás pertinente desde el punto de vista científico y social. Ha quedado planteado un problema de investigación que deberá ser retomado con un marco metodológico cualitativo que permita una aproximación profunda a las representaciones sociales de la salud y su cuidado.

Aquí se ha profundizado solamente en la utilización y accesibilidad a servicios de salud, como un determinante intermedio, sin embargo, la literatura y diversos antecedentes, señalan varios más. Vinculados a las ECNT, los hábitos de vida de las personas, tales como el consumo de sustancias, la alimentación, la actividad física; y las condiciones de trabajo, tales como la carga horaria, el tipo de trabajo, el estrés laboral, entre otros. La ENS no dispone de información para ahondar exhaustivamente en todas estas dimensiones, pero más allá de eso, profundizar en el sistema de salud como un determinante en sí mismo de los resultados sanitarios, es un enfoque novedoso y de gran relevancia para la definición de políticas públicas en salud.

Futuras investigaciones deberán profundizar en la dimensión de los hábitos y estilos de vida de las personas, dar cuenta de los factores determinantes sociales propios de los mismos, y su relación con la probabilidad de sufrir ECNT. Los hábitos de vida están atravesados por factores sociales como la edad, el género, el nivel educativo y socioeconómico, el lugar de residencia y las condiciones materiales de vida propias del mismo, las condiciones de trabajo, entre otros.

Por tanto, serán más o menos saludables en función de las posibilidades intrínsecas a la posición social de los individuos (en sentido amplio, de clase, de género, étnica, geográfica). Este trabajo ofrece un marco conceptual sólido para su abordaje.

Por lo demás, corresponde destacar que los diferentes niveles de los determinantes sociales de la salud, de lo estructural a lo subjetivo, dan cuenta de que las desigualdades en salud requieren un abordaje multinivel, con diseños metodológicas que incorporen diferentes estrategias cuantitativas y cualitativas.

A modo de síntesis, puede decirse que las desigualdades en el acceso a los servicios y prestaciones de salud son fundamentales para explicar las desigualdades socioeconómicas y de género en el diagnóstico de las ECNT. Sin embargo, son apenas la punta del iceberg que supone este fenómeno, cuyas causas más profundas deben buscarse en los sistemas de estratificación y diferenciación social, donde se configuran las distintas divisiones sociales con su correspondiente distribución desigual de poder, prestigio y acceso a recursos. Es decir, donde se gestan las desigualdades sociales estructurales que, a su vez, producirán desigualdades en los resultados de salud.

Poniendo el foco en las políticas públicas, es necesario señalar la necesidad de avanzar en una política integral de salud pública orientadas a reducir las desigualdades sociales en salud. De acuerdo con Borrell et al. (2008) estas políticas tienen diferentes puntos de entrada en función del nivel de los determinantes sociales que la producen. En el nivel más macro, donde operan los determinantes estructurales, son necesarias políticas sociales que promuevan el bienestar y la protección social; políticas macroeconómicas orientadas a mitigar la pobreza y disminuir las desigualdades de ingreso; también políticas de mercado de trabajo contra la precariedad laboral y las condiciones de trabajo dañinas para la salud.

En el nivel de los determinantes intermedios, se destacan tres ámbitos de acción posibles: el de las condiciones materiales de vida y factores psicosociales, con políticas que mejoren las condiciones de vida y trabajo, la exposición a riesgos físicos del entorno o el barrio de residencia. El ámbito de los factores conductuales y estilos de vida, con políticas del estilo aumento del precio del tabaco y el alcohol, disponibilidad de equipamiento público para la realización de actividad física, mejora en el acceso a alimentos saludables, controlando precios, entre otras.

Y finalmente, en relación con el ámbito correspondiente al sistema de salud, es necesario profundizar los avances que el país ha realizado en la última década en el camino hacia la cobertura universal de salud. De acuerdo con Monteiro de Andrade et al. (2015) la cobertura universal de salud es un instrumento fundamental para mitigar las desigualdades en salud porque implica acceso universal para todas las personas que necesitan servicios de salud de calidad, sin el riesgo de empobrecerse a causa de usar dichos servicios.

Sin embargo, es fundamental que el sistema de salud no se agote en la provisión de cobertura. Retomando algunos de los principios para la acción sobre las desigualdades en salud propuestos por Whitehead y Dalghren (2006), resulta especialmente pertinente la recomendación de que “las intervenciones en salud pública dirigidas a disminuir las desigualdades en salud han de ser necesariamente multisectoriales”. En este marco “el papel del sector sanitario no es tanto actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo y convencer a otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las de las desigualdades sociales”.

En este mismo sentido, Monteiro de Andrade et al. (2015) señalan que las intervenciones del sector salud por sí solas no son suficientes para mejorar la salud de la población y el bienestar social, sino que son necesarias políticas y acciones a nivel económico, educativo, de transporte, vivienda y urbanismo, agricultura, entre otros, articuladas de tal manera que puedan mejorar efectivamente los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, el sector de la salud debe cumplir un rol de liderazgo que permita “catalizar” acciones intersectoriales dirigidas a abordar las disparidades en los determinantes sociales de la salud, mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J. C. (2001). Prácticas sociales y representaciones. *México: Coyoacán*.
- Aguirre, R. (1998). Sociología y Género: las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha. Capítulo I: Género una dimensión olvidada. Ed. Doble Clic. Universidad de la República – CSIC – Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.
- Alawan, A. (2010). Global status report on non communicable diseases. OMS. Recogido de : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. Acceso: 01-09-2017
- Alemán, A.. (2015). Estudio de carga global de enfermedad. Ministerio de Salud Pública. Recogido de: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estudio-carga-global-de-enfermedad>. Acceso: 01-09-2017.
- Anderson, J. (2006). Sistemas de género y procesos de cambio. En: Batthyány, K. .Género y desarrollo. Una propuesta de formación. FCS-UDELAR, Doble clic, Ed. Montevideo.
- Balsa, A., Ferrés, D., Rossi, M., Triunfo, P. (2009). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios del adulto mayor montevideano. *Estudios Económicos*, 35-88.
- Batthyany, K. (2004). Cuidado Infantil y trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino?. Montevideo, Cinterfor-OIT.
- Beauvoir, S. D. (1989). El segundo sexo (No. 305.4 B4Y).
- Black, S. D. (1982). Inequalities in health: the Black report.
- Borrell, C., García-Calvente, M. D. M., Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18(4), 02-06.
- Borrell, C., Artazcoz, L. (2008a). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Borrell, C., Artazcoz, L. (2008b). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Ed. Anagrama. Barcelona. Prologo (p. 7- 11) y Capítulo I: Una imagen aumentada. (p. 17 -67).
- Castro, R. (2011). Teoría social y salud. In *Salud Colectiva*. Lugar.
- CDSS-OMS (2007). A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health.

- CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina. y el Caribe 2015. Santiago, 2016.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017). The Social Determinants of Chronic Disease.
- David, L. B. (2002). Antropología del cuerpo y modernidad. *Buenos Aires, Nueva Visión*.
- De Andrade, L. O. M., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., ... & Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*, 385(9975), 1343-1351.
- DeVon, H.A., Ryan, C.J., Ochs, A.L., Shapiro, M. (2008). Symptoms Across the Continuum of Acute Coronary Syndromes: Differences Between Women and Men. *American Journal of Critical Care*. 17(1):14-24.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. *Challenging inequities in health: From ethics to action*, 13-23.
- Erickson, R., Goldthorpe, J., & Portocarrero, L. (1979). Intergenerational class mobility in three western European societies. *British Journal of Sociology*, 30(4), 415-441.
- Eslava, J. C. (2002). Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 1-12.
- Figueiredo, JA (2011) Clase social e desigualdade da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol 25 N° 75.
- Fraser, N. (1997). ¿ De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época ‘postsocialista’” y “Multiculturalismo, antiesencialismo y democracia radical. Una genealogía del impasse actual en la teoría feminista”. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición ‘postsocialista’*. Siglo del Hombre editores, Bogotá.
- Gómez, Elsa (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública* vol.11 n.5-6 Washington.
- Goldthorpe, J. H., Halsey, A. H., Heath, A. F., Ridge, J. M., Bloom, L., & Jones, F. L. (1982). Social mobility and class structure in modern Britain.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political economy*, 80(2), 223-255.

Grusky, David (1994) The contours of social stratification. Stanford University. Recogido de:

http://inequality.stanford.edu/grusky/article_files/contours_social_stratification.pdf.

Acceso: 01-09-2017

Hirmas Aduay M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.

Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C., Ahlbom, A., Group, S. S. G. S. S., & Hospital, K. (1998). Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Social science & medicine*, 46(11), 1405-1415.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health care of Canadians: A working document. *Ottawa, ON: Government of Canada*.

Li, Y., Wu, Q., Xu, L., Legge, D., Hao, Y., Gao, L., ... & Wan, G. (2012). Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(9), 664-671.

Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhouf, F., Geurts, J. J., & EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The lancet*, 349(9066), 1655-1659.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

Martínez, R. C., & Alvarez, C. D. L. C. H. (2016). Relación entre el gasto catastrófico en salud y la ausencia de derechohabencia de las personas de la tercera edad en Tzintzuntzan, Michoacán. *Economía y Sociedad*, (24).

Mendoza-Sassi, R. A., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.

- MSP, Informe de la primera Encuesta de Factores de Riesgo, 2008. Recogido de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf
Acceso: 01-09-2017.
- OMS (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.
- OMS. Organización Mundial de la Salud^ dComisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Recogido de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html. Acceso: 01-09-2017.
- Salleras Sanmartí. L. (1986) Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Díaz de Santos.
- Palomino, et. al (2014) LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewArticle/587>. Acceso: 01-09-2017.
- Pagano, J. P., Rossi, M., & Triunfo, P. (2009). Obesidad e hipertensión en los adultos mayores uruguayos. *Desarrollo y Sociedad*, (64).
- Rossi, I., Tellechea, F., Tramontin, F., & Triunfo, P. (2007). El estado de salud de los uruguayos. *Estudios de economía*, 34(1), 73-96.
- Saltzman, J. (1992). Equidad y género: una teoría integrada de estabilidad y cambio (Vol. 8). Universitat de València.
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud.
- Scott, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *The American historical review*, 91(5), 1053-1075.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
- Sen, A. (2002). ¿ Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de salud pública*, 11(5-6), 302-309.
- Soley-Beltran, P. (2007). Una introducción a la sociología del cuerpo. *Cuerpo e Identidad I: Estudios de género y sexualidad*, 1.

- Tarlov A. (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D. Routledge. London.
- Tenenbaum, M.(2015) “Determinantes socio-territoriales de la mortalidad en Uruguay, 1997-2013”. Tesina Máster en Estudios Territoriales y de la población”. Departamento de Geografía. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autónoma de Barcelona. Recogido de: <http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/publicaciones/>. Acceso: 01-09-2017.
- Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*, 89.
- Verbrugge, L. M. (1990). Pathways of health and death. Women, health and medicine in America. New York: Garland Publishing, 62.
- Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la Salud*, 12.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2008). Social determinants of health: the solid facts. 2003. *World Health Organization: Copenhagen, DK*.
- Wright, E. O. (1979). *Class structure and income determination* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Wright, E. O. (1992). Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases. *Zona abierta*, (59/60), 17-126.
- Wright, E. O. (1997). *Class counts: Comparative studies in class analysis*. Cambridge University Press.

ANEXOS

1. Anexo 1

A continuación, se desarrollan aspectos técnicos de la ENS, que han sido extraídos del informe del MSP (2017) elaborado por el equipo técnico que coordinó la Encuesta⁹.

Las unidades de análisis de la ENS son las personas residentes en hogares pertenecientes a las localidades del país con al menos 5.000 habitantes en el área urbana. Las localidades que cumplen estas características constituyen el marco muestral de la encuesta; 74 en todo el país, incluyendo Montevideo. Estas localidades fueron clasificadas según tres atributos –región geográfica, tamaño y accesibilidad a servicios–, en función de los cuales se obtuvo un total de 16 estratos.

El diseño muestral es aleatorio, estratificado y multietápico (cuatro etapas en el Interior y tres en Montevideo). La primera etapa de selección, en el caso del Interior del país, fue de localidades, en la segunda se seleccionaron zonas censales, en la tercera viviendas y, en la cuarta y última etapa, una persona dentro del hogar. En los casos con viviendas con múltiples hogares, se entrevistó solo un hogar. En Montevideo se seleccionaron zonas censales, viviendas particulares ocupadas y luego personas.

La primera etapa del muestreo, en que se seleccionaron las localidades (muestra de localidades) corresponde solamente a los casos del Interior del país. Se obtuvieron 22 localidades de las 73 incluidas en el marco bajo un diseño estratificado sistemático con probabilidad proporcional a la cantidad de viviendas ocupadas en la localidad. Al acordar la importancia de tener información representativa de las localidades pequeñas (de entre 5.000 y 10.000 habitantes) y debido a que por el diseño probabilístico de la muestra era muy poco probable que alguna localidad de menos de 10.000 habitantes resultara elegida, se optó por sobrerrepresentar este tipo de localidades. De esta manera, se obtuvo un total de 10 localidades de estas características sobre un total de 23 que componen la muestra final.

En la segunda etapa se seleccionaron las zonas (muestra de zonas). Se decidió asignar la cantidad de casos por localidad que se presenta en el cuadro, haciendo una selección de cinco viviendas por zona. Las zonas fueron escogidas con probabilidad proporcional al tamaño, medido en cantidad de viviendas particulares ocupadas.

⁹ Para más detalles se sugiere visitar la ficha técnica publicada por el MSP: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf.

La tercera etapa consistió en la selección de las viviendas (muestra de viviendas). Dentro de las zonas escogidas las viviendas se eligieron con un diseño simple. La muestra teórica quedó definida en 5.041 casos distribuidos en las 23 localidades sorteadas, como lo muestra la tabla 1. La selección de la muestra se llevó a cabo en el local del INE, previa firma de un acuerdo de confidencialidad con la institución.

En la cuarta y última etapa se seleccionaron los individuos (muestra de individuos). Una vez en la vivienda, luego de realizado el cuestionario correspondiente al hogar, se eligió aleatoriamente una persona para responder la encuesta (no se incluyeron los menores de 1 año). La selección se realizó bajo un diseño simple a través de un programa informático y aplicado a partir del dispositivo electrónico de relevamiento.

La técnica de recolección de datos es una encuesta en modalidad “cara a cara”, recabando la información en formato electrónico. La información fue recabada mediante dos cuestionarios en formato electrónico: un cuestionario que indaga acerca de las características generales del hogar seleccionado, así como de su gasto en salud (para esta parte se solicitó un informante calificado del hogar) y otro cuestionario individual (que presenta dos variantes, según se trate de una persona mayor o menor de 14 años de edad) que indaga acerca del estado de salud, hábitos, gasto en salud, etc. de una persona mayor de 1 año aleatoriamente seleccionada dentro del hogar. Por lo tanto, las unidades de relevamiento fueron dos: un mayor de 18 años con conocimiento del hogar que respondió por este y todos sus integrantes en lo relativo al hogar (composición, características de la vivienda, ingresos y gasto en salud, entre otros); y un miembro del hogar elegido aleatoriamente a quien se le aplicó el formulario de salud y gasto individual que correspondiese en función de su edad. En caso de que la persona sorteada fuera menor a 14 años, el cuestionario debía ser respondido por una persona mayor a cargo.

Con relación al trabajo de campo, se desarrolló en dos fases: la Fase 1 se realizó entre abril y junio de 2014, y la Fase 2 desde fines de agosto hasta el 20 de noviembre del mismo año. La suspensión durante los meses de julio y agosto obedeció a que, al tratarse de meses de alta prevalencia de enfermedades, más que nada respiratorias, los datos allí recabados podían ocasionar algún sesgo en los indicadores relevados. En total se realizaron 4.110 encuestas completas, alcanzando una tasa de respuesta de 81,8% del total de la muestra. Además, las tasas de respuestas fueron relativamente homogéneas en los diferentes estratos y, dentro de las regiones, entre los diferentes niveles socioeconómicos.

Cabe señalar que previo a la realización del trabajo de campo se aplicaron entrevistas cognitivas a un reducido número de personas, con el objetivo de testear si el

esfuerzo de memoria que debían hacer los encuestados era adecuado y cómo resultaba la aplicación del 11 cuestionario. Posteriormente, se realizó una encuesta piloto aplicada sobre una muestra de 100 casos en Montevideo con el fin de testear no solo el cuestionario sino también el dispositivo utilizado para el relevamiento.

Con respecto a los ponderadores de la muestra se construyeron en tres etapas: primero se calcularon las probabilidades de inclusión originales del diseño muestral, luego se ajustaron por no respuesta y, finalmente, se calibraron según variables poblacionales de interés. Probabilidades de selección originales Para el cálculo de la probabilidad de selección de las viviendas se asume que todas las viviendas se encuentran habitadas por un único hogar. El porcentaje de viviendas con hogares múltiples, que no sean colectivos, es aproximadamente de un 2%, lo que valida el supuesto.

$$\pi_v = \pi_l * \pi_z * \frac{5}{VPO_z}$$

Dónde:

π_v : es la probabilidad de selección de la vivienda.

π_l : es la probabilidad de selección de la localidad.

π_z : es la probabilidad de selección de la zona censal.

VPO_z : es la cantidad de viviendas particulares ocupadas en la zona z.

En el caso de Montevideo $\pi_l = 1$.

El ponderador del hogar se obtiene como el inverso de su probabilidad de inclusión.

La *probabilidad de selección de las personas* se calcula como:

$$\pi_p = \pi_v * \frac{1}{TOT_v}$$

Dónde:

π_v : es la probabilidad de selección de la vivienda.

TOT_v : es la cantidad de personas en el hogar sin incluir los menores de un año.

El ponderador de la persona se obtiene como el inverso de su probabilidad de inclusión.

El ajuste de los ponderadores de las viviendas motivado por la No Respuesta de los mismos, se realiza a nivel de estrato, y se calcula como:

$$A_h = \frac{\text{Cantidad de viviendas particulares ocupadas en el estrato } h \text{ efectivamente encuestadas}}{\text{Cantidad de viviendas seleccionadas en el estrato } h}$$

También se procedió a calibrar la muestra, es decir, ajustarla para que reproduzca totales poblacionales conocidos. En el caso de los hogares se ajustan para que reproduzcan el total de viviendas por región, y en el caso de las personas reproducen los totales del censo 2011 por región, sexo y tramo de edad.

2. Anexo 2- R² ajustado para los modelos especificados

	Modelo 1	Modelo 2 (Varones)	Modelo 3 (Mujeres)
Tabla 3- Probabilidades de sufrir una ECNT	0.152	0.140	0.165
Tabla 5- Probabilidad de utilizar servicios y prestaciones de salud	0.147	0.122	0.160
Tabla 6- Probabilidades de no acceder a un servicio de salud.	0.098	0.082	0.109
Tabla 8- Probabilidad de consulta por motivo de control de rutina o similares, controlando por ingresos	0.087	0.121	0.069
Tabla 9- Probabilidad de consulta por motivo de control de rutina o similares, controlando por educación	0.079	0.127	0.065
	Modelo 1 (controlando por ingreso)	Modelo 2 (Controlando por educación)	
Tabla 10- Probabilidad de realizarse el Papanicolau	0.400	0.398	
Tabla 10- Probabilidad de realizarse el examen de próstata	0.232	0.226	

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud, MSP, 2014.