



**Ministerio
de SALUD**



**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
URUGUAY**

Primeros resultados

**Diciembre de 2016
Área Economía de la Salud**

Prólogo

Tomar decisiones informadas y basadas en evidencia científica es, no sólo una necesidad, sino un compromiso que los organismos públicos y los decisores debemos asumir ante la ciudadanía. En este contexto es que resulta fundamental la producción sistemática de información oportuna y de calidad para la implementación de las políticas públicas. La Encuesta Nacional de Salud desarrollada por el Ministerio de Salud Pública es un esfuerzo muy importante en este sentido.

La profundidad de los cambios producidos en el sistema de salud uruguayo a partir de 2008, en el marco de las transformaciones que la matriz de protección social atravesó en la última década, tuvieron impactos incuestionables en la salud de la población, una evaluación rigurosa de los resultados puede abordarse con instrumentos como la Encuesta Nacional de Salud.

La información que brinda la Encuesta Nacional de Salud se torna de gran oportunidad en el marco de los Objetivos Sanitarios que el Ministerio de Salud Pública se ha propuesto alcanzar en 2020, en tanto arroja luz sobre distintas dimensiones de la salud de la población uruguayo que son materia de política pública en varios niveles. Los resultados aquí recogidos permiten un conocimiento más preciso de los procesos asistenciales, especialmente en lo que refiere a acceso y utilización de servicios de salud y, a su vez, dan cuenta de las desigualdades en el estado de salud y en la asistencia sanitaria debidas a factores sociales determinantes de la salud. Esta información permite un conocimiento más profundo sobre las necesidades de la población y se ubica, entonces, como sustento de la política sanitaria, generando asimismo oportunidades para profundizar en alguno de los temas identificados como necesarios para la toma de decisiones. Nuevos trabajos de investigación desde la rectoría del sector se incorporan a la agenda de la profundización de la reforma sanitaria.

Dr. Jorge Basso Garrido
Ministro de Salud Pública

Contenido

I.	Introducción	5
II.	Aspectos metodológicos de la Encuesta Nacional de Salud	7
a.	Diseño muestral	7
b.	Instrumento de relevamiento	10
c.	Trabajo de campo.....	10
d.	Cálculo de ponderadores	11
Probabilidades de selección originales	11	
Ajuste por no respuesta	12	
Calibración de la muestra.....	12	
e.	Limitaciones de la información relevada	12
Ingresos de los hogares relevados en la ENS	12	
III.	Perfiles sociodemográfico y epidemiológico de la población estudiada	14
a.	Perfil sociodemográfico.....	14
b.	Perfil epidemiológico	19
IV.	Utilización y acceso a los servicios de salud.....	24
a.	Utilización de servicios y prestaciones y barreras para el acceso.....	24
b.	Estado de salud, utilización y acceso a los servicios	34
c.	Tiempos de espera	36
V.	Conclusiones.....	40
a.	Algunas reflexiones	40
Qué implica disponer de esta fuente de información.....	40	
Lecciones aprendidas en el desarrollo del proyecto.....	40	
b.	Principales resultados	42
Perfil sociodemográfico y epidemiológico	42	
Utilización, acceso a los servicios de salud y estado de salud	42	
c.	Futuras líneas de análisis.....	43

Tablas

Tabla 1. Tamaño de muestra de zonas según localidad	
Tabla 2. Distribución por edad y sexo de la población en los hogares encuestados	15
Tabla 3. Distribución por edad y sexo de la población sorteada	15
Tabla 4. Cantidad de personas en el hogar (en % del total de hogares)	16
Tabla 5. Nivel educativo del jefe de hogar (en % del total de hogares)	16
Tabla 6. Ascendencia (% población)	17
Tabla 7. Ascendencia única (% sobre el total de la población)	17
Tabla 8. Cobertura de salud	17
Tabla 9. Cobertura (con coberturas parciales depuradas)	18
Tabla 10. Cobertura de salud por regiones	19
Tabla 11. Autopercepción general de la salud	20
Tabla 12. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses	20
Tabla 13. Autopercepción general de la salud por sexo	19
Tabla 14. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses por sexo	19
Tabla 15. Autopercepción general de la salud por región	20
Tabla 16. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses por región	20
Tabla 17. Autopercepción general de la salud por cobertura	21
Tabla 18. Percepción estado de salud últimos 12 meses por cobertura	21
Tabla 19. Presencia de diagnóstico de enfermedades y existencia de limitaciones	22
Tabla 20. Presencia de limitaciones y enfermedades en Montevideo y el Interior	23
Tabla 21. Presencia de limitaciones y enfermedades según tipo de cobertura	23
Tabla 22. Presencia de limitaciones y enfermedades según sexo	24
Tabla 23. Utilización de las prestaciones y servicios	25
Tabla 24. Cantidad de consultas y personas que consultaron	26
Tabla 25. Motivos de consulta por tipo de cobertura	29
Tabla 26. Motivos de consulta por sexo	29
Tabla 27. Motivos de consulta por región	30
Tabla 28. Motivos relacionados a los problemas de acceso (en %).	
Tabla 29. Utilización de consultas médicas ante la presencia de enfermedad	34
Tabla 30. Utilización de medicamentos ante la presencia de enfermedad	34
Tabla 31. Utilización de artefactos ante la presencia de limitaciones/discapacidad	35
Tabla 32. Problemas de acceso (prestaciones en general)	35
Tabla 33. Utilización de artefactos terapéuticos	¡Error! Marcador no definido.

Gráficos

Gráfico 1. Personas que enfrentaron problemas de acceso (en %)	31
Gráfico 2. Problemas de acceso según sexo, ascendencia, región y prestador	33
Gráfico 3. Motivo de la última consulta realizada	28
Gráfico 4. Tiempos de espera para consultas médicas según especialidades	37
Gráfico 5. Tiempos de espera para consultas médicas básicas y no quirúrgicas, según prestador, región y sexo	38

Siglas

AES - Área Economía de la Salud

ASSE - Administración de Servicios de Salud del Estado

BIRF - Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

BPS - Banco de Previsión Social

ECH - Encuesta Continua de Hogares

ELPS - Encuesta Longitudinal de Protección Social

EMB - Especialidad médica básica

EMNoQ - Especialidad médica no quirúrgica

EMQ - Especialidad médica quirúrgica

ENCT - Enfermedades crónicas no transmisibles

ENFR - Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo

ENGHI - Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares

ENS - Encuesta Nacional de Salud

IAMC - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

INE - Instituto Nacional de Estadística

MSP - Ministerio de Salud Pública

PPENT - Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

SINADI - Sistema Nacional de Información

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

I. Introducción

Durante el año 2014 se realizó en Uruguay el relevamiento de los datos de la 1ª Encuesta Nacional de Salud (ENS). La ENS estuvo a cargo del Área Economía de la Salud (AES) del Ministerio de Salud Pública (MSP) y se realizó en el marco del Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PPENT) con financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

Inicialmente, la encuesta estuvo motivada por la necesidad de medir el gasto en salud con más precisión y mayor detalle que lo que permiten otras fuentes disponibles y que, a su vez, fuera posible relacionarlo con otras dimensiones de la salud de las personas, como: la existencia de enfermedades, los hábitos de vida, el acceso y la utilización de los diferentes servicios y prestaciones del sistema de salud. La posibilidad de establecer relaciones entre estas dimensiones permite obtener un panorama integral de la situación de salud de la población uruguaya inédito debido a su grado de exhaustividad.

La experiencia internacional muestra que la medición del gasto en salud requiere de estudios específicos para que sea precisa. La Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2006 es una de las principales fuentes de información en nuestro país sobre el gasto de los hogares en diversos rubros, entre ellos, el gasto en salud. Sin embargo, aunque muy valiosa, resulta insuficiente, en tanto se trata de una encuesta general sobre el gasto de los hogares y, por este motivo, no indaga sobre variables que den cuenta de las necesidades de las personas de utilizar los servicios de salud. En este sentido, la ENS permite obtener por primera vez un perfil sociosanitario bastante acabado de la población uruguaya con el que aproximarse a la “necesidad de gasto en salud” de las personas y los hogares.

Las encuestas de estas características son un instrumento ampliamente utilizado hace varios años en países desarrollados, tales como Estados Unidos (encuesta NANHES, desde 1971), Suiza (SOMIPOPS, desde 1981), España (ENS, desde 1987) y Canadá (NPHS, desde 1992). A su vez, su probada utilidad ha extendido esta práctica a algunos países latinoamericanos, como Chile (ENS, a partir de 2003), Argentina (ENNyS, desde 2004), Honduras (ENDESA, desde 2005) y México (ENSANUT, desde 2006).

A nivel nacional, la ENS se desarrolla en el marco de una importante producción de información sobre salud. Por destacar los estudios más significativos, en 2014 el MSP llevó a cabo la segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo (ENFR), y entre el presente año y 2014 se llevó a cabo la primera Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS), a cargo del Banco de Previsión Social (BPS), encuesta que incluyó el relevamiento de diversas variables sobre salud (cobertura y estado de salud).

La ENS se suma a estas iniciativas con el fin de brindar un insumo para la toma de decisiones vinculadas al diseño de política y programación en salud y de aportar información para la evaluación de políticas adoptadas previamente. En un contexto de reforma del sistema de salud, y en el que actualmente el MSP está avanzando en la definición de objetivos sanitarios, un insumo de estas características es de gran utilidad.

En última instancia, se pretende aportar a mejorar la eficacia de las políticas de salud pública, así como poner en evidencia aquellas problemáticas que deben ser abordadas con nuevas estrategias por parte del sistema de salud, incluidas aquellas que puedan requerir de acciones de carácter intersectorial.

La ENS se basó en un diseño muestral probabilístico y tuvo como marco muestral el Censo de 2011 del INE. Es una encuesta representativa de todas las localidades urbanas de 5.000 habitantes o más, con nivel de desagregación regional¹.

La información fue recabada mediante dos cuestionarios en formato electrónico. En primer lugar, se aplicó un cuestionario relativo al hogar que indaga acerca de sus características generales, así como sobre su gasto en salud (para esta parte se entrevistó a un informante calificado del hogar). Un segundo cuestionario individual (que presentó dos variantes, según se tratase de una persona mayor o menor de 14 años de edad) indaga acerca del estado de salud, los hábitos, el gasto en salud, entre otras variables, de una persona mayor de un año, seleccionada aleatoriamente dentro del hogar.

En lo que sigue, se presentará en primer lugar la ficha metodológica de la ENS y luego una selección de indicadores descriptivos vinculados básicamente a cobertura de salud, utilización de los servicios y accesibilidad. Este informe pretende dar a conocer estos primeros resultados sin ingresar en el análisis del gasto de salud para el que se realizará en los próximos meses un informe específico.

Finalmente, se concluye acerca de los desafíos que implicó el desarrollo de la ENS, se presentan futuras líneas de análisis y se trazan de manera muy somera y general algunas recomendaciones de política.

Si bien este informe no tiene fines analíticos, se buscará interpretar los indicadores a la luz del concepto de equidad, por lo cual se identificarán diferencias que se puedan asociar a desigualdades sociales, ensayando posibles explicaciones a partir del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.

¹ Se definen cuatro regiones: **Norte** (Artigas, Rivera, Salto, Paysandú y Tacuarembó), **Oeste** (Río Negro, Soriano, Colonia, Durazno, Florida, Flores y San José (sin Ciudad del Plata), **Este** (Cerro Largo, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha y Maldonado) y **Sur** (Montevideo, Canelones y Ciudad del Plata).

II. Aspectos metodológicos de la Encuesta Nacional de Salud

En este apartado se presenta una serie de aspectos metodológicos vinculados a la ENS, que involucran diferentes momentos del desarrollo del proyecto. En particular, se especifica el diseño muestral utilizado, las principales características del instrumento de relevamiento, algunos resultados de la evaluación del trabajo de campo, la metodología para el cálculo de los ponderadores y, por último, algunas limitaciones encontradas en la información resultante.

Cabe mencionar que, si bien este proyecto estuvo liderado por el equipo de trabajo del Área Economía de la Salud del MSP, a lo largo de las distintas fases se contó con el apoyo y asesoramiento de distintos actores. Es así que el diseño muestral y el sorteo de hogares fue realizado por estadísticos contratados a tales efectos, que acompañaron luego en la supervisión del trabajo de campo y realizaron el cálculo de los ponderadores de la base de datos construida. Por otro lado, a la hora del procesamiento de la información relevada se requirió el apoyo del Banco Mundial para contribuir en la definición de aspectos operativos y metodológicos vinculados a los ingresos y el gasto en salud de los hogares relevados en la ENS.

a. Diseño muestral

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.

Encuesta realizada en 2014 en 23 localidades urbanas de más de 5.000 habitantes. Representatividad regional.

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 zona². Las zonas fueron escogidas con probabilidad proporcional al tamaño, medido en cantidad de viviendas particulares ocupadas. Una vez definidos los tamaños, se confeccionó la muestra de zonas para la encuesta y para la encuesta piloto (100 casos en Montevideo, 20 zonas).

² Los tamaños de muestra asignados originalmente en el pliego de licitación fueron modificados ya que las estadísticas contratadas posteriormente consideraron que para ciertas localidades la cantidad de casos que se proponía realizar era excesiva en relación al total de habitantes.

Tabla 1. Tamaño de muestra de zonas según localidad.

Localidad	Región	Zonas>5	Casos	Zonas
Bella Unión	1	206	148	30
Guichón	1	155	72	14
Rivera	1	882	262	52
Tranqueras	1	173	110	22
Colonia del Sacramento	2	405	150	30
Nueva Palmira	2	255	120	24
Florida	2	473	200	40
Sarandí Grande	2	160	91	18
San José de Mayo	2	529	195	39
Libertad	2	163	115	23
Mercedes	2	532	195	39
Melo	3	775	250	50
José Pedro Varela	3	148	110	22
San Carlos	3	386	209	42
Pinares - Las Delicias	3	215	76	15
Ejido de Treinta y Tres	3	115	105	21
Montevideo	4	9.923	1.765	353
Pando	4	380	216	43
Joaquín Suárez	4	252	118	24
Barros Blancos	4	400	216	43
Progreso	4	121	118	24
Barra de Carrasco	4	71	100	20
Playa Pascual	4	95	100	20

Fuente: elaboración propia.

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 elaborado por la consultora contratada para realizar el trabajo de campo, aprobado por el equipo del MSP y aplicado a partir del dispositivo electrónico de relevamiento.

Cabe mencionar que el equipo de trabajo del MSP se encargó de realizar el reempadronamiento en aquellas localidades que concentraban casos de direcciones inubicables o escasa o nula información de la vivienda para entregar al encuestador, lo que redundó en que el estudio alcanzara una alta tasa de respuesta.

b. Instrumento de relevamiento

El trabajo de campo de la ENS le fue adjudicado al consorcio CPA-Ferrere / Equipos Mori bajo la supervisión del equipo técnico del Área Economía de la Salud del MSP y del PPENT.

La técnica de recolección de datos es una encuesta en modalidad “cara a cara”, recabando la información en formato electrónico. Esto permitió, entre otras cosas, realizar el control de consistencias, de avance del campo y de la calidad de la información casi en tiempo real.

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).
- 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: Cuestionario para menor de 14 años o Cuestionario para personas de 14 años y más. En caso de que la persona sorteada fuera menor a 14 años, el cuestionario debía ser respondido por una persona mayor a cargo.

c. Trabajo de campo

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

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.

El 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.

d. Cálculo de ponderadores

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.

Ajuste por no respuesta

El ajuste de los ponderadores de las viviendas motivado por la no respuesta se realiza a nivel de estrato y se calcula como:

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

Calibración de la muestra

Este ajuste se realiza para que la muestra 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. Los tramos de edad se definen conjuntamente con la contraparte de MSP.

e. Limitaciones de la información relevada

Ingresos de los hogares relevados en la ENS

Los ingresos de los hogares son un elemento central para el análisis que se espera realizar a partir de la ENS básicamente en dos sentidos. En primer lugar, serán utilizados para la construcción de los quintiles de ingresos a los que se recurrirá para el análisis de variables de salud a lo largo de la distribución. Por otro lado, permiten la construcción de algunos indicadores asociados al gasto: el análisis del gasto en salud de los hogares en relación al ingreso y la construcción de indicadores de gasto catastrófico y de empobrecimiento por gasto en salud, indicadores que permiten aproximarse al grado de protección financiera del sistema.

Sin embargo, al momento de contar con la información resultante del estudio se constató que el ingreso per cápita de los hogares de acuerdo a la ENS se encuentra subestimado respecto al ingreso per cápita resultante de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2014. Esta diferencia se percibe a lo largo de toda la distribución.

Existen diferentes explicaciones posibles de esta discrepancia, una de ellas es la exhaustividad con la que se pregunta en una y otra encuesta; si bien se indaga sobre las mismas fuentes de ingreso en ambas encuestas, en la ENS solamente se preguntó a una persona (informante calificado) sobre el ingreso total del hogar y a través de una cantidad mucho menor de preguntas. Esto puede explicar la existencia de una proporción relativamente alta de registros incompletos, es decir, que recogen información parcial sobre los ingresos.

Si bien no se pretende ni corresponde realizar una homologación de los datos de ambas encuestas, sí parece conveniente encontrar una estrategia metodológica que permita acortar la brecha entre los ingresos derivados de la ENS y los que surgen de la ECH elaborada por el INE, que es la referencia oficial.

A estos efectos, se mantuvieron reuniones e intercambios con referentes del INE y del Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración para definir la mejor estrategia que permita minimizar el problema detectado e incluir en los análisis las variables de ingresos. Hay que agregar a esto el trabajo realizado por técnicos del Banco Mundial, que desarrollaron una propuesta de ajuste a las variables de ingreso y gasto relevadas por la ENS. No obstante, no se ha definido aún desde el MSP la estrategia a aplicar, por lo que en el presente informe no se incorpora esta dimensión al análisis, así como tampoco se aborda el análisis del gasto de los hogares que dará lugar a un documento específico.

III. Perfiles sociodemográfico y epidemiológico de la población estudiada

En el presente capítulo se presenta información que permite construir el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población estudiada a través de la ENS.

El capítulo se organiza en dos apartados. En el primero de ellos, se da cuenta de un conjunto de datos relativos a características sociodemográficas de la población relevada y de los hogares que integra. Este tipo de información resulta necesaria como elemento previo a cualquier análisis ulterior referido a utilización, accesibilidad o gasto en salud, dado que en muchos aspectos los resultados de estos últimos están asociados a las características sociodemográficas de las personas y sus hogares. En concreto, se aporta información sobre la composición por edad y sexo de la población relevada, su distribución regional entre Montevideo y el Interior del país, la ascendencia étnica de las personas y su cobertura de salud. Asimismo, se da cuenta de los hogares de acuerdo a la cantidad de personas que habitan en él y del nivel educativo del jefe de hogar.

En el segundo apartado se reúne información sobre el perfil epidemiológico de la población estudiada. Básicamente se releva la existencia de diagnóstico de enfermedades transmisibles y no transmisibles o la presencia de limitaciones y, por último, se presentan los resultados sobre la autopercepción del estado de salud de las personas encuestadas.

a. Perfil sociodemográfico

En el presente apartado daremos cuenta de algunas características básicas de la población relevada. Debe recordarse que el objeto de estudio de la ENS estaba constituido por las personas residentes en hogares pertenecientes a poblaciones urbanas de 5.000 habitantes o más. En este sentido, el 53,56% de la población estudiada reside en el Interior del país, en tanto que el restante 46,44% reside en Montevideo.

La tabla 2 da cuenta de la distribución por edad y sexo de la población perteneciente a los hogares encuestados. El 47,51% de las personas estudiadas son hombres, dentro de los cuales el 11,05% de la población total, algo menos de la cuarta parte, tienen 14 años o menos. El restante 52,49% son mujeres, dentro de las que las de 14 años o menos constituyen el 10,06% de la población total.

Tabla 2. Distribución por edad y sexo de la población en los hogares encuestados.

HOMBRES						
< 1	1 – 4	5 - 14	15 – 19	20 - 44	45 - 64	65 o más
1,09%	2,34%	7,62%	4,06%	15,51%	10,53%	6,36%
MUJERES						
< 1	1 – 4	5 - 14	15 - 19	20 - 44	45 - 64	65 o más
0,59%	2,42%	7,05%	3,93%	17,02%	12,30%	9,17%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

En la tabla 3 se muestra, más específicamente, una estimación de la distribución por edad y sexo de la población a partir de la información de las personas que fueron sorteadas dentro de los hogares para responder el formulario específico de encuesta. Recuérdese que dentro de esta población eran explícitamente excluidos los menores de 1 año.

Tabla 3. Distribución por edad y sexo de la población sorteada.

HOMBRES					
1 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 44	45 - 64	65 o más
2,00	9,10	3,70	14,50	9,60	6,00
MUJERES					
1 – 4	5 - 14	15 - 19	20 - 44	45 - 64	65 o más
2,50	7,40	4,00	19,30	13,30	8,50

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

A continuación se da cuenta de algunas características de los hogares en los que reside la población evaluada. En particular, la tabla 4 muestra la distribución porcentual de los hogares de acuerdo al número de sus integrantes. Como puede observarse, algo menos de la cuarta parte de los hogares tiene un único integrante. Este porcentaje es mayor en Montevideo que en el Interior del país. Por oposición, el porcentaje de

- **53,6% de la población estudiada reside en el Interior.**
- **52,49% son mujeres.**
- **Jefes de hogar: más del 38% con nivel educativo inferior o igual a primaria completa; 20% alcanzó nivel terciario.**
- **Más de 6% se autoasigna más de una ascendencia.**
- **La amplísima mayoría de la población considera tener ascendencia blanca (79%), seguida por la ascendencia afro (7,37%).**

hogares con más de 5 integrantes es superior al promedio del país en el Interior e inferior al promedio en la capital. La cantidad de personas en promedio, por hogar, en la población relevada es de 2,78.

Tabla 4. Cantidad de personas en el hogar (en % del total de hogares).

Nº personas	% hogares Interior	% hogares Montevideo	% hogares Total
1	19,6%	26,2%	22,8%
2	27,8%	27,2%	27,5%
3	21,3%	21,0%	21,1%
4	17,8%	14,5%	16,2%
5	7,7%	6,5%	7,1%
6 o más	5,7%	4,6%	5,2%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

En relación al nivel educativo del jefe de hogar, la tabla 5 muestra que algo más del 38% tiene un nivel de formación inferior o igual al ciclo primario completo. Por su parte, cerca del 20% alcanzó un nivel terciario o universitario, pero solo lo completó aproximadamente el 14%.

Tabla 5. Nivel educativo del jefe de hogar (en % del total de hogares).

No responde	2,32%
No cursó	1,88%
Primaria incompleta	7,96%
Primaria completa	25,96%
Primer ciclo incompleto	5,89%
Primer ciclo completo	9,92%
Segundo ciclo incompleto	6,20%
Segundo ciclo completo	10,87%
Enseñanza técnica incompleta	2,35%
Enseñanza técnica completa	6,87%
Magisterio/profesorado incompleto	0,38%
Magisterio/profesorado completo	2,46%
Terciaria incompleta	0,42%
Terciaria completa	1,29%
Universitaria incompleta	5,18%
Universitaria completa	8,70%
Posgrado incompleto	0,23%
Posgrado completo	1,11%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

En relación a la ascendencia étnica de la población analizada, la tabla 6 muestra la información que emerge de la encuesta. El 14,28% de la población no se autoasigna una ascendencia determinada. El 79% de la población considera tener una ascendencia

blanca, algo menos del 7,5% ascendencia afro, 4,5% ascendencia indígena, en tanto que asiática y otra ascendencia representan porcentajes relativamente pequeños.

Tabla 6. Ascendencia (% población).

No Responde	14,28%
Afro	7,37%
Asiática o Amarilla	0,51%
Blanca	79,09%
Indígena	4,50%
Otra	1,04%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La suma de las asignaciones supera el 100% puesto que, razonablemente, algunas personas se asignan dos, tres y hasta cuatro ascendencias diferentes. En efecto, algo más del 6% de las personas se autoasigna más de una ascendencia y aproximadamente el 80% considera que tiene una única.

La descomposición de este último guarismo se ilustra en la tabla 7.

Tabla 7. Ascendencia única (% sobre el total de la población).

Afro	3,83%
Asiática o Amarilla	0,21%
Blanca	73,13%
Indígena	1,69%
Otra	0,82%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

El 73,13% considera que tiene exclusivamente ascendencia blanca, en tanto que el 3,83% afro y el 1,69% indígena.

Finalmente, reseñamos los datos de cobertura asistencial de la población estudiada. En la tabla 8 se muestran los porcentajes de personas que poseen cobertura de diferentes prestadores de salud.

Tabla 8. Cobertura de salud.

ASSE	34,38%
IAMC	60,91%
Seguros Privados Integrales	4,12%
Sanidad Policial y Sanidad Militar	6,22%
Emergencia Móvil	36,25%
Otra cobertura parcial	1,48%
Área Salud BPS	1,54%
Policlínica Municipal	8,04%
Sin Cobertura	1,23%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Es importante tener en cuenta que en este listado se incluyen tanto prestadores que proveen una cobertura integral de salud tales como Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), los Seguros Privados Integrales o Sanidad Militar y Sanidad Policial, como prestadores y efectores de salud que brindan servicios pero no proveen una cobertura de aseguramiento integral, como es el caso de los seguros parciales, las emergencias móviles, el área de salud del BPS o las policlínicas municipales. Esto lleva a que muchas personas indiquen, además de la institución de la que obtienen su cobertura integral, otras coberturas parciales. A vía de ejemplo, es el caso de aquellos individuos que, además de estar afiliados a una IAMC tienen contratados los servicios de una emergencia móvil, o el de las personas que siendo usuarios de ASSE se atienden regularmente en una policlínica municipal de su barrio.

A efectos de clarificar algo más la información, aislamos los casos de cobertura parcial en la que esta es la única que informa el encuestado. Esta información se presenta en la tabla 9.

Tabla 9. Cobertura (con coberturas parciales depuradas).

ASSE	34,38%
IAMC	60,91%
Seguros Privados Integrales	4,12%
Sanidad Policial y Sanidad Militar	6,22%
Emergencia Móvil	0,21%
Otra cobertura parcial	0,08%
Área Salud BPS	0,11%
Policlínica Municipal	0,15%
Sin Cobertura	1,23%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La suma de los porcentajes recogidos en el cuadro anterior continúa siendo superior a 100%. Ahora esta diferencia recoge la existencia de más de una cobertura integral. En efecto, el 7,2% de las personas informan tener cobertura de más de un prestador integral, dentro de las cuales más de la mitad reflejan casos en que la

- **El 60,91% de la población tiene cobertura en una IAMC.**
- **Más del 7,2% informa tener más de una cobertura integral (más de la mitad son cruces IAMC o ASSE con Sanidad Militar o Policial).**

cobertura de Sanidad Militar o de Sanidad Policial se cruza con la de una IAMC o la de ASSE.

La tabla 10 muestra la cobertura de salud de las personas en las diferentes regiones

- En Montevideo el 69,23% de la población tiene cobertura en una IAMC.
- La región Norte es la única donde la cobertura en ASSE supera a la de IAMC.
- La cobertura parcial en una emergencia móvil es más frecuente en la zona metropolitana.

del país. La primera cuestión a señalar es la importancia relativa que adquiere la cobertura de salud en ASSE en el Interior. En la región norte el 58,62% de la población tiene cobertura en el mayor prestador público cuando el promedio a nivel país es del 34,38%.

Por otro lado, mientras que en el promedio global el 36,25% obtiene cobertura en una emergencia móvil, en Montevideo ese guarismo sube a casi 55,6%. Es claro que el fenómeno de la cobertura en este tipo de prestador parcial se concentra básicamente en Montevideo y la zona Sur, lo que podría definirse como zona metropolitana.

Tabla 10. Cobertura de salud por regiones.

	Montevideo	Interior Sur	Interior Oeste	Interior Este	Interior Norte	TOTAL PAÍS
ASSE	24,03%	29,72%	46,72%	40,13%	58,62%	34,38%
IAMC	69,23%	62,36%	52,31%	58,73%	40,31%	60,91%
Seguros privados integrales	6,19%	3,62%	1,21%	3,42%	0,57%	4,12%
Sanidad Policial y Militar	6,80%	5,38%	7,41%	6,29%	3,86%	6,22%
Emergencia móvil	55,65%	32,28%	17,41%	13,14%	9,14%	36,25%
Otra cobertura parcial	2,06%	0,34%	0,91%	2,26%	0,40%	1,49%
Área Salud BPS	1,06%	1,90%	1,90%	1,86%	2,27%	1,54%
Policlínicas Municipales	7,55%	13,73%	3,28%	9,61%	7,44%	8,04%
Sin Cobertura	1,30%	1,70%	0,90%	1,40%	0,80%	1,20%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

b. Perfil epidemiológico

La encuesta releva el estado de salud actual de las personas a través de un set amplio de indicadores basados en la autopercepción o autorreporte. Esta estrategia de

relevamiento ha recibido críticas en el sentido de que al relevar juicios subjetivos que no son comparables se puede incurrir en errores de medida. No obstante, varios estudios han encontrado que los indicadores de autorreporte subjetivo 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: 44). 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.

A continuación se presentan indicadores de autopercepción, tanto sobre el estado general de salud de la persona, como del cambio que este puede haber experimentado en los últimos doce meses. En la tabla 11 puede verse que la mayor parte de la población estudiada (más del 80%) percibe su salud entre buena y excelente, en tanto que el 13% considera que es regular y solamente el 2% percibe que su estado de salud es malo. Por su parte, la tabla 12 muestra que más del 80% de las personas entienden que su salud es igual que antes o ha mejorado, a la vez que un 15% percibe que ha empeorado. Por tanto, puede decirse que en la población estudiada predomina una buena percepción del estado de salud general, y que este es estable en el tiempo.

Tabla 11. Autopercepción general de la salud.

Excelente	15,7%
Muy buena	25,3%
Buena	43,8%
Regular	13,0%
Mala	2,0%
Ns/Nc	0,2%
Total	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Tabla 12. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses.

Es mejor que antes	21,2%
Es igual que antes	63,3%
Es peor que antes	15,3%
Ns/Nc	0,2%
Total	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Al desagregar estos indicadores por algunas variables de interés, se evidencian algunas

- **Más del 80% de la población percibe su salud entre buena y excelente y solo el 2% como mala.**
- **Esa percepción es estable respecto al año anterior.**
- **Los varones tienen una mejor percepción de su estado de salud.**

diferencias. La tabla 13 permite observar que, si bien la tendencia se mantiene, los varones tienen una mejor percepción de su estado de salud que las mujeres. Las diferencias más notorias se dan en la

categoría “excelente”, en la que los varones presentan un registro superior en casi 7 puntos porcentuales, y en la categoría “regular”, donde la diferencia en favor de las mujeres es de casi 5 puntos porcentuales.

A su vez, la tabla 14 muestra que las mujeres perciben que su salud ha empeorado en los últimos 12 meses en mayor proporción que los varones.

Tabla 13. Autopercepción general de la salud por sexo.

	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	Recuento	%	Recuento	%
Excelente	243355	19,6%	192163	12,6%
Muy buena	334083	26,9%	367.876	24,1%
Buena	519508	41,8%	692911	45,4%
Regular	124831	10,0%	234232	15,3%
Mala	18788	1,5%	37585	2,5%
Ns/Nc	2.915	0,2%	1.478	0,1%
Total	1243480		1526245	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Tabla 14. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses por sexo.

	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	Recuento	%	Recuento	%
Es mejor que antes	264719	21,3%	322045	21,1%
Es igual que antes	810111	65,1%	944097	61,9%
Es peor que antes	165740	13,3%	258786	17,0%
Ns/Nc	2.911	0,2%	1.317	0,1%
Total	1243481		1526245	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Por su parte, la tabla 15 muestra que la percepción de buena salud es mayor entre la población de Montevideo respecto de la del Interior del país. El porcentaje de personas que perciben su salud como “muy buena” es mayor en la capital en casi 5 puntos porcentuales, diferencia que se compensa al observar la proporción de personas que perciben su salud como “regular” o “mala”. La tabla 16 muestra un dato interesante: las personas del Interior perciben que en el último año su salud mejoró, en mayor medida que los de Montevideo y, al mismo tiempo, son quienes más perciben que su salud empeoró.

Tabla 15. Autopercepción general de la salud por región.

	Región			
	Montevideo		Interior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	208.004	15,5% (13,2-18,0)	227.515	16% (14,10-18,00)
Muy buena	374.476	27,8%(24,9-31,0)	327.483	23% (21,0-25,10)
Buena	593.589	44,1% (40,7-47,6)	618.829	43,4% (41,1-48,8)
Regular	144.931	10,8% (9,0-12,9)	214.132	15% (13,3-16,9)
Mala	22.861	1,7% (1,1-2,6)	33.512	2,4% (1,7-3,20)
Ns/Nc	1.317	0,1% (0,0-0,5)	3.077	0,2% (0,1-0,7)
Total	1.345.178		1.424.548	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Tabla 16. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses por región.

	Región			
	Montevideo		Interior	
	Recuento	%	Recuento	%
Es mejor que antes	255.383	19% (16,3-22,0)	331.382	23,3% (21,2-25,5)
Es igual que antes	903.872	67,2% (63,9-70,3)	850.336	59,7% (57,2-62,1)
Es peor que antes	183.853	13,7% (11,8-15,8)	240.673	16,9% (15,2-18,8)
Ns/Nc	2.070	0,2% (0,0-0,5)	2.158	0,2% (0,0-0,5)
Total	1.345.178		1.424.548	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La tabla 17 muestra que hay una diferencia importante en la autopercepción de la salud cuando se desglosa la población en función del tipo de cobertura. En particular vale notar que entre las personas con cobertura en prestadores públicos las que responden que su salud es “regular” o “mala”, en conjunto, suman un 23% mientras que esa cifra es de un 10% entre quienes tienen cobertura en el sector privado. Por su parte, en la tabla 18 puede verse que las personas con cobertura en el sector público perciben que en el último año su salud mejoró en mayor medida que las del sector privado y, al mismo tiempo, son quienes más perciben que su salud empeoró.

Tabla 17 Autopercepción general de la salud por cobertura.

	Cobertura					
	Sin cobertura integral		Público		Privado	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Excelente	5928	12.6%	143526	15,1%	286065	16,1%
Muy buena	6066	12,9%	175144	18,5%	520750	29,3%
Buena	28123	59,60%	408533	43,10%	775763	43,70%
Regular	5190	11%	184541	19,5%	169333	9,50%
Mala	1851	3,9%	35011	3,7%	19512	1,1%
Ns/Nc	0	0	1394	0,1%	3000	0,2%
Total	47158		948149		1774423	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Tabla 18. Autopercepción estado de salud últimos 12 meses por cobertura.

	Cobertura					
	Sin cobertura integral		Público		Privado	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Es mejor que antes	9102	19,3%	228501	24,1%	349161	19,7%
Es igual que antes	29673	62,9%	531214	56%	1193322	67,3%
Es peor que antes	7629	16,2%	186275	19,6%	230622	13%
Ns/Nc	753	1,6%	2.158	0,2%	1.317	0,1%
Total	47157		948148		1774422	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La encuesta relevó también un conjunto de indicadores relativos a morbilidad y discapacidades (o limitaciones) autopercebidas.

En la tabla 19, se presentan los casos de respuesta afirmativa sobre la presencia de enfermedades diagnosticadas o la existencia de algún tipo de limitación. Entre ellas, se pueden distinguir tres grandes grupos: el primero corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), luego una categoría “otras”, y un tercer grupo referido a limitaciones o discapacidad. Todas las enfermedades consideradas aquí se relevaron preguntándole a cada entrevistado si alguna vez le había sido diagnosticada por un médico. Las limitaciones se relevaron preguntándole directamente al entrevistado si sufría alguna o algunas dificultades físicas de un listado relativamente amplio.

Tabla 19. Presencia de diagnóstico de enfermedades y existencia de limitaciones.

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades crónicas no transmisibles	980.534	35,4%
Diabetes	161.545	5,8%
Enfermedades respiratorias	233.270	8,4%
Enfermedades óseas y musculares	596.224	21,5%
Problemas cardíacos	176.711	6,4%
Insuficiencia renal	32.618	1,2%
Anemia crónica	29.198	1,1%
Cáncer	32.062	1,2%
Hipotiroidismo / hipertiroidismo	165.748	6%
Limitaciones	254.753	9,2%
Otra (transmisible o no transmisible)	226.986	8,2%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

En relación al conjunto de enfermedades crónicas no transmisibles, puede verse en la tabla 19 que el 35,4% de la población estudiada declara haber sido diagnosticado con alguna de ellas. Entre las más frecuentes se encuentran las óseo-musculares, con un 21,5%, seguida por las enfermedades respiratorias con un 8,4%, los problemas cardíacos con un 6,4% y diabetes con un 5,8%.

- El 35,4% de las personas manifiesta haber sido diagnosticado con alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles consideradas.
- El 9,2% de la población dice tener alguna dificultad o limitación que afecta su autonomía.

Con respecto a enfermedades crónicas de carácter transmisible se relevó VIH/SIDA. Sin embargo, no fue posible captar ningún caso, lo cual era previsible de acuerdo con la literatura especializada, que recomienda otro tipo de estudios para obtener la incidencia de patologías que

cargan con cierto estigma social.

Además de las ECNT, se ha relevado también la incidencia de limitaciones físicas, que como puede verse en el cuadro, alcanza a un 9,2% de la población.

El 8,2% de la población ha sido diagnosticado con otra u otras enfermedades que no fueron incluidas en las listas cerradas. Por tanto, esta categoría incluye diversos tipos

de enfermedades que pueden ser transmisibles o no, crónicas o agudas, de modo que el peso relativo de las ECNT y de las limitaciones puede haber sido subrepresentado.

En la tabla siguiente se presenta la presencia de limitaciones y enfermedades que las personas declararon al momento de ser encuestadas, distinguiéndose según el hogar se ubicara en Montevideo o en el Interior del país. Puede observarse que la presencia de limitaciones es mayor en la capital (10,3% de las personas) frente al Interior (8,2%). Mientras tanto, el 39,4% de la población de Montevideo declaró padecer alguna enfermedad, en el Interior este guarismo fue del 40,4%.

Tabla 20. Presencia de limitaciones y enfermedades en Montevideo y el Interior.

	Región				Total
	Montevideo		Interior		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Limitaciones	138.417	10,3%	116.336	8,2%	254.753
Enfermedad	530.623	39,4%	575.966	40,4%	1.106.589

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Al analizar estos fenómenos según tipo de cobertura integral de la salud, se observa que en los prestadores públicos el porcentaje de personas que declara presentar alguna limitación es mayor (12% frente a 7,7% en los prestadores integrales del sector privado). En cambio, la presencia de enfermedades presenta un comportamiento similar; el 39,1% de quienes están cubiertos por prestadores públicos declararon presentar enfermedades, mientras que este valor es de 40,9% entre quienes están cubiertos por el sector privado.

Tabla 21. Presencia de limitaciones y enfermedades según tipo de cobertura.

	Tipo de cobertura						Total
	Sin cobertura integral		Público		Privado		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Limitaciones	4.033	8,6%	113.925	12,0%	136.795	7,7%	254.753
Enfermedad	9.776	20,7%	370.867	39,1%	725.946	40,9%	1.106.589

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Si se analizan estas mismas variables en función del sexo, se observa que un porcentaje mayor de las mujeres presenta limitaciones en relación a los hombres (9,9% de las primeras y 8,3% de los segundos). Asimismo, un mayor porcentaje de mujeres declaró padecer alguna enfermedad (45%), con una diferencia de casi 10 puntos respecto a los hombres que padecen enfermedades (33,8%).

Tabla 22. Presencia de limitaciones y enfermedades según sexo.

	Sexo				Total
	Hombres		Mujeres		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Limitaciones	103715	8,3%	151039	9,9%	254.753
Enfermedad	419.723	33,8%	686.866	45%	1.106.589

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

IV. Utilización y acceso a los servicios de salud

En este apartado se presentarán los principales resultados en relación a la utilización y el acceso a un conjunto amplio de servicios y prestaciones por parte de la población. El análisis es descriptivo y se plantean líneas para abordar analíticamente en el futuro.

A menudo, la literatura no distingue entre utilización y acceso, e incluso se sostiene que al medir la utilización de los servicios se está estudiando la accesibilidad a los mismos (Mendoza Sassi & Beria 2001: 82). A los efectos de este informe, se ha decidido incorporar el enfoque de equidad evidenciando diferencias entre grupos sociales, y ello exige la distinción entre uno y otro concepto. Mientras los datos de utilización informan sobre el consumo de bienes y servicios en salud, los datos de accesibilidad aportan información sobre la necesidad de utilización y las barreras de acceso. A su vez, el análisis de la desigual distribución del acceso entre grupos sociales contribuye a la evaluación de la equidad del sistema de salud.

a. Utilización de servicios y prestaciones y barreras para el acceso

Las prestaciones consideradas son: la realización de tratamientos³, internación, utilización de artefactos, medicamentos, terapias alternativas⁴, estudios, análisis de laboratorio y consultas.

Como puede verse en la tabla 23, la prestación más utilizada son los medicamentos; el 69,6% de las personas ha utilizado algún medicamento en los últimos 30 días. Entre los medicamentos, hay un peso mayor de aquellos que han consumido medicamentos indicados por un profesional de la salud (48,6%); sin embargo, un 37,4% de la población consume medicamentos no indicados, lo cual constituye un alerta respecto a los riesgos vinculados con la automedicación.

En segundo lugar, la prestación más utilizada, como es de esperar, es la consulta. Aquí se considera la consulta médica coordinada (con médico general y especialistas), en

³ Los tratamientos incluyen: fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, diálisis, terapia del dolor, etc.

⁴ Las terapias alternativas incluyen: homeopatía, acupuntura, Reiki, reflexología, flores de Bach, etc.

puerta de urgencia, a domicilio, y a través de la emergencia móvil, en los últimos 30 días; con psicólogo o psicoterapeuta en los últimos 30 días; y con odontólogo en los últimos seis meses.

Tabla 23. Utilización de las prestaciones y servicios.

Prestación/Servicio	Porcentaje
Utilización de medicamentos*	69,6%
Indicados	48,6%
No indicados	37,4%
Consulta a odontólogo**	37,4%
Total de consultas médicas*	36,3%
Análisis de laboratorio*	13,9%
Utilización de artefactos***	13,3%
Utilizó lentes	11,2%
Utilizó otros artefactos	2,7%
Estudios*	10,9%
Internación***	7,8%
Consulta con psicólogo o psicoterapeuta*	6,3%
Intervenciones***	5,4%
Terapias alternativas*	3,2%
Personas que realizaron tratamientos*	2,3%
* En los últimos 30 días	
** En los últimos 6 meses	
*** En los últimos 12 meses	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

El 37,4% de la población estudiada consultó al odontólogo en los últimos seis meses. Cabe señalar que la utilización de esta prestación no es comparable con las consultas a otros especialistas, dado que se considera un período de tiempo mayor.

En relación a las consultas médicas, el 36,3% de las personas consultó en el último mes. Dentro de ellas, las consultas médicas coordinadas son las más frecuentes; fueron utilizadas por el 30,4% de las personas. Le siguen las consultas en puerta de urgencia, con un 9,5%; las consultas a domicilio o médico de radio, con 5,9%; y la consulta a emergencia móvil, con 3,9%.

El 13,3% de las personas utilizó algún tipo de artefacto de uso médico en los últimos 12 meses. Sin embargo, es importante distinguir entre los lentes y los demás artefactos, dentro de los que se incluyen: audífonos, muletas, bastones, prótesis, sillas de ruedas, prótesis odontológicas, entre otros, que fueron utilizados solamente por el 2,7% de la población estudiada.

El 10,9% de las personas se realizó algún estudio en el último mes, entre los que se incluyen: la radiografía convencional, ecografía, ecodoppler, estudios oftalmológicos, entre otros.

- El 69,6% de las personas manifiesta haber consumido medicamentos en los últimos 30 días.
- El 37,4% de las personas consumió medicamentos no indicados por un profesional.
- El 36,3% de las personas realizó alguna consulta médica en el último mes.

Las consultas médicas coordinadas constituyen una prestación especialmente importante con respecto a las demás, en el entendido de que su magnitud puede ser considerada una medida del contacto de las personas con el primer nivel de atención. Por estos motivos, en lo que sigue se profundizará en esta prestación, presentando información ampliatoria y

adicional sobre los motivos de consulta, la cantidad de consultas, y su distribución entre distintos grupos sociales.

Tabla 24. Cantidad de consultas y personas que consultaron.

Tipo de consulta	Personas que consultaron	Consultas totales	Promedio (con intervalo de confianza al 95%)
Especialidades médicas básicas	574.595	748.403	1,30
Especialidades no quirúrgicas	388.785	550.510	1,42
Especialidades quirúrgicas	45.474	59.369	1,31

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La tabla 24 presenta la cantidad promedio de consultas coordinadas por tipo de especialidad, que han sido realizadas en cualquier prestador, sean públicos o privados, integrales o parciales, en el mes anterior. Para ser más exactos, este promedio surge del cociente entre la cantidad de consultas en cada especialidad y el total de personas que consultaron esa especialidad en el último mes.

Como puede verse, tal como se esperaba, la cantidad de personas que consultan alguna especialidad médica básica (EMB)⁵ es mayor que la que consulta alguna especialidad quirúrgica (EMQ)⁶ o no quirúrgica (EMNoQ)⁷. Sin embargo, la relación entre la cantidad de personas que consultaron y la cantidad de consultas es menor en

⁵ Especialidades médicas básicas: medicina general, pediatría y ginecología.

⁶ Especialidades médicas quirúrgicas: cirugía general y “otras especialidades quirúrgicas”.

⁷ Especialidades médicas no quirúrgicas: psiquiatría, oftalmología y “otras especialidades médicas”.

las especialidades básicas (1,3) que en las EMNoQ (1,42) y EMQ (1,31). Esto estaría reflejando que quienes realizaron una consulta con una EMNoQ en promedio consultaron una mayor cantidad de veces en el último mes.

- **La mayoría de las personas (57%) que realizan consultas coordinadas con un médico, lo hacen al menos con una especialidad básica.**

Adicionalmente al promedio de consultas puede considerarse la tasa de consultas por persona y a su vez compararla, a modo de aproximación, con la tasa calculada a partir de los datos administrativos del Sistema Nacional de Información (SINADI). La tasa de consultas coordinadas total a partir de la encuesta es 5,9 consultas

al año por persona y se ubica 1 consulta por encima del promedio que surge de los datos administrativos⁸.

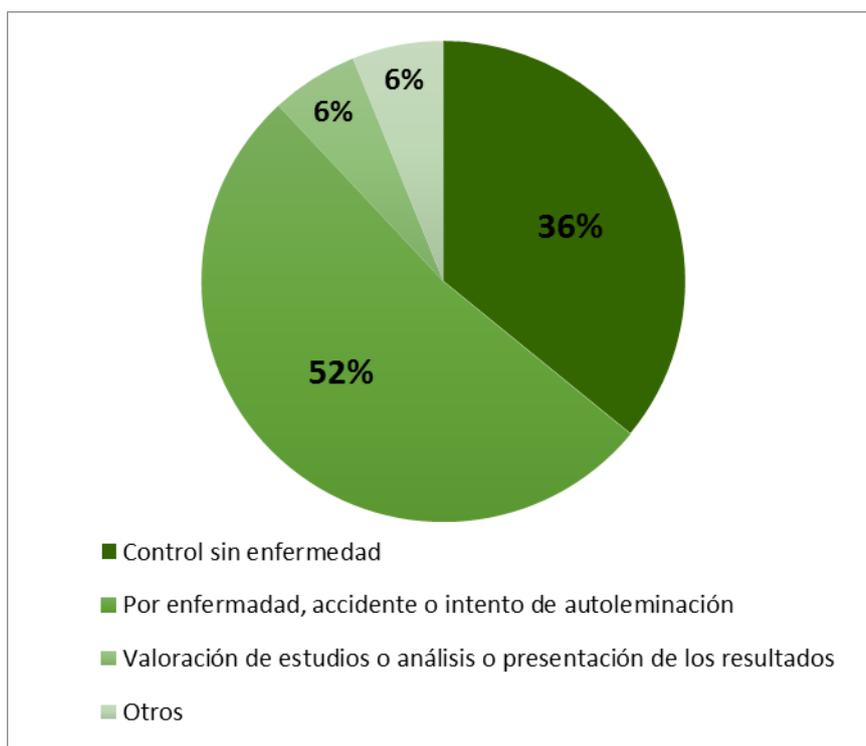
Pueden existir varias razones que expliquen la diferencia. En primer lugar, en la encuesta se consideran todos los prestadores mientras que los datos del SINADI corresponden a ASSE, IAMC y seguros privados integrales. Por otro lado, en el caso de ASSE podría existir un problema de subregistro de consultas; la tasa de utilización SINADI para este prestador público es de 3,26 consultas coordinadas por afiliado por año cuando de la ENS surgen 4,56 consultas. En el caso de las IAMC, en cambio, las tasas de utilización son parecidas en ambas fuentes de datos, en el entorno de 5,6 consultas coordinadas por afiliado por año.

Por otra parte, los motivos de consulta son muy útiles para caracterizar la utilización de los servicios de salud por parte de la población, esto es, conocer si es más de carácter preventivo o curativo. De esta forma, la información aquí presentada puede servir como medida de la aproximación del sistema de salud a la estrategia de atención primaria.

La encuesta releva el motivo de la última consulta realizada, lo cual puede esconder una gran variedad de situaciones en relación a la utilización que las personas hacen de las consultas. A modo de ejemplo, considérese una persona que habitualmente consulta por motivos de control pero su última consulta fue por enfermedad. No obstante, es de esperar que las diversas situaciones se compensen aleatoriamente entre sí, por lo cual la información aportada por la encuesta puede ser considerada una foto de la utilización de las consultas médicas de la población estudiada.

⁸ Esta tasa resulta del cociente entre la cantidad total de consultas en el último mes y la cantidad total de la población entrevistada: 1.358.282/2.769.726 anualizada.

Gráfico 1. Motivo de la última consulta realizada.



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Como puede verse en el gráfico 1, las consultas por enfermedad, accidente o intento de autoeliminación son las más frecuentes, con el 52% del total de los motivos considerados, y con una diferencia de casi 20 puntos con el siguiente motivo más frecuente, que es el control de la salud sin enfermedad.

Puede afirmarse que la población uruguaya tiene una utilización principalmente curativa; es decir, típicamente, las personas consultan con un profesional de la salud cuando se encuentran ante algún trastorno de su estado de salud.

Cabe preguntarse cómo se distribuyen los motivos de consulta en la población, y más aún, si hay diferencias al respecto en relación a otras variables de interés. La tabla siguiente muestra la distribución de los motivos de consulta, por tipo de cobertura pública o privada.

Tabla 25. Motivos de consulta por tipo de cobertura.

Motivos de consulta	Tipo de cobertura	
	Público	Privado
Control sin enfermedad	27,9%	39,3%
Por enfermedad, accidente o intento de autoeliminación	57,1%	50,4%
Valoración de estudios o análisis o presentación de los resultados	8,6%	4,5%
Otros	6,4%	5,7%
Total	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Lo primero a resaltar de la tabla 25, es que en los datos que refieren a la consulta por control sin enfermedad puede verse una diferencia de más de 10 puntos entre público (ASSE, Militar o Policial) y privado (Seguros privados o IAMC). Este resultado muestra que podría haber diferencias en cuanto a las razones por las que se aproxima al servicio de salud una población y otra, y pareciera que la población de prestadores privados tiende a utilizar más intensivamente los servicios con objetivos de prevención de la enfermedad. Esta línea de análisis podría retomarse y profundizarse en estudios posteriores. La contraparte es que quienes tienen cobertura en prestadores públicos responden haber consultado en mayor proporción por razones de enfermedad o para valorar estudios o análisis que quienes se atienden en el subsector privado.

Tabla 26. Motivos de consulta por sexo.

Motivos consulta	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Control sin enfermedad	35,9%	35,9%
Por enfermedad, accidente o intento de autoeliminación	51,0%	52,8%
Valoración de estudios o análisis o presentación de los resultados	4,3%	6,7%
Otros	8,8%	4,6%
Total	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La tabla 26, por su parte, muestra la distribución de las consultas de hombres y mujeres, respectivamente, de acuerdo a los distintos motivos.

Tabla 27. Motivos de consulta por región.

Motivos consulta	Región	
	Montevideo	Interior
Control sin enfermedad	41,6%	30,5%
Por enfermedad, accidente o intento de autoeliminación	45,6%	58,4%
Valoración de estudios o análisis o presentación de los resultados	5,7%	5,9%
Otros	7,0%	5,2%
Total	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Finalmente, la Tabla 27 muestra la distribución de los motivos de consulta cuando la población se segmenta entre Montevideo e Interior del país. Se aprecia que en la capital la proporción de consultas realizadas por control sin enfermedad es 11 puntos porcentuales superior a la registrada en el Interior.

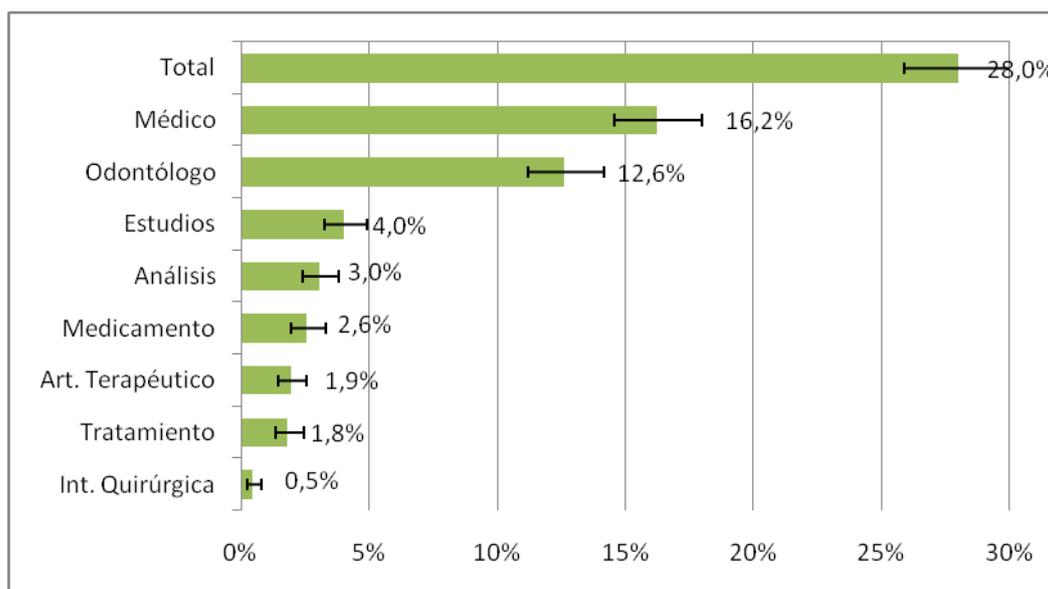
- El 36% de quienes consultan a un médico lo hacen por control preventivo, mientras que el 52% consulta por enfermedad.
- La proporción de consultas por prevención es mayor en los prestadores privados y en Montevideo.

En compensación, esa misma diferencia existe entre el porcentaje de consultas realizadas por enfermedad en el Interior respecto del que se aprecia en Montevideo.

En cuanto a la accesibilidad, el 28% de las personas que en el último año requirieron de algún tipo de prestación de salud⁹ tuvieron problemas de acceso. El 18% tuvo problemas de acceso en una sola oportunidad, mientras el 10% restante enfrentó esta situación en más de una ocasión.

⁹ El 28% se conforma por todos aquellos usuarios que tuvieron problemas de acceso a algunas de las siguientes prestaciones: consulta médica, consulta odontológica, estudios, análisis de laboratorio, medicamentos, artefactos terapéuticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.

Gráfico 2. Personas que enfrentaron problemas de acceso (porcentaje).



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Concretamente, los problemas de acceso más frecuentes se observan para la consulta médica y la consulta odontológica; 16,2% y 12,6% de los usuarios tuvieron necesidad de consultar médico y odontólogo, respectivamente, y no pudieron hacerlo.

- **El 28% de las personas que requirieron atención en el último año, tuvieron problemas de acceso.**
- **Los problemas de acceso más frecuentes se relacionan con la consulta médica y la odontológica**
- **El acceso a medicamentos presenta barreras solo para el 2.6% de quienes los necesitaron**

El porcentaje de usuarios con problemas de acceso a estudios, análisis de laboratorio y medicamentos representan un 4%, 3% y 2.6% respectivamente. Como se veía anteriormente, la frecuencia de utilización de los medicamentos es considerablemente mayor al de las otras dos prestaciones. Cabe mencionar, sin embargo, que presenta un

menor porcentaje de usuarios con demanda insatisfecha en relación a los estudios y análisis. Los artefactos terapéuticos también constituyen una prestación con alta frecuencia de utilización y que, sin embargo, presentan bajos niveles de problemas en el acceso (1,9%).

Por último, los tratamientos y las intervenciones quirúrgicas son las dos prestaciones que, además de presentar una menor frecuencia de utilización, implican menores porcentajes de usuarios con problemas de acceso (1,8% y 0,5% respectivamente).

Tabla 28. Motivos relacionados a los problemas de acceso (porcentaje)¹⁰.

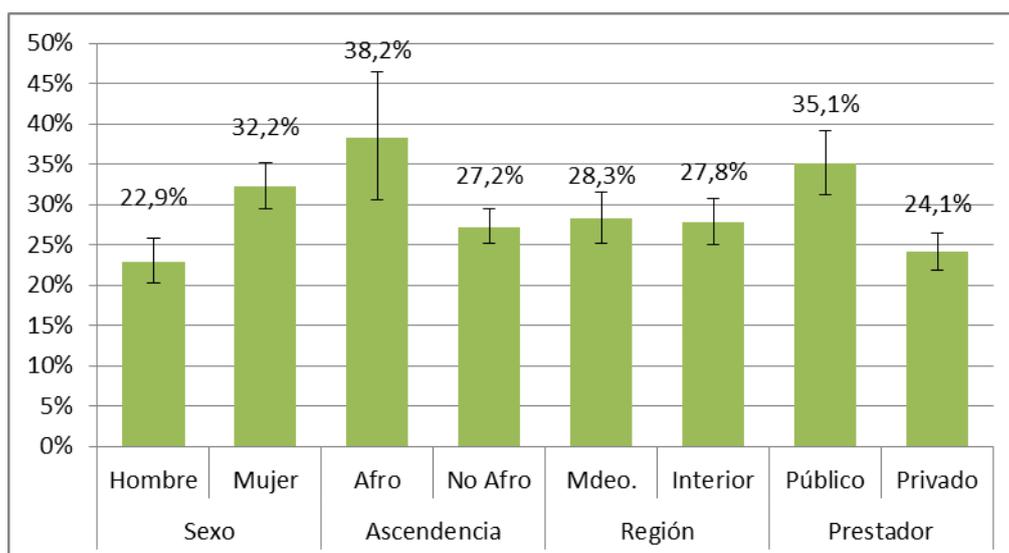
Organizativo-funcional	52,3%
Económica	35,2%
Aspectos asistenciales	5,6%
Cuidar/depender de otro	3,5%
Geográfica	2,0%
Aspectos Laborales	0,7%
Otros	0,7%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Al observar los motivos relacionados a los problemas de acceso a las distintas prestaciones, se nota que en casi la mitad de las ocasiones en que se requirió de la prestación y no se pudo acceder, se asocia a problemas de orden organizativo-funcional (52%), lo cual incluye problemas para conseguir cita, restricciones debidas al horario de atención, problemas de orden administrativo y de afiliación, cancelación de las citas y/o inasistencia de los profesionales de la salud, excesivos tiempos de espera en sala, entre otros. En segundo lugar de importancia se encuentran los problemas de acceso vinculados a motivos económicos, que refieren tanto al acceso a prestaciones que requieren del pago de bolsillo, así como de los gastos ocasionados por el traslado al prestador de salud, barrera que fue señalada en el 35% de los casos. Conjuntamente, barreras organizativo-funcionales y económicas son las que motivan al menos 8 de cada 10 situaciones de no acceso a una prestación requerida.

¹⁰ La categoría “aspectos asistenciales” refiere a problemas de acceso relacionados con el vínculo – negativo– entre equipos de salud y usuarios y a experiencias previas de no resolución o respuesta inadecuada de parte del equipo de salud y/o la institución. La opción “cuidar/depender de otro” identifica situaciones donde la dependencia (de la propia persona o de quien está a cargo del cuidado) implica un impedimento para acceder a los servicios cuando estos son requeridos. El “acceso geográfico” refiere específicamente a la distancia de los servicios de salud como obstáculos, mientras que la opción “aspectos laborales” recoge todas aquellas restricciones vinculadas al trabajo remunerado de los usuarios.

Gráfico 3. Problemas de acceso según sexo, ascendencia, región y prestador.



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Un dato a destacar es que los problemas de acceso evidenciados no se comportan homogéneamente entre distintos grupos sociales; se constatan diferencias significativas entre ellos. Al respecto, las personas de ascendencia afro son quienes presentan mayores problemas de acceso; dentro de este grupo, los problemas de acceso alcanzan al 38% de la población estudiada, lo que implica una brecha de 11% respecto de las personas no afro. Algo semejante se observa entre las mujeres; 32,2% de ellas declaran haber tenido problemas de acceso, mientras que 22,9% de los hombres lo señalan.

Si se compara por tipo de prestador, casi el 35% de los usuarios de prestadores públicos tuvieron problemas de acceso en el último año, mientras que entre los usuarios de prestadores privados el porcentaje es 11 puntos menor.

- La mayor parte de las barreras al acceso (52%) se explica por problemas organizativo-funcionales de los servicios.
- La población con ascendencia afro y las mujeres presentan mayores problemas de acceso.

En cambio, se destaca la existencia de iguales proporciones de usuarios con problemas de acceso residentes en Montevideo y en el Interior del país (porcentaje en torno al 28% a nivel país).

b. Estado de salud, utilización y acceso a los servicios

En este apartado se retoman algunos indicadores del perfil sociodemográfico, para dar cuenta de su relación con la utilización y el acceso a los servicios de salud.

Los siguientes cuadros presentan información bivariada sobre las tres dimensiones en cuestión. Con respecto a utilización se han seleccionado las dos prestaciones más usadas: consulta médica y medicamentos. De accesibilidad se eligió una variable resumen que incluye todas las barreras de acceso (económico-financiero, organizativo-funcional, geográfico, etc.) para todas las prestaciones. Como indicador del estado de salud se creó una variable que toma el valor uno si a la persona le ha sido diagnosticada alguna enfermedad. También se considera una variable que resume las limitaciones físicas, que se ha considerado pertinente cruzar con la utilización de artefactos, que es otra de las prestaciones que releva la encuesta.

Tabla 29. Utilización de consultas médicas ante la presencia de enfermedad.

Consulta médica	Padece alguna enfermedad		Total
	Sí	No	
Sí	51%	26,6%	36,3%
No	49%	73.4%	63.7%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Como puede observarse en la tabla 29, la consulta médica es más frecuente entre quienes padecen alguna enfermedad. Mientras el porcentaje total de quienes consultaron al médico es 36,3%, entre aquellos que padecen una enfermedad es de 51%, casi 15 puntos más que la media, y más de 20 puntos porcentuales con respecto a quienes consultaron sin padecer ninguna enfermedad.

Tabla 30. Utilización de medicamentos ante la presencia de enfermedad.

Utilización de medicamentos	Padece alguna enfermedad		Total
	Sí	No	
Sí	87%	58%	69,6%
No	13%	42%	30,4%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

En la tabla 30 puede verse la misma tendencia: quienes padecen alguna enfermedad presentan un consumo de medicamentos mayor que los demás (87%), con más de 30 puntos porcentuales de diferencia con respecto a quienes no están enfermos. De modo que, como podría esperarse, parece existir cierta relación entre el consumo de

medicamentos y la enfermedad. No obstante este aspecto será profundizado con más detalle y exhaustividad en futuros informes.

Tabla 31. Utilización de artefactos ante la presencia de limitaciones/discapacidad.

Utilizó artefactos	Limitaciones/Discapacidad		
	Sí	No	Total
Sí	27%	11,9%	13,3%
No	73%	88,1%	86,7%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La tabla 31 da cuenta de que, como es de esperar, aquellas personas que tienen alguna limitación física presentan una utilización de artefactos terapéuticos mayor que quienes no tienen limitaciones, 27% y 11,9%, respectivamente.

Más allá de la utilización, cabe preguntarse si las personas que padecen alguna enfermedad acceden a los servicios y prestaciones de salud en la medida de sus necesidades.

- De los que declararon padecer una enfermedad: el 51% consultó al médico en los últimos 30 días y el 87% utilizó medicamentos.
- El 35,8% de quienes padecen alguna enfermedad tuvo problemas de acceso a alguna prestación de salud.

Tabla 32. Problemas de acceso (prestaciones en general)

Problemas de acceso	Padece alguna enfermedad		
	Sí	No	Total
Sí	35,8	22,8	28%
No	64,2%	77,2%	72,0
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

La tabla 32 evidencia que las personas que padecen alguna enfermedad tienen más problemas de acceso que quienes no padecen, 35,8% y 22,8%, respectivamente. Es esperable esta diferencia en la medida que es más probable que las personas enfermas demanden más servicios y prestaciones de salud que quienes no.

c. Tiempos de espera

El tiempo de espera no solo debe considerarse como indicador de la capacidad del sistema y los servicios de salud para proporcionar la asistencia necesaria en un tiempo adecuado, sino que también permite aproximarse a una idea general acerca de la equidad, eficiencia y calidad en su funcionamiento. Si bien refiere a un aspecto puntual del proceso asistencial, expresa una problemática compleja de la mayoría de los sistemas de salud en el mundo y en cuya configuración intervienen diversos factores de tipo estructural y otros más contingentes¹¹.

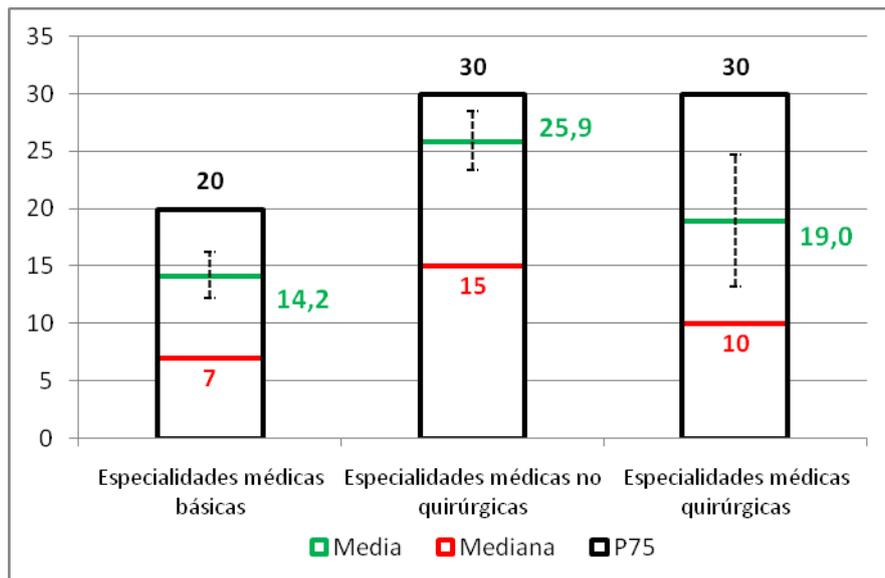
Los datos que se presentan en este apartado refieren al tiempo de espera correspondiente a la última consulta coordinada realizada en los últimos 30 días; concretamente se indaga sobre la cantidad de días que transcurrieron entre que se solicitó la cita y esta se concretó. Es necesario diferenciar la definición de tiempo de espera adoptada en este informe y que surge de los datos relevados por la ENS, de la definición que adopta la normativa vigente¹². Los plazos establecidos en la norma aplican para la primera consulta médica disponible con la especialidad solicitada, mientras que en la encuesta se desconoce si esta fue la circunstancia. Por lo tanto los tiempos que se presentarán no son comparables con los valores monitoreados por el MSP para evaluar el cumplimiento de la normativa.

La estimación a partir de los datos de la ENS considera el tiempo esperado por la totalidad de usuarios que consultaron en el último mes (sin considerar si hubo aplazamientos voluntarios por parte del usuario, solicitud de médico de elección o cita con fecha fija de acuerdo a criterio médico). Sin embargo, se trata de un indicador adecuado en relación al tiempo que los usuarios efectivamente esperan para acceder a la consulta que requieren (y por lo tanto, más próximo a su vivencia cotidiana).

¹¹ Cañizares Ruiz, A.; Santos Gómez, A. (2011). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis*. Documento de trabajo 174/2011.

¹² El decreto 359 del año 2007 establece los siguientes tiempos máximos para otorgar cita en consulta externa: 24 horas para Medicina General, Pediatría y Ginecología, 2 días para Cirugía General y 30 días para las especialidades médicas restantes.

Gráfico 4. Tiempos de espera para consultas médicas según especialidades.



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

En cuanto al tiempo de espera para el conjunto de Especialidades Médicas Básicas, los usuarios que habían consultado en el último mes lograron concretar su cita a los 14,2 días en promedio. Sin embargo, dada la variabilidad observada, una aproximación más adecuada es el valor del percentil 50 y 75. El primero indica que al menos el 50% de los usuarios lograron concretar su cita en un período entre 0 y 7 días, mientras que si consideramos al 75% de los usuarios, éstos lograron concretar su cita en un período entre 0 y 20 días. Aquellos que lograron concretar su cita el mismo día de su solicitud representan el 29% de los usuarios.

Para la Especialidades Médicas no Quirúrgicas, el tiempo de espera promedio es de

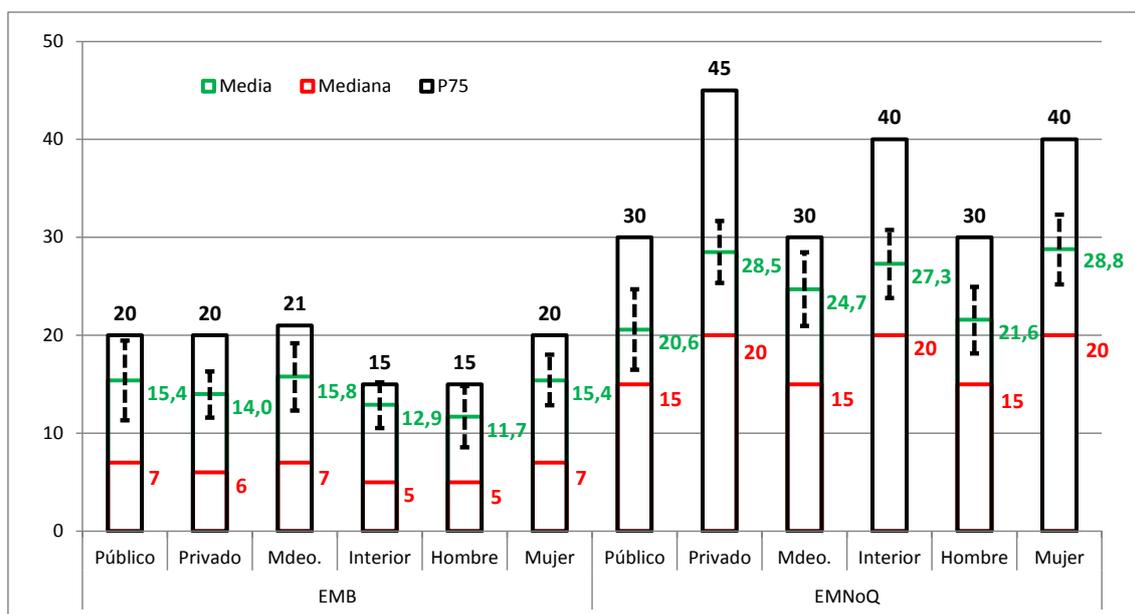
- **Quienes consultaron una EMB en el último mes concretaron la cita en 14,2 días en promedio.**
- **Al menos el 50% de los usuarios lograron acceder a una cita con una EMNoQ en menos de 15 días; el 14,9% lo logró el mismo día.**
- **En EMQ el tiempo de espera promedio es de 19 días.**

25,9 días, no obstante el valor del percentil 50 es casi la mitad, por lo que al menos el 50% de los usuarios lograron acceder a una cita con estos especialistas en un período que no superó los 15 días, mientras que para el 75% de los usuarios no superó los 30 días. Puntualmente, el 14,9% de los usuarios logró acceder a la cita el mismo día en que fue solicitada.

Respecto a las Especialidades Médicas Quirúrgicas, el tiempo de espera promedio es de 19 días. El 18% de los usuarios accedió a la cita en el mismo día en que fue solicitada, el 50% tuvo un tiempo de espera que no superó los 10 días y el 75% no superó los 30 días de espera.

Evaluados en su conjunto, los valores promedio prácticamente duplican al valor mediano; en cada subgrupo de especialidades hay un 25% de usuarios con tiempos de espera considerablemente superiores a los observados y que merecen un análisis más pormenorizado.

Gráfico 5. Tiempos de espera para consultas médicas básicas y no quirúrgicas, según prestador, región y sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS.

Si observamos los tiempos de espera de las Especialidades Médicas Básicas para distintos subgrupos de usuarios, vemos que entre ellos no hay diferencias estadísticamente significativas en sus valores promedio. Si se compara la situación de usuarios públicos y privados, no solo no hay diferencias significativas en su valor promedio sino también en el valor de los percentiles 50 y 75. En cambio, los usuarios de Montevideo tienen tiempos de espera superiores respecto a los usuarios del Interior; el percentil 50 supera al del Interior en 2 días y al percentil 75 en 6 días. Lo mismo sucede con las usuarias mujeres, cuyos tiempos de espera son superiores al de los hombres; concretamente, 2 días para el percentil 50 y 5 días para el percentil 75.

Contrariamente a lo observado anteriormente, sí hay diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de espera promedio para las Especialidades Médicas No Quirúrgicas entre los usuarios de los prestadores públicos y privados; hay una

diferencia de 8 días a favor de los primeros.

El 50% de los usuarios del prestador público accede a la cita en un lapso que no supera los 15 días, mientras que entre los usuarios privados este período es de 20 días; para el 75% esta diferencia es

- **Los usuarios de Montevideo enfrentan tiempos de espera mayores para EMB.**
- **Las mujeres tienen tiempos de espera mayores que los hombres en EMB.**
- **En EMNoQ los tiempos de espera en los prestadores públicos son en promedio 8 días menores.**

de 15 días (30 para los usuarios públicos y 45 para los privados).

La diferencia en el tiempo de espera promedio también es significativa entre varones y mujeres, con una diferencia de 7,2 días en detrimento de estas últimas; mientras que la brecha para el percentil 50 y 75 es de 5 y 10 días respectivamente.

Por último, la diferencia en el tiempo de espera promedio entre usuarios de Montevideo y del Interior del país no es estadísticamente significativa, mientras que el valor de los percentiles 50 y 75 es de 5 y 10 días en detrimento de las instituciones del Interior del país.

V. Conclusiones

a. Algunas reflexiones

Qué implica disponer de esta fuente de información

La primera encuesta nacional de salud releva información inexistente hasta el momento sobre diversos aspectos de la salud de los uruguayos y su relación con el sistema de salud. La base de datos resultante incluye información sociodemográfica y económica, epidemiológica, de utilización y acceso a los servicios y prestaciones de salud, y del gasto en salud de los hogares.

La ENS permite la investigación y análisis del desempeño del sector salud, vinculando las condiciones de salud de la población con las respuestas que ofrece el sistema de atención. Brinda valiosos insumos para la planificación de políticas, así como para la priorización de las intervenciones a la luz de la evidencia sobre situaciones diferenciales tanto en el estado de salud como en las posibilidades de acceso a cuidados para diferentes grupos de la población.

La aproximación a las necesidades de salud de la población y la identificación de las principales barreras al acceso plantean desafíos que deben estar presentes en el diseño de las estrategias para subsanar los problemas identificados.

En la medida en que la ENS se realice con determinada periodicidad (se propone su aplicación cada cinco años), también permitirá analizar la evolución del estado de salud de la población, y la implementación y resultados de diferentes políticas e intervenciones. De esta forma será posible incorporar esta herramienta al proceso de toma de decisiones, tanto por parte de la autoridad sanitaria como de otros actores involucrados en los diferentes niveles de gestión del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Por todos estos motivos, la ENS significa un avance muy importante en la producción estadística del MSP en particular y del país en general.

Lecciones aprendidas en el desarrollo del proyecto

Es importante luego del largo proceso que implicó el desarrollo de este proyecto realizar un balance que permita destacar algunos aprendizajes que puedan recogerse en futuras olas de la ENS.

Asesoramiento estadístico. Se considera pertinente en caso de realizar un estudio de características similares contar con asesoramiento estadístico durante todo el proceso. Es relevante que esta persona (o equipo) participe de todas las instancias del proyecto: diseño y crítica del cuestionario, diseño muestral, supervisión periódica de los datos

parciales, análisis de datos de bases intermedias, calibrado y cálculo de los ponderadores y análisis de los datos recabados.

Utilización de dispositivos electrónicos. Un elemento positivo de este proyecto fue la utilización de dispositivos electrónicos en el relevamiento. Esto permite que existan controles de consistencia y de completitud de datos automáticos así como habilita a disponer de bases de datos intermedias casi en tiempo real. No obstante, para aprovechar al máximo las virtudes del dispositivo es imprescindible que la programación sea realizada con el tiempo necesario para poder realizar pruebas de simulación y control. Este último punto fue una debilidad en la ENS en tanto la programación se realizó a poco tiempo de comenzar el campo y no habilitó la realización de la cantidad de controles que se necesitaban.

Reempadronamiento. En varias de las localidades que resultaron sorteadas en la muestra la calidad de la información brindada por el INE no permitía la identificación de la vivienda por el encuestador (inexistencia o falta de datos en el campo dirección, o inexistencia o imprecisión en las observaciones). El equipo técnico del MSP se encargó de realizar el reempadronamiento de casos inubicables en 14 de las 22 localidades cuestión, que permitió, entre otras cosas, contar con una buena tasa de respuesta en el estudio.

Supervisión y análisis de las bases de datos intermedias. Al finalizar el trabajo de campo y comenzar con el análisis de la base de datos construida quedaron en evidencia varios problemas que podrían haberse modificado si hubiese existido un control más exhaustivo y específico de las bases intermedias entregadas por la encuestadora quincenalmente. Este punto se vincula con el mejor control de la programación del dispositivo para minimizar inconsistencias o información faltante ya que, de haberse detectado, podría haberse corregido.

Perfil del encuestador y supervisor. Dada la especificidad y complejidad de la ENS es imprescindible contar con encuestadores y supervisores que estén al tanto o, en su defecto, sean capacitados en la temática. Esto también debería colaborar en minimizar los errores e inconsistencias en las respuestas recabadas. Si bien el equipo técnico del MSP realizó un importante trabajo de supervisión telefónica, esta se centró en verificar que el hogar en que se aplicó la encuesta fuese el correcto y que el cuestionario individual fue respondido por quien resultó sorteado aleatoriamente. La debilidad estuvo en la supervisión de la aplicación del cuestionario y las respuestas obtenidas. Este punto también se vincula con la necesidad de análisis más exhaustivos de las bases intermedias para identificar problemas importantes.

b. Principales resultados

Perfil sociodemográfico y epidemiológico

Las características de sexo y lugar de residencia (Montevideo o Interior) de la población estudiada son consistentes con los datos relevados por el INE para las localidades urbanas de más de 5.000 habitantes: 52,49% son mujeres y 53,56% reside en el Interior del país. Lo mismo sucede respecto a la distribución por edad.

Los hogares más frecuentes son los conformados por dos personas, aunque en el Interior del país son algo más numerosos que en la capital. El 38% de los jefes de hogar tiene un nivel educativo inferior o igual a primaria completa, mientras que el 20% alcanzó nivel terciario.

La amplísima mayoría de la población considera tener ascendencia blanca (79%), seguida por la ascendencia afro (7,4%). Más de 6% se autoasigna más de una ascendencia.

Respecto a la cobertura en salud, la ENS confirma los datos administrativos disponibles en el MSP. 61% de la población tiene cobertura integral en una IAMC, siendo esa proporción mayor en Montevideo con el 69,23%, y se destaca la región Norte del país como la única en la cual la cobertura de ASSE es superior a la de las IAMC alcanzando al 58,62% de la población. La cobertura en una emergencia móvil es más frecuente en la zona metropolitana.

La autopercepción del estado de salud es, para el 80% de la población, buena, muy buena o excelente, y solo el 2% considera que es mala. Los hombres tienen una mejor percepción de su estado de salud.

El 35% de las personas manifiesta haber sido diagnosticado con alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles consideradas. El 9% de la población dice tener alguna dificultad o limitación que afecta su autonomía.

Utilización, acceso a los servicios de salud y estado de salud

Las prestaciones de salud más utilizadas por la población son los medicamentos. Dos terceras partes de la población han consumido al menos un medicamento en el último mes y el 37,4% ha consumido medicamentos no indicados por un profesional.

El 36% de las personas realizó alguna consulta médica en el último mes y en la mayoría de estos casos, 84% de quienes consultaron, lo hicieron en forma coordinada. A su vez, del total de las consultas coordinadas, el 55% fueron consultas con especialidades básicas (medicina general, pediatría o ginecología), realizadas por el 57% de los usuarios de consultas coordinadas.

El 28% de las personas que requirieron atención en el último año, tuvieron problemas de acceso. Los problemas de acceso más frecuentes se relacionan con la consulta médica y la odontológica y el acceso a medicamentos presenta barreras solo para el 2,6% de quienes los necesitaron. La mayoría de las barreras al acceso, 52%, se explican por problemas organizativo-funcionales de los servicios. La población con ascendencia afro y las mujeres presentan mayores problemas de acceso.

De las personas que padecen alguna enfermedad, el 51% consultó al médico en los últimos 30 días y el 87% utilizó medicamentos. El 35% de ellos tuvo problemas de acceso a alguna prestación de salud.

Quienes consultaron una especialidad médica básica en el último mes concretaron la cita en 14,2 días en promedio. Al menos el 50% de los usuarios logró acceder a una cita con una especialidad médica no quirúrgica en menos de 15 días y el 14,9% lo logró el mismo día. En el caso de las especialidades médicas quirúrgicas la espera promedio fue de 19 días.

Para las especialidades médicas básicas, las mujeres y los usuarios que residen en Montevideo se enfrentan a tiempos de espera mayores.

En el caso de las especialidades médicas no quirúrgicas hay diferencias significativas en los tiempos de espera de los prestadores públicos y privados, con 8 días menos en el promedio del sector público.

c. Futuras líneas de análisis

Que surgen de lo aquí presentado

Los resultados aquí presentados son de carácter descriptivo y solo en algunos casos se aventuran posibles explicaciones. Será necesario en un futuro próximo profundizar en el análisis de los datos de la encuesta y también identificar diferentes tópicos sobre los posibles análisis explicativos a realizar con el aporte de expertos y actores involucrados en cada área.

La búsqueda de soluciones a los problemas identificados, el diseño y la implementación de políticas se verán sin dudas enriquecidas a partir de la información que pueda surgir de estos análisis. De la misma forma, los determinantes de los hallazgos positivos pueden servir de enseñanza para replicar o validar acciones y medidas.

A continuación se presentan algunos de los interrogantes que surgen a partir de los resultados presentados.

¿Qué condiciones explican la mayor cobertura de ASSE en la región Norte del país?

¿Cuál es la relación entre la autopercepción del estado de salud de las personas y sus condiciones de salud objetivas? ¿Son los hombres efectivamente más sanos?

¿Cuál es la magnitud de la diferencia entre la presencia de una enfermedad crónica no transmisible y su diagnóstico?

¿El consumo de medicamentos por parte de la población es excesivo? ¿En qué casos? ¿Son posibles las comparaciones internacionales? ¿Es razonable la proporción de medicamentos sin indicación consumidos?

¿El patrón de consultas con las diferentes especialidades médicas puede decirnos algo sobre nuestro modelo de atención? ¿Existen diferencias según condición socioeconómica o variables demográficas?

¿A qué se refieren los problemas de acceso administrativos o de gestión de los servicios? ¿Dónde y para quién son más graves? ¿La regulación puede ayudar a solucionarlos o son de resorte exclusivo de los prestadores?

¿Por qué son más graves los problemas de acceso para la población afrodescendiente y las mujeres?

¿Es esperable un mayor tiempo de espera para las especialidades básicas en Montevideo? ¿Puede explicarse por la disponibilidad de recursos humanos, por diferencias en la demanda?

¿A qué obedecen las diferencias de prestadores privados y públicos en cuanto a las razones por las que se aproxima la población al servicio de salud? ¿Puede afirmarse que unos los hacen con objetivos de prevención de la enfermedad y otros por motivos curativos?

Lo que queda pendiente

Parte vital de las necesidades que motivaron a la autoridad sanitaria a embarcarse en la realización de esta primera Encuesta Nacional de Salud fueron conocer la carga financiera que soportan los hogares en la atención de su salud. Hasta el momento, la última fuente de información disponible en materia de gasto de los hogares es la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH), estudio que no se centra en los gastos en salud y que fue realizado en los años 2005-2006, momento anterior al comienzo de la Reforma de la Salud. De esta forma, se hacía esencial contar con un estudio específico de gasto en salud de los hogares luego de haber transitado algunos años de reforma sanitaria.

En un próximo informe se presentarán los primeros resultados del gasto en salud de los hogares derivados de la ENS. Se presentará, por ejemplo, la composición del gasto en salud de acuerdo a su naturaleza de prepago o gasto de bolsillo, se estimará la carga de gasto de bolsillo en salud de los hogares, además de cuantificarse indicadores como la incidencia del gasto catastrófico y el empobrecimiento de los hogares a causa del gasto en salud. Asimismo, se presentará la composición de los gastos de bolsillo, es decir, se cuantificarán los gastos asociados al pago de tasas moderadoras o copagos – efectuados en los prestadores integrales de salud– y los que constituyen pagos directos, de modo de presentar insumos para la orientación de las políticas de mejora en el acceso.

Todos los indicadores de gasto que se abordarán en el próximo informe se analizarán en función de variables sociodemográficas, estado de salud de la población, nivel socioeconómico, tipo de cobertura sanitaria, utilización y acceso a los servicios, etc.

Como se mencionó anteriormente, la estimación de los indicadores de gasto así como el análisis de cualquiera de las variables de la ENS según niveles de ingresos requiere de la definición de una estrategia metodológica sólida para la corrección de los ingresos relevados por la encuesta, de modo de acortar la brecha entre la ENS y la ECH, que constituye la referencia oficial. Este ha sido uno de los principales desafíos que ha enfrentado el área al abordar el análisis de los resultados de la encuesta.