

Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006

Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento



Ec. Fanny Trylesinski*
Julio 2007

* Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
Consultora privada

INDICE

I. Cobertura, acceso a los servicios de salud

i) Cobertura y asistencia en los servicios de salud públicos y privados

- Cobertura y utilización de servicios de salud
- Afiliación a servicios de emergencia móvil
- Población “sin derechos” de asistencia
- Cobertura múltiple

ii) Principales características de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados

- Estructura etaria
- Nivel de ingreso

iii) Financiamiento de la cobertura privada de salud

II. Morbilidad, acceso a los servicios de salud y comportamiento

i) Personas que se sintieron enfermas en los treinta días previos a la realización de la ENHA

ii) Personas que se realizaron controles de salud en los treinta días previos a la realización de la ENHA

iii) Personas a las que se le indicó la realización de exámenes en los treinta días previos

iv) Personas que estuvieron hospitalizadas o se realizaron alguna intervención quirúrgica en el año previo a la realización de la ENHA

v) Personas que recibieron atención odontológica en los seis meses previos a la realización de la ENHA

III. Estado de salud de las personas

i) Personas con limitaciones permanentes

ii) Personas con problemas siquiátricos y psicológicos

iii) Personas afectadas por enfermedades crónicas

iv) Personas que fuman

ALCANCE DEL TRABAJO

Este documento pretende dar una visión panorámica de los aspectos relevados por la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) en el área de salud.

Tradicionalmente existió un módulo de salud en las Encuestas Continuas de Hogares (ECH) realizadas por el INE que se mantiene con algunas modificaciones en esta Encuesta Nacional Ampliada. Por otra parte y durante el tercer trimestre del año 2006 se relevó un módulo especial que busca profundizar la información sobre el estado de salud y comportamientos de la población en esta materia.

La riqueza de información específica de estos módulos, combinada con la amplitud de variables investigadas en el resto de la Encuesta conlleva la posibilidad de realizar una enorme cantidad de cruzamientos de información que rebasa el alcance de este documento. En ese sentido fue necesario elegir lo que se entendía más relevante para un trabajo que debía dar un panorama básico de todos los contenidos relevados por los dos módulos de Salud más que un análisis exhaustivo de todo el potencial que brinda la ENHA que seguramente será objeto de posteriores investigaciones. Esto implica que muchos posibles abordajes quedarán de lado sin que ello implique un juicio adverso sobre su interés específico.

I. COBERTURA, ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En este capítulo se recogen los principales resultados del procesamiento de las preguntas de la ENHA referidas a los derechos de asistencia en distintas instituciones de salud, la utilización de los servicios de salud, así como respecto al financiamiento de dicha cobertura.

i) Cobertura y asistencia en los servicios de salud públicos y privados

Cobertura y utilización de servicios de salud

En la ENHA se pregunta, en qué instituciones las personas tienen derechos vigentes de asistencia de salud ⁽¹⁾ y, separadamente, dónde se atienden efectivamente.

Habitualmente, en las ECH se indagaba solamente respecto a la cobertura. En el año 2006 se agregó una pregunta que refiere especialmente a la institución que el entrevistado utiliza para atenderse. El objetivo de incluir esta pregunta ha sido específicamente el de investigar en qué medida, personas que tienen derechos vigentes en las IAMC, optan por atenderse en servicios gratuitos o de costos reducidos, por las erogaciones monetarias que la atención mutual puede suponer ⁽²⁾.

En el Cuadro 1 se puede apreciar el porcentaje de población que declara poseer derechos en las diferentes instituciones mencionadas en la Encuesta.

En materia de cobertura de salud, se constata en primer lugar la existencia de personas con derechos en más de una institución, lo que hace que la suma de las columnas sea superior al 100%. Esta situación de múltiple cobertura se verifica en mayor medida en Montevideo que en el interior del país.

⁽¹⁾ En el Anexo I se detalla las distintas instituciones consideradas así como los requerimientos de las mismas para brindar derechos a los usuarios.

⁽²⁾ Instituto Nacional de Estadísticas. ENHA. Manual del Entrevistador. Noviembre 2005.

Cuadro 1. Uruguay 2006: Porcentaje de población con derecho de salud en las distintas instituciones:

	Montevideo	Interior ⁽³⁾	Localidades de menos de 5000 habitantes y rurales	Total
Instituciones públicas	49.7%	64.5%	61.9%	58.6%
MSP	30,0%	52,6%	54.5%	43,4%
Hospital de Clínicas	3,1%	0,3%	0%	1,5%
Sanidad Policial	3,0%	3,4%	2.3%	3,2%
Sanidad Militar	5,2%	4,3%	1.8%	4,7%
Policlínica Municipal	7,3%	2,5%	1.9%	4,4%
BPS	1,1%	1,4%	1.4%	1,3%
Instituciones privadas	59.1%	38.6%	38.8%	47.0%
IAMC	56,1%	36,0%	37.5%	44,2%
Seguro privado parcial	1,0%	2,2%	1.3%	1,7%
Seguro privado quirúrgico	0,1%	0,0%	0%	0,1%
Seguro privado total	1,9%	0,4%	0%	1,0%
Otro	0,6%	0,4%	0.3%	0,5%
Sin derechos	4.5%	3.4%	3.0%	3.8%

Entre los montevideanos prácticamente el 60% declaran tener cobertura en instituciones privadas, en tanto que entre los habitantes del interior la proporción es algo menor al 40%.

Por su parte, el 3.8% de las personas responden negativamente a todas las opciones mencionadas por lo que podrían ser catalogadas como “personas sin derechos a servicios de salud” ⁽⁴⁾.

Dado que la ENHA del año 2006 incluyó localidades de menos de cinco mil habitantes y áreas rurales, se puede analizar las diferencias en la cobertura entre las mismas y el resto del interior. Se observa que la situación es muy similar notándose una disminución

⁽³⁾ En todos los cuadros en los que se presenta la columna “Interior” se computa en ella la totalidad del interior del país. En algunos cuadros se presentan además los resultados de las localidades de menos de 5000 habitantes conjuntamente con los de las localidades rurales.

⁽⁴⁾ Más adelante, se analiza algunas características de este grupo de población específico

de la cobertura múltiple respecto al resto del interior. Por otro lado, tampoco aparece un contingente significativamente distinto entre quienes manifiestan no tener derechos en ninguna institución. Por el contrario, la participación de éstos es menor que en Montevideo y en el resto del interior.

Independientemente de la institución en la cual tienen derechos, la ENHA permite determinar qué instituciones utilizan las personas para atender su salud.

Cuadro 2. Uruguay 2006: Porcentaje de población según servicios de salud utilizados

	Montevideo	Interior	Localidades de menos de 5000 habitantes y rurales	Total
Instituciones públicas	38.4%	59.2%	58.9%	50.8%
MSP	26,3%	50,5%	53.1%	40,6%
Hospital de Clínicas	0,5%	0,1%	0.1%	0,3%
Sanidad Policial	2,5%	2,8%	1.9%	2,7%
Sanidad Militar	4,5%	3,7%	1.5%	4,1%
Policlínica Municipal	3,8%	1,3%	1.4%	2,3%
BPS	0,8%	0,8%	0.9%	0,8%
Instituciones privadas	57.6%	37.5%	38.3%	45.7%
IAMC	55,1%	35,6%	37.1%	43,6%
Seguro privado parcial	0,6%	1,6%	1.0%	1,2%
Seguro privado quirúrgico	0,1%	0,0%	0%	0,0%
Seguro privado total	1,8%	0,3%	0.2%	0,9%
Otro	0,8%	0,9%	1.0%	0,8%
No se atiende	3,2%	2,4%	1.8%	2,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

En materia de atención de salud, se observa una muy diferente situación en Montevideo y el interior. Mientras que el **38% de los montevideanos utilizan instituciones públicas**, casi igual porcentaje de la población del interior utiliza servicios de instituciones privadas.

Por su parte, en las localidades de menos de cinco mil habitantes y rurales la utilización de servicios públicos y privados muestra registros muy similares al resto del interior. En lo que se refiere a los servicios públicos es mayor la participación del MSP y menor la de los otros prestadores, en tanto que en los privados es mayor la participación de las IAMC. Estas diferencias tienen que ver más con la posibilidad de acceso a las distintas instituciones por la localización geográfica de las mismas que con el comportamiento de los habitantes de las áreas consideradas.

También resulta menor el porcentaje de personas que manifiestan no utilizar servicio alguno, pero como se verá más adelante, este comportamiento está más relacionado con la edad que con otras variables como localización o ingreso.

Con relación a la utilización y cobertura (comparación de los cuadros 1 y 2), se observa en primer lugar que **es mayor el porcentaje de quienes declaran tener derechos en los servicios públicos que quienes efectivamente los utilizan**. Esa diferencia entre cobertura y utilización de servicios públicos es mayor aún en Montevideo que en el interior del país.

En segundo lugar quienes declaran utilizar las IAMC (43.6% de la población total) son algo menos de quienes dicen tener derechos en las mismas (44.2%).

Esta diferencia mínima está mostrando, que **si bien existen personas afiliadas a las IAMC que utilizan otros servicios, ese fenómeno está muy acotado (0.6% de la población) y es algo más importante en Montevideo que en el interior**.

En tercer lugar existe un porcentaje de **2.7% de la población que declara no utilizar servicio de salud alguno** siendo también mayor el porcentaje en Montevideo.

A efectos de estimar en qué medida personas con derechos en determinadas instituciones utilizan otras diferentes para la atención de su salud, se cruzó los datos de derechos y atención. Los resultados se muestran en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Uruguay 2006: Derechos y atención de salud

Derechos	Instit. Públicas	MSP	Resto públicos	Instit. Privadas	IAMC	Resto privados	Otro	No se atiende	Total
Atención									
Instituciones Públicas	96.3%	74,9%	21,4%	3.0%	2,2%	0,8%	0,3%	0,4%	100%
MSP	97,6%	91,3%	6,3%	1.8%	1,0%	0,8%	0,2%	0,4%	100%
Resto	92.6%	25,1%	67,5%	6.7%	6,0%	0,7%	0,2%	0,4%	100%
Instituciones Privadas	1,7%	1,0%	0,7%	98.1%	93,2%	4,9%	0,1%	0,1%	100%
IAMC	1,1%	0,5%	0,6%	98.7%	98,4%	0,3%	0,1%	0,1%	100%
Resto	12,6%	9,5%	3,1%	87.0%	9,2%	77,8%	0,3%	0,1%	100%

Los números resaltados en el Cuadro 3 muestran que la inmensa mayoría de las personas utiliza los servicios de las instituciones en las que declara tener derechos. Así por ejemplo, el 96.3% de las personas que declaran poseer derechos en instituciones públicas hacen uso de sus servicios, el 98.1% de las personas que dicen estar afiliadas a instituciones privadas las utilizan para la atención de su salud.

Por su parte, el 91.3% de quienes declaran tener cobertura en los servicios del MSP, son usuarios de los mismos.

En lo que se refiere a las IAMC, el 98.4% de quienes dicen tener derechos en las mismas se atienden en ellas. Solamente el 1.1% de los afiliados a las IAMC declara utilizar servicios públicos. Esto deja en evidencia que el porcentaje de personas con derechos vigentes en las IAMC pero que optan atenderse en servicios gratuitos o costo reducido debido a las erogaciones que la atención mutual supone, es muy reducido.

Afiliación a servicios de emergencia móvil

La ENHA indaga separadamente respecto a la afiliación a servicios de emergencia móvil. **De los resultados obtenidos se deriva que la mitad de la población montevideana y el 17% de la del interior está afiliada a algún servicio de emergencia móvil.** En las localidades de menos de cinco mil habitantes y rurales, sólo el 6% de la población posee estos servicios. Seguramente esto está vinculado a que la mayor oferta se encuentra en Montevideo y es prácticamente inexistente en las pequeñas localidades.

En el Cuadro 3 se aprecia que un 6% de la población del país está afiliada a servicios de emergencia móvil y tiene cobertura en instituciones de salud públicas. No se advierte una diferencia significativa entre Montevideo y el interior del país.

Por su parte, el 23% de la población total está afiliada a servicios de emergencia móvil y tiene derechos en instituciones privadas de salud, siendo particularmente relevante esta situación en Montevideo, donde más de la tercera parte de la población tiene cobertura en una IAMC y en estos servicios.

Finalmente, algo menos del 1% de la población del país cuenta como única cobertura de salud a los servicios de emergencia móvil, siendo menor este porcentaje en el interior.

Cuadro 4. Uruguay 2006: Afiliados a Emergencia Móvil y con derechos en otras instituciones de salud en la población por área geográfica

	Montevideo	Interior	Total
Instituciones Públicas	7.3%	5.1%	6.0%
MSP	4.5%	4.0%	4.2%
Otros públicos	2.8%	1.1%	1.8%
Instituciones Privadas	40.5%	10.7%	22.9%
IAMC	38.3%	9.7%	21.5%
Seguros privados	2.2%	1.0%	1.4%
Solo emergencia móvil	1.1%	0.6%	0.8%
Resto	1.1%	0.6%	0.3%
TOTAL	50%	17%	30.0%

Población “sin derechos” de asistencia

En la ENHA se incluye una pregunta que indaga si la persona tiene derechos en alguna institución de salud.

Como se pudo apreciar en el Cuadro 1, el **3.8%** de las personas contesta negativamente en todas las opciones, pero de ellos la quinta parte está afiliada a algún servicio de emergencia móvil. Es decir que en realidad las personas “sin cobertura” serían el **3%** del total de la población.

Sin embargo, es posible depurar esa cifra en la medida en que cuando se les pregunta en qué lugar se atienden un 35%⁽⁵⁾ de los mismos manifiesta atenderse en alguna institución ya sea pública o en menor medida privada (ver cuadro 5). Esto significa que, pese a declarar que no tienen derecho a atención de salud, en rigor sí lo tienen o son usuarios de los servicios de Salud Pública sin poseer carnet de asistencia.

⁽⁵⁾ El porcentaje es prácticamente idéntico en Montevideo y el interior del país.

Cuadro 5. Uruguay 2006: Dónde se atienden quienes dicen no tener derechos

MSP	23.7%
Otros públicos	2.3%
Proveedores privados	5.8%
Otro	3.2%
No se atiende	65.0%
Total	100%

Deducida entonces la población que declara recibir atención en alguna institución, quedaría un **2.5%** de la población que afirma no tener derechos y no utilizar ninguna institución de salud. Podría pensarse que se trata de personas sin cobertura de salud a pesar de que en teoría no existirían esos casos en el Uruguay en la medida que toda persona puede recibir atención por parte de los servicios públicos ⁽⁶⁾.

Cobertura múltiple

A partir de la ENHA es posible determinar que alrededor de un **8%** de la población declara poseer derechos en más de una institución de salud ⁽⁷⁾ siendo mayor la proporción en Montevideo (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Uruguay 2006: Porcentaje de personas con derechos en más de una institución

Montevideo	10.9%
Interior	6.7%
Total	8.4%

En el cuadro 7 se puede observar que alrededor de dos tercios de quienes declaran tener derechos en más de una institución se refieren a instituciones públicas, una parte de ellos poseen cobertura en los servicios de Sanidad Policial y Militar y tienen derechos en el MSP, policlínicas municipales u otras instituciones públicas.

Menos de un tercio dicen poseer cobertura en una institución pública y una privada y un 4% en más de una institución privada.

⁽⁶⁾ La ENHA no permite saber las razones por las cuales las personas no utilizan servicios de salud.

⁽⁷⁾ No se consideran aquí a las instituciones de emergencia móvil.

Cuadro 7. Uruguay 2006: Derechos en más de una institución

	Montevideo	Interior	Total
En más de una institución pública	71.8%	58.9%	65.7%
En una institución privada y una pública	21.3%	36.7%	28.6%
Derechos en una IAMC y una institución pública	17.9%	21.7%	19.7%
En más de una institución privada	5.3%	3.0%	4.2%
Otros	1.6%	1.5%	1.5%
Total	100%	100%	100%

Entre quienes declaran tener derechos en más de una institución, el 20% (lo que equivale al 1.6% de la población total) dice tener cobertura de salud en una IAMC y en alguna institución pública. Si se deduce de esta población a quienes están cubiertos por Sanidad Policial o Militar, se concluye que **menos del 1% de la población tendría derechos en una IAMC y en instituciones públicas excluidas las dos mencionadas.**

Esta conclusión no sólo es consistente con lo afirmado precedentemente en el sentido de que algo menos del 1% de los que tienen derechos en las IAMC utiliza servicios públicos para la atención de su salud sino también con los requerimientos exigidos para otorgar carnet de asistencia a la población.

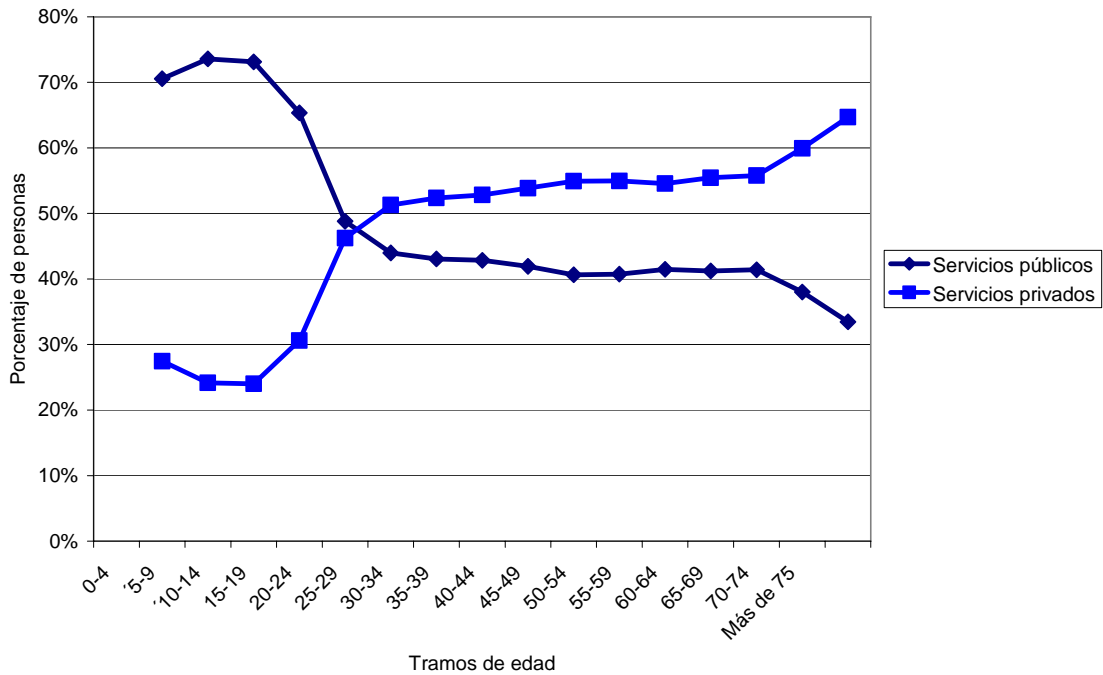
ii) Principales características de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados

Estructura etaria

A partir de los datos relevados por la ENHA es posible determinar la estructura etaria de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados.

En la Gráfica 1 se aprecia la participación de los servicios públicos y privados por estrato de edad. Los estratos de menor edad utilizan fundamentalmente los servicios públicos. Esa situación comienza a variar al incorporarse al mercado laboral y comenzar a operar el mecanismo de afiliación obligatoria a las IAMC a través de DISSE. En los estratos de mayor edad predomina la utilización de servicios privados.

Gráfica 1: Utilización de servicios de salud por tramos de edad



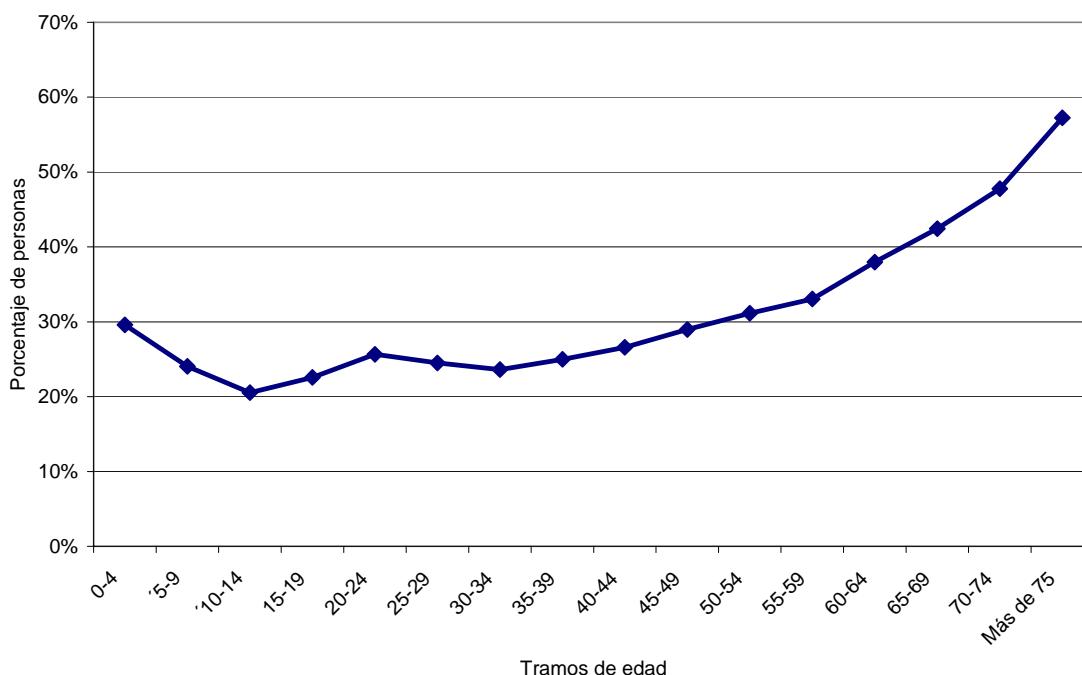
A modo de síntesis, **el 70% de los menores de 20 años utilizan servicios públicos de salud, en tanto que entre los mayores de 60 años ese porcentaje no alcanza al 40%.**

Esta diferente composición etaria de los usuarios de los servicios públicos y privados condiciona fuertemente el nivel y la estructura del gasto de los distintos prestadores habida cuenta de las diferencias en los perfiles epidemiológicos de los mismos.

En relación a la participación de los afiliados a los servicios de emergencia móvil por tramo de edad, se observa que a partir de los 30 años comienza a incrementarse esa participación, llegando a constituir más de la mitad de la población mayor de 75 años.

Seguramente ello obedece a que como se verá más adelante, la afiliación a estos servicios es financiada fundamentalmente por los propios usuarios o sus familiares, y existe una percepción de mayor necesidad de estos servicios a medida que se avanza en los tramos de edad de la población...

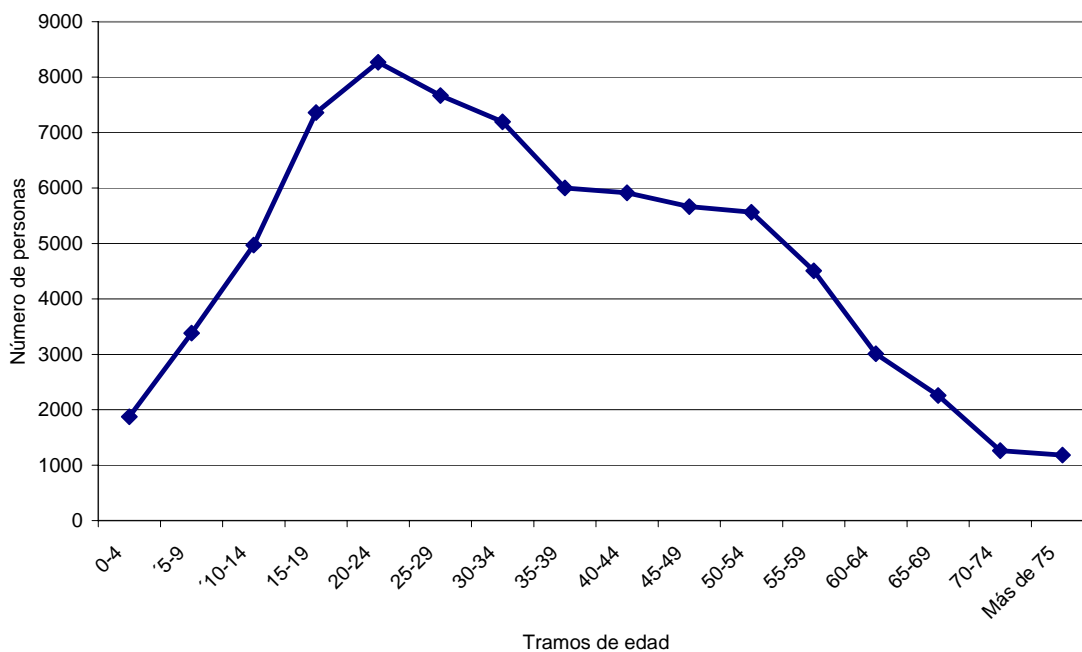
Gráfica 2: Población con servicios de emergencia móvil por tramos de edad



En relación a las personas que declaran no poseer derechos en ninguna institución de salud y que además no utilizan servicios (Gráfica 3), la mayor concentración se verifica en los tramos de edad más jóvenes, lo cual obedece a que en general se trata de las etapas de la vida en que la utilización de servicios de salud es menor.

A partir de los 25 años el porcentaje de personas en esta situación disminuye, representando sólo un 0.6% del total de los mayores de 75 años.

Gráfica 3: Personas que declaran no tener derechos y que no utilizan servicios de salud por tramos de edad



Nivel de ingreso ⁽⁸⁾

Los cuadros siguientes relacionan el nivel de ingreso per cápita con la utilización de servicios de salud.

En el Cuadro 8.a) se muestra la estructura de usuarios de los diferentes servicios según el ingreso per cápita del hogar.

Se observa que **las dos terceras partes de los usuarios de los servicios de salud públicos se ubican en los dos quintiles de ingreso más bajos, situación inversa a la que se observa entre los usuarios de los servicios privados.** En el caso de los usuarios del MSP, ese porcentaje es cercano al 70%.

Cuadro 8.a). Uruguay 2006: Ingreso per cápita del hogar y utilización de servicios de salud

	1er quintil	2do quintil	3er quintil	4to quintil	5to quintil	TOTAL
Instituciones Públicas	36%	29%	20%	11%	4%	100%
MSP	39%	30%	20%	10%	2%	100%
Resto públicos	24%	27%	23%	17%	9%	100%
Instituciones Privadas	3%	10%	19%	30%	39%	100%
IAMC	3%	10%	19%	30%	38%	100%
Resto privados	5%	12%	19%	18%	46%	100%

En el Cuadro 8.b) se muestra la utilización de servicios de salud según el ingreso per cápita de los hogares. **El 90% de las personas del quintil inferior de ingresos utiliza servicios públicos, en tanto que sólo realiza lo propio el 9% de los que se ubican en el quintil superior.**

⁽⁸⁾ Para calcular el ingreso real per cápita del hogar del individuo se partió del dato que figura en la ENHA bajo el concepto de “Ingreso del hogar con valor locativo y sin servicio doméstico”. A efectos de obtener el Ingreso per cápita se dividió por la cantidad de integrantes del hogar. Finalmente para obtener el ingreso real se deflactó el ingreso nominal por la variación acumulada del Índice de Precios al Consumo del mes anterior al de la realización de la encuesta respecto a Diciembre de 2005.

Cuadro 8.b). Uruguay 2006: Ingreso per cápita del hogar y utilización de servicios de salud

	1er quintil	2do quintil	3er quintil	4to quintil	5to quintil	TOTAL
Instituciones Públicas	90%	74%	52%	28%	9%	51%
MSP	78%	61%	40%	19%	5%	41%
Resto públicos	12%	13%	12%	9%	4%	10%
Instituciones Privadas	7%	22%	44%	68%	88%	46%
IAMC	6%	21%	42%	66%	83%	44%
Resto privados	1%	1%	2%	2%	5%	2%
Otro	0%	1%	1%	1%	1%	1%
No se atiende	2%	3%	4%	3%	1%	3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Por su parte, el **45%** de los afiliados a los servicios de emergencia móvil pertenece al quintil de ingresos superior en tanto que sólo un **3%** de los mismos se encuentra en el estrato inferior de ingresos (ver cuadro 9).

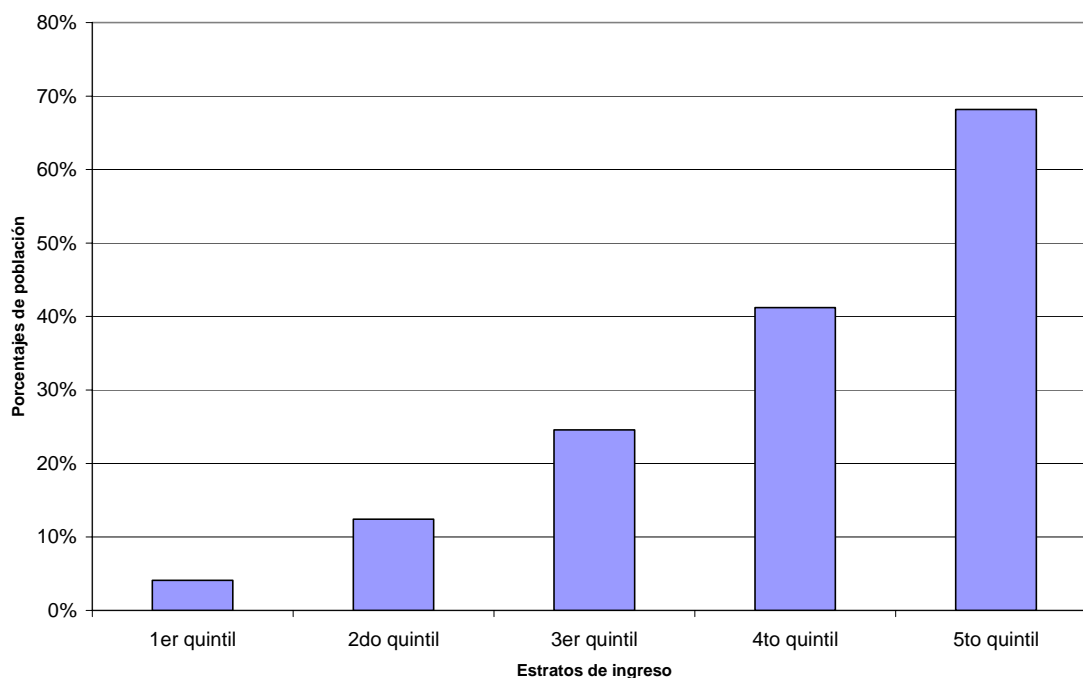
Cuadro 9. Uruguay 2006: Población estratificada por Ingreso per cápita del hogar y afiliación a servicios de emergencia móvil

1er quintil	3%
2do quintil	8%
3er quintil	16%
4to quintil	27%
5to quintil	45%
TOTAL	100%

Cuando se analiza el nivel de afiliación a estos servicios por estrato de ingreso (Gráfica 4), se observa que casi el **70%** de las personas pertenecientes al quintil superior están afiliados a servicios de emergencia móvil. En cambio, entre quienes pertenecen al estrato inferior, menos del **5%** cuentan con este servicio.

Esto se explica porque como ya se mencionó en la mayoría de los casos son los propios hogares los que financian el servicio y por lo tanto, es lógico suponer que solamente quienes pertenecen a los estratos de ingresos mayores cuentan con recursos para contratarlo.

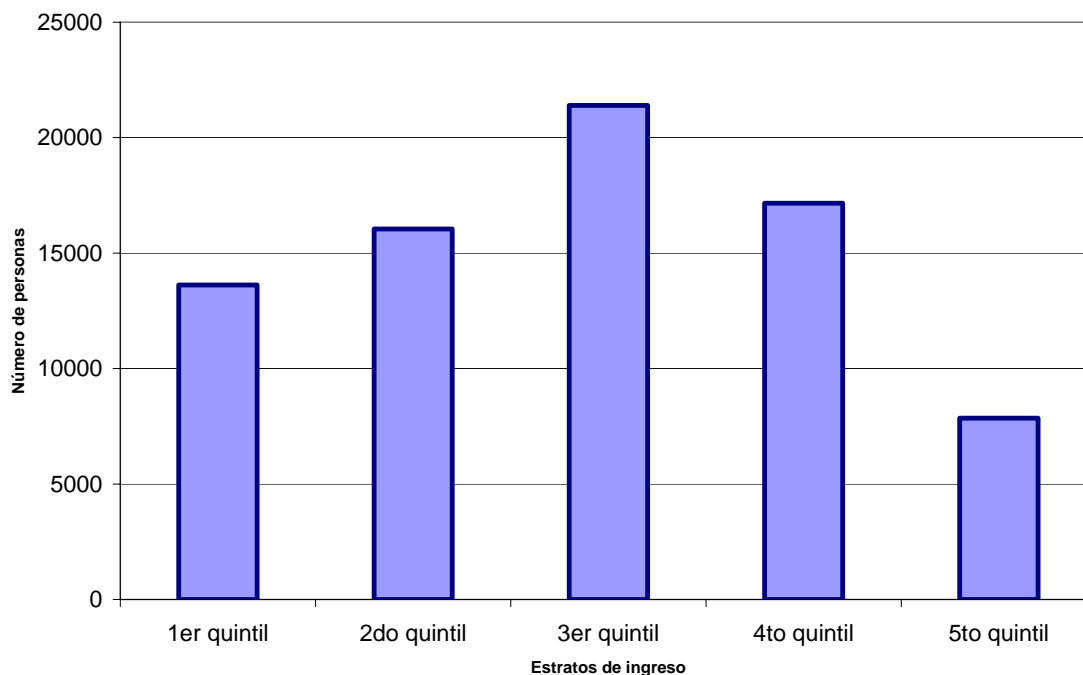
Gráfica 4: Población con servicio de emergencia móvil por estrato de ingreso



Finalmente, en lo que se refiere a la población que responde no tener derechos en ninguna institución de salud y no utilizar los servicios (Gráfica 5) no existe una concentración particular en ningún estrato de ingresos. Esto parece indicar que el hecho de no utilizar servicios de salud está más ligado a la edad que al nivel de ingreso.

En la Gráfica 5 se puede apreciar incluso una participación mayor de los estratos medios que de los más bajos, notándose que **la mayor parte de las personas que no utilizan servicios de salud se encuentran en el tercer quintil.**

Gráfica 5: Personas sin cobertura que no utilizan servicios de salud por estrato de ingreso



iii) Financiamiento de la cobertura privada de salud

Para quienes tienen cobertura en las IAMC y en los Seguros privados la ENHA indaga respecto a la forma en que las personas financian el pago del servicio. En el cuadro 10 se presentan los resultados.

Cuadro 10. Uruguay 2006: Financiamiento de la cuota de las personas con cobertura privada

	Montevideo	Interior	Total
El empleador de algún miembro del hogar	8.9%	10.2%	9,5%
Un familiar que no integra este hogar	6.0%	3.6%	4,8%
El BPS, DISSE u otra institución similar	40.0%	47.6%	43,7%
Un miembro de este hogar	44.7%	38.3%	41,6%
Otro	0.4%	0.3%	0,3%
Total	100%	100%	100%

El 44% de los afiliados a instituciones privadas obtienen el financiamiento a través de la Seguridad Social. Este porcentaje es mayor en el interior que en Montevideo,

donde constituyen casi la mitad del total, siendo menor la participación de los afiliados que financian su propia cuota.

En el caso en que quien paga la cuota es el empleador de algún miembro del hogar, se trata mayoritariamente del empleador del jefe (66%), del esposo (29%) o de algún hijo de ambos (4%).

Se puede observar que en el 41.6% de los casos la cuota es financiada por algún miembro del hogar y en el 4.8% por un familiar que no integra el hogar. En este caso no se indaga respecto al vínculo con la persona en cuestión.

En síntesis, **para algo más del 46% de los afiliados a instituciones privadas de salud el financiamiento se realiza a través de gasto de bolsillo ya sea de integrantes del hogar o de otros familiares.** El resto es financiado por los organismos de Seguridad Social o por el empleador de algún integrante del hogar.

En el Cuadro 11 se observa que **las tres cuartas partes de quienes financian las cuotas de los servicios privados mediante gasto de bolsillo pertenecen a los estratos de ingreso superior** (el cuarto y último quintil de ingresos).

Los afiliados a servicios de salud privado que son financiados por el BPS y DISSE están distribuidos de manera similar al total de afiliados a las IAMC. Sin embargo, **es posible observar un leve sesgo redistributivo a favor de los quintiles de menores ingresos a través de la acción de los organismos de Seguridad Social.** En efecto, según se deriva del Cuadro 11, de los afiliados por BPS- DISSE, el 41% pertenecen a los tres estratos de menor ingreso, mientras que, si se considera a la población total afiliada a las IAMC, sólo un 32% pertenece a dichos estratos.

Cuadro 11. Uruguay 2006: Financiamiento de la cuota de servicios privados de salud según estrato de ingreso

	1er quintil	2do quintil	3er quintil	4to quintil	5to quintil	TOTAL
El empleador	1%	7%	17%	26%	48%	100%
Un familiar que no integra el hogar	6%	17%	23%	30%	25%	100%
BPS- DISSE	5%	14%	22%	29%	31%	100%
Un miembro de este hogar	1%	6%	16%	31%	45%	100%
Otro	7%	12%	11%	40%	30%	100%
Participación de los afiliados a IAMC	3%	10%	19%	30%	38%	100%

Por su parte, **el pago por los servicios de emergencia móvil es mayoritariamente financiado por algún miembro del hogar**, lo que resulta consistente con la participación de los estratos de ingresos superiores en la población afiliada a estos servicios mencionada anteriormente. No se observan diferencias significativas en el financiamiento de estos servicios en Montevideo y el interior.

Cuadro 12. Uruguay 2006: Financiamiento de la afiliación a servicios de emergencia móvil

	Montevideo	Interior	Total
El empleador de algún miembro del hogar	2.5%	3.9%	3.0%
Un familiar que no integra este hogar	7.3%	6.7%	7.1%
El BPS, DISSE u otra institución similar	1.0%	1.7%	1.2%
Un miembro de este hogar	59.4%	63.7%	60.8%
Está incluido en la cuota mutual o seguro médico	29.5%	23.5%	27.5%
Otro	0.4%	0.6%	0.4%

II. MORBILIDAD, ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPORTAMIENTO

En este capítulo se analizan los resultados del Módulo de Salud de la ENHA que se realizó durante el tercer trimestre del año 2006. En el mismo se indaga respecto a cinco tipo de situaciones por las que los entrevistados pudieron haber atravesado en determinados períodos previos a la realización de la ENHA. Estas situaciones son las siguientes:

- i) Haberse sentido enfermo en los treinta días previos
- ii) Haberse realizado controles de salud en los treinta días previos
- iii) Haberle sido indicado la realización de exámenes en los treinta días previos
- iii) Haber estado hospitalizado o haberse realizado alguna intervención quirúrgica en el año previo
- iv) Haber recibido atención odontológica en los seis meses previos

Para estas cinco situaciones la ENHA indaga diversas dimensiones. Por un lado se prosigue con el análisis de utilización de servicios de salud en las distintas situaciones por las que pudieron haber atravesado los encuestados. El módulo de Salud permite conocer la existencia de barreras que pueden tener los ciudadanos a la hora de acceder a los servicios.

Por otro lado, las preguntas habilitan un conocimiento más profundo sobre el tipo de comportamiento que tienen las personas en materia de cuidado de salud, concurrencia a los servicios, realización de controles, etc.

Finalmente, algunas preguntas permiten evaluar un aspecto de la calidad de los servicios de salud que tiene que ver con el tiempo de espera respecto a determinadas intervenciones.

i) Personas que se sintieron enfermas en los treinta días previos a la realización de la ENHA

LA ENHA inquiere respecto a si los entrevistados se sintieron enfermos en los 30 días anteriores a la encuesta, cuán importante fue el problema y el tipo de comportamiento que adoptaron frente a ese hecho.

Los resultados muestran que casi el **6%** ⁽⁹⁾ de los consultados se sintieron enfermos en los 30 días previos. De ellos, el **79%** consultó al médico.

Cuadro 13. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Porcentaje de personas que se sintieron enfermas y consultaron al médico en los treinta días previos

⁽⁹⁾ Debe tenerse en cuenta que la Encuesta fue realizada en el tercer trimestre del año, por lo que este resultado puede verse afectado por la incidencia de enfermedades asociadas al invierno y por lo tanto no puede tomarse como representativo de todo el año.

	Se sintieron enfermas	Consultaron al médico
Montevideo	6.0%	75%
Interior	5.2%	82%
Total	5.5%	79%

Como se aprecia en el Cuadro 13, el porcentaje de personas que declara haberse sentido enferma en Montevideo es levemente superior al del resto del país, lo cual podría tener su explicación en el hecho de que la edad promedio de los montevideanos es superior a la de los habitantes del interior.

El elevado porcentaje de personas que sintiéndose enfermas consultan al médico, podría ser un indicador tanto de acceso a servicios de salud (quienes desean consultar pueden hacerlo) como de comportamiento (quienes se sienten enfermos consultan al médico).

Si se considera el primer aspecto, la diferencia entre Montevideo e interior, estaría señalando un mayor acceso de los habitantes del interior a los servicios. Si se lo analiza como indicador de comportamiento, estos guarismos estarían indicando una propensión mayor de los habitantes del interior a utilizar servicios de salud.

Cuadro 14. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Institución que utilizaron las personas que declaran haberse sentido enfermas para la consulta

	Montevideo	Interior	Total
Instituciones públicas	35%	53%	46%
MSP	24%	45%	36%
Otros públicos	11%	8%	10%
Instituciones privadas	64%	45%	53%
IAMC	49%	36%	41%
Seguro privado	2%	2%	2%
Emergencia móvil	12%	6%	9%
Consulta privada	1%	2%	1%
Otros	2%	1%	1%
TOTAL	100%	100%	100%

Como se puede observar en el Cuadro 14, el 46% de quienes consultaron al médico utilizaron servicios de salud prestados por el sector público y el 53% servicios

prestados por el sector privado. Estos indicadores son diferentes en Montevideo que en el interior del país. En el Interior se utilizan los servicios públicos en mayor medida que los privados, verificándose la situación inversa en Montevideo tal como se había constatado cuando se analizó el tipo de cobertura y utilización de servicios que realizan las personas según su lugar de residencia.

En Montevideo y dentro del subsector privado aparecen las emergencias móviles como centro utilizado por el 12% de quienes se sintieron enfermos. Debe recordarse que el casi el 50% de la población montevideana declaró estar afiliada a estos servicios.

En el cuadro 15 se resumen algunos de los resultados acerca de las personas que se declaran haberse sentido enfermas. Se observa que el **64%** de las mismas debió abandonar sus actividades regulares (trabajo, estudio, tareas del hogar). De éstas, el 87% consultó al médico.

Del 36% cuya enfermedad no le implicó abandonar sus actividades habituales, las dos terceras partes consultaron al médico.

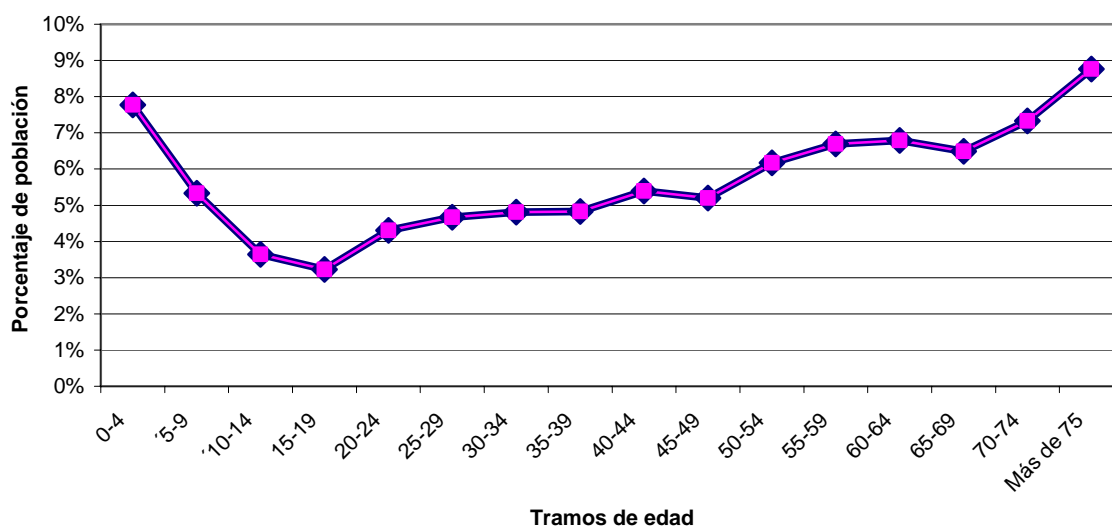
O sea que entre quienes manifestaron haberse sentido enfermos en el mes anterior a la realización de la ENHA, el 80% consultó al médico. Las personas que consultaron se integran de un 70% que debió abandonar sus actividades, y un 30% que no debió hacerlo.

Cuadro 15. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Personas que se sintieron enfermas en los treinta días previos

Porcentaje sobre la población total	5.5%
Consultó médico	79%
Abandonó actividades regulares	64%
Abandonó actividades regulares y consultó médico	56%
No abandonó actividades regulares y consultó médico	23%

En la Gráfica 6 se muestra la participación de los que declaran haberse sentido enfermos por estrato de edad. Se observa que los porcentajes más altos están en los estratos de los menores de 4 años y de los mayores de 75.

Gráfica 6: Población que se sintió enferma por tramo de edad



En el Cuadro 16 se puede apreciar que la participación de quienes dicen sentirse enfermos por estrato de ingreso es similar, así como la estructura por quintiles de ingreso de la población que declara haberse sentido enferma. **Esto estaría indicando que no hay una influencia visible del nivel de ingreso en la percepción que las personas tienen respecto a su situación en esta materia.**

Cuadro 16. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Personas que declaran sentirse enfermas por estrato de ingreso

	Participación en la población total	Participación en quienes se sintieron enfermos
1er quintil	5%	19%
2do quintil	6%	20%
3er quintil	5%	19%
4to quintil	6%	21%
5to quintil	6%	20%
TOTAL	5.5%	100%

Como se mencionó más arriba el 79% de las personas que declararon haberse sentido enfermas consultaron al médico. No se observó diferencia en ese comportamiento según el estrato de ingreso al que pertenecen las personas.

Esto estaría indicando que el nivel de ingreso no constituye una restricción especial en materia de acceso a servicios de salud para aquellas personas que manifestaron haberse sentido enfermas y que no se verifican diferencias importantes en el comportamiento de estas personas según su nivel de ingreso.

Al **88%** de los que consultaron al médico les recetaron medicamentos, y de éstos, un **8%** no lograron obtenerlos, siendo más acentuado este fenómeno en el ámbito de los servicios públicos.

Lamentablemente, la ENHA no inquiriere respecto al lugar en el que obtuvieron esos medicamentos, si fue en los propios centros asistenciales en los que se atendieron o si fue en farmacias. Lo cierto, es que de aquellos que no pudieron obtener los medicamentos, el **20%** (Cuadro 17) declara que fue por no tener dinero y el restante porque esos medicamentos no se encontraban en el centro de salud. En realidad, se podría decir que en la gran mayoría de los casos la verdadera razón es la no disponibilidad del dinero, ya que si el medicamento era necesario y no se encontraba en el centro de salud, la persona podría haberlo adquirido en la farmacia y de ese modo la respuesta a la pregunta de si había conseguido el medicamento hubiera sido positiva. Esto es especialmente cierto entre la población de menores ingresos.

De modo tal, que el 8% de las personas que recibieron indicaciones de tomar algún medicamento no tuvieron acceso a los mismos.

Se trata mayoritariamente de habitantes del interior del país y pertenecientes a los estratos de ingreso más bajos como se observa en los cuadros 17 y 18.

Cuadro 17. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Porcentaje de población que no obtuvo los medicamentos indicados

Razones:	
No tenía dinero para comprarlos o pagar el ticket	2%
No había en el centro de salud	6%
Residencia:	
Montevideo	2%
Interior	6%

Cuadro 18. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Personas que no accedieron a medicamentos recetados por estrato de ingreso

	Total
1er quintil	31%
2do quintil	29%
3er quintil	16%
4to quintil	17%
5to quintil	7%
Total	100%

En efecto, el 60% de quienes dicen no haber obtenido los medicamentos pertenecen a los estratos de menores ingresos y sólo el 7% al quintil superior.

ii) Personas que se realizaron controles de salud en los treinta días previos a la realización de la ENHA

Según la ENHA, el 7% de las personas se había realizado algún control de salud en los treinta días anteriores a la encuesta.

El cuadro 19 muestra que alrededor del 70% corresponden controles de rutina, no verificándose diferencias significativas entre Montevideo e interior.

Cuadro 19. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Tipos de controles de salud realizados

	Montevideo	Interior	Total
De embarazo	3%	4%	3%
De una enfermedad crónica	24%	28%	26%
De rutina	73%	68%	71%
Total	100%	100%	100%
Porcentaje de la población que se realizó controles en los 30 días previos	8%	6%	7%

El Cuadro 20 permite observar que, a nivel de toda la población, en los estratos de ingresos superiores es mayor el porcentaje de personas que se habían realizado controles de salud rutinarios. Este comportamiento es atribuible a lo que sucede en la capital donde más de la tercera parte pertenecen al estrato superior de ingresos y el 60% a los dos más elevados. En el otro extremo, sólo el 11% de quienes se realizan este tipo de controles pertenecen al estrato de menores ingresos. En el interior en cambio los controles son realizados por todos los estratos por igual.

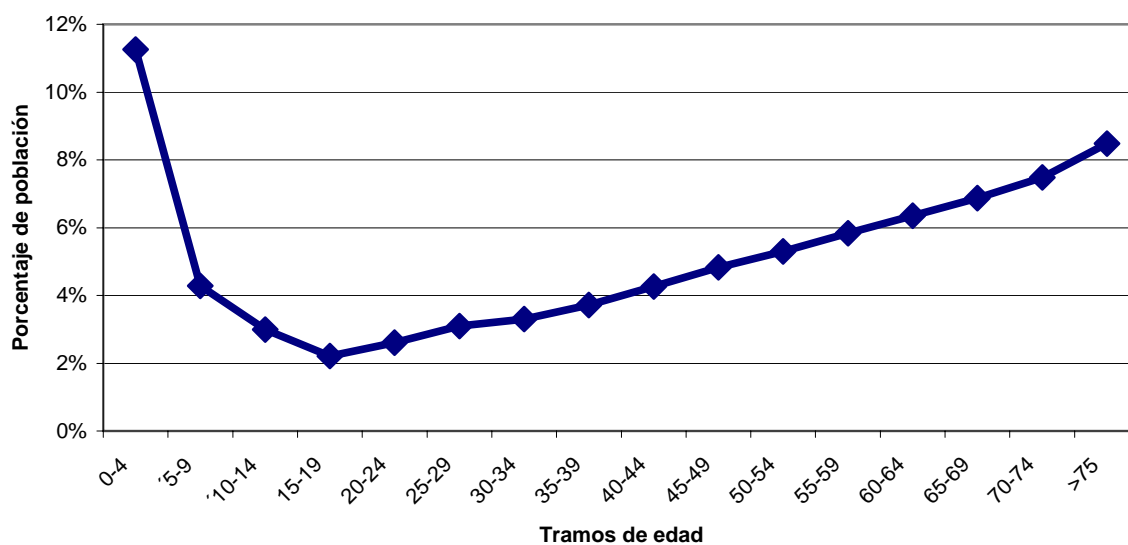
Cuadro 20. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Realización de controles de salud de rutina

	Montevideo	Interior	Total
1er quintil	11%	21%	16%
2do quintil	12%	20%	16%
3er quintil	15%	21%	18%
4to quintil	24%	20%	22%
5to quintil	37%	18%	27%
Total	100%	100%	100%
Porcentaje de la población que se realizó control de rutina en los 30 días previos	6%	4%	5.0%

El comportamiento varía significativamente según las edades (Gráfica 7). Entre los menores de 5 años, un 11% se habían realizado controles rutinarios de salud en los treinta días previos. Es de destacar que si estos porcentajes se mantuvieran a lo largo de todo el año, ello estaría indicando que toda la población de ese tramo de edad habría concurrido a realizarse algún control rutinario en ese período.

El porcentaje de personas que se realizan estos controles decrece con la edad y alcanza su mínimo en el estrato entre 15 y 19 años. Entre los mayores de 75 años llega al 8%.

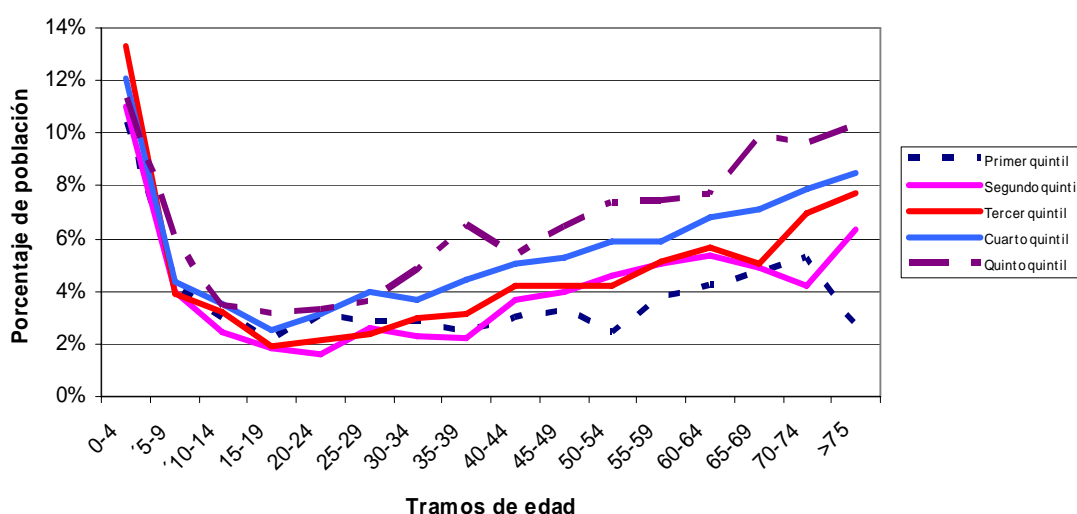
Gráfica 7: Realización de controles de salud de rutina por tramo de edad



Es interesante analizar en qué medida las diferencias de comportamiento verificadas por nivel de ingreso se producen en todos los estratos de edad o existen algunos en especial que explican la evolución.

La Gráfica 8 permite apreciar que **en los estratos más jóvenes (hasta los 25 años) no existen diferencias sustantivas entre la cantidad de controles rutinarios de salud realizados según los diferentes niveles de ingreso.** Parecería que el ingreso no es un obstáculo para que esos sectores se realicen controles de salud. En cambio, **en los estratos de edad más avanzada, las personas con menor nivel de ingreso tienen menor acceso a estos servicios de salud.**

Gráfica 8: Realización de controles de salud de rutina por tramo de edad y estrato de ingreso



De las personas que se realizaron controles (Cuadro 21), el 43% utilizaron los servicios de salud públicos y el resto lo hicieron en centros privados.

Se observan algunas diferencias con respecto a las instituciones a las que las personas acuden en caso de enfermedad. En ese caso, se realizaba un mayor porcentaje de consultas en dependencias públicas (46%) y en servicios de emergencia móvil (8%).

Cuadro 21. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Institución que utilizó para la realización de controles de salud

	Montevideo	Interior	Total
Instituciones públicas	36%	50%	43%
MSP	22%	40%	31%
Otros públicos	14%	10%	12%
Instituciones privadas	62%	48%	55%
IAMC	58%	42%	49%
Seguro privado	2%	2%	3%
Emergencia móvil	1%	2%	2%
Consulta privada	1%	2%	1%
Otro	2%	2%	2%
Total	100%	100%	100%

De las personas que se realizaron controles de salud, al 56% les recetaron medicamentos, y de éstas el **95%** declaran haberlos obtenido ⁽¹⁰⁾. Entre las personas que no los obtuvieron, la mayoría (80%) lo atribuye a la falta de los mismos en el centro de salud que como se señaló antes podría interpretarse como un problema de falta de recursos para acceder a medicamentos. Un 21% señala explícitamente la falta de dinero como la limitante. Estos resultados son similares a los obtenidos en los casos de las personas que declararon haberse sentido enfermas en los treinta días previos a la realización de la ENHA.

iii) Personas a las que se le indicó la realización de exámenes en los treinta días previos a la realización de la ENHA

En el cuadro 22 se puede apreciar que según la ENHA al **4%** de las personas les indicaron algún tipo de análisis de laboratorio, radiografías o ecografías en el mes previo a la realización de la Encuesta. De estas, el **83%** las realizó⁽¹¹⁾ y el 12% los tiene marcados para una fecha posterior.

En síntesis, sólo el 5%⁽¹²⁾ de las personas a las que se les indicó algún tipo de estudio de laboratorios o radiológicos no tuvieron acceso a los mismos.

⁽¹⁰⁾ Estos porcentajes son prácticamente iguales en Montevideo y el interior

⁽¹¹⁾ Estos porcentajes son prácticamente iguales en Montevideo y el interior

⁽¹²⁾ Estos porcentajes son prácticamente iguales en Montevideo y el interior

El cuadro 22, resume las distintas razones esgrimidas por quienes no se realizaron los estudios indicados.

Cuadro 22. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Razones para no haberse realizado estudios indicados

	Montevideo	Interior	Total
Tiene fecha para más adelante	69%	72%	70%
El centro no pudo realizarlas	3%	4%	3%
No le pareció necesario	3%	2%	2%
Por problemas de horario	8%	8%	8%
Por no poder pagarlo	12%	11%	11%
Otro	6%	4%	5%
Total	100%	100%	100%
Porcentaje de la población a la que se le indicó la realización de exámenes	5%	4%	4%

En el Cuadro 23 (donde se excluye a quienes manifiestan tener una fecha posterior para realizarse los exámenes indicados) se observa que no existe un particular sesgo por nivel de ingreso entre las personas que no accedieron a realizarse los estudios a nivel de todo el país.

Cuadro 23. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Personas que no accedieron a realizarse los estudios indicados

	Montevideo	Interior	Total
1er quintil	12%	32%	22%
2do quintil	20%	19%	20%
3er quintil	14%	24%	19%
4to quintil	24%	11%	18%
5to quintil	29%	14%	22%
Total	100%	100%	100%

Sin embargo, en el interior quienes conforman el grupo de los que no acceden a realizarse los estudios está constituido mayoritariamente por personas que pertenecen a los estratos de ingreso más bajos.

iv) Personas que estuvieron hospitalizadas o se realizaron alguna intervención quirúrgica en el año previo a la realización de la ENHA

En el año anterior a la realización de la ENHA, casi un 3% de la población declara haber sido intervenida quirúrgicamente o haber estado internada.

Cuadro 24. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Institución donde fue hospitalizado

	Montevideo	Interior	Total
Servicios públicos	38%	60%	51%
MSP	26%	49%	39%
Otros públicos	12%	11%	12%
Servicios privados	59%	39%	47%
IAMC	57%	37%	45%
Sanatorio privado	2%	2%	2%
Otro	3%	1%	2%
Total	100%	100%	100%

Como se observa en el Cuadro 24, la utilización de servicios públicos para este tipo de atención de salud (51%) es superior al que se verificó tanto en el caso de las personas que declararon haberse sentido enfermas (46%), como en aquellos que acudieron a los servicios para realizarse controles de salud (43%).

Como en los casos anteriores es notoria la diferencia entre Montevideo y el interior donde la utilización de servicios públicos llega al 60% del total.

En materia de tiempo de hospitalización para quienes fueron intervenidos, no existen diferencias significativas en la permanencia entre los servicios de Montevideo y del interior (Cuadro 25).

Cuadro 25. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Noches de hospitalización de quienes fueron intervenidos u hospitalizados

	Montevideo	Interior	Total
Entre 1 y 3	51%	54%	53%
Entre 4 y 7	26%	24%	25%
Entre 8 y 15	12%	13%	13%
Entre 16 y 30	7%	6%	7%
Entre 31 y 60	3%	2%	3%
Más de 60	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%

Prácticamente la cuarta parte de las internaciones obedecen a intervenciones programadas y otro tanto a tratamientos de patologías. Esta última razón tiene más importancia relativa en el interior, a la vez que en la capital parecen ser más frecuentes las intervenciones de urgencia.

Cuadro 26. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Razones para haber estado internado

	Montevideo	Interior	Total
Intervención programada	24%	22%	23%
Intervención urgencia	17%	12%	14%
Tratamiento de patología	19%	27%	23%
Análisis o estudios médicos	10%	8%	9%
Parto o cesárea	15%	15%	15%
Otros	15%	17%	16%
Total	100%	100%	100%

En lo referente a las instituciones en las que se realizan las intervenciones programadas (Cuadro 27), hay una preeminencia de las instituciones privadas bastante mayor a la que se verifica en los demás tipos de servicio examinados (controles de salud, consultas, y hospitalizaciones en general).

Cuadro 27. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Lugar de realización de las intervenciones programadas

	Montevideo	Interior	Total
Instituciones públicas	24%	42%	34%
MSP	13%	32%	24%
Otros públicos	11%	10%	10%
Instituciones privadas	72%	57%	63%
IAMC	68%	53%	59%
Sanatorio privado	4%	4%	4%
Otro	4%	2%	3%
Total	100%	100%	100%

En particular, llama la atención la elevada participación de las intervenciones programadas en las IAMC montevideanas en el total capitalino.

La ENHA inquirió entre aquellos que fueron sometidos a intervenciones programadas respecto al tiempo que fue necesario esperar para que las mismas se concretaran.

En el (Cuadro 28) se agrupan las respuestas en función de ese tiempo y según los distintos servicios.

Cuadro 28. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Tiempo de espera de las intervenciones programadas en los principales servicios de salud

	MSP	Hospital de Clínicas	Sanidad Policial	Sanidad Militar	IAMC	Sanatorio privado	Total
Hasta un mes	51%	38%	56%	38%	54%	60%	52%
Hasta dos meses	69%	49%	66%	62%	73%	78%	71%
Más de dos meses	31%	51%	34%	38%	27%	22%	29%

Los menores tiempos se verifican en los servicios de sanatorios privados, donde casi el 60% debe esperar menos de un mes. No existe una diferencia demasiado relevante en el

tiempo de espera para concretar las intervenciones entre el MSP y las IAMC. En ambos tipos de servicios en poco más de un 50% de los casos, las esperas son menores al mes. En el servicio público es algo mayor el porcentaje de quienes deben aguardar más de dos meses. Cuando el análisis se realiza por zona geográfica (Cuadro 29), se observa que el desempeño del interior es algo peor que el de la capital aunque muy similar entre los servicios públicos y los privados.

Cuadro 29. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Tiempo de espera de intervenciones programadas

Montevideo	MSP	IAMC
Hasta un mes	54%	56%
Hasta dos meses	70%	75%
Más de dos meses	30%	25%
Interior		
Hasta un mes	51%	52%
Hasta dos meses	69%	71%
Más de dos meses	31%	29%

Como se pudo apreciar en el Cuadro 26, los tratamientos de patologías constituyen una causal relevante de las internaciones, especialmente en el interior.

Sin embargo, la participación de los distintos servicios es muy diferente a la observada en la realización de cirugías programadas. En efecto, la participación de los servicios públicos es muy superior tanto en Montevideo como en el interior. En la capital, la participación del MSP casi triplica la que se verificaba en la realización de cirugías programadas, en tanto que la de las IAMC desciende a menos de la mitad del total. (Cuadro 30)

Cuadro 30. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Lugar de realización de los tratamientos de patologías

	Montevideo	Interior	Total
Servicios públicos	49%	66%	61%
MSP	34%	59%	50%
Otros públicos	15%	7%	11%
Servicios privados	49%	33%	38%
IAMC	48%	31%	37%
Sanatorio privado	1%	2%	2%
Otro	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%

v) Personas que recibieron atención odontológica en los seis meses previos a la realización de la ENHA

La ENHA pregunta a los entrevistados si han recibido atención dental en el semestre anterior. Los resultados relevados muestran una respuesta afirmativa en el 28% de los casos, siendo sustantivamente superior en Montevideo.

Cuadro 31. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Participación de personas que realizaron consulta odontológica en el semestre anterior en la población total

Montevideo	34%
Interior	23%
Total	28%

Entre quienes manifestaron no haber realizado consulta odontológica alguna, la quinta parte considera haberla necesitado. Estos guarismos son similares en Montevideo y en el interior.

Algo más de la mitad de quienes consultaron, lo hicieron por prevención.

Cuadro 32. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Asistencia dental por prevención entre los que consultaron

Montevideo	57%
Interior	50%
Total	54%

A efectos de realizar consultas odontológicas la población utiliza mayoritariamente servicios privados (Cuadro 33). Más de la mitad de estas consultas se realiza en forma privada con odontólogos, llegando este porcentaje a 63% del total en Montevideo.

Cuadro 33. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Servicios de asistencia odontológica utilizados

	Montevideo	Interior	Total
Servicios públicos	21%	27%	25%
MSP	9%	16%	13%
Otros	12%	11%	12%
Servicios privados	75%	70%	72%
IAMC	10%	10%	10%
Consulta privada odontólogo	63%	56%	59%
Otros privados	2%	4%	3%
Otro	4%	3%	3%
Total	100%	100%	100%

Es por ello que el nivel de ingreso constituye una variable determinante en el comportamiento de las personas en materia de atención odontológica.

En el Cuadro 34 se puede apreciar que en Montevideo, donde el 41% de los que realizan consultas odontológicas pertenecen al estrato de mayor ingreso. *En la capital las dos terceras partes de quienes acceden a consultas odontológicas pertenecen a los estratos superiores de ingreso.*

En el interior, en cambio, la participación es mucho más pareja en los distintos estratos.

Cuadro 34. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Participación de cada estrato de ingreso en la utilización de servicios odontológicos

	Montevideo	Interior	Total
1er quintil	9%	15%	12%
2do quintil	12%	20%	16%
3er quintil	14%	24%	19%
4to quintil	24%	22%	23%
5to quintil	41%	19%	30%
Total	100%	100%	100%

Por su parte, como se desprende del Cuadro 35, la participación de quienes realizaron consulta odontológica aumenta con el nivel de ingreso hasta constituir un 42% de la población entre los del estrato superior. En tanto que sólo un 17% de las personas pertenecientes al quintil de ingresos inferior declara haber realizado una consulta en el semestre anterior a la ENHA.

Cuadro 35. Uruguay, tercer trimestre de 2006: Proporción de personas que utilizan servicios odontológicos por estrato de ingreso

	Montevideo	Interior	Total
1er quintil	23%	15%	17%
2do quintil	28%	20%	22%
3er quintil	28%	25%	26%
4to quintil	36%	28%	32%
5to quintil	44%	37%	42%
Total	34%	23%	28%

La utilización de servicios odontológicos puede constituir un indicador tanto de acceso a los mismos como de comportamiento de las personas.

La situación descrita en los cuadros 34 y 35, donde la asistencia aparece fuertemente ligada al nivel de ingreso podría estar indicando un déficit de servicios públicos en este rubro- lo que tendría como consecuencia la falta de acceso por parte de la población más pobre- y falta de recursos económicos para hacer frente a las erogaciones que el cuidado de la salud bucal requiere.

En todo caso se trata de un problema a tener en cuenta en el diseño de las políticas sanitarias cuya importancia debe ser debidamente tomada en consideración.

III. ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS

En el presente capítulo se presentan los resultados del procesamiento del Módulo de Salud de la ENHA que trata sobre varios aspectos del estado de salud de las personas. Los mismos se han agrupado en las siguientes categorías:

- i) los que hacen referencia a limitaciones permanentes
- ii) los que tienen que ver con problemas siquiátricos y psicológicos
- iii) los que tienen que ver con enfermedades crónicas
- iv) los que fuman

A los efectos del análisis de las distintas dimensiones del estado de salud, se ha tomado como variables relevantes el sexo y edad de las personas por tratarse de los atributos que tradicionalmente se analizan en esta área.

Debe tenerse en cuenta que los resultados que se presentan se basan en lo que las personas declaran respecto a su estado de salud, es decir en su percepción respecto al mismo. Por lo tanto no sustituyen a otros obtenidos a partir de exámenes médicos directos⁽¹³⁾.

i) Personas con limitaciones permanentes

i. 1) Limitaciones de la visión

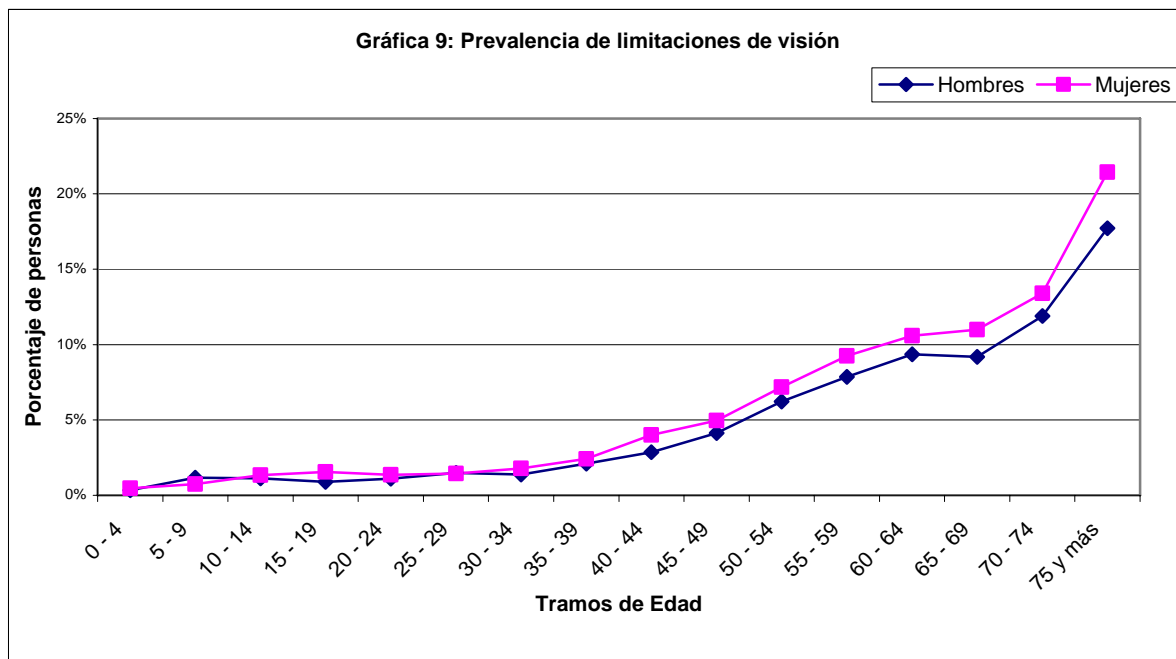
Casi el 5% de la población uruguaya declara tener limitaciones permanentes para ver aún usando lentes.

La prevalencia de esta limitación es mayor entre las mujeres (5.5%) en comparación con los hombres (4.0%) (Gráfica 9).

En cuanto a las edades, si bien es en las personas mayores de 65 años donde se encuentra el 47%, ya a partir de los 40 años se constata un número importante de personas que comienzan a experimentar esa limitación. Por su parte, entre los menores de 20 años, el 1% declara poseer esa limitación.

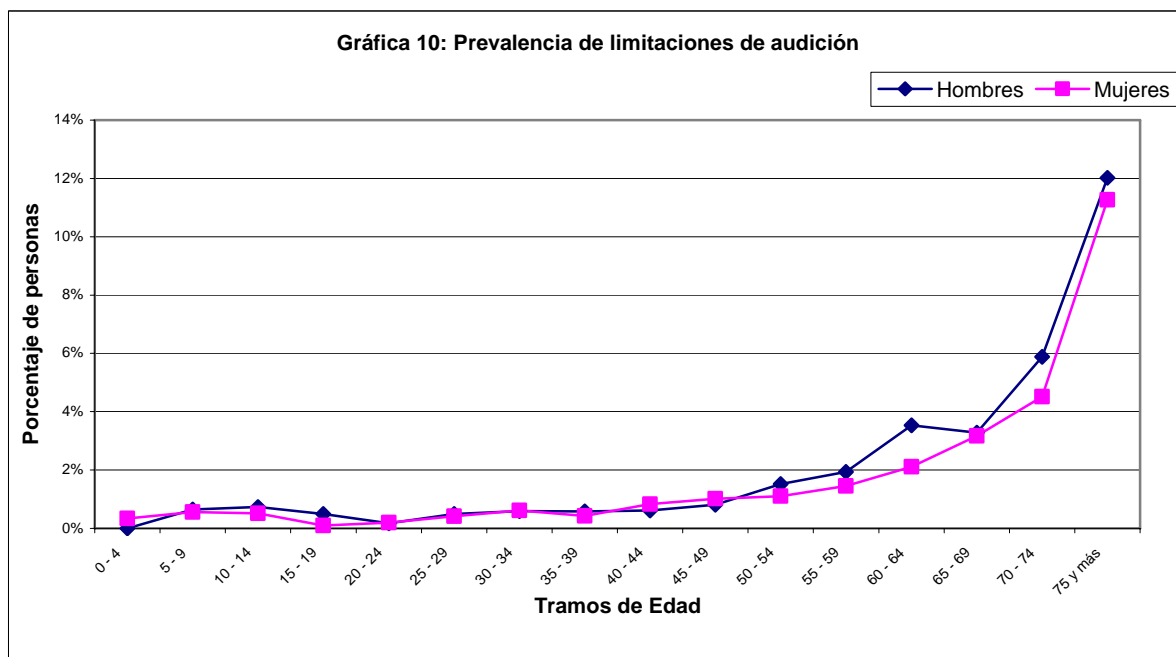
Se puede observar claramente su asociación con el envejecimiento

⁽¹³⁾ En el cuarto trimestre de 2006, el MSP llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no transmisibles. La muestra se seleccionó entre personas mayores de 25 años y menores de 65 residentes en algunas localidades mayores de 5.000 habitantes. En esta Encuesta se realizaron mediciones antropométricas y de presión arterial, así como análisis de laboratorio.



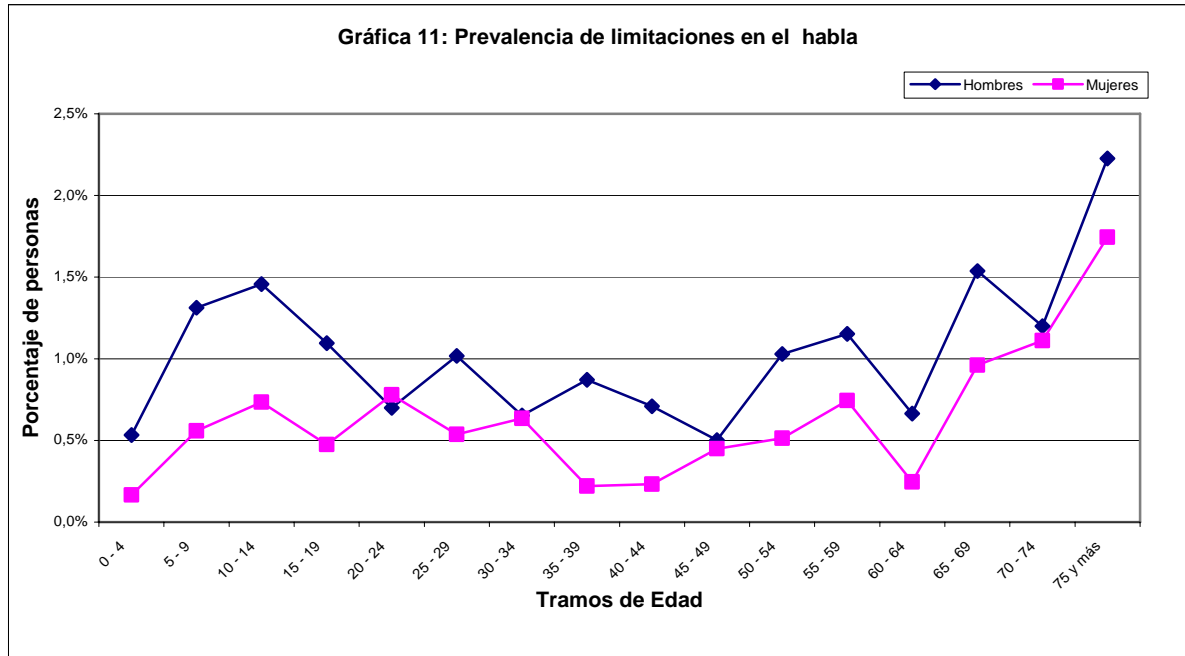
i. 2) Limitaciones de la audición

Un 1.7% de la población declara padecer esta limitación. La misma está asociada claramente a la edad ya que el porcentaje asciende a 7.5% entre los mayores de 65 años, en tanto que es de 0.4% entre los menores de 20 años. No se observan diferencias significativas en la prevalencia entre hombres y mujeres.



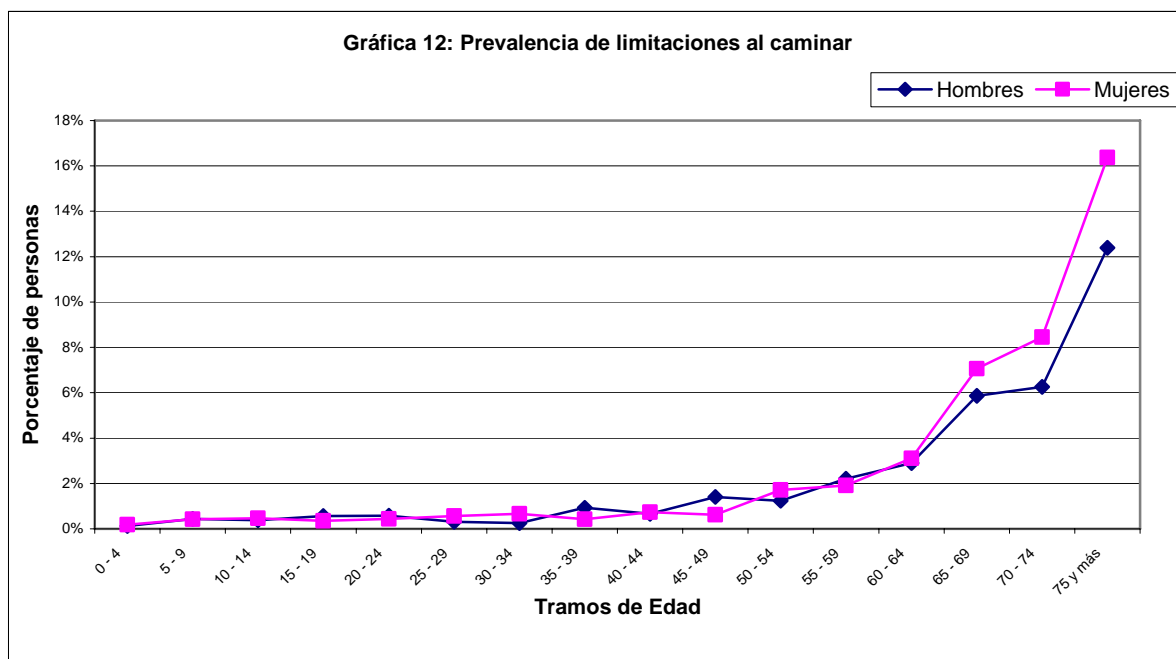
i. 3) Limitaciones del habla

Afecta a un 0.8% de la población. Está levemente asociada al envejecimiento y tiene una prevalencia mayor entre los hombres (1.0%) que entre las mujeres (0.6%).



i.4) Limitaciones en la movilidad

En este caso el 1.8% de los hombres y 2.6% de las mujeres manifiestan limitaciones al caminar. Esta limitación se encuentra también muy asociada al proceso de envejecimiento y es más intensa en el caso de las mujeres para los tramos altos de edad. Entre los menores de 20 años, solo el 0.4% declaran tener esta limitación, en tanto entre los mayores de 65 años el porcentaje es de 10.6%.



En el caso de la movilidad de brazos y manos la prevalencia es menor (1% en hombres y 1.3% en mujeres) aunque los perfiles de edad y sexo son similares al caso anterior.

ii) Personas con problemas siquiátricos y psicológicos

ii.1) Personas con limitaciones mentales

El 2.1% de la población presenta algún tipo de limitación mental. En la mayoría de los casos (1.8%), esta limitación dificulta los procesos de aprendizaje. En una proporción menor (1.1%) la misma dificulta el relacionamiento con las demás personas.

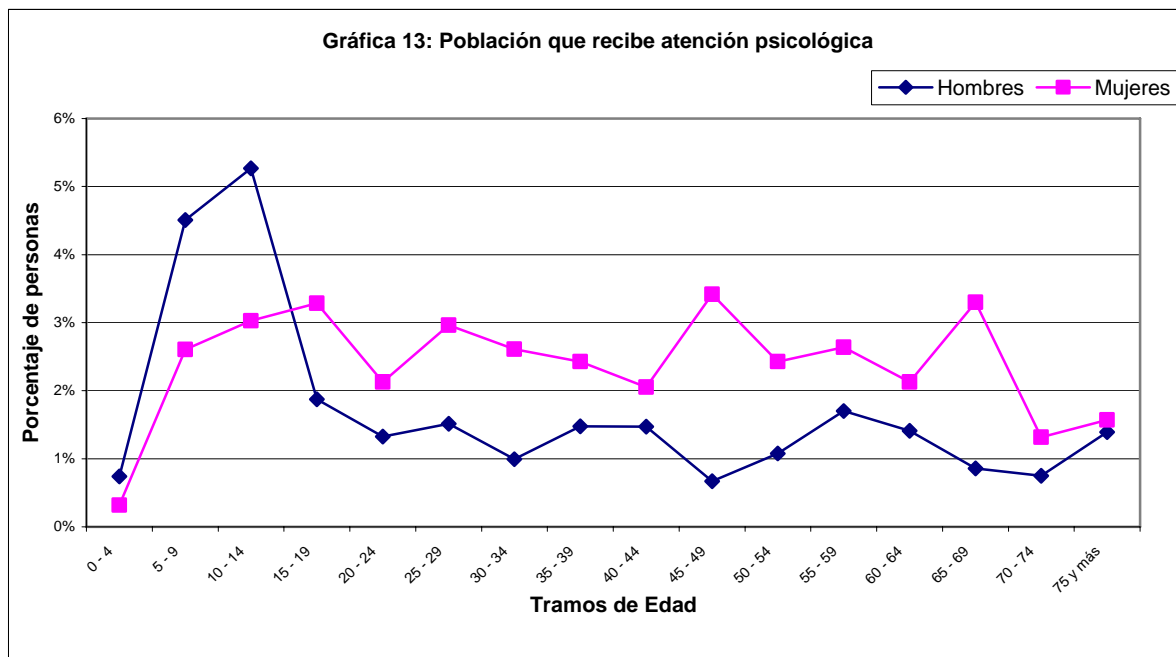
Con respecto a las edades se destaca su diagnóstico durante el ciclo escolar y un aumento en edades avanzadas, probablemente como consecuencia de enfermedades neurodegenerativas.

ii.2) Personas en atención psicológica o tratamiento psiquiátrico

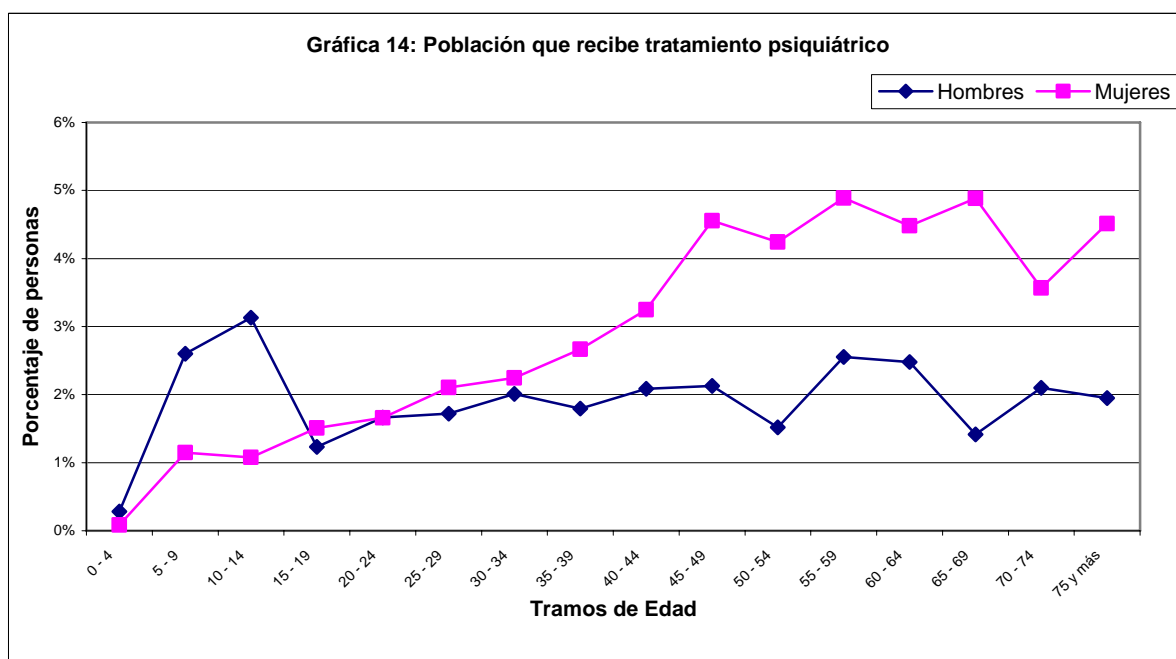
El 3.6% de la población se encuentra bajo atención psicológica (2.2%) y/o tratamiento psiquiátrico (2.4%).

Esta característica es más intensa entre las mujeres (4.2%) que entre los hombres (3.0%).

Con respecto a la atención psicológica, se distribuye en forma relativamente homogénea en los diferentes tramos de edad, especialmente en el caso de las mujeres ya que en el caso de los hombres es más fuerte en los tramos que coinciden con el ciclo escolar (entre 5 y 14 años).



En lo relativo a las personas en tratamiento psiquiátrico el perfil de los hombres es similar. Sin embargo en el caso de las mujeres se nota una tendencia claramente creciente hasta el tramo de edad de 45 a 49 años para luego estabilizarse alrededor de ese nivel (4.8%)

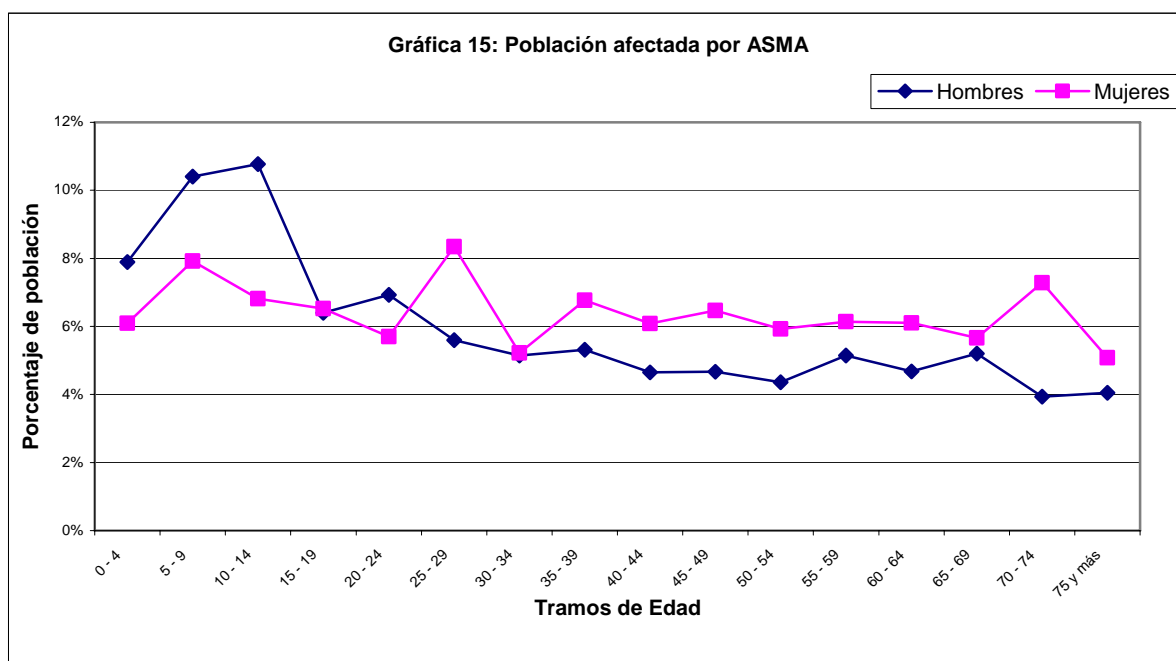


iii) Personas afectadas por enfermedades crónicas

El 19.5% de la población padece por lo menos una de las enfermedades crónicas relevadas (asma, hipertensión y diabetes).

iii.1) Asma

La prevalencia en el total de la población es del 6.4% igual en los dos sexos. No está asociada con la edad aunque existe un pico significativo en varones en los tramos de edad entre 5 y 14 años. Estos picos compensan una menor prevalencia de la enfermedad entre los varones adultos.

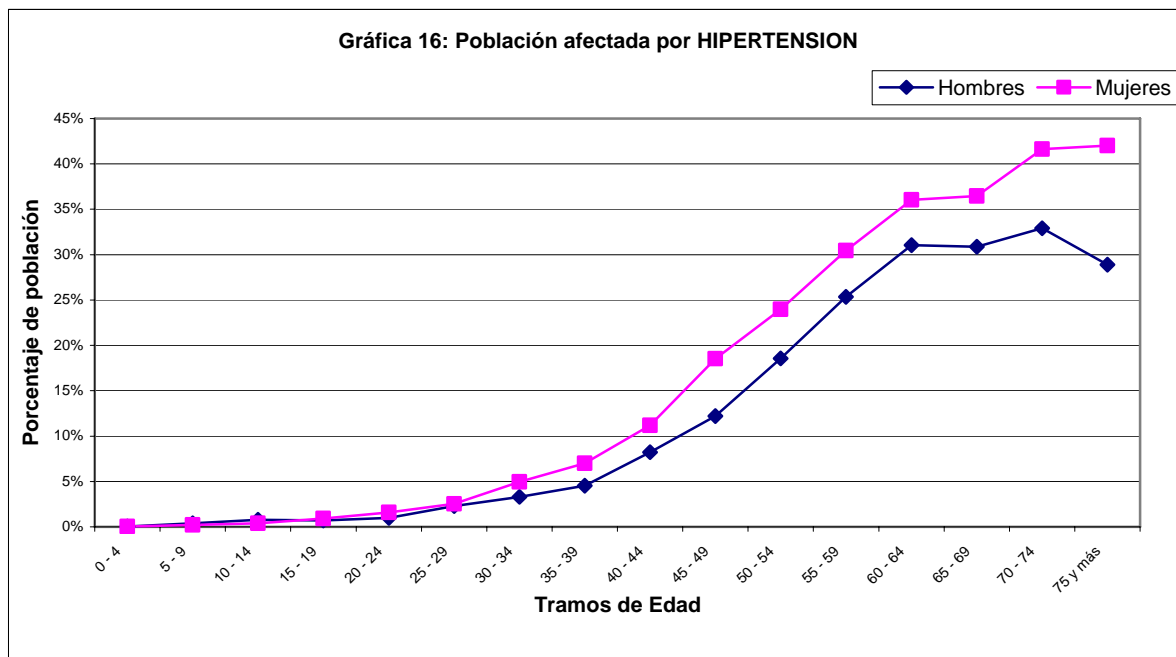


iii.2) Hipertensión

La prevalencia declarada en el total de la población es del 12.3%. Está fuertemente asociada a la edad y es sensiblemente mayor entre las mujeres (14%) que entre los hombres (10%).

Cabe destacar que en el caso de las mujeres la prevalencia en las mayores de 60 años llega a niveles muy altos (entre el 36% y el 42%) mientras en el caso de los hombres se estabiliza alrededor del 30%. Esta meseta probablemente esté asociada a índices de sobrevivencia mucho menores en presencia de esta enfermedad.

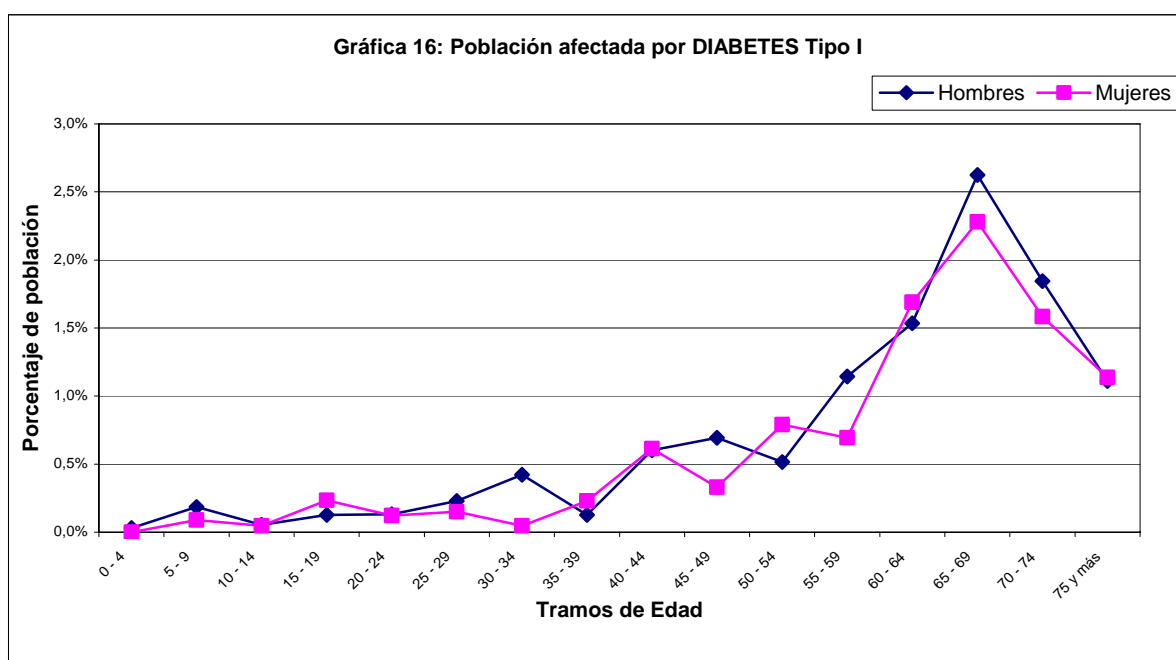
Entre los menores de 20 años, sólo declaran padecer esta enfermedad el 0.5% de los encuestados.



iii.3) Diabetes

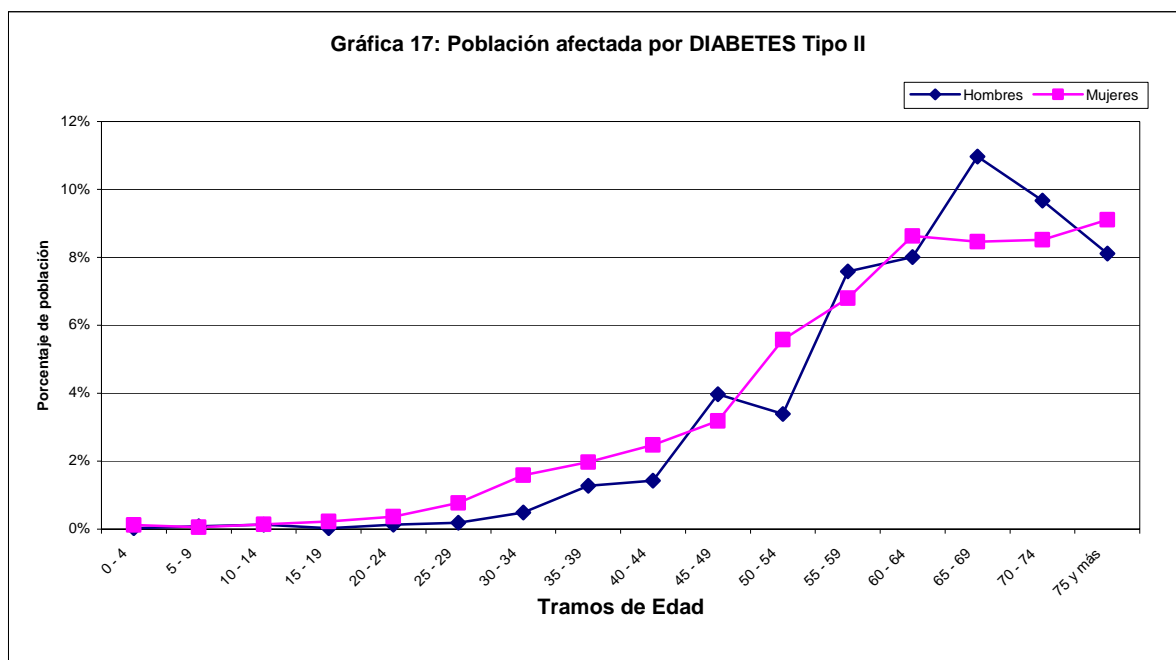
Diabetes Insulino - dependiente (Tipo I).

La prevalencia declarada en el total de la población es del 0.6 %. Los resultados muestran una asociación a la edad y escasas diferencias entre mujeres y hombres. La tendencia es creciente hasta el tramo de 65 – 69 años. Luego disminuye probablemente por índices de sobrevivencia menores en presencia de esta enfermedad.



Diabetes no Insulino - dependiente (Tipo II)

La prevalencia declarada en el total de la población es del 3 %. Está fuertemente asociada a la edad y es algo mayor entre mujeres (3.3%) que entre hombres (2.6%). En ambos casos la tendencia es creciente hasta el tramo de 65 – 69 años (11%) en los hombres y hasta el tramo de 60-64 en las mujeres (8.6%). Luego se estabiliza o disminuye, probablemente por índices de sobrevivencia menores en presencia de esta enfermedad.



v) Personas que fuman

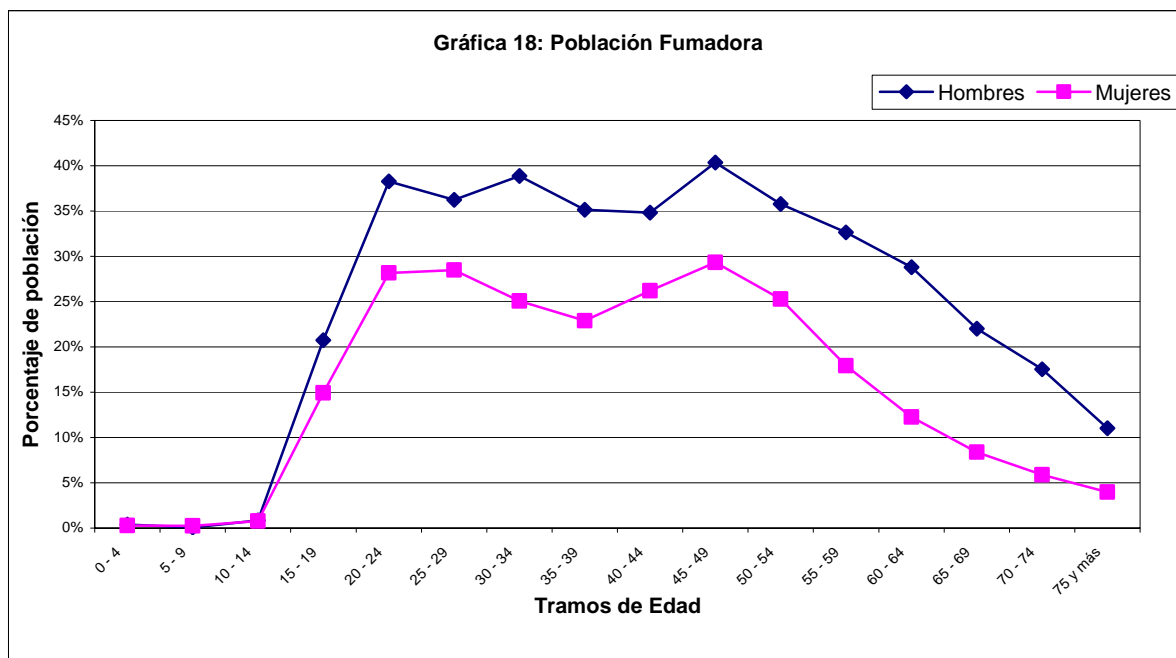
Los resultados de la ENHA muestran que el 19% de la población fuma siendo el porcentaje de hombres fumadores superior al de mujeres.

Cuadro 36. Uruguay 2006: Porcentaje de fumadores

Hombres	23%
Mujeres	15%
Total	19%
Entre 25 y 64 años ⁽¹⁴⁾	29%

⁽¹⁴⁾ En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el porcentaje detectado fue de 31%. En la ENHA en las localidades de más de 5.000 habitantes (que son las consideradas en la muestra de la encuesta realizada por el MSP), el 30% de las personas de esos tramos de edad se declararon fumadoras.

Como se aprecia en la gráfica siguiente, en ningún tramo de edad el porcentaje de mujeres fumadoras supera al de hombres.



El porcentaje de fumadores crece hasta alrededor de los 50 años en que empieza a disminuir. Entre los mayores de 65 años hay un 10% de fumadores, en tanto entre los que tienen entre 20 y 29 años ese porcentaje es de 33%.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

A continuación se resaltan las principales conclusiones que se derivan del procesamiento realizado de la ENHA del año 2006 tanto de las preguntas habituales sobre Salud como del módulo especial sobre Situación de salud y Morbilidad realizado en el tercer trimestre de dicho año.

- En materia de utilización de servicios de salud: el 38% de los montevideanos utiliza instituciones públicas, casi igual porcentaje utiliza instituciones privadas en el interior.
- No existen diferencias sustantivas entre la existencia de derechos en determinadas instituciones de salud y utilización de las mismas. El porcentaje de personas con derechos vigentes en las IAMC pero que optan por atenderse en servicios gratuitos o de costo reducido debido a las erogaciones que la atención mutual supone, es menor al 1%.
- El 70% de los menores de 20 años utilizan servicios públicos de salud, entre los mayores de 60 años ese porcentaje no alcanza al 40%.
- Las dos terceras partes de los usuarios de los servicios de salud públicos se ubican en los dos quintiles de ingreso más bajos, situación inversa a la que se observa entre los usuarios de los servicios privados.
- El 90% de las personas del quintil inferior de ingresos y el 9% de quienes se ubican en el quintil superior utiliza servicios de salud públicos.
- Casi la mitad de los afiliados a instituciones privadas de salud financia la cuota a través de gasto de bolsillo ya sea de integrantes del hogar o de otros familiares. El resto es financiado por los organismos de Seguridad Social o por el empleador de algún integrante del hogar.
- Las tres cuartas partes de quienes financian las cuotas de los servicios privados mediante gasto de bolsillo pertenecen a los estratos de ingreso superior (el cuarto y último quintil de ingresos).
- Es posible observar un leve sesgo redistributivo a favor de los quintiles de menores ingresos a través de la acción de los organismos de Seguridad Social en materia de pago de afiliaciones a IAMC.
- Existe un porcentaje de 2.7% de la población que declara no utilizar servicio de salud alguno. Se concentra en los tramos de edad más jóvenes y no presenta un sesgo particular en materia de ingresos.
- La mitad de la población montevideana y menos de la quinta parte de la del interior está afiliada a algún servicio de emergencia móvil. Entre los mayores de 75 años, más de la mitad cuenta con este servicio.
- Casi el 70% de las personas pertenecientes al quintil superior están afiliados a servicios de emergencia móvil. En cambio, entre quienes pertenecen al estrato inferior, menos del 5% cuentan con este servicio.
- Entre las personas que se sintieron enfermas en el mes previo (5.5% de la población), casi el 80% consultaron al médico, sin que se registren diferencias importantes según su nivel de ingreso.
- De las personas que recibieron indicaciones de tomar algún medicamento, el 8% no pudieron obtenerlos. El 20% de ellos debido a que no tuvieron el dinero necesario, y el

restante 80% porque esos medicamentos no se encontraban disponibles en el centro de salud.

- No existen diferencias sustantivas entre la cantidad de controles rutinarios de salud realizados por los menores de 25 años para los diferentes niveles de ingreso. En los estratos de edad más avanzada, las personas con menor nivel de ingreso tienen menor acceso a estos servicios.

- De las personas a las que se les indicó algún tipo de estudio de laboratorio o radiológico sólo el 5% declaran no haber tenido acceso a realizarlo.

- Hay una preeminencia de las instituciones privadas en materia de intervenciones quirúrgicas programadas bastante mayor a la que se verifica en los demás tipos de servicio examinados (controles de salud, consultas, y hospitalizaciones en general).

- Más de la mitad de las consultas odontológicas se realiza en forma privada con odontólogos, llegando este porcentaje a 63% del total en Montevideo, lo que trae aparejado que en la capital las dos terceras partes de quienes acceden a consultas odontológicas pertenecen a los estratos superiores de ingreso.

- El 29% de la población entre 25 y 64 años se declara fumadora. El porcentaje es superior en los hombres que en las mujeres para todos los tramos de edad.

ANEXO I

Definiciones básicas

Derechos vigentes

Se pregunta a las personas si tienen “derechos vigentes” en una lista de instituciones de asistencia a la salud que comprende:

1) *MSP*: Se incluyen todas las dependencias del MSP. Se considera que tiene derechos vigentes cuando cuenta con el correspondiente carné de asistencia ⁽¹⁵⁾.

2) *Hospital de Clínicas*: Se distingue del MSP por depender de la Universidad de la República. Al igual que en el caso anterior, se considera que tiene derechos vigentes cuando cuenta con el correspondiente carné de asistencia.

3) *Sanidad Policial*: Tienen derecho a la asistencia de salud los funcionarios del Ministerio del Interior tanto los efectivos como los retirados y sus familiares (cónyuges, hijos menores de 21 años y padres cuyos ingresos sean inferiores a dos salarios mínimos nacionales). En Montevideo, existe una cobertura única en el Hospital Policial para todos los beneficiarios. En el Interior existe un convenio con IAMC para los policías en actividad y retirados, en tanto que para sus familiares existe un convenio con el M.S.P. y eventualmente pueden utilizar los servicios del propio Hospital Policial.

4) *Sanidad Militar*: Tienen derechos a la asistencia de salud los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional tanto los efectivos como los retirados y sus familiares (cónyuges, hijos menores de 21 años). La atención se realiza en el Hospital Militar, aunque existen algunos centros en el interior del país.

5) *Policlínica Municipal*: Se considera que tiene derechos vigentes cuando cuenta con el correspondiente carné de asistencia.

6) *Área de salud del BPS (Asignaciones Familiares)*: Se considera que tiene derechos vigentes cuando cuenta con el correspondiente carné de asistencia en los distintos servicios que presta este Sistema (Centros materno - infantiles, etc.).

7) *Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)*: Contar con derecho vigente implica disponer de un carné, recibo u otro documento que lo habilite para esa atención, sin mayores trámites, en el momento que lo necesite.

8) *Seguro privado de salud parcial médico*: Este tipo de seguro no cubre la internación.

9) *Seguro privado de salud parcial quirúrgico*: Se trata de seguros que solo cubren derechos en caso de internación.

10) *Seguro privado de salud total*: Se trata de seguros con cobertura total.

11) *Otro*: Posibles casos que no estén contemplados en los ítems anteriores como por ejemplo: centros médicos de ANCAP, BSE, medicina privada, atención en el exterior, etc.

Carnet de asistencia en dependencias del MSP

⁽¹⁵⁾Más adelante se explicitan los requerimientos para la obtención del carnet de asistencia en dependencias del MSP.

El Decreto 179/02 del 16 de mayo de 2002 establece las siguientes categorías de carnet de asistencia:

A) CARNÉ GRATUITO DE ASISTENCIA: Para las personas con radicación efectiva en el país cuyo ingreso mensual no supere las veinticinco Unidades Reajustables, al que se le agregarán dos y media Unidades Reajustables por cada integrante del núcleo familiar. A dichos usuarios no se les cobrarán los servicios prestados y el carné respectivo les será otorgado sin costo.

B) CARNÉ BONIFICADO DE ASISTENCIA: Están comprendidos dentro de esta categoría:

1. Las personas con radicación efectiva en el país cuyo ingreso no supere las cuarenta y tres y media Unidades Reajustables mensuales, al que se le agregarán dos y media Unidades Reajustables por cada integrante del núcleo familiar. Esta categoría de usuarios abona aranceles cuyos precios se fijan en el decreto.
2. Las personas con radicación efectiva en el país cuyo ingreso no supere las sesenta y dos Unidades Reajustables mensuales, al que se le agregará dos y media Unidades Reajustables por cada integrante del núcleo familiar. Esta categoría de usuarios abonará aranceles mayores que los de la categoría anterior.

C) CARNÉ MATERNO - INFANTIL: Están comprendidos dentro de esta categoría la mujer embarazada hasta 6 meses después del parto y el niño menor de un año. A dichos usuarios se les otorga el carné de esta categoría por su sola condición, sin ningún otro requerimiento. El binomio madre-niño tendrá derecho durante los períodos establecidos previamente a requerir en forma gratuita de los servicios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. la totalidad de prestaciones que éstos se encuentran en situación de brindar y no sólo las vinculadas a su condición.

D) CARNÉ GRATUITO DE ASISTENCIA VITALICIO: están comprendidos dentro de esta categoría los pasivos mayores de 65 años con radicación efectiva en el país y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral permanente o que perciban pensiones por invalidez, determinadas ambas por el Banco de Previsión Social. A dichos usuarios no se les cobrarán los servicios prestados.

Por otra parte, el decreto 179/02 establece que las personas que tengan otro tipo de cobertura de asistencia médica integral, quedan excluidas de la posibilidad de obtener el carnet de asistencia. En tanto que las personas con cobertura de asistencia médica parcial podrán acceder a las categorías de carné precedentemente establecidas excluyéndose de sus derechos el tipo de asistencia médica parcial que poseen.