



INEQUIDADES EN SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES EN URUGUAY

SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD EN SALUD
DOCUMENTO Nº 1

El proyecto “Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud” y este primer documento contaron con el apoyo del Programa Eurosocial, en su segunda edición (2012-2014).



Socios operativos:



Agradecimientos: a Orielle Solar por su apoyo y asistencia técnica.

Documento elaborado por:

Fabricio Méndez Rivero

Alejandra Toledo Viera

Colaboraron con la confección de este documento: Miguel Alegretti, María José Rodríguez, Ramón Álvarez, Cecilia Cárpena y Laura Rivas.

ÍNDICE

ÍNDICE	2
PARTE I: ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD EN SALUD?.....	3
PARTE II: ¿CÓMO SE GENERAN Y PERPETÚAN LAS INEQUIDADES EN SALUD EN EL URUGUAY?	6
PARTE III: ¿CUÁLES SON LAS INEQUIDADES EN SALUD EN EL URUGUAY? .	13
PARTE IV: ¿CÓMO INCIDEN LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS URUGUAYOS EN LAS INEQUIDADES EN SALUD?	23
PARTE V: ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL SISTEMA DE SALUD?.....	36
PARTE VI: EN SUMA	45

PARTE I: ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD EN SALUD?

El Derecho a la Salud, entendido como “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (...) sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*”, ha sido consagrado en la Constitución de la OMS en 1946 y ratificado por distintas Declaraciones y Tratados regionales e internacionales, convirtiéndolo en un derecho humano fundamental¹. Sin embargo, aunque los resultados promedios mejoran en la mayoría de los países las desigualdades en salud persisten. Por lo tanto, comprender por qué se generan y cómo se perpetúan las inequidades constituye no sólo una necesidad de nuestras sociedades, sino también un imperativo ético-político ineludible.

El siguiente diagrama resume el marco conceptual para el análisis de las inequidades en salud y sus determinantes sociales, que ha orientado la construcción y el análisis crítico del **SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD EN SALUD DE URUGUAY (SVES)**. El mismo es una adaptación del marco conceptual desarrollado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.

Figura 1: Marco conceptual sobre la Equidad en Salud y sus Determinantes Sociales. Adaptación Uruguay.



Fuente: Elaboración propia, SVES 2015.

¹ Declaración de Alma-Ata (1978), Declaración Mundial de la Salud (1998), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), entre otros.

De acuerdo a lo señalado en el marco de la OMS y que aquí se retoma, las inequidades en salud se originan en el **contexto político y socioeconómico**, es allí donde se configuran los mecanismos que generan y reproducen los sistemas de **estratificación social**, tales como las políticas públicas y de bienestar, las relaciones de producción, entre otros. Estos mecanismos configuran las distintas divisiones sociales con su correspondiente distribución desigual de poder, expresado en el prestigio, en el acceso a recursos, en las relaciones de dominación y en el poder político, cuya expresión social es la distribución del ingreso, el género, la ascendencia étnico-racial, la educación, la ocupación. En el esquema se señalado la clase social con un asterisco, en la medida que se trata de un concepto que requiere especial consideración por razones teóricas y metodológicas. No hay espacio aquí para abarcar en toda su extensión las discusiones dentro y entre las diversas corrientes teóricas que dicho concepto suscita hasta el día de hoy, por lo que simplemente se delimitará su alcance en el marco de este informe. Clase social es un concepto complejo y multidimensional que da cuenta de la posición de las personas en la estructura social a partir de su relación con el capital, y también en función de las credenciales educativas y la ocupación de las personas². Se trata de un concepto complejo y multidimensional, que lo diferencia de otras aproximaciones a la posición socioeconómica como el ingreso, la ocupación o el nivel educativo.

Es en este nivel donde operan los **determinantes de las inequidades en salud**, que en su conjunto los denominamos determinantes estructurales o de las inequidades en salud.

En un segundo nivel se encuentran un conjunto de condiciones y factores que intermedian entre las inequidades que subyacen a los determinantes estructurales y los resultados de salud, identificados como “determinantes intermedios” o **determinantes de la salud**. Entre ellos se identifican las condiciones materiales de vida (vivienda, condiciones de trabajo, saneamiento, etc.); las condiciones psicosociales (estrés laboral, violencia, carencia de redes de apoyo, etc.); el comportamiento y factores biológicos (hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco, consumo problemático de alcohol, factores genéticos, etc.) y los sistemas de salud y atención sanitaria (acceso a servicios de salud, sistemas de financiamiento, etc.).

El conjunto de los determinantes estructurales modelan la magnitud y las diferencias de **exposición y vulnerabilidad** a los determinantes intermediarios existentes entre los distintos grupos sociales. Además, de acuerdo con la perspectiva de trayectoria de vida (lifecourse), la vulnerabilidad a los determinantes sociales, se acumula a lo largo de la de vida. Lo anterior, se traduce a la vez en que las **consecuencias** sociales de los problemas de salud, serán diferentes en los distintos grupos sociales.

En nuestro marco conceptual hemos destacado el papel que adquiere el **sistema de salud**, entendido como la organización de instituciones en cuyo marco se define la política pública de

² Esta es de manera muy simplificada, la perspectiva de Erik Olin Wright. Para mayor detalle ver : Wright, Erik O. (1994): Clases. Siglo XXI, Madrid.

salud y se regula el funcionamiento del sector, se provee la asistencia sanitaria, y se administran los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones. En su condición de determinante intermedio, es importante señalar que su capacidad de acción sobre la generación de las inequidades en salud es reducida; no obstante, un sistema de salud y de atención inequitativo potencia y agudiza las brechas sociales que le anteceden. Es por ello que la acción sobre los determinantes sociales debe plantearse desde una lógica intersectorial, con el liderazgo del sector salud.

Como señalan Whitehead y otros, para actuar sobre las inequidades en salud y sus determinantes, un primer paso necesario es dar visibilidad **a las inequidades en salud, ¿cuáles son?, ¿dónde están?, ¿cuál es su magnitud?, ¿a quiénes afecta?** y a la vez, es necesario responder **cuáles son los determinantes sociales asociados y que mecanismos operan** en el contexto del Uruguay. Este es el objetivo principal del SVES

Más concretamente, el SVES busca los siguientes **OBJETIVOS**:

- Contribuir a consolidar una matriz de indicadores y datos que permita identificar las inequidades en salud de la población y los determinantes sociales asociados a ella.
- Producir información para la toma de decisiones vinculadas al diseño de política y programación en salud orientada a la reducción de las inequidades.
- Producir información para el estudio del impacto de las medidas sanitarias orientadas a la reducción de las inequidades, así como de otras políticas, distintas del sector salud, orientadas hacia los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.
- Producir información para rendir cuentas a la sociedad respecto de las acciones desplegadas por el Estado en su rol garante del Derecho a la Salud.

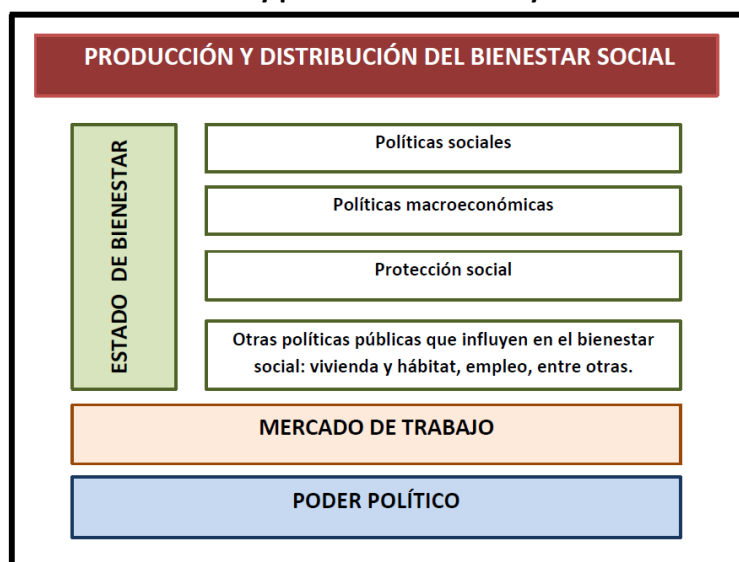
En definitiva, el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (SVES) del Uruguay contribuirá a que los actores políticos, académicos y la sociedad civil en su conjunto comprendan cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población, es decir, como la salud es producida y reproducida en las bases sociales del Uruguay, por lo cual tiene una base y expresión social que se manifiestan en los resultados sanitarios. El papel de los otros sectores gubernamentales es fundamental para mejorar los resultados sanitarios, pero sobre todo para reducir y eliminar las inequidades en salud. Finalmente, se espera que dicha información facilite la generación de capacidades institucionales para abordar la problemática y permita el fortalecimiento de la voluntad política para combatir las inequidades en salud en el Uruguay.

PARTE II: ¿CÓMO SE GENERAN Y PERPETÚAN LAS INEQUIDADES EN SALUD EN EL URUGUAY? UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Esta pregunta remite al contexto socioeconómico y político en que se producen las inequidades en salud, es decir, los determinantes estructurales de la salud. ¿Cómo se puede abordar el contexto socioeconómico y político del Uruguay, desde esta perspectiva?; ¿qué factores sociales estructurales pueden impactar en la salud de las personas? En la mayoría de las democracias capitalistas occidentales en las que el Estado social ha emergido como la principal forma de organización de la sociedad, el bienestar social es un importantísimo factor estructurante de las relaciones sociales, económicas y políticas. Y es por ende una dimensión central al momento de analizar la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

Uruguay no es ajeno a esa realidad y a razón de ello, como puntapié para abordar las inequidades en salud resulta útil preguntarse cómo y dónde se produce, reproduce y se distribuye el bienestar social.

Figura 2: Contexto socioeconómico y político: Producción y distribución del bienestar social



Fuente: Elaboración propia, SVES 2015.

Como se observa en la figura 2, se ha sistematizado el bienestar social como una articulación de tres ámbitos fundamentales: (1) el conjunto de políticas públicas que configuran el Estado de bienestar propiamente dicho (2) el mercado de trabajo; y (3) el poder político. Desde este marco analítico es que se abordará el contexto socioeconómico y político del Uruguay, considerándolo como un determinante estructural de las desigualdades sociales en salud.

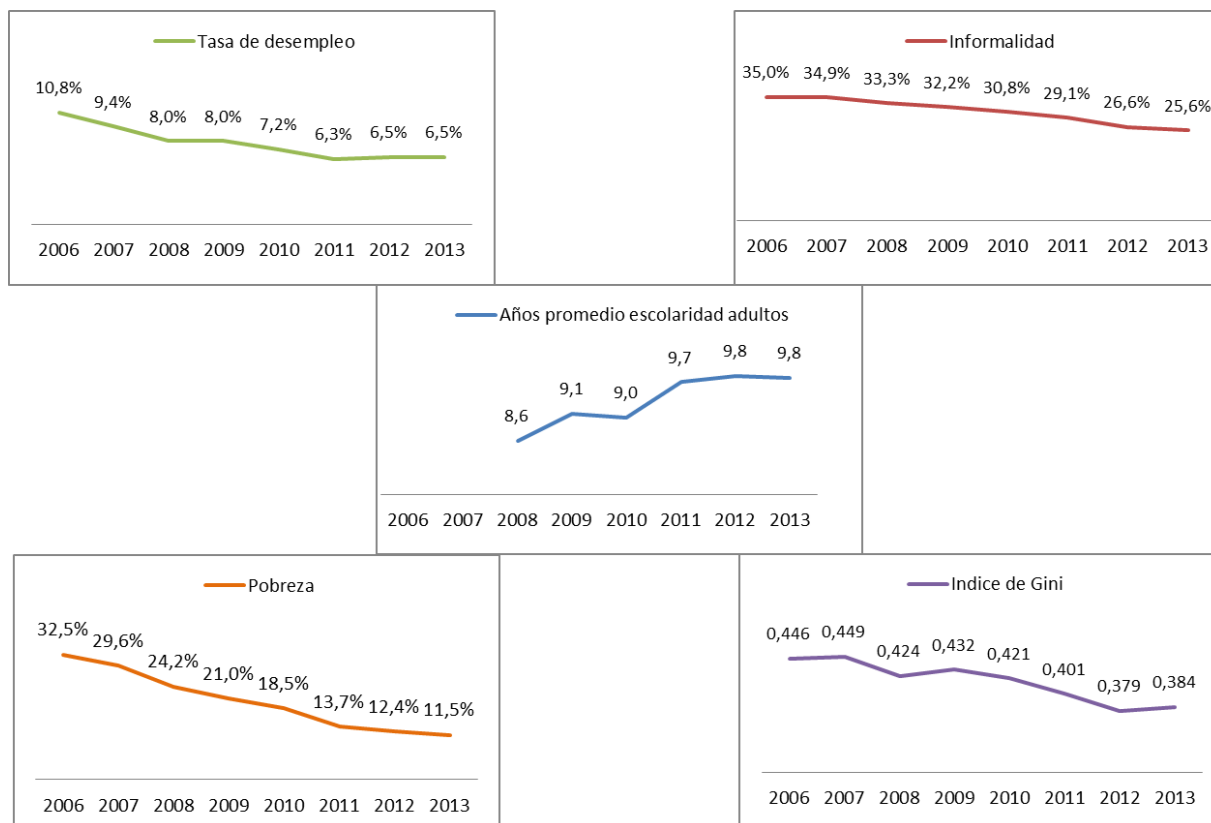
Un segundo paso es operacionalizar cada una de esas dimensiones para que puedan ser abordadas a través de indicadores. La selección realizada de indicadores es muy amplia y no es posible presentarla en su totalidad, por lo que se presentarán algunos de ellos. De todos modos, están sintetizados en una matriz que se presenta en el anexo metodológico.

Los años promedio de escolaridad en adultos es un indicador de cobertura educativa; y el porcentaje de personas que no están afiliadas a la seguridad social (en adelante, informalidad) da cuenta de la cobertura de la seguridad social. Educación y seguridad social son dos de las principales políticas públicas propias del *Estado de bienestar*, y es por ello que han sido consideradas aquí. El desempleo se ha tomado como indicador del *mercado de trabajo*. La dimensión del *Poder político* no ha sido posible abordarla en esta oportunidad porque no se dispuso de manera oportuna de toda la información necesaria para la construcción de los indicadores previstos en la matriz original. A su vez, se presenta el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza y el índice de Gini como medida de desigualdad de ingreso.

Para todos los indicadores señalados se ha considerado dos aspectos claves, el espacio y el tiempo. Es así que se ha considerado para cada uno de ellos su evolución en el período 2006-2013; y se ha desagregado la información para cada uno de los departamentos del Uruguay, tomando como referencia el año 2013.

Gráfico 1: Indicadores de Contexto Socioeconómico. Uruguay 2013.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos ECH 2013, INE.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos ECH 2013, INE.

Cabe destacar que para el año 2006 el país se encontraba en pleno proceso de recuperación de la crisis del año 2002 y al mismo tiempo fue el año previo a la reforma tributaria y de la salud, que han tenido un importante impacto distributivo. Como se observa en el cuadro, todos los indicadores muestran mejorías para el período considerado.

En términos de la evolución de los indicadores promedios, se observa que la escolaridad de las personas adultas³ aumentó un año entre 2008 y 2013; la informalidad⁴ cayó casi diez puntos porcentuales, el desempleo en más de cuatro puntos, y la pobreza registra el cambio más significativo, habiendo disminuido más de veinte puntos. A su vez, en materia de distribución del ingreso, históricamente nuestro país se ha ubicado en las mejores posiciones de la región, y en el período considerado el índice de Gini disminuyó en un 86%.

Los indicadores promedios esconden las desigualdades territoriales en el Uruguay

Un elemento clave en el análisis de la inequidad en salud y su contexto de producción es la identificación de las diferencias sistemáticas existentes entre los distintos grupos y/o estratos sociales y los territorios. Estas diferencias se configuran a partir de la desigual distribución de poder, prestigio y recursos, cuya medición esta expresada a través de los indicadores de clase social, ingresos, pobreza, educación, ocupación y territorio, entre otros. Al mismo tiempo, coexiste otro eje de desigualdad expresado en las diferencias de género y de ascendencia étnico-racial en los diversos indicadores sociales, que son una expresión de la discriminación que existe en la sociedad uruguaya.

La vigilancia de la equidad supone un desafío en términos de producción de información, en la medida que los sistemas de información -principalmente los del área de la salud- no siempre disponen de las variables que permitan aproximarse a dichos clivajes, y por ende que puedan dar visibilidad a la base social de los resultados sanitarios y las desigualdades en el Uruguay.

En este contexto, y dada las limitaciones existentes se optó por una estrategia de análisis territorial, que consiste en la construcción de un **ÍNDICE DE ESTRATIFICACIÓN TERRITORIAL** (ver anexo metodológico), el cual permite establecer un ordenamiento de los 19 departamentos de nuestro país, a partir de su desempeño en ciertas dimensiones referidas a las condiciones de vida de su población, a saber: ingresos, educación, vivienda y trabajo.

³ Cantidad de años de estudio que en promedio, ha alcanzado la población mayor de 25 años. Se calcula como una proporción a partir de la cantidad de años de estudio de las personas mayores de 25 años sobre la cantidad de personas mayores de 25 años. Se considera los 25 años como una edad en la que, desde una perspectiva normativa del curso de vida, las personas han concluido todos los ciclos educativos, incluido el nivel terciario.

⁴ La informalidad es un concepto complejo que incluye múltiples dimensiones y ha sido conceptualizado de maneras diferentes. En este trabajo se sigue la línea adoptada por el MTSS en el marco del informe “Panorama del trabajo decente en Uruguay, con perspectiva sectorial” de 2013, donde se define la informalidad como el no registro en la seguridad social (MTSS, 2013).

De esta forma, fue posible avanzar en el análisis agregado o ecológico de la inequidad en salud y su contexto de producción-reproducción, considerando al territorio como un eje a partir del cual se configuran las inequidades, resultando especialmente útil cuando la información disponible no permite trabajar con los individuos como unidad de análisis. No obstante, debe considerarse este índice como un primer ejercicio que necesariamente deberá perfeccionarse en futuros informes. En el anexo metodológico se desarrollan los detalles del mismo en cuanto a su construcción, y se hace referencia a sus fortalezas y especialmente a sus restricciones y debilidades.

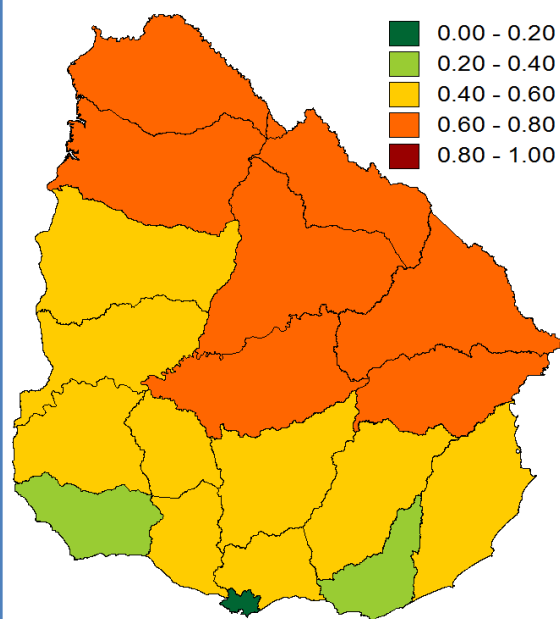
A continuación se presentan los resultados del Índice de Estratificación Territorial para el trienio 2011-2012-2013, construido a partir de la agregación de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares (INE) correspondiente a esos años.

El mapa 1 permite observar un gradiente claro en lo que refiere al territorio como clivaje o eje de análisis de las inequidades. Los departamentos mejor posicionados tienden a ubicarse al sur del Río Negro y los de peor posición al norte.

Tomando como referencia el valor del Índice a nivel nacional (0.39), sólo tres departamentos se encuentran en mejor posición: Colonia, Maldonado y Montevideo, siendo éste último el que presenta mejor puntaje: 0.20.

En cambio, los departamentos con los valores más altos (peor posición) se encuentran al norte y noreste de nuestro país, siendo Rivera el departamento con peor puntaje: 0.79. La brecha entre el mejor y peor departamento en el Uruguay es de 0.59 para el trienio 2011- 2013.

Mapa y cuadro 1: Índice de Estratificación Territorial y dimensiones (trienio 2011-2012-2013)



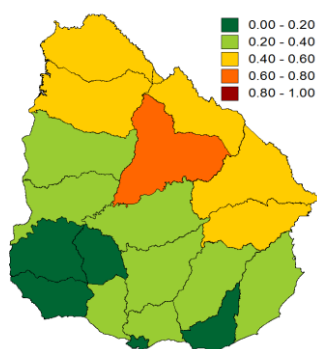
Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado), INE.

	ÍNDICE	Vivienda	Trabajo	Educación	Ingresos
Valor País	0,39	0,24	0,39	0,42	0,50
1. Montevideo	0,20	0,10	0,27	0,00	0,42
2. Colonia	0,28	0,04	0,08	0,74	0,26
3. Maldonado	0,29	0,09	0,28	0,56	0,24
4. Flores	0,40	0,01	0,36	0,81	0,43
5. Soriano	0,41	0,13	0,45	0,62	0,44
6. Florida	0,45	0,26	0,27	0,79	0,48
7. Canelones	0,46	0,32	0,48	0,50	0,54
8. San José	0,47	0,27	0,39	0,72	0,48
9. Lavalleja	0,50	0,39	0,35	0,76	0,48
10. Paysandú	0,51	0,35	0,41	0,72	0,58
11. Rocha	0,54	0,30	0,56	0,72	0,58
12. Río Negro	0,54	0,22	0,58	0,76	0,60
13. Durazno	0,64	0,38	0,70	0,87	0,61
14. T. y Tres	0,67	0,42	0,65	0,92	0,67
15. Salto	0,67	0,58	0,66	0,78	0,66
16. Cerro Largo	0,69	0,48	0,52	0,86	0,90
17. Artigas	0,71	0,45	0,75	0,67	0,97
18. Tacuarembó	0,72	0,61	0,62	0,85	0,79
19. Rivera	0,79	0,57	0,76	0,87	0,96
< Total país	> Valor País	Mejor		Peor	

A continuación se presenta la distribución departamental de cada uno de los indicadores que conforman el índice de estratificación territorial.

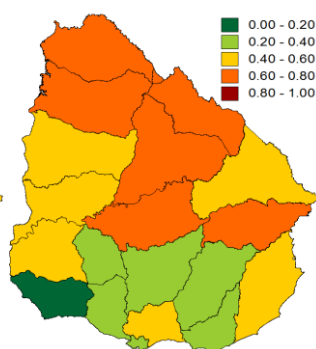
Dimensiones del Índice de Estratificación Territorial

Mapa 2: Vivienda



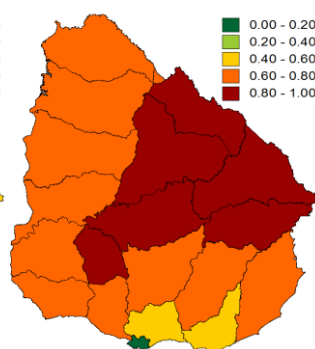
Brecha Vivienda: 0.60

Mapa 3: Trabajo



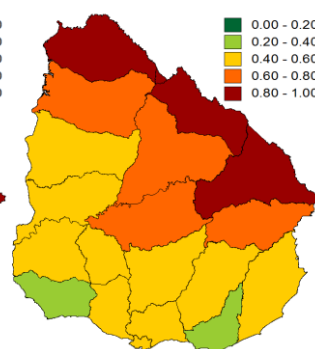
Brecha Trabajo: 0.68

Mapa 4: Educación



Brecha Educación: 0.92

Mapa 5: Ingresos



Brecha Ingresos: 0.74

Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado), INE.

La dimensión **Vivienda** (mapa 2) incluye indicadores que refieren al porcentaje de personas con vivienda no adecuada y con carencia de saneamiento y agua potable. Desde la perspectiva de la desigualdad en salud los mecanismos asociados a las carencias de viviendas guardan relación con las condiciones materiales, asociadas a las condiciones de saneamiento básico, posibilidades de abrigo y calefacción, entre otros, que se traduce en deterioro de las condiciones de salud.

Esta dimensión es la que presenta una menor brecha (0.60) entre el departamento mejor ubicado (Flores) y el peor posicionado (Tacuarembó). Junto con Flores, los restantes departamentos que están por debajo del valor a nivel país son Montevideo, Colonia, Maldonado y Soriano. En cambio, junto a Tacuarembó los departamentos con peor desempeño en esta dimensión son Artigas, Salto, Cerro Largo, Rivera y Treinta y Tres.

En cuanto a la dimensión de **Educación** (mapa 4), se han incluido como indicadores los años promedio de escolaridad en adultos y la tasa bruta de asistencia a educación formal obligatoria.

La mayor brecha se presenta entre el departamento de Montevideo (mejor ubicado) y Treinta y Tres (peor posicionado), siendo de 0.92. Cabe destacar que el comportamiento es prácticamente dicotómico: la capital es la mejor posicionada, mientras que los restantes 18 departamentos se encuentran todos por encima del valor del índice a nivel país (0.42). Al respecto, la brecha entre los dos departamentos con mejor puntaje (Montevideo y Canelones) alcanza el valor de 0.50.

La dimensión **Trabajo** (mapa 3) se refiere a la combinación del porcentaje de personas no registradas a la Seguridad Social y el porcentaje de personas desempleadas. Desde la perspectiva de la desigualdad en salud los mecanismos asociados a los indicadores de calidad del empleo descritos se relacionan con la salud no sólo por las condiciones de trabajo, sino por la calidad y tipo de relaciones laborales. Es así, como analizamos de qué manera el empleo efectivamente otorga protección social y da una mayor calidad de vida.

En ese sentido, los niveles de informalidad del empleo sostenido reflejan un deterioro de la calidad del mercado de trabajo y el incremento de la precariedad de empleo que se ha visto asociada al deterioro de la calidad de vida de los trabajadores /trabajadoras y sus familias.

Colonia es el departamento mejor posicionado y junto a Montevideo, Maldonado, Flores, Florida y Lavalleja son quienes presentan un puntaje menor al valor nacional (0.39). En el otro extremo, Rivera es el departamento con peor puntaje, mostrando una brecha de 0.68 en relación al mejor departamento.

Por último, la dimensión de **Ingresos** se construye a partir del porcentaje de personas en situación de pobreza y del promedio de ingreso per cápita de los hogares. Galobardes, Shaw, Lawler, Lynch y Davey Smith (2006)⁵ han argumentado que los ingresos influyen en la salud, principalmente a través del acceso a recursos materiales. Es decir, el acceso a una mejor calidad de ciertos recursos materiales a través de su compra, como alimentos, vivienda, calefacción, que impactan e influyen en la salud.

⁵ En: Indicators of socioeconomic position. En: Oakes JM, Kaufman JS, eds. Methods in social epidemiology. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.

Maldonado y Colonia son los dos departamentos con mejor puntaje y junto a Montevideo, Flores, Florida, Soriano, San José y Lavalleja son los que presentan un puntaje por debajo del valor a nivel país (0.50). En cambio, Artigas y Rivera son los dos departamentos con peor puntaje, siendo la dimensión que presenta la segunda brecha más grande, luego de Educación, alcanzando un valor de 0.74.

PARTE III: ¿CUÁLES SON LAS INEQUIDADES EN SALUD EN EL URUGUAY?

Las inequidades en salud refieren a aquellas *“diferencias sistemáticas en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que son evitables o remediables y por ende se constituyen en diferencias injustas”*⁶.

Pensar en las desigualdades en salud como evitables y remediables por ende injustas, implica entenderlas como un fenómeno producido socialmente y por lo tanto, como una expresión de la forma de estratificación vigente y de la distribución de poder, recursos y prestigio en la que se sustenta.

En términos más concretos, esta mirada exige identificar las diferencias sistemáticas existentes en los resultados de salud para distintos grupos sociales (según clase social, género, ascendencia étnico-racial, territorio, entre otros), las cuales -por ser potencialmente modificables- son objeto de intervención de política. En particular, las inequidades en salud en ciertas etapas de la vida (por ejemplo, la gestación y la primera infancia), resultan claves para los resultados posteriores de la salud, sumándose a ello que las desigualdades se acumulan a lo largo de la vida generando una vulnerabilidad diferencial ante las condiciones en las que transcurrirán las vidas de esas personas. Tal como Kriegger N. (2005) señala *“Las personas incorporan biológicamente sus experiencias de desigualdad social desde la vida intrauterina hasta la muerte”*.

En términos de la disponibilidad de información que pueda efectivamente dar visibilidad a las inequidades en salud resulta un gran desafío y exige un proceso de revisión crítica del conjunto del sistema. Los sistemas de información -principalmente del área de la salud- presentan importantes restricciones en cuanto a disponibilidad y calidad de aquellas variables que habiliten un análisis “estratificado” de indicadores de salud monitorizados en la práctica regular.

En este contexto, a continuación se presentan algunos indicadores que permiten aproximarse a estas desigualdades –injustas y evitables- en los resultados de salud de la población el Uruguay, a lo largo de su ciclo de vida.

• **BAJO PESO AL NACER**

El peso al nacer es uno de los indicadores más importantes en epidemiología. Por una parte, está condicionado por la dotación genética, el estatus nutricional y los estilos de vida de los padres (Shiono *et al.*, 1997), algunos de los cuales dependen de sus circunstancias socio-económicas (Wardle y Steptoe, 2003); y por otro lado, es un predictor de la salud futura del recién nacido, dado que está fuertemente asociado al bienestar a lo largo de la vida.

⁶ Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la OMS.

Específicamente, el bajo peso al nacer, definido por debajo de los 2.500 gramos, se ha asociado a la mortalidad neonatal, infantil (Rundle *et al.*, 1996) e incluso adulta (Risner *et al.*, 2011), así como a morbilidades que se manifiestan a lo largo de la vida, tales como obesidad, enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, hipertensión, síndrome metabólico, así como habilidades cognitivas reducidas (Barker, 1995; Gillman, 2004; Risner *et al.*, 2011)

En la NOTA METODOLOGICA se define el Bajo Peso al Nacer y se especifica la forma de cálculo de la TBP.

Tal como se observa en el gráfico 2, la Tasa de Bajo Peso al Nacer (TBP) se comporta de manera fluctuante oscilando en el entorno de ocho nacidos vivos con BPN cada cien NV, con una tendencia a la baja durante el período considerado. La literatura señala que el BPN es un problemática más frecuente en recién nacidos cuyas madres viven en condiciones de vida desfavorables, tienen hábitos poco saludables, y/o cuya atención médica durante el embarazo es poco frecuente o de mala calidad (J, Peraza López *et.al*, 2001). En futuros informes, en la medida que la información disponible lo permita, se deberá analizar con precisión la relación entre el BPN y estos factores, con el fin de disponer de un panorama claro de las causas de la problemática en cuestión.

NOTA METODOLÓGICA

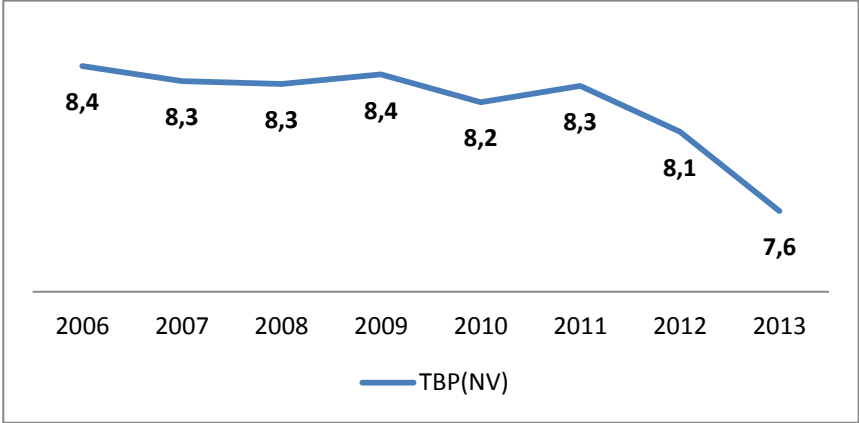
De acuerdo con la OMS, la TBP consiste en la cantidad de bebés nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2500 gramos, sobre la cantidad de nacidos vivos, en un periodo de tiempo determinado.

El **Peso al nacer** es el primer peso del feto o del recién nacido después del parto. En el caso de los nacidos vivos, el peso al nacer debería medirse en la primera hora de vida antes de que se produzca una pérdida de peso posnatal significativa y el peso real debería registrarse según el grado de precisión con el que se mide.

Se define al **Nacido vivo** como la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical o la placenta permanezca o no unida. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera un nacido vivo

Fuente: (OMS, 2005)

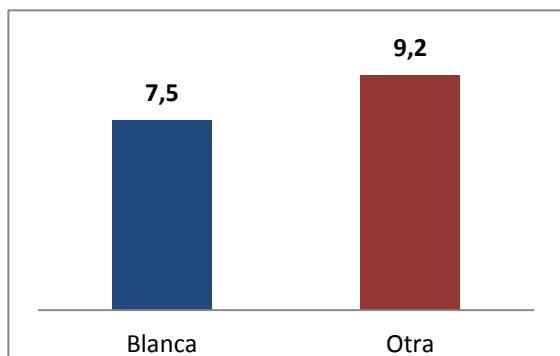
Gráfico 2: Tasa de Bajo Peso (Nacidos Vivos) entre 2006 y 2013



Fuente: Estimación propia a partir de Sistema Informático Perinatal. Epidemiología, MSP, 2006-2013.

El SIP releva pocas variables útiles para el análisis de equidad, en la medida que ha sido planificado para fines asistenciales desde una concepción epidemiológica clásica. No obstante, es posible visualizar cómo se distribuye el BPN según el origen étnico y el nivel educativo de la madre.

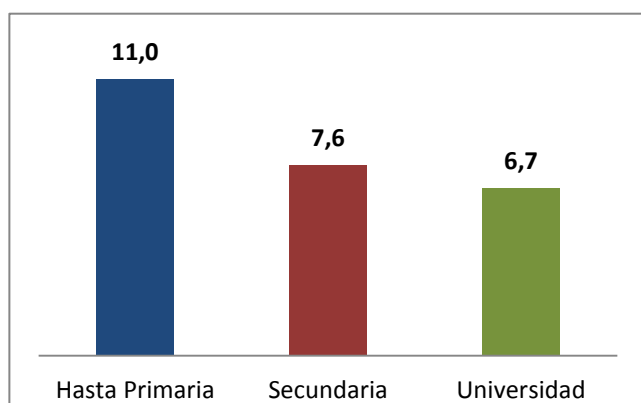
Gráfico 3: Porcentaje de Bajo Peso al Nacer según etnia (2013)



En la gráfica 3 se presenta la TBP para 2013 según la ascendencia étnica de la madre, y puede observarse que la brecha entre mujeres blancas y de otros orígenes étnicos, es de casi dos puntos porcentuales.

Fuente: Estimación propia a partir de Sistema Informático Perinatal. Epidemiología, MSP, 2013.

Gráfico 4: Porcentaje de Bajo Peso (Nacidos Vivos) por educación (2013)



En el gráfico 4 se observa que la TBP según la educación de la madre, es casi cuatro puntos más alta para las madres con educación primaria con respecto a las que alcanzaron la universidad.

Fuente: Estimación propia a partir de Sistema Informático Perinatal. Epidemiología, MSP, 2013.

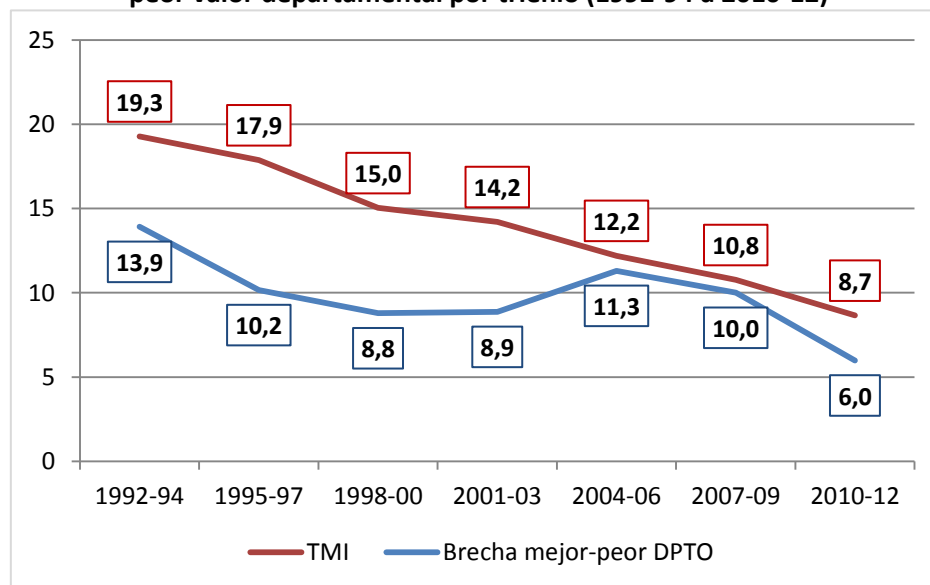
Un análisis pormenorizado de los determinantes sociales del BPN deberá estudiar con mayor detalle las dinámicas que subyacen a las correlaciones observadas.

- **MORTALIDAD INFANTIL**

La Tasa de Mortalidad Infantil se utiliza como un indicador del nivel de calidad de vida de una población. Se la señala también como una resultante del cuidado, del bienestar en general y de la atención de la salud. En publicaciones de organismos internacionales, la tasa de mortalidad infantil se relaciona con el nivel general de desarrollo de un país (OMS, Banco Mundial, PNUD). Con los estudios pioneros de Villermé, en el siglo XIX, se comenzaron a entender las diferencias económico-sociales en la mortalidad y la morbilidad, los hallazgos indicaban relación inversa de la mortalidad o la morbilidad con el ingreso o relación directa con la pobreza y las condiciones de vida de las personas y la comunidad.

El comportamiento de la mortalidad infantil es un claro ejemplo de cómo el progreso sostenido de dicho indicador puede coexistir con retrocesos en términos de equidad. El gráfico 5 muestra claramente un descenso sostenido de la Tasa de Mortalidad Infantil, desde 19,3 a 8,7 defunciones cada 1000 nacidos vivos, para el período comprendido entre el trienio 1992-1994 y 2010-2012. En cambio, si observamos la brecha que separa a los departamentos con mejor y peor desempeño vemos que el descenso se estanca y revierte para los trienios 2001-03 y 2004-06, cuando tuvo lugar la última crisis económica de nuestro país.

Gráfico 5: Tasa de Mortalidad Infantil (por mil) y Brecha entre mejor y peor valor departamental por trienio (1992-94 a 2010-12)



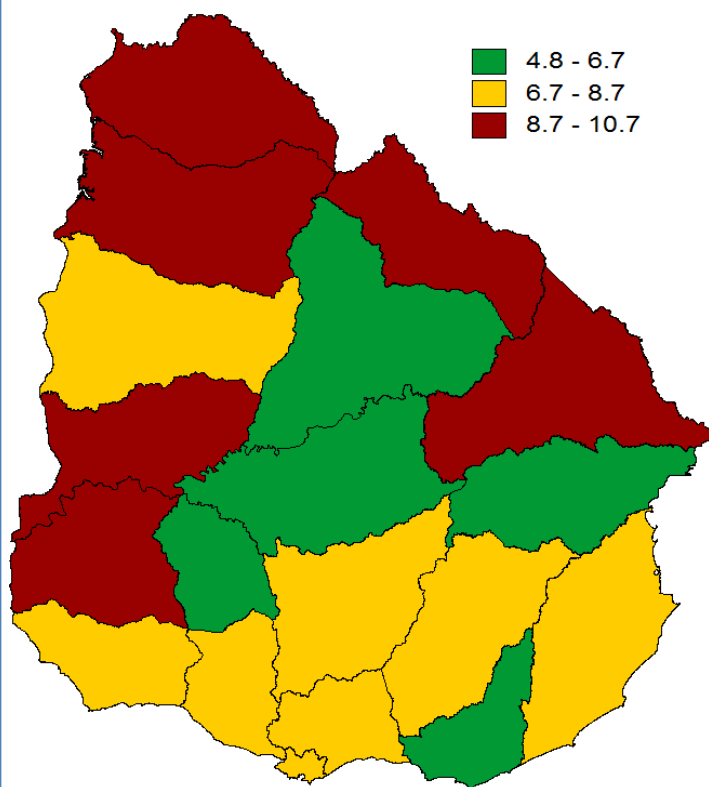
Fuente: Estimación propia a partir de Estadísticas Vitales. Epidemiología, MSP, 1992-2012.

A partir de 2007 retoma la senda de descenso, alcanzando la menor distancia entre el mejor y el peor departamento en el trienio 2010-2012 (6,0). Maldonado es el departamento con mejor desempeño, con una TMI de 4,8 cada 1000 nacidos vivos, mientras que Rivera muestra el peor desempeño con una TMI de 10,7 cada 1000 nacidos vivos.

En cuanto a la distribución de este indicador considerando al territorio como eje de desigualdad (cuadro 6), no se observa un gradiente claro en la mortalidad infantil en relación al ordenamiento resultante del Índice de Estratificación Territorial. No obstante sí se puede observar que, con excepción de Tacuarembó, los otros departamentos con peor posición en el Índice de Estratificación Territorial (ubicados al norte y noreste) son quienes presentan un mayor valor de TMI: Rivera, Artigas, Salto y Cerro Largo.

En cambio, los 5 departamentos con mejor desempeño en la TMI se distribuyen a lo largo del ordenamiento dado por el IET: Maldonado (3er. lugar), Treinta y Tres (14vo. lugar), Flores (4to.), Durazno (13vo.), Tacuarembó (18vo.) y Florida (6to.).

Mapa y cuadro 6: Tasa de Mortalidad Infantil (por mil) por departamento. Trienio 2010-2012.



Fuente: Estimación propia a partir de Estadísticas Vitales.
Epidemiología, MSP, 1992-2012.

Departamento	Total	Brecha mejor DPTO
01. Montevideo	7,3	2,5
02. Colonia	7,3	2,5
03. Maldonado	4,8	0,0
04. Flores	6,0	1,3
05. Soriano	9,2	4,4
06. Florida	6,8	2,1
07. Canelones	8,7	3,9
08. San José	7,2	2,5
09. Lavalleja	8,2	3,4
10. Paysandú	8,4	3,6
11. Rocha	8,1	3,3
12. Río Negro	10,2	5,5
13. Durazno	6,5	1,7
14. T. y Tres	5,4	0,6
15. Salto	10,6	5,9
16. Cerro Largo	10,2	5,4
17. Artigas	8,8	4,1
18. Tacuarembó	6,7	1,9
19. Rivera	10,7	6,0
> valor País	Mejor	Peor

• AÑOS DE VIDA PERDIDOS (AVP)

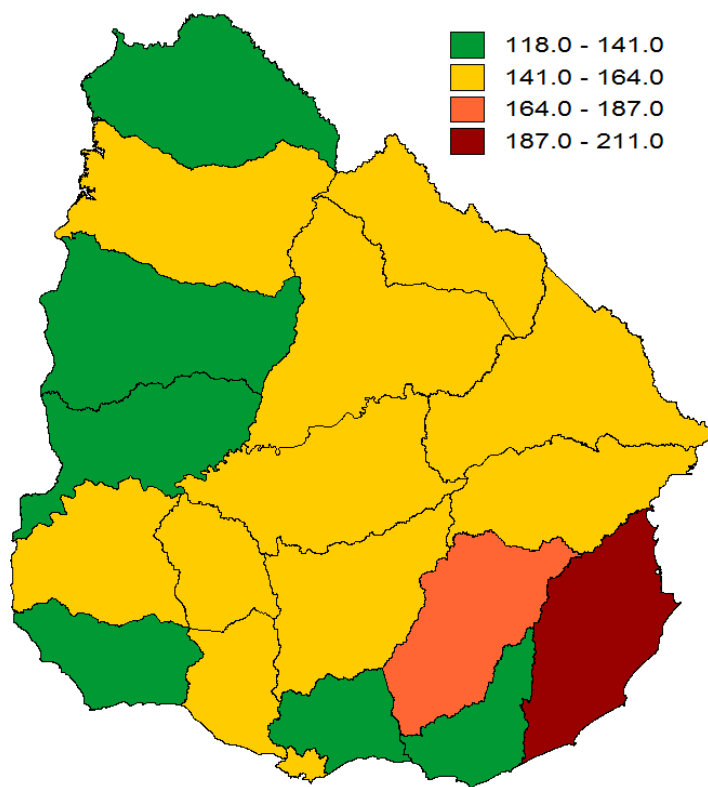
Otra forma de visibilizar las inequidades en salud es a través de los Años de Vida Perdidos. Este indicador muestra cuántos años más deberían haber vivido en conjunto las personas que fallecen, y se expresa como tasa cada 1.000 habitantes.

Para el año 2010, nuevamente Maldonado es el departamento que presenta el mejor desempeño en este indicador de mortalidad, con 118 años de vida perdidos cada 1000 habitantes. En cambio, Rocha presenta el peor desempeño, con 211 años de vida perdidos cada 1000 habitantes. Entre ambos, existe una distancia de 93 años de vida perdidos cada 1000 habitantes.

A Maldonado se suman Colonia, Canelones, Paysandú, Río Negro y Artigas, siendo los departamentos con mejor desempeño, presentando valores menores a 141 años de vida perdidos cada 1.000 habitantes. Luego de Rocha, Lavalleja es el departamento con segundo peor desempeño, con 174 años de vida perdidos cada 1.000 habitantes.

Para este indicador de mortalidad, tampoco se distingue un gradiente claro relacionado al territorio como eje de desigualdad a nivel departamental.

Mapa y cuadro 7: Tasa de Años de Vida Perdidos por departamento (c/1.000). Año 2010.

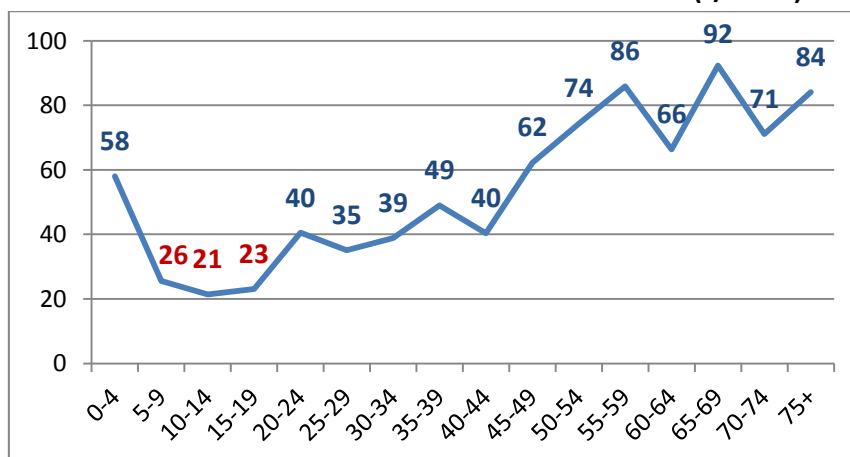


Fuente: División Epidemiología, MSP.

Departamento	Total	Brecha mejor DPTO
01. Montevideo	153	35
02. Colonia	137	19
03. Maldonado	118	0
04. Flores	144	26
05. Soriano	144	26
06. Florida	146	28
07. Canelones	135	17
08. San José	147	29
09. Lavalleja	174	56
10. Paysandú	128	10
11. Rocha	211	93
12. Río Negro	139	21
13. Durazno	148	30
14. T. y Tres	161	43
15. Salto	153	35
16. Cerro Largo	163	45
17. Artigas	140	22
18. Tacuarembó	142	24
19. Rivera	142	24
Mejor		Peor

Si se compara el departamento con mejor (Maldonado) y peor desempeño (Rocha), utilizando una razón entre sus AVP por grupos de edades quinquenales (gráfico 6) se puede ver que las mayores brechas se encuentran en grupos de edades tempranas (5 a 9 años), donde la mortalidad tiene un impacto importante en términos de años de vida que se pierden de vivir.

Gráfico 6: Razón Tasa de AVP Maldonado- Tasa de AVP Rocha (c/1.000). Año 2010.



Fuente: Estimación propia a partir de División Epidemiología, MSP.

El cuadro 8 permite ver que los varones residentes en Rocha son quienes se encuentran en peor situación, perdiendo 258 años de vida cada 1.000 varones de ese departamento.

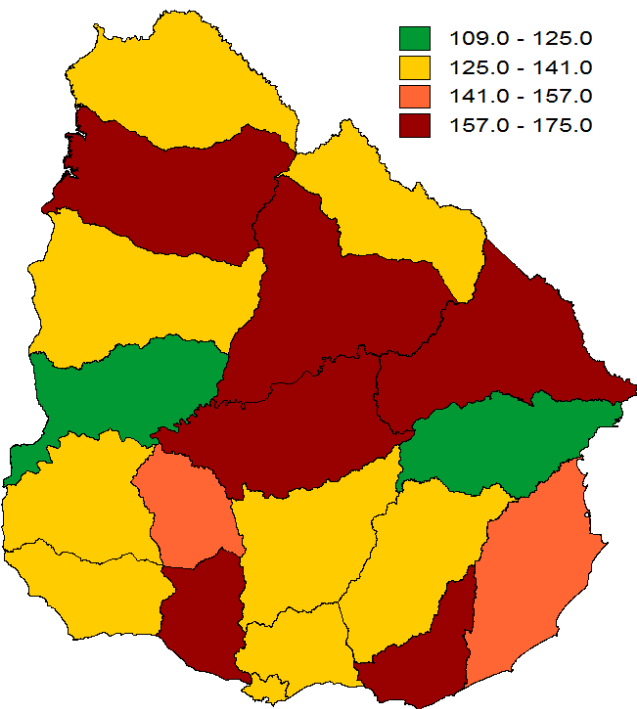
En el otro extremo, las mujeres residentes en Maldonado son quienes se encuentran en mejor posición, con sólo 90 años de vida perdidos cada 1000 mujeres fernandinas.

Si vemos cómo se comportan los departamentos en cuanto a las inequidades de género en la mortalidad, Tacuarembó es el departamento donde se observa la mayor brecha entre varones y mujeres: cada 100 años perdidos por las mujeres, los varones pierden 174. En cambio, Río Negro es el departamento con la menor brecha vinculada al género: cada 100 años perdidos por las mujeres los varones pierden 110, seguido de Treinta y Tres donde la distancia es de 15 años.

Cabe destacar la situación de Maldonado que pese a ser el departamento con mejor desempeño en los años de vida perdidos a nivel país, se encuentra entre los departamentos con peor desempeño en cuanto a la brecha entre varones y mujeres.

En cuanto a las inequidades entre los varones, la brecha entre el mejor (Río Negro) y peor departamento (Rocha) es mayor a la observada a nivel país (113 años). En cambio, entre las mujeres la inequidad entre ellas es menor. La brecha entre el mejor (Maldonado) y peor departamento (Rocha) es de 77 años.

Mapa y cuadro 8: Razón Tasa de AVP Varones- Tasa de AVP Mujeres por departamento (2010).



Fuente: División Epidemiología, MSP.

Departamento	Varones	Mujeres	Razón V/M
01. Montevideo	177	133	133
02. Colonia	157	117	134
03. Maldonado	146	90	162
04. Flores	173	116	149
05. Soriano	164	124	132
06. Florida	167	126	133
07. Canelones	155	116	134
08. San José	184	109	169
09. Lavalleja	202	147	137
10. Paysandú	147	110	134
11. Rocha	258	167	154
12. Río Negro	145	132	110
13. Durazno	186	110	169
14. T. y Tres	172	150	115
15. Salto	188	119	158
16. Cerro Largo	204	125	163
17. Artigas	160	120	133
18. Tacuarembó	181	104	174
19. Rivera	163	122	134
Mejor		Peor	

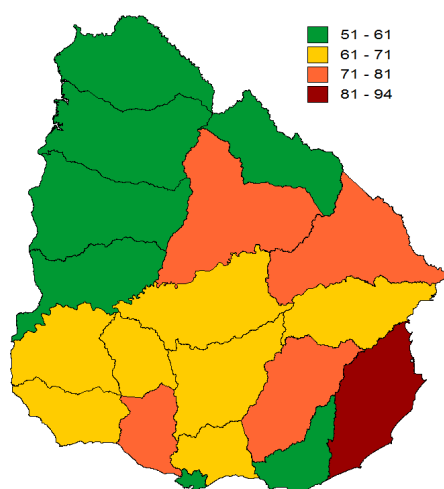
• MORTALIDAD POR LESIONES

La mortalidad por lesiones refiere a todas aquellas defunciones ocurridas por causas externas, principalmente accidentes (de transporte y otras causas), lesiones autoinflingidas intencionalmente, agresiones, entre otros.

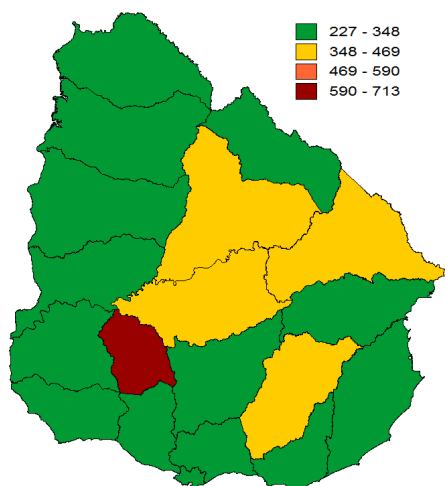
En Uruguay para el año 2009⁷, la tasa de mortalidad por lesiones es de 63 defunciones cada 100.000 habitantes. No obstante, conviven realidades diferentes como la de Rocha donde la tasa asciende a 93 muertes por lesiones cada 100.000 habitantes y Paysandú, con una tasa de 51 muertes por lesiones cada 100.000 habitantes.

Los departamentos con menores tasas de mortalidad por lesiones se ubican en el litoral norte del país, no obstante no se observa un patrón claro de distribución en relación al ordenamiento departamental resultante del IET (cuadro 9).

Mapa y cuadro 9. Tasa de Mortalidad por lesiones (2009*) por 100.000. Fuente: División Epidemiología, MSP.



Mapa 9 y cuadro. Razón Tasa de Mortalidad por lesiones varones- mujeres (2009*) por 100.000.



Departamento	Total	Varones	Mujeres	Razón V/M
01. Montevideo	58	85	35	245
02. Colonia	66	93	41	228
03. Maldonado	58	83	33	252
04. Flores	61	108	15	713
05. Soriano	70	99	42	235
06. Florida	61	91	31	289
07. Canelones	61	91	33	277
08. San José	78	118	37	316
09. Lavalleja	81	128	35	371
10. Paysandú	51	80	24	337
11. Rocha	93	139	49	283
12. Río Negro	60	84	35	238
13. Durazno	69	109	29	377
14. T. y Tres	65	98	32	305
15. Salto	53	83	25	339
16. Cerro Largo	74	120	29	409
17. Artigas	51	78	25	312
18. Tacuarembó	78	124	33	373
19. Rivera	56	80	32	251
Mejor		Peor		

⁷ Las tasas de mortalidad por causas específicas que se presentan en este informe corresponden al año 2009, si bien su estimación se suavizó utilizando en el numerador el promedio de defunciones de 2008, 2009 y 2010.

Mientras que la brecha a nivel país entre los departamentos con peor (Rocha) y mejor (Paysandú) desempeño es de 42 muertes por lesiones cada 100.000 habitantes, entre los varones esa brecha es de 61 muertes cada 100.000 (diferencia entre Rocha y Artigas) y entre las mujeres es sólo de 34 (diferencia entre Rocha y Flores), dando cuenta que existen mayores inequidades en la mortalidad por lesiones a nivel departamental entre los varones que entre las mujeres.

Si se observa la razón entre las tasas correspondientes a varones y mujeres, como aproximación a las inequidades de género, la diferencia relativa indica que a nivel país por cada 100 mujeres que mueren por lesiones lo hacen 277 varones. Esto ubica a Uruguay en la misma tendencia observada a nivel internacional en cuanto a las inequidades de género en la mortalidad por lesiones.

A nivel departamental, Colonia es el departamento con menor brecha: cada 100 mujeres que mueren por lesiones lo hacen 228 varones. En cambio, Flores no sólo presenta la mayor brecha entre varones y mujeres (explicado fundamentalmente por la baja incidencia de la mortalidad por lesiones en las mujeres), sino que además su valor lo ubica despegado del comportamiento del resto de los departamentos: cada 100 mujeres que mueren por lesiones, mueren 713 varones.

- **MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

Las enfermedades crónicas no transmisibles⁸ es una de las principales causas de muerte en nuestro país, con una tasa de 570 defunciones cada 100.000 habitantes. Nuevamente Maldonado es el departamento con mejor desempeño, con una tasa de 446 muertes cada 100.000 habitantes. Lavalleja, su departamento vecino, es el de peor desempeño alcanzando 684 defunciones por ECNT cada 100.000 habitantes. Por lo tanto, la brecha absoluta entre ellos asciende a 238 muertes cada 100.000 habitantes y que en términos relativos supone una diferencia de 65 muertes en Maldonado cada 100 correspondiente a Lavalleja.

Nuevamente, los varones residentes en Rocha son quienes se encuentran en peor situación, con 748 muertes por ECNT cada 100.000 varones de ese departamento. También se repite la situación de las mujeres residentes en Maldonado, quienes se encuentran en la mejor posición, con sólo 387 muertes por ECNT cada 100.000 mujeres fernandinas.

A diferencia de lo que sucede con la mortalidad por lesiones, la brecha entre el mejor y peor departamento es mayor entre las mujeres que la observada entre los varones. Entre ellas, la brecha es de 265 muertes cada 100.000 mujeres, resultado de la diferencia entre Lavalleja (652 c/100.000) y Maldonado (387 c/100.000). Entre ellos, la brecha es de 243 muertes cada 100.000 varones, producto de la diferencia entre Rocha (748 c/100.000) y el valor obtenido por Artigas y Maldonado (506 c/100.000).

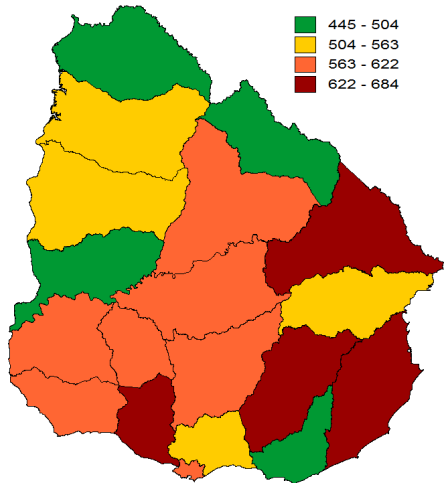
Como se indicaba anteriormente, la razón entre las tasas de mortalidad por ECNT de varones y mujeres es claramente menor a la observada para la mortalidad por lesiones. La diferencia relativa indica que a nivel país, por cada 100 mujeres que mueren por ECNT lo hacen 115 varones.

⁸ Por enfermedades crónicas no transmisibles nos referimos a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

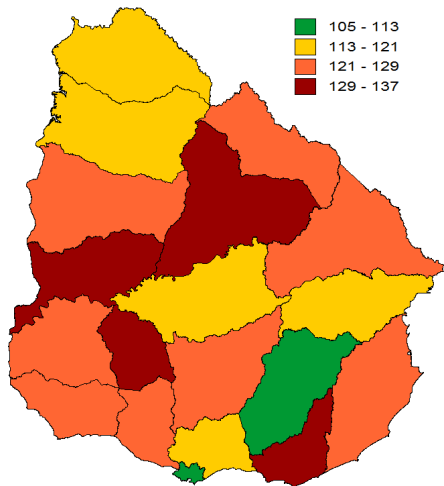
La mayor brecha se observa en Tacuarembó donde la diferencia por entre varones y mujeres es de 137 muertes cada 100 y la menor en Montevideo, donde la distancia es sólo de 105 muertes cada 100.

Mapa 11. Tasa de Mortalidad por ECNT (2009*) por 100.000.

Fuente: División Epidemiología, MSP.



Mapa 9. Razón Tasa de Mortalidad por ECNT varones- mujeres (2009*) por 100.000



Departamento	Total	Varones	Mujeres	Razón
01. Montevideo	589	603	576	105
02. Colonia	582	650	515	126
03. Maldonado	446	506	387	131
04. Flores	580	654	506	129
05. Soriano	598	661	535	123
06. Florida	599	672	527	127
07. Canelones	524	572	478	120
08. San José	638	708	567	125
09. Lavalleja	684	716	652	110
10. Paysandú	517	578	457	126
11. Rocha	666	748	584	128
12. Río Negro	503	575	428	134
13. Durazno	594	647	542	119
14. T. y Tres	559	612	508	120
15. Salto	536	588	486	121
16. Cerro Largo	633	709	561	126
17. Artigas	472	506	438	116
18. Tacuarembó	564	654	476	137
19. Rivera	488	540	438	123
Mejor		Peor		

PARTE IV: ¿CÓMO INCIDEN LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS URUGUAYOS EN LAS INEQUIDADES EN SALUD?

En este capítulo se abordan los cuatro subdominios que refieren a los “determinantes sociales de la salud” o “intermedios”, a saber: las condiciones materiales de vida, los hábitos de vida y consumo, las condiciones y medio ambiente de trabajo y las redes y apoyo social.

Como se indicó en el marco conceptual, estas cuatro dimensiones – junto al sistema de salud – intermedian entre las condiciones estructurales que configuran las desigualdades sociales y los resultados de salud de la población. Estos determinantes “intermedios” se expresan en situaciones diferenciales de exposición y vulnerabilidad según la ubicación que se tenga en la escala social del Uruguay, lo que se traducen en aspectos protectores o de riesgo a la salud, dependiendo de la ubicación. Como resultado, es esperable observar consecuencias diferentes en el estado de salud entre distintos grupos sociales.

• **CONDICIONES MATERIALES DE VIDA**

En este punto se consideran aquellos aspectos que hacen a las condiciones materiales en las que transcurre la vida de las personas. Concretamente, hablamos de cuestiones tales como los alimentos, la vivienda, el agua potable, el saneamiento, la calefacción, entre otros. Tanto conceptual como empíricamente, el vínculo entre las condiciones materiales de vida y la incidencia de ciertas patologías suele resultar más inmediato y esclarecedor (por ejemplo: infección respiratoria con las condiciones de vivienda y hacinamiento). No obstante, los diferenciales en el acceso y la calidad de estos bienes y servicios muchas veces son una expresión de cómo se perpetúan las inequidades estructurales que le preceden, configurando una exposición diferencial a condiciones que en algunos casos representan un riesgo y en otros un elemento protector de la salud.

Para poder caracterizar las condiciones materiales de vida de la población uruguaya existen una vasta cantidad de indicadores disponibles y que pueden ser analizados en función de distintos ejes o clivajes de desigualdad. No obstante, no existe tan vasta disponibilidad al momento de analizar el vínculo entre estas condiciones materiales y los resultados de salud a nivel poblacional.

NOTA METODOLÓGICA

VIVIENDA NO ADECUADA

Se entiende por vivienda no adecuada aquella que presenta por lo menos alguna de las siguientes características:

- ✓ Con paredes externas de materiales livianos sin revestimiento o de desecho
- ✓ Con techo liviano sin cielorraso o desecho
- ✓ Con contra piso sin piso o tierra (sin piso ni contra piso)
- ✓ Con cielos rasos desprendidos
- ✓ Con poca luz solar
- ✓ Con escasa ventilación
- ✓ Se inunda cuando llueve
- ✓ Con peligro de derrumbe
- ✓ Sin lugar apropiado para cocinar
- ✓ Con 3 personas o más por habitación para dormir

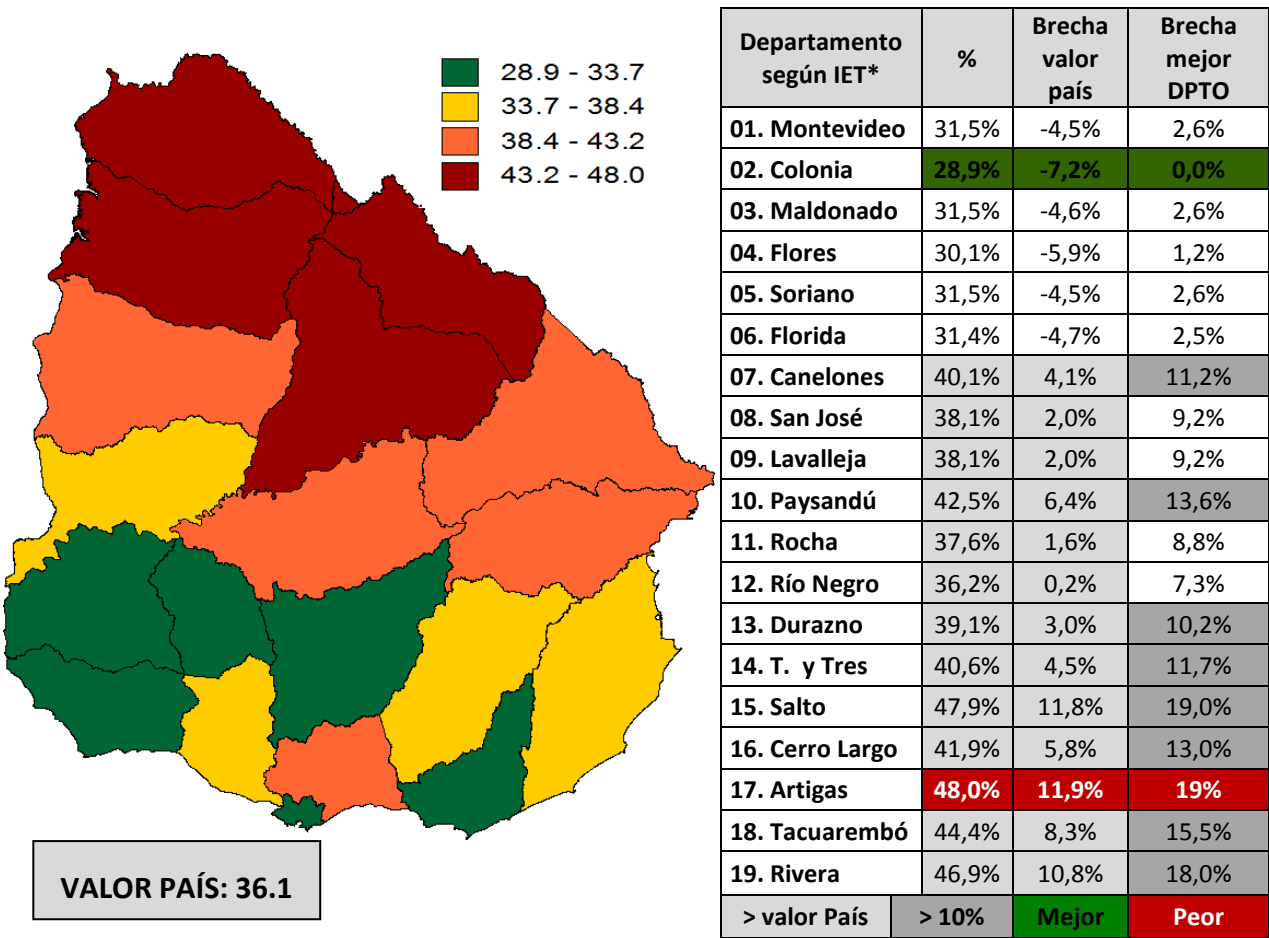
Fuente: Encuesta Continua de Hogares (2011-2013), INE.

En esta oportunidad, como forma de aproximarse a las condiciones materiales de vida de la población, se construyó un índice mediante el cual se pretende identificar al conjunto de la población cuya vivienda no reúne algunas de las características necesarias como para que esta sea considerada un espacio adecuado para la salud de sus habitantes. El índice incluye indicadores que refieren a los materiales de construcción y condiciones de la vivienda, hacinamiento, disponibilidad de infraestructura mínima, según se describe en la NOTA METODOLÓGICA. El índice se nutre de los datos disponibles en la Encuesta Continua de Hogares, en particular para el trienio acumulado 2011-2013 (INE).

Vivienda no adecuada

En nuestro país el 36.1% de las personas habitan en una vivienda no adecuada. Sin embargo, este valor oculta situaciones bien disímiles. Por un lado se encuentra Colonia, donde el 28.9% de sus habitantes no cuentan con una vivienda adecuada, lo que lo ubica como el departamento con mejor desempeño. En el otro extremo se encuentra Artigas, donde prácticamente la mitad de sus habitantes no cuenta con una vivienda adecuada (48%). Como resultado, para el trienio 2011-2013 la brecha entre el departamento con mejor y peor desempeño alcanza el 19%.

Mapa y cuadro 13: Porcentaje de personas sin vivienda adecuada (trienio 2011-2012-2013)



Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado).

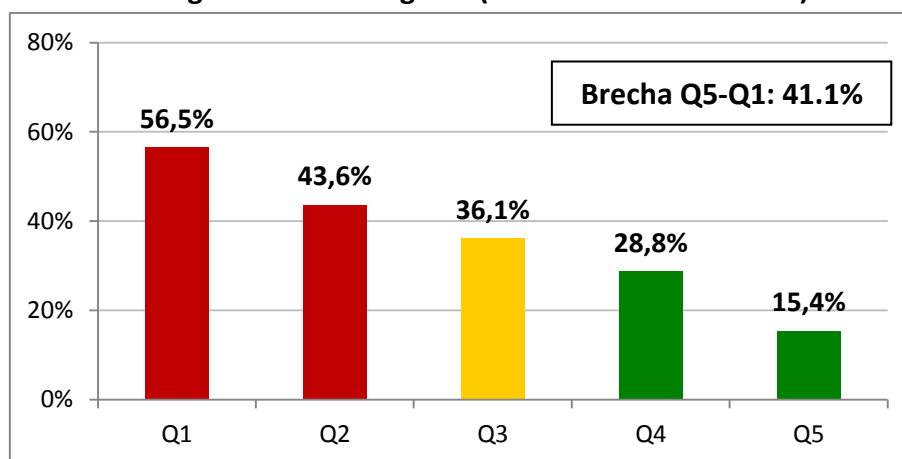
Junto a Colonia, existe solo un total de 6 departamentos con mejor desempeño que el obtenido a nivel país. Siguiendo el gradiente de desigualdad territorial ya observado en los anteriores capítulos, los de mejor resultado se encuentran al sur del Río Negro: Montevideo, Maldonado, Soriano, Flores y Florida.

En contrapartida, los cuatro departamentos con peor desempeño se encuentran en el norte y noreste de nuestro país: Salto, Artigas, Tacuarembó y Rivera. Incluso, si se observan los departamentos cuya brecha con el mejor posicionado es superior al 10% (gris oscuro), con excepción de Canelones, todos ellos se encuentran por encima del Río Negro.

Otra situación oculta detrás de los valores nacionales y, los promedios, se refiere a las desigualdades que se manifiestan de acuerdo al nivel de ingresos de los hogares. De cada 100 personas ubicadas en el quintil de menores ingresos, al menos 56 de ellas no cuentan con una vivienda adecuada. Si estas mismas 100 personas hubieran pertenecido al quintil de mayores ingresos sólo 15 de ellas no tendrían una vivienda adecuada.

El gráfico 7 no sólo permite observar la brecha entre los grupos con menores y mayores ingresos (41.1%), sino también el gradiente de desigualdad. Tomando como referencia el porcentaje de personas que no cuentan con vivienda adecuada a nivel país (36.1%), en el 1er. y 2do. quintil de ingresos el porcentaje supera este valor (56.5% y 43.6% respectivamente); en el 3er. quintil presentan igual porcentaje (36.1%), mientras que para el 4to. y 5to. quintil el porcentaje es inferior (28.8% y 15.4%).

Gráfico 7: Porcentaje de personas sin vivienda adecuada según quintiles de ingresos de los hogares (trienio 2011-2012-2013)



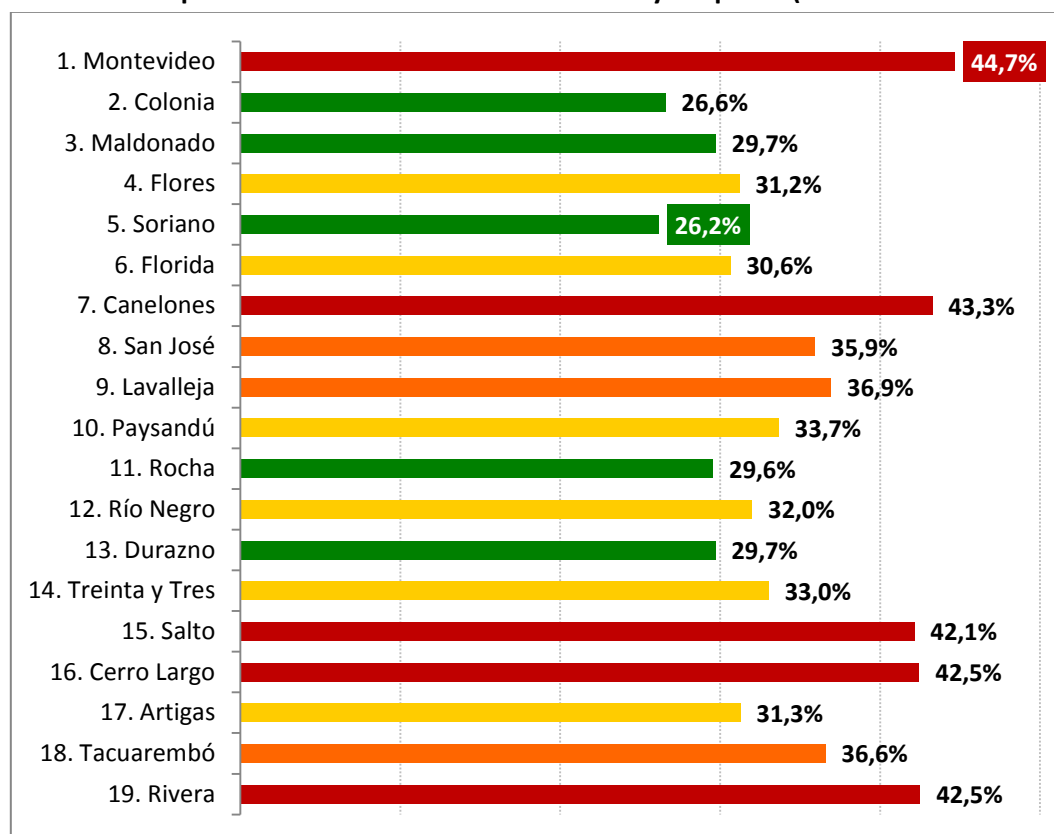
Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado).

Un elemento interesante que arroja el siguiente gráfico (8) es que no necesariamente los departamentos con mejor desempeño son a la vez los más equitativos (y viceversa). En este punto, Montevideo es uno de los departamentos que más se destaca, al presentar un porcentaje bajo de personas sin vivienda adecuada (31.5%) pero que, sin embargo, tiene la mayor brecha entre las personas de mayores y menores ingresos (44.7%). El otro departamento es Artigas, quien tiene el peor desempeño en cuanto al porcentaje de personas sin vivienda adecuada (48%) y en cambio, no se encuentra entre los departamentos más inequitativos, siendo de 31.3% la brecha entre el 1er. y 5to quintil.

Colonia y Soriano son los departamentos con mejor desempeño en ambos indicadores: presentan el mejor porcentaje de personas sin vivienda adecuada (28.9% y 31.5%) y la menor desigualdad entre los grupos de menores y mayores ingresos (26.6% y 26.2% respectivamente). En el otro extremo, Rivera y Salto se ubican entre los más inequitativos (42.5% y 42.1%) y con el peor desempeño (46.9% y 47.9%).

Entre los departamentos al sur del Río Negro también se destaca Canelones, con un porcentaje de personas sin vivienda adecuada que supera el 40% y que a su vez, se encuentra entre los más inequitativos con una brecha de 43.3% entre el 1er. y 5to quintil.

Gráfico 8: Brecha % de personas sin vivienda adecuada del 5º y 1º quintil (trienio 2011-2012-2013)



Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado).

• **CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO**

Este segundo subdominio considera aquellos aspectos que tienen relación con las condiciones y medio ambiente en el que las personas trabajan de forma remunerada. Intuitivamente, suele resultar más claro el vínculo entre las condiciones materiales en las que los trabajadores desempeñan sus tareas y su situación de salud. Sin embargo, tomando como referencia el concepto de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT) propuesto por la OIT y las conclusiones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008 este subdominio no se acota a cuestiones vinculadas a la seguridad, la higiene y las condiciones físicas de trabajo, sino que también incluye aspectos tales como el vínculo contractual, la remuneración, las características de la relación laboral, entre otros aspectos relacionados a las condiciones de empleo.

Conceptualmente, se entiende que las condiciones de trabajo - son expresión de las desigualdades sociales estructurales, configurando un entramado de exposición diferencial a situaciones que implican un riesgo para la salud física y mental de los trabajadores.

En esta oportunidad, como primera introducción a este subdominio se describen dos indicadores que refieren a las condiciones de empleo de los trabajadores, expresada en el porcentaje de ocupados que trabajan remuneradamente más de 48 horas semanales y en el porcentaje de personas subempleadas. Ambos son

construidos a partir de la información que sistemáticamente releva la Encuesta Continua de Hogares (INE). (Ver anexo metodológico)

Sin embargo, estos indicadores son insuficientes para construir un panorama global de las condiciones y medio ambiente de trabajo y sobre todo de cómo se distribuyen de acuerdo a distintos ejes de desigualdad, siendo éste un desafío de cara a un análisis integral de la relación trabajo- salud- equidad.

Exceso y déficit de las horas de trabajo remunerado

Para el trienio 2011-2013, a nivel país el 23.1% de las personas ocupadas trabajaban remuneradamente más de 48 horas a la semana. Sin embargo, a nivel departamental se presentan situaciones tales como la de Cerro Largo, donde dicho porcentaje es de apenas 15.8%, y San José donde dicho porcentaje asciende a 30.3%. Por lo tanto, para el trienio 2011-2013 la mayor brecha entre departamentos es de 14.5%.

Si se observa cómo se distribuye este indicador considerando al territorio como eje de desigualdad, no se distingue un gradiente claro con el ordenamiento departamental resultante del Índice de Estratificación Territorial (IET). Son 10 los departamentos cuyo valor es superior al observado a nivel país, los cuales se distribuyen a lo largo de las 19 posiciones resultantes del IET. Junto con Cerro Largo, Maldonado es el segundo departamento con menor porcentaje de ocupados que trabajan remuneradamente más de 48 horas semanales. Por otro lado, sumado a San José, 4 departamentos más presentan un porcentaje superior al 25%: Soriano, Florida, Treinta y Tres y Rivera.

NOTA METODOLÓGICA

PORCENTAJE DE PERSONAS OCUPADAS QUE TRABAJAN REMIUNERADAMENTE MÁS DE 48 HORAS A LA SEMANA

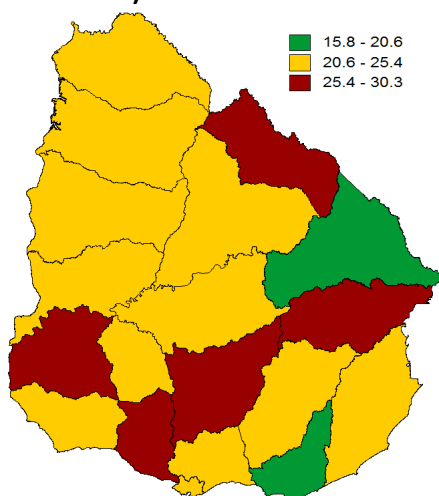
Refiere a aquellas personas ocupadas que, considerando el tiempo dedicado a todas sus tareas remuneradas, éstas le insumen más de 48 horas semanales.

PORCENTAJE DE PERSONAS SUBEMPLEADAS

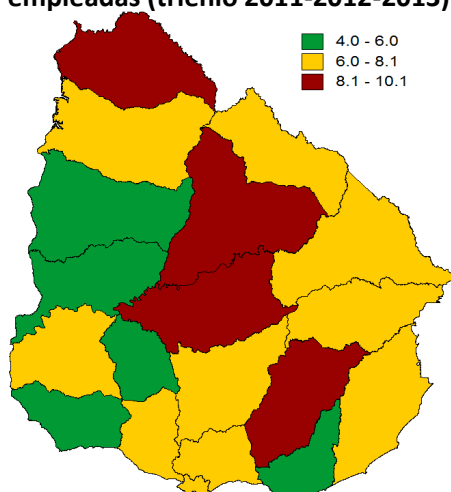
Refiere a aquellos ocupados que trabajando menos de 40 horas a la semana, manifiestan el deseo de trabajar más horas y están disponibles para hacerlo (INE).

Fuente: Encuesta Continua de Hogares (2011-2013), INE.

Mapa 14: Porcentaje de personas que trabajan remuneradamente más de 48hs semanales (trienio 2011-2012-2013)



Mapa 15: Porcentaje de personas subempleadas (trienio 2011-2012-2013)



Departamento	% > 48hs. semanales	Brecha mejor DPTO	% subempleo	Brecha mejor DPTO
01. Montevideo	23,1%	7,3%	7,2%	3,2%
02. Colonia	21,8%	6,0%	4,1%	0,2%
03. Maldonado	16,9%	1,1%	4,0%	0,0%
04. Flores	23,3%	7,5%	5,7%	1,8%
05. Soriano	27,1%	11,3%	7,2%	3,2%
06. Florida	28,4%	12,6%	7,3%	3,4%
07. Canelones	22,9%	7,1%	7,6%	3,7%
08. San José	30,3%	14,5%	7,6%	3,7%
09. Lavalleja	20,9%	5,1%	10,1%	6,1%
10. Paysandú	21,3%	5,5%	4,6%	0,7%
11. Rocha	20,8%	5,0%	7,1%	3,1%
12. Río Negro	24,1%	8,3%	6,0%	2,0%
13. Durazno	24,2%	8,4%	8,7%	4,7%
14. T. y Tres	27,0%	11,2%	7,5%	3,5%
15. Salto	23,4%	7,6%	7,4%	3,5%
16. Cerro Largo	15,8%	0,0%	7,0%	3,0%
17. Artigas	22,3%	6,5%	9,9%	5,9%
18. Tacuarembó	22,6%	6,8%	8,3%	4,3%
19. Rivera	28,4%	12,6%	7,7%	3,7%
> valor País		Mejor		Peor

Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado).

En cuanto al subempleo, a nivel país el 7% de las personas ocupadas se encuentran subempleadas, siendo un 4% en el departamento con mejor desempeño (Maldonado) y un 10.1% en el de peor desempeño (Lavalleja). Como resultado, la mayor brecha a nivel país es de 6.1%.

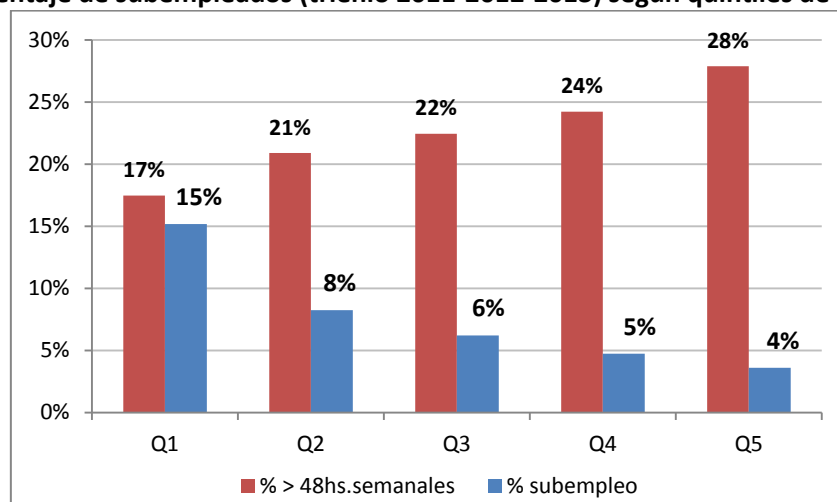
Nuevamente, no se observa un gradiente claro en este indicador en relación al territorio como eje de desigualdad. Sólo 5 departamentos se encuentran por debajo del valor observado a nivel país y se distribuyen a lo largo de las 19 posiciones resultantes del IET: Colonia, Maldonado, Flores, Paysandú y Río Negro.

Sumado a Lavalleja, Artigas, Tacuarembó y Durazno son los departamentos con peor desempeño, con un porcentaje superior al 8%.

Si nos aproximamos a ambos fenómenos a través de algún indicador socioeconómico, encontramos que mientras que el porcentaje de ocupados que trabajan remuneradamente más de 48hs. semanales desciende conforme lo hace los ingresos de los hogares a los que pertenecen (ordenados en quintiles) el subempleo aumenta.

Para el quintil de menores ingresos, el porcentaje de personas que trabajan más de 48hs semanales es de 17.5% (5.6% por debajo del valor país), mientras que el porcentaje de ocupados que desearían trabajar más horas (subempleo) alcanza el 15%, siendo más del doble que el valor observado a nivel país.

Gráfico 9: Porcentaje de ocupados que trabajan remuneradamente más de 48hs semanales y porcentaje de subempleados (trienio 2011-2012-2013) según quintiles de ingreso



Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado).

• **HÁBITOS DE VIDA**

Este subdominio refiere a aquellos aspectos conductuales vinculados a los hábitos de vida y de consumo de la población, sobre los cuales la evidencia empírica ha fundamentado su vínculo con ciertas patologías, en particular las enfermedades crónicas no transmisibles. Entender los hábitos de vida y consumo como un “determinante intermedio” implica asumir que los mismos no son una expresión unívoca de la agencia de los individuos, sino que también se encuentran condicionados por las inequidades estructurales que le anteceden. Las conductas o hábitos son patrones que se adquieren socialmente, por lo que la respuesta a sus cambios requiere de un abordaje colectivo y social. En este sentido, se entiende que la posición social del individuo se traduce en una exposición diferencial en cuanto a la socialización y la capacidad de elección de hábitos de consumo y de vida que pueden ser protectores o poner en riesgo su salud.

Un panorama preliminar sobre los hábitos de vida y consumo de la población de nuestro país debería dar cuenta de al menos tres aspectos: los hábitos alimentarios, el consumo problemático de drogas (tabaco, alcohol, entre otras) y la práctica de actividad física. Existe diversa evidencia empírica en nuestro país que permite describir este panorama. Sin embargo, la información disponible no permite realizar análisis sobre las desigualdades asociadas a ello. Por tal motivo, como primera aproximación a los hábitos de vida y de consumo de la población se presentan dos indicadores vinculados al consumo de tabaco. En ambos casos se busca indagar sobre la existencia de diferenciales vinculados a la desigualdad social, en el primero caso en relación al consumo diario de tabaco por parte de las personas y en el segundo caso, sobre la exposición diaria al consumo de tabaco en el hogar (ver NOTA METODOLÓGICA). Para el análisis de desigualdad hemos usado el Índice de Estratificación Territorial (IET) como una aproximación a las desigualdades territoriales en este ámbito.

Los indicadores surgen del relevamiento realizado puntualmente sobre la temática por la Encuesta Continua de Hogares en el año 2011 (INE). Si bien es posible disponer de datos más recientes, se priorizó la utilización de esta fuente, dado que la misma permite adentrarse en el análisis de estos indicadores a partir de distintos clivajes sociales con mayor grado de certeza en las estimaciones.

NOTA METODOLÓGICA

PORCENTAJE DE CONSUMIDORES DIARIOS DE TABACO: Se entiende por consumidores diarios de tabaco a aquellas personas de 12 años y más que fuman de manera diaria algún producto de tabaco con humo (cigarrillos manufacturados, armados a mano u otro producto).

PORCENTAJE DE HOGARES CON EXPOSICIÓN DIARIA AL CONSUMO DE TABACO: Refiere a aquellos hogares en donde diariamente alguna persona (integrante o no) fuma dentro de la casa.

Fuente: Encuesta Continua de Hogares (2011), INE.

Consumo de Tabaco

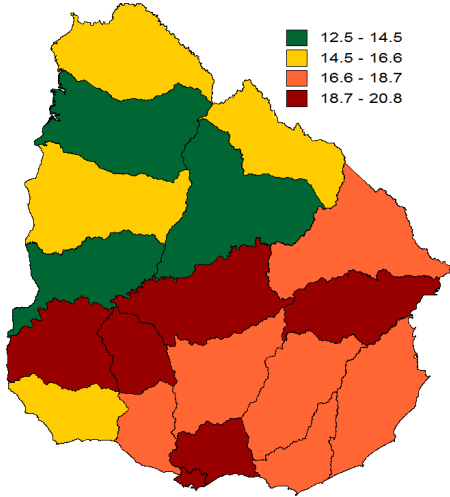
En el año 2011, 18.5% de las personas de 12 años y más consumían algún producto de tabaco diariamente, siendo de 12.5% en el departamento con menor porcentaje (Río Negro) y de 20.8% en el de mayor porcentaje (Treinta y Tres). Por lo tanto, para 2011 la mayor brecha entre el departamento con mayor y menor porcentaje de consumo asciende a 8.3%.

Una característica distintiva refiere a que, con excepción de Colonia, los restantes departamentos con menor porcentaje de consumo se encuentran al norte y noreste del país, lo cual difiere del patrón observado hasta el momento.

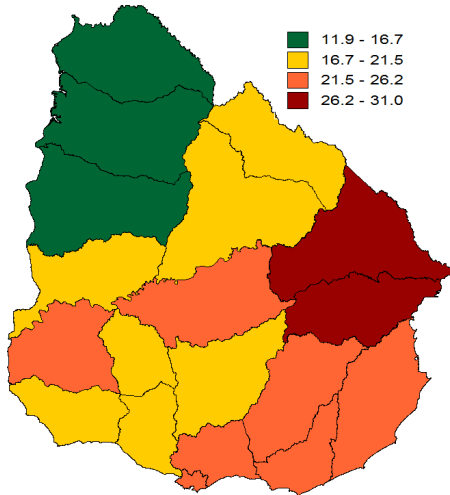
En cuanto a los hogares cuyos miembros se encuentran expuestos diariamente al consumo de tabaco -por parte de algún integrante o no del hogar-, éstos representan el 22.8%. Si se observa cómo se distribuye este indicador considerando al territorio como eje de desigualdad, no se distingue un gradiente claro con el ordenamiento departamental resultante del Índice de Estratificación Territorial (IET). Los dos departamentos con mejor y peor desempeño (Artigas y Cerro Largo respectivamente) se encuentran en la posición 16 y 17, mientras que entre ellos la brecha en la exposición diaria de sus hogares al consumo de tabaco alcanza un 19.1%.

Otro aspecto distintivo, es la proximidad territorial de los departamentos con mejor desempeño (Artigas, Salto y Paysandú) y los de peor desempeño (Cerro Largo y Treinta y Tres).

Mapa 16: Porcentaje de consumidores diarios de tabaco. Valor país: 18.5%



Mapa 17: Porcentaje de hogares con exposición diaria al consumo de tabaco. Valor país: 22.8%

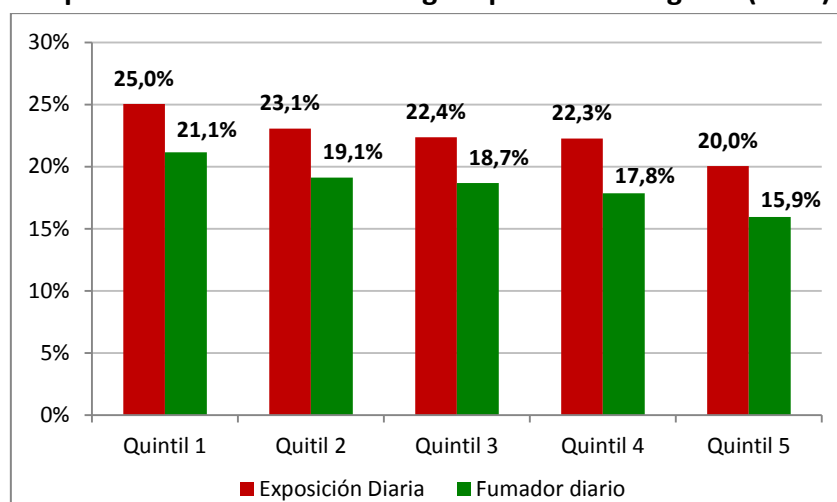


Departamento según IET	% consumidor diario	Brecha mejor DPTO	% hogares exposición diaria	Brecha mejor DPTO
01. Montevideo	20,0%	7,6%	24,6%	12,7%
02. Colonia	15,0%	2,6%	17,2%	5,3%
03. Maldonado	18,3%	5,8%	23,3%	11,4%
04. Flores	19,2%	6,7%	20,1%	8,2%
05. Soriano	19,1%	6,6%	21,8%	9,9%
06. Florida	18,5%	6,0%	20,7%	8,8%
07. Canelones	19,5%	7,1%	24,3%	12,5%
08. San José	16,8%	4,3%	19,9%	8,0%
09. Lavalleja	16,8%	4,4%	21,6%	9,7%
10. Paysandú	15,9%	3,5%	16,3%	4,4%
11. Rocha	18,6%	6,1%	26,2%	14,3%
12. Rio Negro	12,5%	0,0%	17,3%	5,4%
13. Durazno	18,9%	6,4%	23,3%	11,4%
14. T. y Tres	20,8%	8,3%	29,2%	17,3%
15. Salto	14,2%	1,7%	14,0%	2,1%
16. Cerro largo	17,2%	4,7%	31,0%	19,1%
17. Artigas	15,7%	3,2%	11,9%	0,0%
18. Tacuarembó	14,5%	2,0%	17,3%	5,4%
19. Rivera	15,8%	3,4%	20,8%	8,9%
> valor País		Mejor	Peor	

Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011

Si observamos el comportamiento de ambos hábitos de vida a través de algún indicador socioeconómico, encontramos que la brecha entre las personas y hogares con mayores y menores ingresos (quintil 5 y 1), es de 5.2% entre los consumidores diarios de tabaco y de 5% entre los hogares expuestos diariamente al consumo de tabaco. A su vez, contemplando toda la distribución, en ambos casos se observa un gradiente según quintiles de ingreso; el consumo y la exposición diaria al tabaco disminuyen conforme aumenta el ingreso de los hogares.

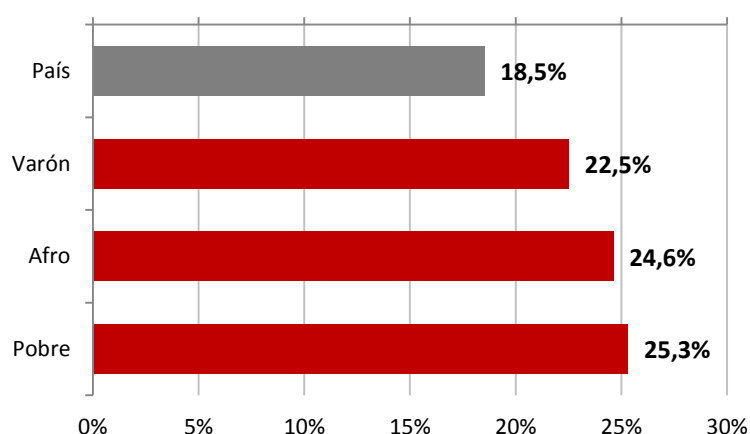
Gráfico 12: Porcentaje de consumidores diarios y de hogares con exposición diaria al tabaco según quintiles de ingreso (2011)



Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011.

El género, la ascendencia étnica y la situación de pobreza son otros tres clivajes que también expresan desigualdades en lo que refiere al hábito de consumo diario de tabaco. Los varones presentan una mayor incidencia de consumo diario de tabaco (22.5%) tanto en relación al valor país como respecto a las mujeres, siendo la brecha entre ambos sexos de 7.6%. En cuanto a la ascendencia étnica, la población de ascendencia afro también muestra un mayor porcentaje de consumidores diarios de tabaco (24.6%) y la brecha con la población no afro es de 6.7%. Por último, el 25.3% de las personas en situación de pobreza son consumidores diarios de tabaco y la brecha respecto de las personas que no se encuentran en dicha situación es de 7.7%.

Gráfico 13: Porcentaje de consumidores diarios de tabaco según sexo (varón), ascendencia étnica (afro) y situación de pobreza (pobre) (2011)



Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011.

- **APOYO SOCIAL**

Este subdominio refiere a aquellos vínculos que establecen las personas a nivel individual, familiar o comunitario y que representan un soporte o apoyo, dada su capacidad de proveer recursos de distinta índole, tanto materiales como afectivos. Esta definición seguramente no sea justa con la complejidad del fenómeno, para el cual tampoco existen definiciones conceptuales unívocas. No obstante, como señala Castro⁹, a pesar de la controversia en torno al concepto, existe un cúmulo de evidencia que muestra que el apoyo social juega un papel importante en la salud y bienestar de los individuos.

En su calidad de “determinante social intermedio” es importante conocer qué papel juega como elemento protector de la salud y el bienestar de las personas. No obstante, incorporándolo al

esquema conceptual utilizado por este trabajo, también resulta importante conocer su vínculo con las condiciones estructurales que le preceden y que puede expresarse en condiciones desiguales para establecer vínculos que den soporte y apoyo.

En esta oportunidad, como primera aproximación a este concepto, se identifican y describen a aquellos hogares con niños menores de 5 años y/o personas adultas mayores de 74 años que no reciben apoyo para tareas domésticas y de cuidado por parte de alguna persona que no integra el hogar (remunerada o no). Este indicador se construye a partir de los datos disponibles en la Encuesta Continua de Hogares para el trienio acumulado 2011-2013 (INE).

NOTA METODOLÓGICA

HOGARES CON NIÑOS Y ANCIANOS QUE NO RECIBEN APOYO EN TAREAS DOMÉSTICAS Y DE CUIDADO:

El indicador refiere al porcentaje de hogares con niños menores de 5 años y /o mayores de 75 años que no reciben apoyo por parte de una persona que no integra el hogar (remunerado o no), para realizar tareas domésticas o cuidar de niños y ancianos.

Fuente: Encuesta Continua de Hogares (2011-2013), INE.

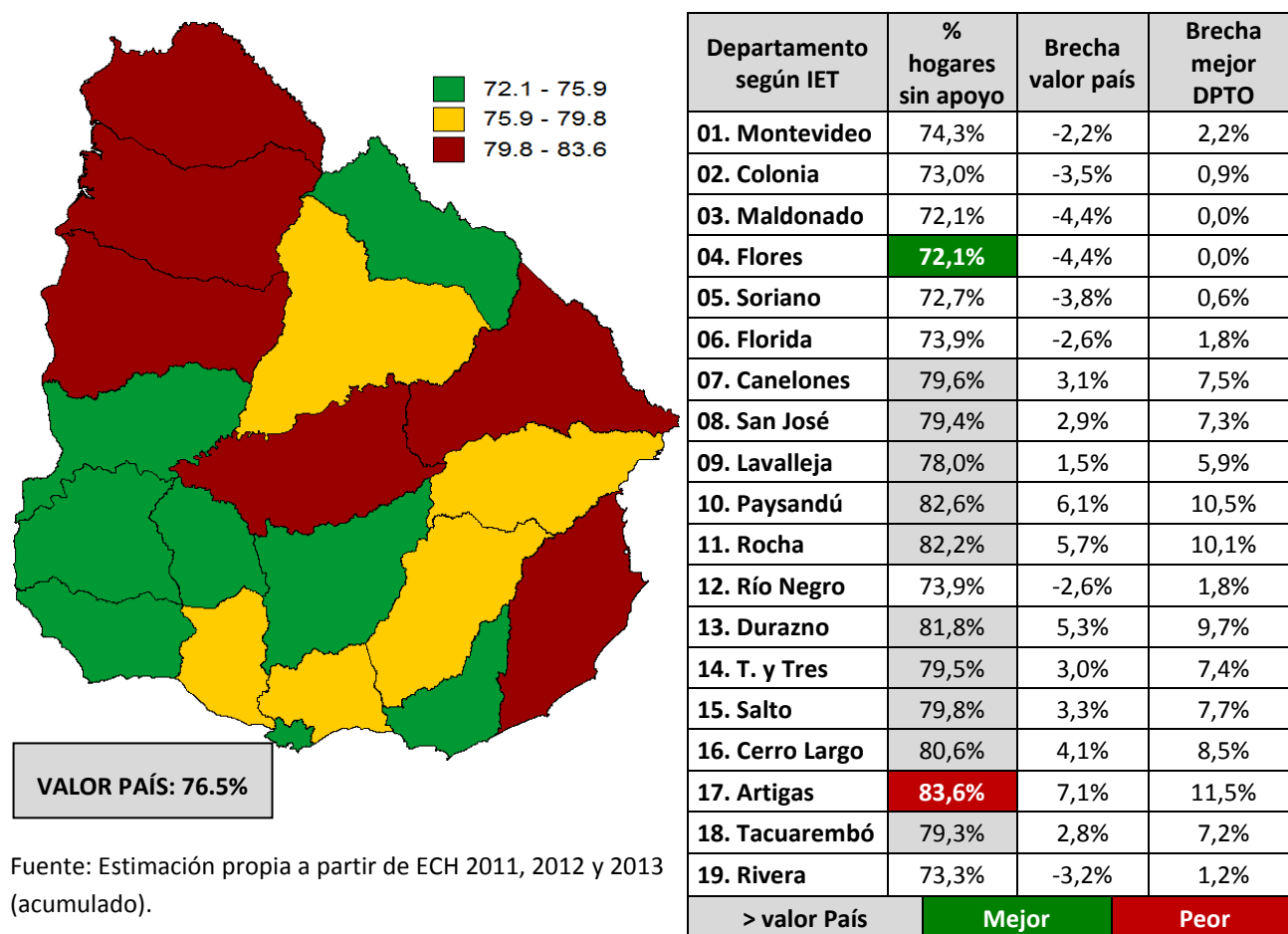
Hogares con niños y/o ancianos sin apoyo para tareas domésticas y de cuidado.

Para el trienio 2011-2013, el 76.5% de los hogares con niños y/o ancianos de nuestro país no reciben ningún tipo de apoyo para la realización de tareas domésticas y de cuidado. Si se observa cómo se distribuye este indicador, considerando al territorio como eje de desigualdad, en este caso sí es claro un gradiente a partir del ordenamiento departamental resultante del Índice de Estratificación Territorial. Con excepción de Rivera y Río Negro, los hogares con niños y/o ancianos que residen en los departamentos peor posicionados son los que en mayor proporción no reciben apoyo y viceversa.

En los extremos se encuentran por un lado Flores, donde el 72.1% de sus hogares (con niños y/o ancianos) no reciben apoyo en las tareas domésticas y de cuidado, lo que lo ubica como el departamento con mejor desempeño. En el otro extremo se encuentra Artigas, donde el 83.6% de los hogares no cuentan con apoyo. En consecuencia, para el trienio 2011-2013 la brecha entre el departamento con mejor y peor desempeño alcanza el 11.5%.

⁹ Castro, R. et al. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Revista de Saúde Pública, VOLUME 31. NÚMERO 4. AGOSTO 1997.

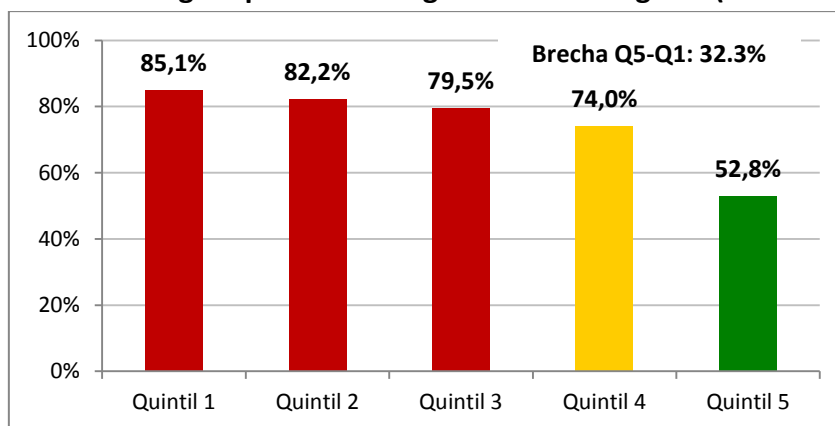
Mapa 18: Porcentaje de hogares con niños y ancianos que no reciben apoyo en tareas domésticas y de cuidado (trienio 2011-2012-2013).



Si observamos el desempeño de este indicador de acuerdo al nivel de ingresos de los hogares, vemos que de cada 100 hogares (con niños y/o ancianos) ubicados en el quintil de menores ingresos, al menos 85 de ellos no cuentan con apoyo para las tareas domésticas y de cuidado. Si estos hogares pertenecieran al quintil de mayores ingresos sólo 53 de ellos no contarían con apoyo alguno. Esto significa una brecha de 32.3%.

Sin embargo, el gráfico 14 también permite observar el gradiente de desigualdad para toda la distribución. Tomando como referencia el porcentaje de hogares (con niños y/o ancianos) que no cuentan con apoyo a nivel país (76.5%), vemos que los primeros tres quintiles con menores ingresos superan este valor (85.1%, 82.2% y 79.5% respectivamente) y el cuarto quintil apenas se encuentra por debajo (74%). Sólo el quintil de mayores ingresos (5to.) muestra un desempeño que lo distancia considerablemente del valor país, con un valor de 52.8%, existiendo entre ellos una brecha de 23.7%.

Gráfico 14: Porcentaje de hogares con niños y ancianos que no reciben apoyo en tareas domésticas y de cuidado según quintiles de ingresos de los hogares (trienio 2011-2012-2013)



Fuente: Estimación propia a partir de ECH 2011, 2012 y 2013 (acumulado).

PARTE V: ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL SISTEMA DE SALUD?

El sistema de salud constituye un determinante intermedio de la salud, por tanto, si bien su capacidad de acción sobre el estado de salud de la población es reducida, el hecho de que sea más o menos inequitativo puede reforzar o potenciar las desigualdades preexistentes en la sociedad.

A su vez la responsabilidad del Ministerio de Salud en el marco de sus funciones de rectoría implica la articulación de la provisión de servicios, del financiamiento y del aseguramiento, regulando y liderando el desempeño sectorial, en el marco de la ejecución de las funciones esenciales de salud pública. Por lo tanto la evaluación de la incidencia de sus acciones en la reproducción o eliminación de las inequidades, debe tener una fuerte presencia en el diseño y evaluación de las políticas.

En este capítulo se abordarán cinco dimensiones que pueden afectar la distribución de los beneficios del sistema de salud entre diferentes grupos sociales: la cobertura poblacional, la disponibilidad de recursos, la accesibilidad, la utilización o contacto y la cobertura efectiva.

• COBERTURA POBLACIONAL

La reforma de la salud iniciada en 2007 supuso un conjunto de cambios muy importantes en materia de aseguramiento y atención a la salud. La creación del Fondo Nacional de Salud y la extensión del aseguramiento a través del Seguro Nacional de Salud significó un aumento muy importante de la protección financiera de la población.

Cuadro 19

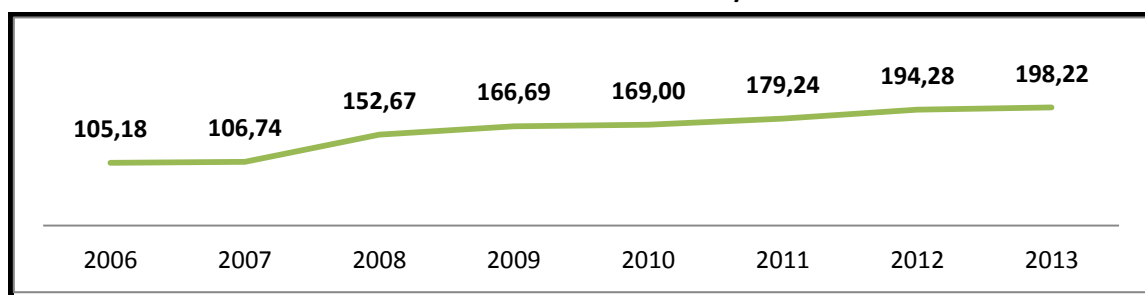
2006 (DISSE)	2013 (FONASA)
672.961	2229174
20,30%	65,5%

Fuente: elaboración propia a partir de ECH 2013; Informe de Equidad DES-MSP, 2010

Tal como puede verse en el cuadro 19, el antiguo sistema de aseguramiento (DISSE) garantizaba la cobertura al 20,30% de la población, menos de la cuarta parte de la población uruguaya. Por su parte, el sistema de aseguramiento vigente tras la reforma de 2007-2008, asegura la cobertura a través del FONASA al 65,5% de la población.

Los cambios en el aseguramiento y han traído cambios también en la distribución de la población entre los distintos prestadores de salud, dado que la nueva legislación otorga el derecho a los usuarios del FONASA a elegir el prestador en el que atenderse. Las IAMC y ASSE son los prestadores que concentran la mayor cantidad de usuarios en el país (91%). Y como puede verse en el cuadro, la razón de usuarios IAMC/ASSE pasó de ser casi 1 en 2006, a casi 2 en 2013, es decir, tras la reforma la población usuaria de ASSE pasó de ser 54,5% en 2006 a 30,5% en 2013, al tiempo que la población IAMC pasó de 45,1% en 2006, a 60,5% en 2013.

Gráfico 15. Razón de usuarios IAMC/ASSE*100



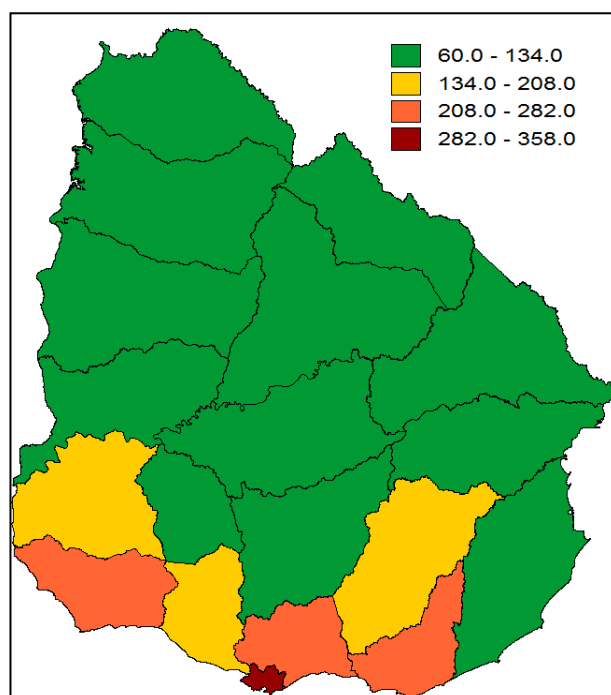
Fuente: elaboración propia a partir de ECH 2006-2013

Aunque a nivel nacional la razón de usuarios IAMC/ASSE es mayor que uno, lo cual indica que hay más usuarios que se atienden en las IAMC que en ASSE, se evidencian importantes diferencias a lo largo del territorio nacional.

Como puede observarse en el siguiente mapa, Montevideo es el departamento que presenta la mayor razón, ampliamente mayor que la razón país. De hecho, solamente cuatro departamentos presentan una razón mayor que la del promedio nacional: Montevideo, Colonia, Maldonado y Canelones. Cabe resaltar que tres de esos departamentos son los que alcanzan mejores resultados según el IET (Montevideo, Colonia y Maldonado).

A su vez, solamente siete departamentos presentan una razón menor que uno, es decir, son los únicos en los que hay más población usuaria de ASSE que de las IAMC. Y todos ellos presentan los valores más bajos según el IET, siendo Artigas el departamento que presenta la razón más baja (60) que es casi seis veces menor que la razón de Montevideo

Mapa 19: Razón de usuarios IAMC/ASSE según departamento ordenado por IET



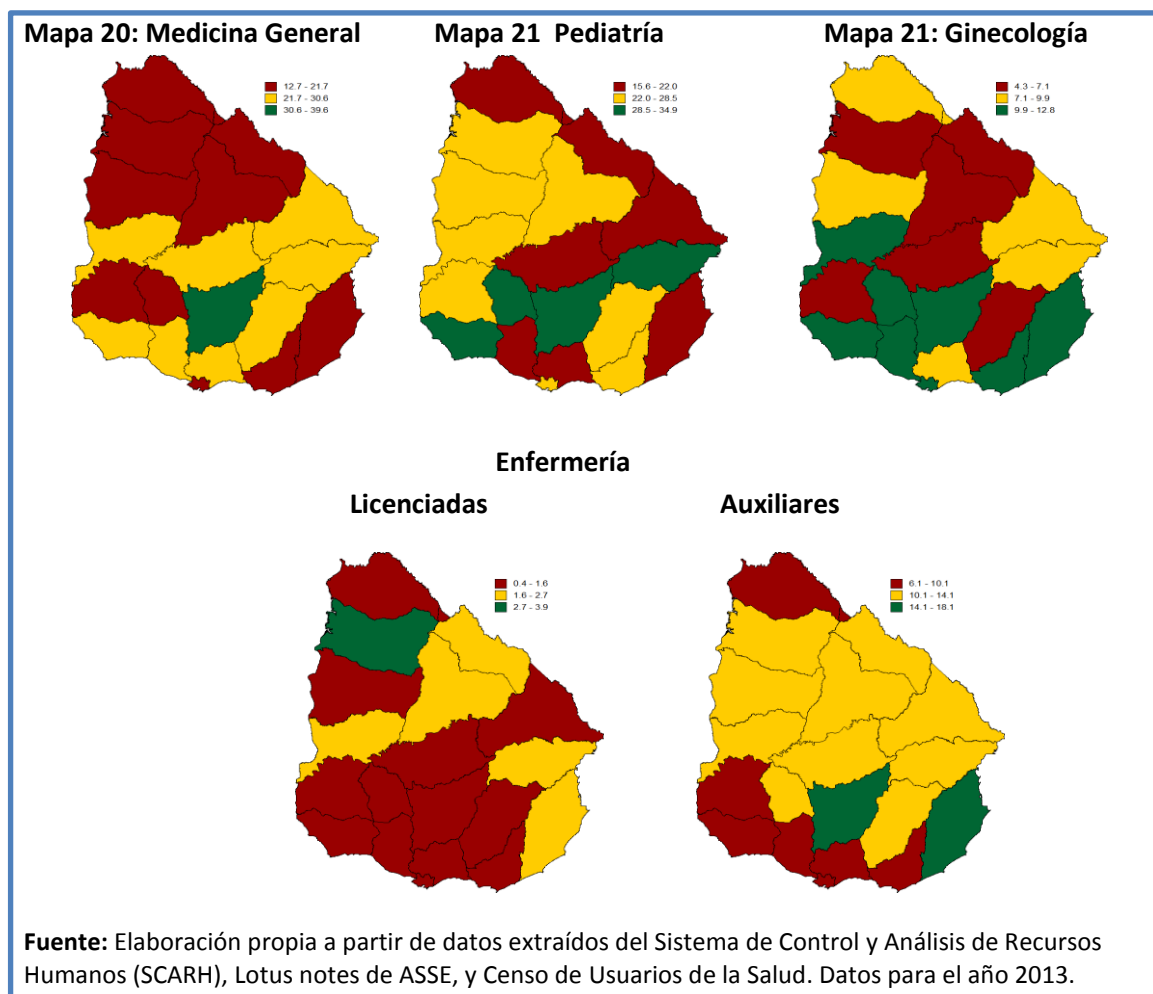
Departamento según IET	IAMC/ASSE *100
Total país	198,22
01- Montevideo	358
02- Colonia	215
03- Maldonado	268
04- Flores	121
05- Soriano	145
06- Florida	107
07- Canelones	222
08- San José	173
09- Lavalleja	183
10- Paysandú	105
11- Rocha	133
12- Río Negro	69
13- Durazno	127
14- Treinta y Tres	99
15- Salto	90
16- Cerro Largo	98
17- Artigas	60
18- Tacuarembó	72
19- Rivera	95

Fuente: elaboración propia a partir de ECH 2013

- **DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Para dar cuenta de la disponibilidad de recursos, se ha priorizado aquellos trabajadores que resultan indispensables para garantizar la salud de la población en el primer nivel de atención. Se trata de medicina general, ginecología, pediatría, auxiliares y licenciadas en enfermería.

En los mapas que se muestran a continuación, se presenta la distribución departamental de cantidad de cargos en policlínica cada 10.000 usuarios¹⁰ para cada categoría de trabajadores de la salud considerada. Este indicador se construye a partir de las horas contratadas para la atención en policlínica.



Lo más destacable aquí son las diferencias geográficas en la distribución de la disponibilidad de horas de policlínica de los diferentes recursos humanos. Los departamentos mejor posicionados de acuerdo al IET son los que presentan las tasas más altas en pediatría y ginecología, y las peores con respecto al personal de enfermería, especialmente licenciadas. Pero lo opuesto ocurre con los departamentos más desventajados, que presentan unas tasas para el personal de enfermería que son levemente mejores que en pediatría y ginecología.

¹⁰ Para medicina general se consideran los usuarios mayores de 14 años, para pediatría se consideran los usuarios menores de 15 años, para ginecología se consideran las usuarias mujeres mayores de 14 años, para auxiliares y licenciadas de enfermería se consideran los usuarios totales.

En futuros informes habrá que profundizar en las causas de este fenómeno, pero de manera preliminar se podría hipotetizar que se debe a la centralización de la formación de los médicos y la descentralización de la formación de las licenciadas y auxiliares de enfermería.

• ACCESIBILIDAD

Grosso modo, la accesibilidad refiere a que las personas deben tener la posibilidad de acceder a los servicios de salud, en la medida de sus necesidades sin ningún tipo de obstáculo económico, geográfico, de disponibilidad u otros. Para dar cuenta de la accesibilidad hemos seleccionado un indicador que surge de la Encuesta Nacional de Salud- 2014, realizada por el MSP, que es el porcentaje de personas que sintieron la necesidad de ir al médico pero no lo hicieron, y los motivos por los que no lo hicieron. El objetivo es dar cuenta de las barreras de acceso a los servicios de salud en la medida que constituyen algunas de las vías mediante las cuales el sistema de salud puede actuar como un determinante de la salud de las personas, en tanto que constituyen obstáculos para acceder a la atención necesaria.

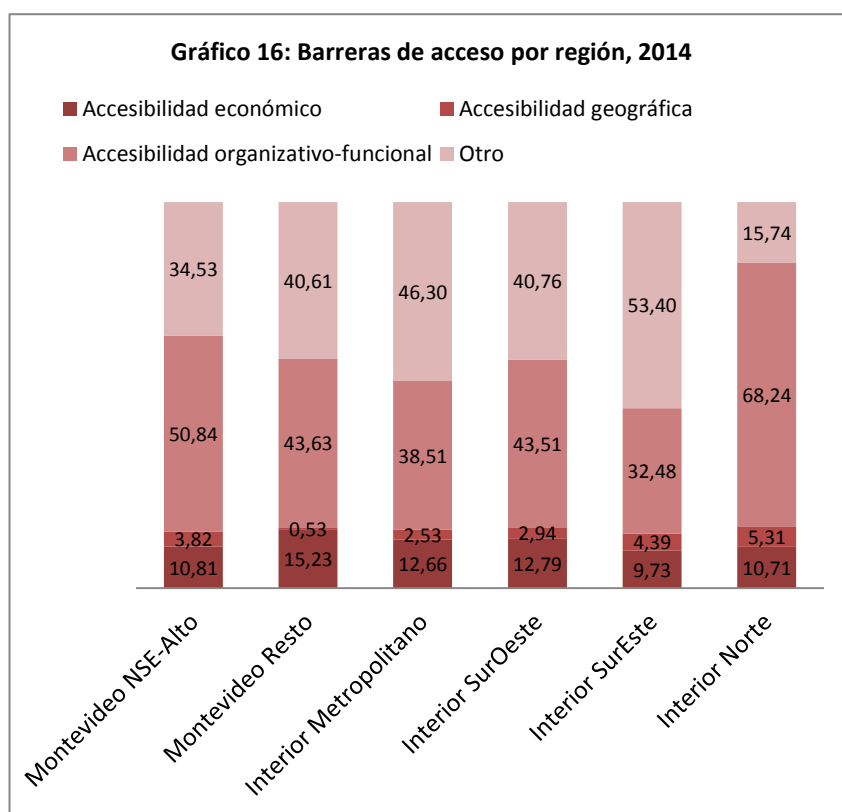
El cuadro 23 muestra el porcentaje de personas que en los últimos 12 meses sintió la necesidad de ir al médico pero no consultó.

Cuadro 23- Sintió necesidad de ir al médico y no concurrió, en los últimos 12 meses.		
Total: 19,6%		
	Cantidad	%
Montevideo NSE-Alto	46898	8,8
Montevideo Resto	227166	42,7
Total Montevideo	274064	51,5
Interior Metropolitano	68604	12,9
Interior Sur Oeste	53258	10,0
Interior Sur Este	50642	9,5
Interior Norte	85859	16,1
Total Interior	258363	48,5
Total	532427	100

Fuente: elaboración propia a partir de ENS, 2014

El 19,6% del total de la población, sintió en el último año la necesidad de consultar al médico pero finalmente no lo hizo. La mayoría de ese total, 51.5%, son personas que residen en Montevideo, pero entre ellos hay importantes diferencias ya que solamente el 8.8% son personas que pertenecen a las zonas de nivel socioeconómico alto de la capital, y el 42.2% al resto de la ciudad. A su vez, el 48.5% del total son residentes del interior, y entre ellos la mayoría es de la zona norte del país, 16%.

Con el objetivo de dar cuenta de las barreras de acceso a los servicios de salud, el gráfico 16 sintetiza los motivos que las personas esgrimen para no consultar al médico aunque lo hayan necesitado. Los mismos han categorizado entorno a tres dimensiones de la accesibilidad: la económico-financiera, la geográfica, y la organizativo-funcional.



Fuente: elaboración propia a partir de ENS, 2014.

El peso de la categoría “Otros” es considerable al punto que no permite arribar a conclusiones precisas con respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud. No obstante ello, se observa que las principales barreras en todas las regiones del país, corresponden a la dimensión organizativo-funcional de los servicios de salud, tales como la distancia de los servicios de salud, los tiempos de espera y la disponibilidad de horarios.

Las barreras correspondientes a la dimensión económico-financiera que incluye aspectos tales como el precio de tickets y órdenes y de traslado, es la segunda más frecuente, especialmente en Montevideo. En tanto que las menos frecuentes en todo el país son las barreras relativas a la dimensión geográfica, que incluye la distancia de los servicios de salud.

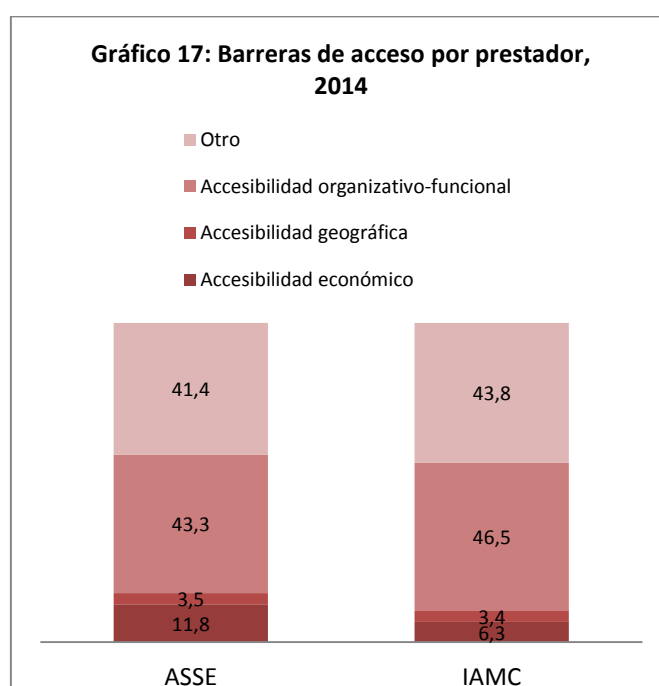
Como puede verse en el próximo cuadro, hay algunas diferencias entre los dos prestadores considerados ASSE/ IAMC que merecen ser señaladas. En primer lugar, del total de personas que necesitaron consultar pero no lo hicieron, la mayoría (62%) tienen derechos vigentes de atención en una IAMC, en tanto que el 30% tiene derechos vigentes en ASSE.

Cuadro 24. Porcentaje de personas que necesitó un médico y no consultó, por prestador.

Sintió necesidad de ir al médico y no concurrió, en los últimos meses		
	Cantidad	%
ASSE	160252	30,1
IAMC	332110	62,4
Total	492362	92,5

Fuente: elaboración propia a partir de ENS, 2014

Con respecto a las barreras de acceso por prestador, puede observarse que tanto para ASSE como para IAMC se mantiene la distribución de las distintas barreras, pero hay algunas diferencias entre ambos prestadores.



Fuente: elaboración propia a partir de ENS, 2014

Tal como se desprende del gráfico 17, las barreras relativas a la accesibilidad económica es mayor en ASSE que en las IAMC, 11.8% y 6.5% respectivamente. En tanto que los problemas de accesibilidad organizativo-funcional son levemente más frecuentes en las IAMC, 46.5%, que en ASSE, 43.3%.

• UTILIZACIÓN

Esta dimensión hace referencia al contacto con los servicios de salud una vez que se accede a ellos. Las personas pueden no enfrentar barreras de acceso a los servicios y sin embargo no utilizarlos, lo cual evidencia falencias en la capacidad de screening de los servicios de salud. Como indicadores para esta dimensión se ha tomado la prevalencia de hipertensos no diagnosticados.

¿Por qué elegir el diagnóstico de la hipertensión como indicador de contacto? Porque se trata de un procedimiento muy sencillo, ampliamente extendido y que forma parte de la rutina en el marco de la consulta médica. Es por ello que el no diagnóstico evidencia falta de contacto con los servicios de salud. En el mismo sentido, así como la hipertensión podrían considerarse otras patologías como la diabetes. Pero en aras del espacio se ha optado por el indicador en cuestión. El mismo surge la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (MSP, 2014), que mediante mediciones paraclínicas y varias preguntas, permite dar cuenta de la cantidad de personas que al momento de la encuesta presentaron cifras altas de presión arterial pero que no sabían que eran hipertensos.

Cuadro 25: Prevalencia de hipertensos no diagnosticados por región geográfica

Total país	Montevideo	Interior
13,6	11,4	15,9

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

Cuadro 26: Prevalencia de hipertensos no diagnosticados por sexo

	SEXO		
	Varones	Mujeres	Brecha (V-M)
País	16,7	10,8	5,9
Montevideo	13,4	9,7	3,7
Interior	20,2	12	8,2

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

Cuadro 27: Prevalencia de hipertensos no diagnosticados por nivel educativo

	EDUCACIÓN			
	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA	Brecha (P-T)
País	17,7	12,3	13	4,7
Montevideo	13,2	10,6	11,6	1,6
Interior	21,6	13,8	15,3	6,3

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

Como puede verse en el cuadro 25, el total país de hipertensos no diagnosticados es de 13.6%, sin embargo, hay una diferencia de más de cuatro puntos entre Montevideo y el interior del país.

En el cuadro 26 se observa que la falta de diagnóstico es más frecuente en los varones hipertensos que en las mujeres hipertensas. Y en el interior la brecha entre varones y mujeres es más del doble que en Montevideo.

A su vez, el cuadro 27 muestra que también hay diferencias entre los distintos niveles educativos. Puede verse que la brecha entre personas con educación primaria y quienes alcanzaron niveles terciarios es de 4,7 puntos. Y esta brecha también es mayor en el interior que en Montevideo.

A la luz de estos datos, puede concluirse que los varones, quienes residen en el interior del país, y quienes tienen menos nivel educativo, son quienes menos contactan con los servicios de salud.

- **COBERTURA EFECTIVA**

Con el análisis de la cobertura efectiva, se pretende dar cuenta de la población que aunque utiliza los servicios de salud, no se beneficia plenamente de ellos. La cobertura efectiva tal como ha sido concebida originalmente por Tanahashi (1978)¹¹ y luego como recomendación de la OMS, supone establecer la medida en que una intervención, programa, servicio, etc., produce el efecto esperado. Y es por ello que se utiliza frecuentemente para dar cuenta de los resultados de los sistemas de salud, identificando los grupos sociales que no se benefician plenamente de los servicios. Por razones de espacio no es posible aplicar el modelo de Tanahashi en este informe, se ha recurrido a él solamente con fines conceptuales. Como indicador de cobertura efectiva se ha seleccionado la prevalencia de hipertensos mal controlados, es decir, aquellas personas que han sido diagnosticados y que están haciendo tratamiento pero en el momento de la encuesta presentaron cifras altas.

Cuadro 28- Prevalencia de hipertensos mal controlados

Total país	Montevideo	Interior
13,8	12,9	14,9

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

Cuadro 29- Prevalencia de hipertensos mal controlados

	SEXO		
	Varones	Mujeres	Brecha (V-M)
País	15,5	12,3	3,2
Montevideo	14	12	2
Interior	17	12,6	4,4

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

Cuadro 30- Prevalencia de hipertensos mal controlados

	EDUCACIÓN			
	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA	Brecha (P-T)
País	18,4	13,8	9,9	8,5
Montevideo	18,2	12,5	10,3	7,9
Interior	18,6	15	9,4	9,2

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

Cuadro 31- Prevalencia de hipertensos mal controlados

	INGRESO					
	1	2	3	4	5	Brecha (Q1-Q5)
País	20	16,8	7,8	8,6	18,4	1,6
Montevideo	17,6	18,9	6	9,1	11,8	5,8
Interior	26,9	14,6	9,7	7,7	16,5	10,4

Fuente: elaboración propia ENFR, 2014.

¹¹ Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978.

Como puede verse en el cuadro 28, el total país de hipertensos mal controlados es de 13.8%, con una diferencia de dos puntos entre Montevideo (12.9%) y el interior del país (14,9).

En el cuadro 29 se observa que la HTA mal controlada es más frecuente en los varones que en las mujeres, especialmente entre los varones del interior, donde la brecha entre varones y mujeres más que duplica la de Montevideo.

Y el cuadro 30 vuelve a evidenciar diferencias entre los distintos niveles educativos. Puede verse que la brecha entre personas con educación primaria y con educación terciaria es de 8,5 puntos, siendo mayor en el interior que en Montevideo.

Finalmente, el cuadro 31 muestra importantes diferencias entre los quintiles de ingreso en relación a la HTA mal controlada. Si bien la brecha entre el quintil más pobre y el quintil más rico es de 1.5% a nivel país, en el interior es de 10.4%.

Los datos presentados son consistentes con las tendencias que hemos venido observando desde el inicio del reporte: quienes residen en el interior del país, quienes tienen menos nivel educativo y menos niveles de ingreso son quienes menos se benefician del contacto con los servicios de salud. Para el caso de las diferencias de género se ve con claridad lo que varias autoras y otros estudios han señalado: los varones utilizan y se benefician menos de los servicios de salud que mujeres. Pero hay que señalar que en términos agregados ello no necesariamente redundaría en que alcancen mejor estado de salud.

Puede concluirse entonces que la evidencia es clara en relación a la existencia de desigualdades socioeconómicas, geográficas y de género en relación al beneficio de los servicios de salud en nuestro país.

PARTE VI: EN SUMA

Este primer reporte realizado en el marco del Sistema de Vigilancia de la Equidad en salud, es un llamado a ampliar la perspectiva en relación a la salud, las políticas de salud y su implementación.

En la primera y segunda parte se han dado algunas pistas acerca del complejo proceso de producción y reproducción de las inequidades en salud y sus determinantes estructurales. De este modo, se ha podido ver de manera somera y descriptiva que el contexto socioeconómico nacional constituye un determinante estructural de las desigualdades en salud. A través del Índice de Estratificación Territorial (IET) se ha intentado poner en evidencia que el territorio es en definitiva el ámbito donde se generan y perpetúan las desigualdades en la distribución del bienestar.

Esto se puede ver con claridad en la tercera parte del informe donde se muestra que los resultados en salud se distribuyen de manera desigual entre los diferentes grupos y territorios. Ello hace que sea ineludible reconocer que para planificar políticas de salud pública mucho más importante que saber de qué se enferma la gente, es saber quiénes son aquellos y aquellas que se enferman.

Esto se ha visto reforzado con los indicadores analizados en el capítulo cuatro, donde puede verse que algunos determinantes intermedios de la salud, tales como las condiciones materiales de vida y de trabajo, se distribuyen de manera desigual entre distintos grupos y territorios. Al mismo tiempo, da cuenta de que los hábitos y estilos de vida se construyen socialmente a través del ciclo vital, por ende su abordaje debe ser social y no individual. En otras palabras, las elecciones individuales están determinadas en gran medida por las posibilidades que ofrece el contexto y las condiciones en las que las personas desarrollan su vida. A los efectos de la política pública, ello exige que la programación estratégica y la asignación de recursos se realicen en base a un abordaje basado en el reconocimiento de la diversidad y heterogeneidad de los grupos sociales y sus contextos.

A través del capítulo cinco se ha podido ver que las personas no se benefician de la misma manera de los servicios de salud, sino que hay grupos que no acceden o cuando acceden no lo hacen plenamente. Esto llama la atención acerca de que las medidas que sirven para mejorar la salud, como ser el aumento de la cobertura y su profundización, no necesariamente sirven para reducir las inequidades en salud. Tal como se ha visto para el caso de las personas con HTA mal controladas, a pesar de disponer de cobertura formal, determinados grupos no se benefician plenamente de los servicios. A su vez, esto llama la atención acerca de lo deficitario que resulta monitorear la utilización de los servicios de salud, que es el objetivo de la mayoría de los sistemas de información y los registros con los que cuenta el Ministerio de Salud Pública para el seguimiento de los servicios de salud.

Puede concluirse que para mejorar los resultados de las políticas sanitarias es necesario hacer una reorientación que incluya la equidad y los determinantes sociales de la salud. Ello implica reconocer que si las causas principales de las inequidades en salud están en los determinantes sociales de la salud, es fundamental el trabajo con los otros sectores gubernamentales. Lo que implica la inclusión de “salud en todas las políticas” en la agenda y programación estratégica.

Finalmente, una apreciación ineludible es que el SVES ha puesto en evidencia las carencias de información existente para el abordaje de las desigualdades, tanto en los análisis de la información disponible, como en la ausencia de ella en el diseño de las fuentes de información. Casi toda la información en que hemos basado este informe proviene de encuestas y ello llama la atención acerca de la necesidad de invertir en la adecuación de los sistemas de información existentes y en la creación de otros nuevos, como parte fundamental en el proceso de reorientación de las políticas sanitarias desde la perspectiva de determinantes sociales..

ANEXO METODOLÓGICO

• MATRIZ DE INDICADORES

Area	Dominio	Sub-Dominio	Indicadores
Determinantes Estructurales o Distales	I. Contexto socioeconómico y político	Estado de bienestar	Años promedio de escolaridad adultos
			Porcentaje de jóvenes en edad de estudiar escolarizados en EM
			Informalidad: porcentaje de ocupados no registrados en la seguridad social
			Porcentaje de hogares en situación de pobreza que no reciben ninguna transferencia monetaria o alimentaria
		Políticas Públicas	Porcentaje de personas en asentamientos irregulares
			Porcentaje de ocupados que en los últimos 12 meses estuvo desocupado
			Proporción de asalariados privados que ganan menos que el SMN
		Mercado Laboral	Tasa de subempleo
			Tasa de desempleo
		Poder político	Índice relativo de desigualdad de ingreso y años de educación entre grupos sociocupacionales
			PENDIENTE
	II. Posición Socioeconómica y social. (Estratificadores propuestos)	Índice de vulnerabilidad territorial (IVT)	Se compone de cuatro dimensiones: trabajo, vivienda, educación e ingresos.
		Edad	
		Sexo	
		Ingreso	
		Educación	
		Ocupación	
		Etnia	
		Clase social*	

Area	Dominio	Sub-Dominio	Indicadores
Determinantes sociales Intermediarios o Proximales	III. Determinantes sociales de la Salud	Condiciones de vida	Porcentaje de personas sin vivienda decorosa
			Porcentaje de personas con carencia de abastecimiento de agua potable
			Porcentaje de personas con carencia de Servicio Higiénico
			Porcentaje de personas con carencia de artefactos básicos de confort
		Condiciones de Trabajo	Porcentaje de personas ocupadas que trabajan remuneradamente más de 48hs a la semana
			Promedio de horas semanales de carga global de trabajo (remunerado y no remunerado)
		Hábitos de Vida	Porcentaje de consumidores diarios de Tabaco entre 25 y 64 años
			Porcentaje de personas que consumieron marihuana en el último mes
			Porcentaje de bebedores actuales de alcohol en el último mes entre 25 y 64 años
			Promedio de días a la semana de consumo de frutas y verduras en personas entre 25 y 64 años
			Porcentaje de personas entre 25 y 64 años con nivel bajo de actividad física (<600 MET -minutos)
		Apoyo social	Porcentaje de personas adultas mayores que viven solos
			Porcentaje de personas de 60 años y más que se sienten solos
			Porcentaje de personas que viven en hogares monoparentales
			Porcentaje de personas que dedicaron más de xxhs semanales al cuidado de personas dependientes sin recibir ayuda de fuera del hogar

Área	Dominio	Sub-Dominio	Indicadores
Determinantes del Sistema de Salud y Protección Social	IV. Equidad en la Asignación Y Financiación de la Salud	Cobertura poblacional	Razón de afiliados en ASSE e Instituciones Privadas
			Razón de afiliados a Instituciones que integran y por fuera del Seguro Nacional de Salud.
			Razón de pobres en ASSE e Instituciones Privadas
			Razón entre el porcentaje de personas con NBI en ASSE e Instituciones Privadas
		Cobertura Financiera	Empobrecimiento por gasto en salud
			Incidencia del gasto catastrófico en salud
	V. Equidad en el acceso	Disponibilidad de recursos	Cantidad de camas hospitalarias disponibles/población de usuarios
			Cantidad de médicos de Especialidades Básicas (medicina general, pediatría y ginecología) cada 10.000 usuarios
			Cantidad de licenciadas y auxiliares de enfermería cada 10.000 usuarios
		Accesibilidad	Promedio de días de espera en última consulta con medicina general, familiar, pediatría, ginecología o geriatría en los últimos 30 días
			Promedio de días de espera en última consulta con medico especialista en los últimos 30 días
			Porcentaje de personas que requirieron de consulta médica y tuvieron problemas de acceso en los últimos 12 meses
			Porcentaje de personas que requirieron de un análisis de laboratorio o estudio y tuvieron problemas de acceso en los últimos 12 meses
			Porcentaje de personas que requirieron de un tratamiento y/o medicamento y tuvieron problemas de acceso en los últimos 12 meses
		Aceptabilidad	PENDIENTE
		Contacto o utilización	Prevalencia de personas con Tensión Arterial Alta sin diagnóstico en los últimos 12 meses
			Porcentaje de mujeres que se realizó el último PAP hace 3 años o más
			Porcentaje de mujeres (de 40 a 64 años) que se realizó la último Mamografía hace 3 años o más
		Cobertura efectiva	Prevalencia de hipertensos Alta mal controlados
			Porcentaje de personas con discapacidad que no cuentan con ayuda o apoyo vinculado a su limitación

Area	Dominio	Sub-Dominio	Indicadores
Consecuencias en la salud y calidad de Vida	VI. Estado de salud	Mortalidad	Años de vida perdidos (AVP)
			Mortalidad infantil
			Mortalidad por ECNT*
			Mortalidad por lesiones
		Morbilidad	Tasa de bajo peso al nacer
			Tasa de egresos por complicaciones vasculares de la diabetes mellitus
			Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes (13 a 15 años)
			Prevalencia de sobrepeso y obesidad adultos
		Percepción de Salud	Auto percepción del estado de salud

• INDICE DE ESTRATIFICACIÓN TERRITORIAL (IET)

Para la construcción de este Índice se tomó como referencia la metodología del Índice de Desarrollo Humano (IDH), así como el Índice de Vulnerabilidad Social y Condiciones de Vida utilizado por el Ministerio de Salud de Chile. Éste último reconstruye una versión modificada del IDH con el objetivo de realizar un análisis estratificado de los indicadores de salud a nivel regional, por lo cual excluye la dimensión correspondiente a salud considerada por el IDH.

Concretamente, el Índice de Estratificación Territorial utilizado en este documento toma en consideración cuatro dimensiones (Educación, Ingresos, Vivienda y Trabajo) con sus respectivos indicadores detallados en el siguiente cuadro.

DIMENSIÓN	INDICADORES (1)		(2) CÁLCULO DIMENSIÓN
Educación	A	Años promedio de escolaridad en adultos	Educación= (A + B)*(1/2)
	B	Tasa bruta de asistencia a educ. formal obligatoria	
Ingresos	C	Porcentaje de personas en situación de pobreza	Ingresos= (C + D)*(1/2)
	D	Promedio de ingreso per cápita de los hogares	
Vivienda	E	Porcentaje de personas en condición de hacinamiento	Vivienda= (E+ F + G)*(1/3)
	F	Porcentaje de personas con vivienda no adecuada	
	G	Porcentaje de personas con carencia de saneamiento y agua potable	
Trabajo	H	Porcentaje de personas no registradas a la Seg. Social	Trabajo= (H + I)*(1/2)
	I	Porcentaje de personas desempleadas	
(1) CÁLCULO DE CADA INDICADOR = (valor_dpto – peor_dpto) / (mejor_dpto – peor_dpto)			
(3) CÁLCULO DEL ÍNDICE = (Educación + Ingresos + Vivienda + Trabajo)*(1/4)			

Su construcción se realizó en tres pasos: (1) A cada indicador se le asignó un recorrido de 0 a 1, a partir del cálculo de la distancia del valor departamental respecto del valor del departamento con peor desempeño como proporción del rango en el que varía el indicador (diferencia entre el mejor y el peor departamento). (2) Se estimó el valor correspondiente a cada dimensión, a partir de un promedio simple de los valores obtenidos para cada indicador. (3) Se obtuvo el valor del Índice, a partir de un promedio simple de los valores estimados en las cuatro dimensiones consideradas. Finalmente, el Índice varía de 0 a 1, siendo los departamentos con valores más bajos los mejores posicionados y quienes presentan valores más altos son los peores posicionados.

En la medida que se basa en el IDH este índice “hereda” las ventajas del mismo, como ser su fácil interpretación y comunicación, su capacidad descriptiva, y su potencial comparativo. Pero también sus limitaciones, a saber: el índice considera los valores mínimos y máximos observados para un año determinado (en este caso 2013), pero esos valores pueden cambiar en el tiempo, por lo cual un departamento puede presentar una mejoría en algunas o algunas de las dimensiones y al mismo tiempo descender en el índice, o viceversa. Para evitar esta debilidad, en los últimos cálculos realizados por el PNUD los valores máximos y mínimos surgen de las observaciones extremas registradas para cada indicador en tres décadas previas o partir de proyecciones realizadas para los próximos treinta años.

Otro aspecto crítico a tener en cuenta, es la ponderación de los indicadores y de las dimensiones. En el IVT chileno todas las dimensiones tienen el mismo peso (1/4) pero los indicadores tienen pesos diferentes. En el índice que aquí se propone se ha optado por un criterio estrictamente matemático: el peso de cada indicador resulta de dividir la unidad sobre la cantidad de indicadores que componen la dimensión. A su vez, cada dimensión tiene el mismo peso, siguiendo el criterio adoptado por el PNUD para el cálculo del IDH, que el IVT de Chile también utiliza. Se entiende que en el futuro es necesario discutir en profundidad la necesidad de definir criterios de ponderación para los distintos indicadores y dimensiones, que estén basados en la finalidad del índice como estratificador socio-espacial.

BIBLIOGRAFÍA

Barker, David J. (1995). "Intrauterine Programming of Adult Disease". *Molecular Medicine Today*, 1(9): 418-424.

Galobardes, Shaw, Lawler, Lynch y Davey Smith (2006) En: Indicators of socioeconomic position. En: Oakes JM, Kaufman JS, eds. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass.

Gillman, Matthew W. (2004). "A Life Course Approach to Obesity". In: D. Kuh y Y. Ben Shlomo (eds). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.

Krieger, Nancy (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health*.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2013) Panorama del trabajo decente en Uruguay, con perspectiva sectorial.

Risner, Kari et al. (2011). "Birthweight and Mortality in Adulthood: A Systematic Review and Metaanalysis". *International Journal of Epidemiology*, 40(3): 647-661.

Rundle, Donna et al. (1996). "Maternal Country of Origin and Infant Birthplace: Implications for Birth-weight". *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(4): 430-434

Shiono, Patricia H. et al. (1997). "Ethnic Differences in Birthweight: The Role of Lifestyle and Other Factors". *American Journal of Public Health*, 87(5).

Solar, O; Irwin, A (2005) A conceptual framework for action on the social determinants of health. OMS, Ginebra.

Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*.

Wardle y Steptoe, 2003) Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:440-443 doi:10.1136/jech.57.6.440.

Wright, Erik O. (1994): *Clases*. Siglo XXI, Madrid.