

La atención de salud de los pobres en Uruguay. Evaluación de una experiencia de privatización¹

Delia Sánchez, José Enrique Fernández

RESUMEN

El presente trabajo presenta los resultados de un proyecto de investigación sobre utilización y satisfacción con servicios de salud privados de pre-pago, en dos instituciones de salud de la ciudad de Montevideo por parte de tres categorías ocupacionales de bajos ingresos incorporadas al Seguro de Salud de la Seguridad Social en 1984: empleadas domésticas, obreros de la construcción y trabajadores rurales.

Como grupo control se incluyó una muestra de textiles, casas bancarias e importadores.

No fue posible comprobar las hipótesis de menor utilización de servicios privados por parte del grupo de menores recursos, y por el contrario, el nivel de satisfacción con los servicios ofrecidos fue mayor en este grupo que en el control.

No se pretende extrapolar estas conclusiones a otros grupos poblacionales de bajos ingresos pero menor integración social que los estudiados aquí, pero se plantea la disyuntiva entre políticas focalizadas y universales en una sociedad donde aún persisten altos niveles de integración social, como la uruguaya.

Palabras claves: servicios privados de salud, seguridad social, políticas focalizadas y universales.

ABSTRACT

This paper shows the results of a research project on utilization and satisfaction with pre-paid private health services in two such institutions in the city of Montevideo, by low income groups of workers who were included in the Social Security health insurance scheme in 1984: domestic aids, construction and rural workers. As a control, a sample consisting of workers from textile industries, banking and import-export services was included.

It was not possible to prove the hypothesis of a lower level of utilization of private services by the lower income group, and on the contrary, this group's satisfaction with services was higher than in the control group.

We do not mean to extrapolate these conclusions to other population groups with low income but lower levels of social integration than the ones studied here, but the dilemma between focalized and universal policies is present in a society such as the uruguayan, where high levels of social integration still persist.

Key words: private health service, social security, focalized and universal policies

Fecha de recepción: enero 1999
Fecha de aprobación: marzo 1999

Correspondencia: Grupo de Estudios en Economía, organización y Políticas Sociales.

¹ Este documento es resultado del proyecto de investigación "La transferencia de la prestación de servicios de salud a los pobres del sector público al sector privado. Una evaluación preliminar del nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios", financiado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado en GEOPS (Grupo de Estudios en Economía, Organización y Políticas Sociales)

Introducción

Planteamiento del problema

La atención de salud de los estratos más pobres de la población representa siempre un desafío para cualquier sociedad. En Uruguay, históricamente fue el Ministerio de Salud Pública (MSP) el encargado de brindar estos servicios a través de una red de efectores de distintos niveles de complejidad diseminados a lo ancho del país. La atención del MSP, si bien en la teoría es gratuita solamente para los indigentes, mientras que los restantes usuarios deben abonar un arancel, ha resultado siempre prácticamente totalmente gratuita por la dificultad de comprobar la capacidad de pago de sus usuarios. En este momento, la cobertura de servicios del MSP alcanza algo más del 35% de la población, cifra mayor que la de los habitantes considerados pobres.

Diversos autores, y entre ellos muy especialmente Carmelo Mesa Lago, han sugerido que el prestador de servicios de salud más adecuado podría ser la Seguridad Social, que en la mayoría de los países latinoamericanos abarca aún a porcentajes relativamente menores de la población.

La seguridad social uruguaya tiene una cobertura relativamente baja en su seguro de salud (16.6% de la población total que representa el 30% de la población activa)² ya que ampara únicamente al sector formal de la economía. Esto implica que no cubre a sus familiares, ni al mismo trabajador después de seis meses de desempleo, o cuando se retira (jubilación).

Los servicios de salud brindados por la Seguridad Social no son propios, salvo excepciones. Para la atención de sus afiliados, el sistema optó a partir de 1975 por la afiliación a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), instituciones de prepagos sin fines de lucro, que brindan atención a aproximadamente el 60%³ de la población del

país (70% en el caso de la ciudad de Montevideo) y representan 49.2% del gasto total en salud.⁴

Si bien la seguridad social participa en la masa de afiliados de las IAMC con un 33.70 % en Montevideo y un 45.3% en el interior del país,⁵ este paquete de usuarios cautivos del sistema (el seguro es obligatorio) es estratégico para la viabilidad económico-financiera y el desarrollo de estas instituciones. La negociación por las normas regulatorias (tanto en prestaciones de la canasta como costo por afiliado) constituye una de las arenas más importantes en política de salud.

En sus orígenes las IAMC fueron "asociaciones de ayuda mutua" de inmigrantes pobres, pero con el correr del tiempo se transformaron en servicios de atención de clase media y media alta. Su cobertura es integral, pero no cuentan con programas de promoción ni de prevención de salud, ni organizan sus servicios en forma focalizada, sino que actúan sobre demanda.

En 1984, el Estado incluyó en la cobertura de la Seguridad Social a grupos laborales previamente excluidos debido a sus bajos ingresos: los trabajadores rurales, la construcción y el servicio doméstico. Como consecuencia, por primera vez, el seguro de salud de la seguridad social fue deficitario y estos grupos pasaron a tener atención médica en las IAMC de su preferencia, y las instituciones se vieron aliviadas por la captación de una población joven, trabajadora, a través de un Estado buen pagador.⁶ Esta medida explica el crecimiento de las afiliaciones⁷ a partir de esa fecha, con diferencias significativas entre Montevideo y el interior del país.

Se ha producido entonces una privatización de la atención de salud de un segmento de los sectores pobres de la población (las categorías ocupacionales formales de nivel más bajo), suponiendo que las IAMC les brindan mejor cobertura y confort, lo que nunca ha sido cuestionado debido a la falta de evaluaciones al respecto. Por otra parte, los servicios de salud para la población pobre en Uruguay tradicionalmente y por mandato constitucional fueron

¹ Este documento es resultado del proyecto de investigación "La transferencia de la prestación de servicios de salud a los pobres del sector público al sector privado. Una evaluación preliminar del nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios", financiado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado en GEOPS (Grupo de Estudios en Economía, Organización y Políticas Sociales)

² Labadie G.; *et al.*: "Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Regulación y Desempeño". Serie Políticas Sociales 6. CEPAL: Santiago de Chile, 1994.

³ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística: "Encuesta permanente de hogares". INE: Montevideo, 1994.

⁴ Rodríguez R. "Análisis del gasto en salud". Proyecto Fortalecimiento del Área Social (FAS). Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Presidencia de la República. Montevideo, 1995

⁵ Rodríguez R. *op. cit.* 1995

⁶ Labadie, Ramos, Sánchez, *op. cit.*

⁷ Rodríguez R. *op. cit.* 1995

ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública, en forma gratuita⁸ para los indigentes y con aranceles progresivos para los usuarios con capacidad de pago. En los hechos, la facilidad de obtención del carnet de asistencia sin arancel lleva a que el 95% de los usuarios se atiendan dentro de la categoría "indigente". El 25.4% de la población de Montevideo se atiende en el sector público, y percibe esta situación como un indicador de pobreza. Inclusive el carnet de asistencia es conocido popularmente como "carnet de pobre". Si bien se asume que hay segmentación entre este 25.4%⁹ (el 55.4 % está en el segmento más bajo de ingresos), el aumento de la desocupación, el cuentapropismo como resultado de la informalización de la economía, y el alto costo para el medio de los prepagos hace que los límites de este sector sean imprecisos, y haya serios problemas para el sector público en la identificación de usuarios.

Lo que se puede afirmar es que las diferencias de nivel socio-económico entre los usuarios del sector público y privado en sus componentes económico, cultural y social son altamente relevantes, tanto como las diferencias en el perfil epidemiológico de ambos grupos de población, especialmente en el área materno-infantil. En una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires sobre el cuidado de la salud caracterizado por nivel socio-económico, se mostró que esta variable discrimina no sólo el uso de servicios sino la percepción de la enfermedad y las estrategias alternativas como la automedicación, por ejemplo.¹⁰

Si bien en las mediciones objetivas de la pobreza en el Uruguay se privilegian los indicadores vinculados a la educación, la vivienda y el consumo; la cobertura de salud con la dualidad público-privado da cuenta de una dimensión subjetiva de la pobreza.

Los servicios públicos presentan graves problemas por una falta crónica de inversión, tanto en edificios y tecnología como en recursos humanos; si bien existe diferencia entre Montevideo y el interior del país, donde en general la infraestructura es mejor. Los servicios dependientes del MSP alojan a las clínicas de la Universidad de la República, por lo que en su mayoría cumplen funciones docentes, aunque no es ésta teóricamente su principal función. De este modo, al

menos los recursos médicos son de igual nivel o superior a los del sector privado. El MSP cuenta con una amplia red de prestación de servicios, actualmente en un proceso de redimensionamiento sobre la base de un proyecto de descentralización de la atención de salud en el marco de la reforma de salud del sector público.¹¹

La hipótesis que sustenta la medida de "privatización" (mejor calidad en términos de eficiencia y efectividad en la cobertura) planteó dudas a las que pretendió dar respuesta el presente proyecto. Estas dudas se basaron en los siguientes elementos:

- a) la población usuaria de los servicios públicos requeriría la intervención de técnicos que evalúen el contexto social del paciente, servicio para el cual no están preparadas las IAMC;
- b) la población que utiliza habitualmente las IAMC no está acostumbrada a compartir los ámbitos de atención ambulatoria y de internación con la población objetivo del sector público, lo que puede llevar a crear una diferenciación de espacio y prestaciones dentro de las IAMC transformando a estos nuevos usuarios en afiliados de segunda categoría;
- c) al actuar con base en la demanda, las IAMC suponen tener una población usuaria con capacidad de gestión particularista de los servicios; es decir, el acceso supone una demanda calificada. Esta calificación para ser demandante de servicios, no existiría en los sectores pobres, que concurrirían a los servicios de salud sólo cuando los síntomas implicaran una imposibilidad funcional seria. Al no tener políticas focalizadas de promoción y atención primaria de salud, las IAMC tendrían serias dificultades para intervenir sobre estos nuevos usuarios;
- d) La cuota de prepago de las IAMC está regulada por el Estado, ya que es una variable clave para regular la inflación. Al no poder cubrir el déficit de funcionamiento con aumento de cuota se recurre al aumento de los copagos, elemento que no está regulado. Este recurso, pensado para desestimular la consulta por "consumo", al tener un incremento sostenido durante los últimos años, se ha transformado en un impuesto directo al paciente enfermo, que efectivamente utiliza el servicio. Esto niega el carácter solidario del sistema, y en el caso de los pacientes "pobres" dificultaría el acceso al servicio, ya que el seguro cubre sólo la cuota de prepago. Se señala que algunas IAMC pequeñas optaron en su

⁸ Uruguay. *Constitución de la República*. Artículo 44.

⁹ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística: *op.cit.* 1994

¹⁰ Schuffer M; *et al. Revista Medicina y Sociedad*. Buenos Aires, 1992.

¹¹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Administración de los Servicios de Salud del Estado. "Programa de acción de ASSE 1995-1999". Montevideo: ASSE, 1995.

momento por no cobrar copagos, pero la mayoría debió abandonar esa política;

- e) Las sedes de las IAMC están lejos de los barrios donde residen los sectores pobres, esta situación dificulta el traslado de los mismos a los centros de asistencia porque no tienen recursos para pagar el transporte y/o por no tener posibilidades de dejar a los niños en el caso de las madres.

Por otra parte, se plantea actualmente a nivel del MSP establecer mecanismos que impidan la doble cobertura en salud, fenómeno muy frecuente, y costoso para el sistema. Sin embargo, esta medida aparentemente racionalizadora podría terminar perjudicando a los más pobres en caso de ser ellos quienes utilicen esta estrategia para satisfacer sus necesidades no resueltas al tener acceso formal a una IAMC por la seguridad social pero no poder afrontar los copagos u otros gastos de atención y medicamentos, por ejemplo. Otros autores¹² también han planteado dudas similares sobre la adecuación de los servicios de la IAMC a la población pobre.

Se planteó como punto a favor de la inserción de estos nuevos usuarios en las IAMC el hecho de que las mismas brindan mejores servicios que los efectores estatales y que por otra parte, gozan de la aceptación de los usuarios tradicionales.

Considerando que el retiro del sector público de servicios que puede realizar el sector privado es un componente básico de la reforma del Estado, actualmente en curso en nuestros países, consideramos que el "experimento" descrito en Uruguay permite la evaluación de una política que se promueve por parte de organismos internacionales en forma más amplia, sin conocer cuales serán sus efectos sobre la población.

El discurso "universalista" vinculado con el acceso a los servicios de salud sustenta esta medida de privatización como un avance sobre la inequidad del sistema. En los hechos, durante los últimos 11 años se ha constituido un "grupo de control" que pone a prueba la eficiencia y eficacia del subsistema público vs. el subsistema privado en la atención a los segmentos más pobres de la población. Si

bien se ha dado un debate en el campo teórico sobre la misión del hospital público y las políticas focalizadas vs. las políticas universalistas,¹³ entendemos que la evaluación de los resultados obtenidos en este "grupo de control" puede aportar elementos empíricos para validar las diferentes opciones teóricas en juego sobre el tema.

Marco Teórico

Los procesos de reforma económica orientados al mercado que suponen aumentar la competitividad económica y sanear financieramente al Estado, redefinir su papel y funciones y reorientar el gasto público social (ajuste estructural, liberalización comercial y financiera, privatizaciones y estabilización), son los componentes básicos de la respuesta al agotamiento del estado de bienestar. En este contexto se inscriben las reformas del sector salud, que si bien comparte con otros componentes del gasto social su incidencia en el déficit fiscal, presenta especificidades que no se pueden analizar desde una perspectiva univariada. Así, el documento del BID-PNUD *Reforma social y pobreza* señala que: "la necesidad de acelerar las transferencias de los servicios (de educación y salud básicos) por razones fiscales ha puesto de manifiesto algunos riesgos de deteriorar aún más la satisfacción de necesidades básicas de los más pobres", haciendo referencia a los procesos de municipalización.

Los contenidos de la reforma han sido diferentes en los países europeos y en los países del tercer mundo. Así, países como el Reino Unido y Suecia se han concentrado en aumentar la efectividad de sus servicios, y EEUU, Alemania y Francia, entre otros, han focalizado su atención en la contención de costos, pero la equidad siempre ha sido un objetivo explícito.¹⁴ En el caso europeo¹⁵ la reforma se ha hecho con base en mantener los valores sociales en el centro de la discusión, por lo que, por ejemplo, no se ha aceptado en ningún país que los servicios de salud sean bienes transables en el mercado. Los países más pobres, sin embargo tienen una mayor dificultad en establecer una agenda propia, ya que existe una ya diseñada para ellos por organismos internacionales financiadores, como el Banco

¹² Alonso D; et al: *Política de salud dirigidas a la población en situación de pobreza*. FESUR: Montevideo, 1993.

¹³ Midaglia C: "¿Vieja o nueva institucionalidad? Las políticas sociales en el Uruguay de los 90' ". Tesis de doctorado. Instituto Universitario de Pesquisas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998.

¹⁴ Oxley H; et al.: *Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency*. Economic Department OECD, Working Papers, Núm. 149, Paris, 1994

¹⁵ WHO, 1996.

Mundial.¹⁶ En este sentido, el Ministerio de Salud Pública, ya tiene en ejecución (entre otros de menor monto) dos préstamos; uno del BID por 20 millones de dólares (Programa FAS) y otro del Banco Mundial por 24 millones de dólares, que operan como soporte de la reforma en el sector público.¹⁷

Por otra parte, el estado de bienestar en Uruguay data de principios de este siglo, pero su instrumentación tuvo características diferentes a los procesos de modernización política de los países europeos que asegura primero la institucionalización del orden político, para ampliar la participación política e instaurar un conjunto de derechos que podemos llamar "sociales".¹⁸ De esta forma en los países europeos las políticas sociales se estructuraron con base en dimensiones económicas, militares, administrativas, y un orden simbólico-cultural de soporte.¹⁹

Por el contrario, en Uruguay, las políticas de bienestar fueron un factor simultáneo y esencial para la institucionalización del Estado y la afirmación de una identidad nacional.²⁰ Este proceso, prematuro con relación a otros países latinoamericanos, no respetó el padrón de emergencia evolutiva, característico de la modernización política de algunas de las naciones avanzadas.²¹ El estado de bienestar uruguayo se caracterizó por una acción anticipatoria y paternal²² ante una sociedad civil que ya contaba con niveles respetables de movilización y organización. En la génesis de ese tipo de Estado se intentó combinar aspectos de los modelos de "bienestar industrial" con otros referidos a los modelos de naturaleza redistributiva.²³

En este contexto, el tema salud admite el abordaje desde dos perspectivas: la acción anticipatoria y paternal del

estado; y la movilización y organización a nivel de la sociedad civil. Desde la acción estatal, el sistema público de salud se ocupó a nivel de atención de asegurar la atención a la población de acuerdo a su capacidad de pago, asegurando la cobertura gratuita de los indigentes. Desde la sociedad civil, con base en las organizaciones solidarias de inmigrantes se crearon instituciones de capital social que, con el correr del tiempo, fueron el soporte de atención de más del 60% de la población.

Esta doble estructuración del consumo colectivo de servicios de salud, genera a su vez dos sistemas de valores diferentes referentes al tema. A diferencia de otros insumos de consumo colectivo, el usuario de servicios privados de salud no espera del Estado una actitud paternalista. Se posiciona frente a la institución como individuo, y tiene integrado a su sistema de valores el hecho de percibir el seguro de su cobertura médica como un problema de responsabilidad individual. En todo caso, el Estado mediante un marco legal ha asegurado al afiliado a una IAMC, garantía que le permite una cobertura casi universal con una cuota regulada. Pero un indicador de que el usuario privado no es demandante del Estado, es el hecho de que a pesar de los recortes a la universalidad del servicio, no existieran reclamos colectivos ante esas medidas. Tampoco ha habido reclamos por aumento de cuotas o copagos. Por otra parte, el usuario de los segmentos más pobres de la sociedad no participa de los valores a que hacíamos referencia con relación al sistema privado. No se percibe como una responsabilidad individual la gestión de la cobertura

Las dos situaciones referidas suponen dos contratos diferentes, gestados en el marco de la constitución del estado de bienestar, cuya garante en ambos casos es el Estado. En el contexto de reforma, se pone en juego la redefinición de estos contratos, mediante procedimientos que no están fundados en la dinámica de participación social presente en la construcción del estado de bienestar.

En la prestación de servicios públicos, una vez obtenido el carnet de asistencia que certifica la situación patrimonial declarada del usuario, se suscribe de hecho un contrato con el Estado que tiene cobertura universal, y en el caso de los indigentes no tiene costo. Mediante el mismo se da cobertura universal incluyendo medicamentos y apoyo social. Existe una distancia considerable entre los términos formales y el acceso real del usuario a estos componentes del servicio.

En la prestación de servicios de prepago privado, se da cobertura casi universal como contraparte de un aporte mensual de aproximadamente 40 dólares americanos. Con la

¹⁶ World Bank: *World development report 1993: investing in health*. Oxford University: Washington DC, 1993.

¹⁷ Declaraciones de prensa del Ministro de Salud Pública. *Diario La República*. 27/11/95

¹⁸ Dahl R. *La Poliarquía: participación y oposición*. Tecnos, Madrid, 1971.

¹⁹ Flora P.; et al: *The Development of Welfare State in Europe and America*. New Brunswick (USA) and London (UK), 1981.

²⁰ Papadopoulos J. *Previsión Social en el Uruguay: orígenes, evolución y mediación de intereses en la Restauración Democrática*. CIESU, Montevideo, 1991.

²¹ Marshall, T.H. *Ciudadanía, Clase Social e Status*. Zahar, Río de Janeiro, 1967.

²² Filgueira F. *Un Estado Social Centenario: El crecimiento hasta el límite del Estado Social Batllista*. PEITHO, Montevideo, 1991.

²³ Flora P. *Growth to Limits the Western European Welfare State since World War II*, introducción. Walter De Gruyter, Berlín, 1987.

desfinanciación del modelo se instrumentó un sistema de copagos que desvirtúa la base solidaria contractual, ya que grava al usuario que consume servicios o medicamentos. Cuando se instrumenta el seguro de salud de la seguridad social a través de estos efectores, los términos contractuales varían, ya que se requiere aportar de acuerdo con los ingresos. La diferencia de cuota es trasladada a los empleadores, que a su vez, la trasladan a los precios y al Estado, éste la traslada a los impuestos. El cambio contractual en este caso tiene derivaciones redistributivas.

La pregunta que nos hacemos desde el punto de vista teórico es la siguiente: ¿cuándo se plantea privatizar la atención a los sectores más pobres e inclusive a los indigentes, qué nuevo tipo de contrato está en juego? En la experiencia, objeto de evaluación de este proyecto, claramente el nuevo contrato tiene un potencial formal y limitaciones reales. Mientras el individuo no requiere de servicios, potencialmente tiene acceso a un efector de salud con mejores estándares de atención que el que tenía en origen (público). Este acceso potencial tiene un costo para el usuario, ya que en el sistema público no pagaba (ya mencionamos que el 95% de los usuarios recibe atención gratuita), lo que ya significa un retroceso en su situación económica. Cuando este individuo requiera servicios, operan las limitaciones reales, en forma de copagos. Fuera de la dimensión económica, el nuevo contrato no incluye el apoyo social existente en el anterior. Este elemento es muy relevante, ya que los modelos de organización de las IAMC están estructurados en diálogo con una población usuaria demandante con valores relacionados a la salud y representaciones de la enfermedad diferentes.

La hipótesis del MSP es que dando al individuo el dinero para que se atienda en un efector privado se cumple con el mandato constitucional. Falta integrar a esta discusión la factibilidad de modificar un sistema de valores y actitudes frente al cuidado de la salud que tiene una base estructural vinculada con la pobreza y la exclusión por un simple cambio de cobertura.

Metodología

Nuestra hipótesis principal plantea que el contrato de atención de salud a través de la seguridad social en efectores privados tiene diferencias significativas en la satisfacción de necesidades sanitarias según la rama de actividad de donde provenga el paciente, estas diferencias suponen el no-cumplimiento de dicho contrato en relación con los pacientes pobres provenientes del proceso de privatización referido en el marco teórico.

Las siguientes son hipótesis auxiliares:

1. La relación entre episodios de enfermedad, utilización de servicios y conformidad con los mismos, constituyen una aproximación a la medición de satisfacción de necesidades.
2. Las diferentes ramas de actividad suponen un nivel socio-económico y cultural con poca variación a su interior.
3. La política económico financiera, la política de prestación de servicios, y las políticas orientadas al usuario, constituyen una aproximación a la medición de estructura de servicios de las IAMC.
4. Las variables independientes: rama de actividad, estructura de servicios de las IAMC, marco valórico del paciente referido a salud, perfil de morbilidad del paciente; se asocian en forma significativa con la variable dependiente: satisfacción de necesidades.
5. Las variables: sexo, edad y nivel educativo intervienen en la relación referida en el numeral anterior, especificándola.

Universo, unidad de análisis y muestra

El universo de análisis se constituyó por los beneficiarios del seguro de salud correspondiente a las ramas de actividad: servicio doméstico, construcción, trabajadores rurales, importadores, bancarios y textiles. La unidad de análisis fue el individuo, usuarios con cobertura del seguro provenientes de las ramas de actividad muestreadas.

Se realizó un muestreo por escalones. En primer lugar, se hizo una muestra de IAMC, tomando dos casos con diferentes características, relevantes teóricamente para la encuesta.

Los casos elegidos fueron: Centro de Atención del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) y CIMA. Ambas instituciones presentan diferencias significativas en su estructura y modelo de atención, según surge de investigaciones anteriores,²⁴ así como un importante porcentaje de afiliados a través de la Seguridad Social.

²⁴ Labadie, Ramos, Sánchez, *op.cit.*

En principio se previó una muestra probabilística al azar de 660 casos. Luego de revisar los registros del Banco de Previsión Social y comprobar la dificultad existente para la localización de los beneficiarios, ya que en muchos casos no estaban actualizados los domicilios (que por otra parte se registran según dirección de la empresa contratante, no por el domicilio particular), se optó por revisar el tipo de muestra.

En función de esto, se optó por realizar toda la muestra con técnicas de muestreo teórico. Finalmente se realizó una muestra intencional de interés sustantivo,²⁵ controlando la representación de las variables rama de actividad, institución y sexo. Se estipuló una muestra inicial de 270 casos, encontrando un gran porcentaje de errores de registro (altas y bajas no registradas) y direcciones inexistentes. En función de la dificultad para llegar a los 270 casos previstos, se utilizó el criterio de saturación de las variables más relevantes, cortando la muestra al llegar a los 169 casos.

Los rechazos propiamente dichos fueron 40, en el resto de los casos fue imposible encontrar a las personas.

La variable rama de actividad se reagrupó en dos valores: "muestra" incluye a las categorías objeto de la investigación (servicio doméstico, construcción, trabajadores rurales), y "control" incluye al grupo de control (textiles, casas bancarias, importadores). Este agrupamiento se realizó luego de medir la homogeneidad al interior de ambas categorías, con el objetivo de tener los casos suficientes para realizar análisis multivariados con una variable de control.

Es de destacar la movilidad (altas y bajas) existente en la categoría "muestra", identificando 40 casos en los cuales la seguridad social continuaba pagando cuando el beneficiario había dejado de trabajar y, por lo tanto, no tenía cobertura. Esto da cuenta de la informalidad subyacente en el sector. Pero en la medida de que nuestro objetivo es estudiar a los trabajadores formales, esta situación no afecta la validez de los resultados.

Cuadro 1

Relación entre el universo, la muestra original y la muestra final

<i>Rama de actividad</i>	<i>Afiliados</i>		<i>Muestra</i>		<i>Realizadas</i>		<i>Rechazos</i>	
	<i>CIMA</i>	<i>CASMU</i>	<i>CIMA</i>	<i>CASMU</i>	<i>CIMA</i>	<i>CASMU</i>	<i>CIMA</i>	<i>CASMU</i>
Construcción	2,718	3,728	55	55	11	10	3	1
Textiles	411	1,538	55	55	18	9	5	4
Banca	77	648	55	55	15	18	2	6
Importaciones-exportaciones	585	2,750	55	55	18	14	5	5
Servicio doméstico	1,016	1,991	55	55	16	18	1	4
Trabajadores rurales	427	599	55	55	12	7	1	4
Otros						3		
Total	16,488		660		169		40	

La distribución de la población entre grupo de la muestra y control, así como entre las dos instituciones es relativamente homogénea. En cuanto a los grupos etarios, el de 36 a 65 años concentra casi el 70% de la población, también homogéneamente distribuido entre muestra y control y entre instituciones. Este predominio era esperable dada la definición de nuestro universo de estudio.

²⁵ Padua J. *et al.* Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. México: FCE, 1996.

Cuadro 2

Distribución final de la muestra

Rama de actividad	Muestra		Control		Total	
	Sexo	Masculino	Femenino	Masculino		Femenino
CASMU		14	24	20	21	79
%		48.3	52.2	45.5	42	47
CIMA		15	22	24	29	90
%		51.7	47.8	54.5	58	53
TOTAL		29	46	44	50	169
%		100	100	100	100	100

Cuadro 3

Distribución de la muestra según grupo etario e institución

Grupo etario	Institución		Total fila
	CASMU	CIMA	
18-25 años	9	3	12
%	75	25	7.1
26-35 años	18	13	31
%	58.1	41.9	18.3
35-65 años	49	69	118
%	41.5	58.5	69.8
66 y más	3	5	8
%	37.5	62.5	4.7
TOTAL	79	90	169
%	46.7	53.3	100

Cuadro 4

Distribución de la muestra según grupo etario y rama de actividad

Grupo etario	Rama de actividad		Total fila
	Muestra	Control	
18-25 años	4	8	12
%	33.3	66.7	7.1
26-35 años	9	22	31
%	29	71	18.3
36-65 años	56	62	118
%	47.5	52.5	69.8
66 y más	6	2	8
%	75	25	4.7
TOTAL	75	94	169
%	44.4	55.6	100

Resultados

Satisfacción de las necesidades sanitarias

Tomando nuestra variable dependiente: "satisfacción de las necesidades sanitarias de la población de categorías ocupacionales pobres", comenzamos analizando su principal dimensión, la *utilización recordada de servicios de salud*.

Utilización efectiva de servicios

Cuadro 5

Cantidad de consultas por rama de actividad

Nivel de consulta	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
No consulta	26	38	64
%	35.1	40.4	38.1
Bajo 1	13	21	34
%	17.6	22.3	20.2
Normal	15	17	32
%	20.3	18.1	19.0
Alto 4 y más	20	18	38
%	27	19.1	22.6
TOTAL	74	94	168
%	100	100	100

Coeficiente de asociación V de Cramer = 0,11

Valores missing = 1

Tal como podemos observar en el cuadro 5, los niveles de consulta se distribuyen en forma pareja entre los tres niveles relevados, teniendo un alto porcentaje de usuarios que no consultan. La media de consulta anual a las IAMC para la población general es de seis consultas por año, por lo que trasladado a seis meses, sólo el 19% de nuestra población se ubica en esos valores. La media total de los dos grupos involucrados en nuestro estudio es de dos consultas en seis meses, lo que la ubica un punto por debajo del nivel de consulta de las IAMC.

Los restantes indicadores relevados no presentan mayor variación; la cantidad de exámenes paraclínicos es escasa, presentado la categoría de hasta dos exámenes en seis meses un valor acumulado del 79.8%, con una media total de 1.22 exámenes en seis meses. Por otra parte, el 95.3% de los entrevistados no tuvieron episodios de internación.

Dada la importancia de esta dimensión en nuestra hipótesis principal, realizamos una serie de cruces del único indicador que presenta una variación relevante, con nuestras principales variables independientes.

Cuadro 6
Relación original

Niveles de consulta	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
No consulta	25	37	62
%	34.2	40.2	37.6
Bajo (1)	13	21	34
%	17.8	22.8	20.6
Medio (2 a 3)	15	17	32
%	20.5	18.5	19.4
Alto (4 y más)	20	17	37
%	27.4	18.5	22.4
TOTAL	73	92	165
%	100	100	100

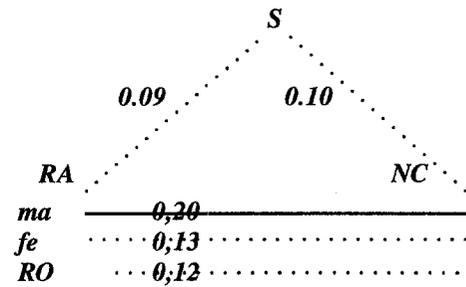
Coefficiente de asociación V de Cramer = 0,12
Valores missing = 4

Partimos de la relación original entre la variable dependiente “niveles de consulta” y la variable independiente “rama de actividad”.

Como se desprende del cuadro 6, no hay asociación entre ambas variables. A pesar de no tener asociación en la relación original, optamos por controlar la misma por parte de un grupo de variables teóricamente relevantes. Controlando por sexo no se modificó sustancialmente la relación original, salvo en el valor masculino, que pasa a tener el valor mínimo que indica asociación (V de Cramer 0,20). Esto no sólo despeja la relevancia de sexo como variable de control, sino que muestra el nulo poder discriminante de esta variable en relación con rama de actividad y con nivel de consulta.

Variable	Valor	V de Cramer	Nivel de asociación
Sexo	Masculino	0.20	bajo
	Femenino	0.13	no hay asociación

Cruce entre	V de Cramer	Nivel de asociación
Sexo y rama de actividad	0.09	no hay asociación
Sexo y nivel de consultas	0.10	no hay asociación

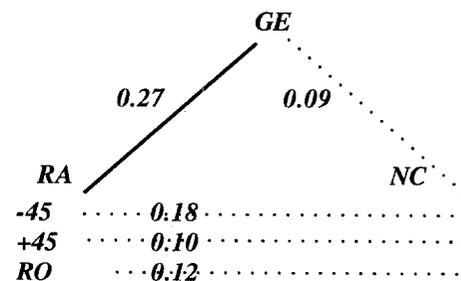


S= sexo / RA = rama de actividad / NC = nivel de consulta /
RO = relación original / ma = masculino / fe = femenino

En el caso de controlar por grupo de edad, tampoco se encuentra incidencia de la variable de control en la relación original. Es de destacar que existe asociación entre grupo de edad y rama de actividad (V de Cramer 0,27), lo que explica las pequeñas variaciones de los resultados parciales.

Variable	Valor	V de Cramer	Nivel de asociación
Grupo de edad	hasta 45 años	0.18	no hay asociación
	46 años y más	0.10	no hay asociación

Cruce entre	V de Cramer	Nivel de asociación
Grupo de edad y rama de actividad	0.27	hay asociación
Grupo de edad y nivel de consultas	0.09	no hay asociación



GE= grupo de edad / RA = rama de actividad / NC = nivel de consulta / RO = relación original / -45 = hasta 45 años / +45 = 45 años y más

Controlando por institución, en el entendido que ambas instituciones presentan diferencias en su modelo de atención, obtuvimos los siguientes resultados.

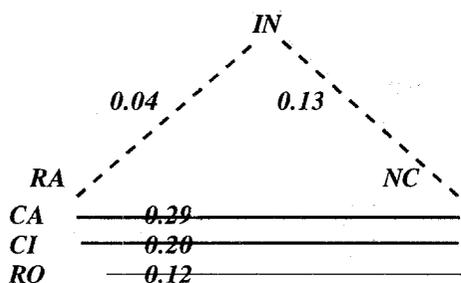
Cuadro 7

Relación original controlada por institución

Rama de actividad	Muestra		Control		TOTAL
	CASMU	CIMA	CASMU	CIMA	
Institución					
Niveles de consulta					
No consulta %	11 30.6	17 37.8	15 36.6	22 43.1	62 38
Bajo (1) %	3 8.3	10 27.0	11 26.8	10 19.6	34 21
Medio (2 a 3) %	12 33.3	3 8.1	7 17.1	10 19.6	32 19
Alto (4 y más) %	10 27.8	10 27.0	8 19.5	9 17.6	37 22
TOTAL %	36 100	37 100	41 100	51 100	165 100

Valores missing = 4

Variable	Valor	V de Cramer	Nivel de asociación
Institución	CASMU	0.29	hay asociación
	CIMA	0.20	bajo nivel
Cruce entre		V de Cramer	Nivel de asociación
Institución y rama de actividad		0.04	no hay asociación
Institución y nivel de consultas		0.13	no hay asociación



IN= institución / RA = rama de actividad / NC = nivel de consulta / RO = relación original / CA = CASMU / CI = CIMA

Tal como lo muestra el cuadro 7, al incorporar a la variable de control aumenta la relación original a valores significativos. Finalmente, si controlamos por la variable "nivel educativo" obtenemos los siguientes resultados:

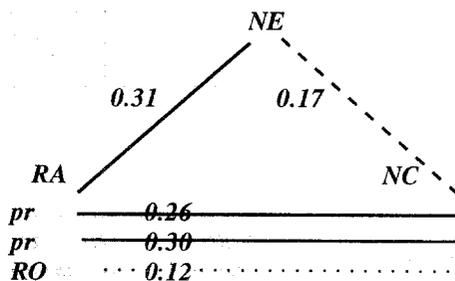
Cuadro 8

Relación original controlada por nivel educativo

Rama de actividad	Muestra		Control		TOTAL
	Primaria	Secundaria y más	Primaria	Secundaria y más	
Institución					
Niveles de consulta					
Noconsulta %	12 32.4	14 37.8	4 20.0	33 45.2	38 63
Bajo (1) %	10 27.0	3 8.1	5 25.0	16 21.9	34 20
Medio (2 a 3) %	10 27.0	5 13.5	4 20.0	13 17.8	32 19
Alto (4 y más) %	5 13.5	15 40.5	7 35.0	11 15.1	38 23
TOTAL %	37 100.0	37 100.0	20 100.0	73 100.0	167 100.0

Valores missing = 2

Variable	Valor	V de Cramer	Nivel de asociación
Nivel educativo	Primaria	0.26	hay asociación
	Secundaria y más	0.30	hay asociación
Cruce entre		V de Cramer	Nivel de asociación
Nivel educativo y rama de actividad		0.31	no hay asociación
Nivel educativo y nivel de consultas		0.17	no hay asociación



NE= nivel educativo / RA = rama de actividad / NC = nivel de consulta / RO = relación original / pr = primaria / se = secundaria

La importante relación entre nivel educativo y rama de actividad específica la relación, con tanta fuerza que la hace llegar a niveles significativos. Es de destacar que en la muestra, la frecuencia más alta de casos en el valor "primaria" (32.4%) no consulta, mientras que en el grupo de control la frecuencia más alta de casos en el valor "primaria" (35%) tiene un nivel de consulta alto. En el caso de secundaria, la frecuencia más alta de casos en la muestra (40.5%) tiene un nivel de consulta alto, mientras que en el grupo de control, la frecuencia más alta de casos (45.2%), está concentrada en el valor "no consulta".

Consideremos ahora otros indicadores vinculados al modelo de atención. El primero es el **lugar habitual de atención**.

Cuadro 9

Lugar de atención por rama de actividad

	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
IAMC %	64 86.5	79 84.9	143 85.6
Seguro parcial %	3 4.1	10 10.8	13 7.8
Público %	7 9.5	4 4.3	11 6.6
TOTAL %	74 100	93 100	167 100

Coefficiente de asociación V de Cramer = 0.15
Valores missing = 2

Del cuadro 9 surge claramente que sólo el 6.6% de los entrevistados se atiende en servicios públicos. Si bien la asociación no tiene valores significativos, se registra una pequeña variación entre los grupos relevados. Como era de esperar, un porcentaje mayor del grupo de control accede a seguros parciales, sobre todo servicios de emergencia y urgencia móviles (10.8%) y el 9.5% del grupo "muestra" se atiende en el sector público contra un 4.3% del grupo de control.

Del 84% de usuarios que se atienden en IAMC, el 52.1% acuden a servicios centralizados y el 32% a servicios descentralizados, siendo la oferta de estos últimos una característica del modelo de atención del CASMU. Se encuentra asociación entre ambos niveles de clasificación, marcando una tendencia en el grupo "muestra" a atenderse en servicios descentralizados.

En el caso de las mujeres que han estado embarazadas (14.2%), el 100% tuvieron su parto en la IAMC que les correspondía, teniendo un 1.8% de casos en que complementaron este servicio con la atención particular del ginecólogo u otras opciones de servicio disponibles.

Cuadro 10

Existencia de médico de cabecera por rama de actividad

	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
Siempre al mismo médico %	41 55.4	45 52.3	86 53.8
Médico de guardia %	33 44.6	41 47.7	74 46.3
Total %	74 100	86 100	160 100

Coefficiente de asociación V de Cramer = 0.03
Valores missing = 9

Otro indicador relacionado con el modelo de atención es la **existencia de un médico de cabecera**. Tal como muestra el cuadro 10, se reparten los casos entre las dos opciones previstas. Es de destacar que entre los que van siempre al mismo médico, un 32% se concentra en medicina general y un 12.4 en ginecología. Los restantes se distribuyen con gran dispersión, mostrando el grupo "muestra" valores más dispersos que el grupo de control.

Conformidad de los afiliados con el servicio

El primer indicador que tomamos fue la **ubicación geográfica**. En este sentido encontramos que el 58% de los casos se perciben cerca de los servicios y el 17% más o menos cerca, lo que totaliza un 75% de usuarios con facilidades territoriales de acceso. No existen diferencias significativas entre la muestra y el grupo de control. Esto contradice nuestra hipótesis que planteaba la lejanía como un elemento discriminante en la atención.

Por otra parte, el 88% de los entrevistados no perciben la ubicación como un obstáculo. El grupo de control presenta una tendencia mayor, aunque no significativa. Sin embargo, las personas que viven lejos del servicio no consideran que una mayor cercanía les facilite el acceso, 29.6% contestaron que en el caso de vivir cerca concurrirían con más frecuencia.

Cuadro 11

Percepción de la cercanía del hogar por rama de actividad

	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
Si %	47 62.7	51 54.3	98 58
Más o menos %	11 14.7	17 18.1	28 16.6
No %	16 21.3	25 26.6	41 24.3
No contesta %	1 1.3	1 1.1	2 1.2
TOTAL %	75 100	94 100	169 100

Coefficiente de asociación V de Cramer = 0.08
Valores missing = 0

Entre los que sí perciben la ubicación como un obstáculo, la frecuencia más alta hace énfasis en el impacto de la lejanía del servicio con la disponibilidad de tiempo (7%). El resto de los casos se distribuyen al azar.

El segundo indicador sobre conformidad analizado fue la *cobertura*. Como observamos en el cuadro 12, sólo un 7% no considera cubierta sus necesidades siendo mayor la proporción en el grupo de control, lo que también contradice las hipótesis previas sobre el acceso de la población objetivo al servicio.

El tercer indicador relevante se relaciona con el *trato del personal*. Encontramos que el 95% de los entrevistados está satisfecho con el médico, y el 93% está satisfecho con el personal no médico de la institución, no habiendo diferencias significativas entre grupos.

Cuadro 12

Percepción de cobertura de necesidades por rama de actividad

	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
Si %	62 88.6	74 85.1	136 86.6
Más o menos %	4 5.7	6 6.9	10 6.4
No %	4 5.7	7 8	11 7
TOTAL %	70 100	87 100	157 100

Coefficiente de asociación V de Cramer = 0.05
Valores missing = 12

Si reforzamos los datos anteriormente citados con un indicador complementario vinculado con la *relación médico paciente*, encontramos que un 86% está conforme con el tiempo que le dedica el médico a su atención y un 89% considera que la información suministrada por el médico es suficiente para entender su estado de salud. Entre los entrevistados, sólo un 13% admite que solicita explicaciones complementarias al médico tratante.

Por otra parte, se detectó un 92% de satisfacción con las condiciones de internación en los casos de usuarios que pasaron por esa situación. Todos estos datos indican altos índices de satisfacción.

La percepción de altos niveles de satisfacción se complementa con la medición de un indicador de síntesis, la *calidad percibida*. El 40% de los usuarios estiman que los resultados de la acción de la IAMC fueron muy buenos, y el 51% buenos, acumulando un 91% de satisfacción con los servicios. Sistemáticamente aparece una tendencia a sentir mayor satisfacción en el grupo "muestra" que en el grupo de control. Es sabido que el grupo "muestra" tiene menores expectativas sobre los servicios a recibir, por lo que su nivel de exigencia podría ser menor. Sin embargo el grupo de control tiene altas expectativas en la demanda, por lo que la proximidad entre los mismos, da una pauta de los altos niveles de satisfacción con los servicios.

Un indicador clave en nuestra construcción del problema son los *costos*. Un 63% de los entrevistados admite tener

Cuadro 13

Calidad percibida de los resultados de la acción de la institución por rama de actividad

	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
Muy buenos %	30 41.7	34 38.6	64 40
Buenos %	39 54.2	42 47.7	81 50.6
Regulares %	2 2.8	12 13.6	14 8.8
Malos %	1 1.4	0 0	1 0.6
Total %	72 100	88 100	160 100

Coefficiente de asociación V de Cramer = 0.20
Valores missing = 9

limitaciones vinculadas a los costos de los copagos (ver cuadro 14). Cruzando con la variable institución no encontramos un nivel significativo de asociación (V de Cramer=0.06) por lo que no estaría influyendo en esto las políticas financieras de las instituciones. Tampoco existe asociación en el cruce por grupo de edad (V de Cramer 0.9). Se encuentra asociación si cruzamos limitaciones por copagos con rama de actividad.

Cuadro 14

Limitaciones por copagos por rama de actividad

Limitaciones por copagos	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
Si	28	34	62
%	40.6	36.6	38.3
Más o menos	24	16	40
%	34.8	17.2	24.7
No	17	43	60
%	24.6	46.2	37
TOTAL	69	93	162
%	100	100	100

V de Cramer 0.25
Valores missing = 7

En el caso del cuadro 14 se percibe claramente el carácter discriminante de la variable independiente, concentrándose los valores extremos en "sí" para la muestra y "no" para el grupo de control. Al controlar por nivel de consulta encontramos que esta variable especifica la relación entre rama de actividad y limitaciones por copagos. En los niveles medios de consulta casi desaparece la relación, y en los niveles altos se dan los mayores valores de asociación. Es de destacar el aumento de la relación entre los que no consultan y los que consultan poco.

Señalamos que un 67% de los entrevistados manifiestan niveles de insatisfacción con los copagos, pero esto no se asocia en forma significativa a la rama de actividad (V de Cramer 0.16), por lo que se constituye como un tema general y no específico de la población objetivo.

Otro indicador de satisfacción es la *rapidez de atención*. En este sentido, el 80% de los entrevistados manifiestan niveles de satisfacción elevados, encontrando sólo un 5% que se declara insatisfecho.

Perfil de morbilidad

El 34% de los entrevistados no recordaron episodios de enfermedad en los seis meses previos. Para los restantes, se

agruparon las enfermedades recordadas por aparato. Si bien por los niveles de dispersión no fue posible encontrar diferencias significativas entre la muestra y el control, se destaca la diferencia en la incidencia de enfermedades cardíacas, respiratorias y osteomusculares. A pesar de ello, no se puede comprobar una diferencia significativa en los perfiles de morbilidad de los dos grupos, y la consiguiente influencia sobre la variable dependiente.

Cuadro 15

Enfermedad recordada en los últimos sei meses por rama de actividad

	Rama de actividad		Total
	Muestra	Control	
No estuvo enfermo			
%	27	31	58
	36	33	34.3
Cardíaco	10	2	12
%	13.3	2.1	7.1
Respiratorio	8	21	29
%	10.7	22.3	17.2
Osteomuscular	11	9	20
%	14.7	9.6	11.8
Infeccioso	3	1	4
%	4	1.1	2.4
Ginecológico	6	6	12
%	8	6.4	7.1
Quirúrgico	1	3	4
%	1.3	3.2	2.4
Digestivo	2	6	8
%	2.7	6.4	4.7
Neurológico	0	1	1
%	0	1.1	0.6
Psiquiátrico	0	3	3
%	0	3.2	1.8
Otros	7	11	18
%	9.3	11.6	10.7
TOTAL	75	94	169
%	100	100	100

Marco de valores orientadores de las acciones en salud del usuario. Valores sobre el tema salud y cultura sanitaria

Comenzamos por un indicador vinculado a la *percepción del concepto de enfermedad*. El 99% de los individuos que estuvieron enfermos identifican en forma correcta los síntomas de la enfermedad. El criterio para definir la "corrección" de las respuestas fue su ajuste a criterios médicos generalmente aceptados sobre las respectivas patologías.

En el caso de la identificación de las **causas** (valoraciones sobre las causas percibidas de las enfermedades relacionadas), un 59% de las personas que estuvieron enfermas las identifican correctamente mientras que un 24% dice desconocerlas. No existió diferencia entre la muestra y el grupo control.

Este nivel de conocimiento está relacionado con el perfil de morbilidad de la población (patologías crónicas no unicasales). Completando este aspecto, las valoraciones sobre la importancia de la prevención en relación con la atención se ajustan en forma correcta a los valores aceptados en un 48%, y en forma parcialmente correcta en un 10%, lo que implica que un 58% de los entrevistados tienen una visión aproximada sobre la importancia de la prevención en el proceso salud-enfermedad.

En síntesis, encontramos, tanto en esta variable como en las variables cualitativas relevadas en la investigación, configuraciones claras que indican homogeneidad en cuanto a valores que orientan las acciones en salud y en cuanto a la cultura sanitaria de ambos grupos.

Conclusiones

La hipótesis principal del proyecto, vinculada a que el nuevo contrato producto de la privatización de servicios de atención a las categorías más pobres de los trabajadores formales, no satisfacía sus necesidades de atención, queda disconfirmada a la luz de los resultados expuestos.

La experiencia de integrar a estos grupos de bajos ingresos a un seguro de las características descritas, forma parte de una concepción universalista de políticas sociales. Las dudas de su efectividad como elemento de integración social, en competencia con estrategias de políticas focales, queda despejada. No obstante, también queda claro que los individuos que acceden a este beneficio son los que tienen una situación formal en un mercado de trabajo donde estas categorías tienen un alto porcentaje de informalidad. Esto significa que dentro de los posibles usuarios pobres, estos son los que tienen un "activo" más importante para ingresar al sistema con condiciones potenciales de integración al mismo.

La presencia en la muestra de personas que desconocían tener derechos vigentes, es decir, que ignoraban que sus IAMC no les habían dado de baja al perder sus derechos, señala una brecha en el sistema de seguridad social, que transfiere recursos al sector privado por afiliados ya inexistentes. La tasa de no respondientes, debido a cambio

de dirección, muestra que nos encontramos ante un grupo con elevada movilidad laboral, diferente por ello al resto del país. Esto nos señala la dificultad para permanecer dentro del sector formal de un grupo importante de personas. El riesgo que supone esta situación, es la posibilidad de pérdida o discontinuidad de cobertura en un sector que muestra índices normales de utilización de servicios.

Las conclusiones que podremos derivar resultarán por ello aplicables al sector más formal de los trabajadores de menores ingresos, sin que podamos extrapolar las mismas a otros grupos en situación más precaria. Si bien el objetivo del estudio fue analizar el sector formal, es importante anotar que la experiencia de privatización y seguro no se extiende a la totalidad de los trabajadores de estas categorías, por lo que se agravan las consecuencias de la informalidad; ya no sólo podemos hablar de la pérdida de beneficios sociales en general, sino que se pierde una cobertura de salud que se muestra exitosa para quienes logran acceder a ella.

La hipótesis subyacente a todo el proyecto, que los afiliados más pobres no utilizaban sus IAMC debido a barreras económicas, geográficas y culturales no se comprobó. Es más, el grupo control mostró menores tasas de consulta que el de estudio, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Esto concuerda con los hallazgos de algunos autores: Regidor E. *et al* (1996),²⁶ Wiggers JH. *et al* (1995),²⁷ Mustard CA. *et al* (1995),²⁸ y Mueller KJ *et al* (1998),²⁹ pero opuesto a los de otros grupos: Gonick ME *et al* (1996)³⁰ y Fernández de la Hoz K *et al* (1996)³¹ que encuentran que los pobres tienen mayor dificultad de acceso a los servicios de salud.

Se señala asimismo que tampoco pudo comprobarse la hipótesis de utilización del sector público como estrategia

²⁶ Regidor E.; *et al*. *Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España*, Medicina Clínica 107 (8), España, 1996.

²⁷ Wiggers JH.; *et al*. *Prevalence and frequency of health service use: associations with occupational prestige and educational attainment*, Aust J Public Health. 19 (5): 1995.

²⁸ Mustard CA. Frohlich N. *Socioeconomic status and the health of the population*, Med Care. 33 (12 Suppl): 1995.

²⁹ Mueller KJ, Patil K, Boilesen E. *The role of uninsurance and race in healthcare utilization by rural minorities*, Health Serv. Rev. Aug; 33 (3 Pt 1), 1998.

³⁰ Gonick ME.; *et al*. *Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries*, New England Journal of Medicine. 335, (119); 1996.

³¹ Fernandez de la Hoz K. Leon DA. *Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain*, International Journal of Epidemiology. 25 (3): 1996.

de atención de grupos de menores ingresos cubiertos por la seguridad social. Quizás se deba a una preferencia por el sector privado debido a que los usuarios lo perciben como de mejor calidad, lo que coincide con la situación descrita para República Dominicana y El Salvador en 1993.³² Aun en la atención del parto, donde existe un fuerte incentivo económico a la atención en el sector público, (ya que la seguridad social no cubre la afiliación prenatal del recién nacido, equivalente a la prima de tres meses y requerida para su atención en caso de surgir complicaciones), ninguna mujer de la muestra se atendió el parto en el sector público. Señalamos, sin embargo, que hay una tasa de fecundidad mayor en el grupo control que en el de estudio, lo que parece una contradicción con la información conocida de fecundidad por grupos socioeconómicos. Adjudicamos esto a que las mujeres pobres tienen sus hijos a edades más tempranas.

En el análisis intentamos identificar si los diferentes modelos organizacionales de las instituciones prestadoras incidían en el nivel de consultas. Se detectan variaciones en relación entre rama de actividad y nivel de consulta por institución pero no es posible asociar esto a los diferentes modelos de atención. De hecho, las variables que midieron esa dimensión no presentaron niveles de asociación significativos.

De las posibles barreras a la utilización de servicios relevadas en el estudio, la única cuya percepción demostró una relación estadísticamente significativa con el grupo de la muestra fue la existencia de copagos. Sin embargo no es posible afirmar que la misma haya significado una barrera a la atención. Se admite inconformidad con los copagos en niveles de alta consulta, lo que es razonable ya que aumenta significativamente el costo de atención, sobre todo en patologías crónicas. En niveles normales de atención no hay inconformidad, pero sí aparece con fuerza entre los niveles bajos y entre los que no consultan. Estimamos que esto se debe a una percepción del problema no basado en la experiencia (no necesitan consultar pero el costo les parece una limitante). Podría también ser un indicador de no-acceso por limitaciones económicas (no consulta o consulta poco porque no puede pagar), pero controlando con otras variables que miden esa situación específica no aparecen evidencias que fundamenten la segunda opción.

Con respecto a la satisfacción, si bien es alta en ambos grupos, lo es más en el grupo que nuclea a las categorías

ocupacionales más bajas. En este caso entendemos que se combina un efectos de comparación con el sector público, con una diferenciación de expectativas relacionada con características estructurales de los sectores socioeconómicos bajos.

Son de señalar, asimismo, la homogénea distribución de patologías recordadas entre los dos grupos, y los similares niveles de conocimiento de las "explicaciones médicas" de causas de enfermedad y estrategias de prevención. Esto probablemente refleje una sociedad que a pesar de encontrarse estratificada por nivel de ingreso y educación, está aún lo suficientemente integrada como para poseer valores y percepciones comunes. Esta misma integración, que no aparecía tan claramente planteada al diseñar el estudio, puede explicar el hecho de que la transferencia al sector privado *de este grupo de población de menores recursos* haya tenido mejores resultados y fuera sentida como más satisfactoria de lo que preveíamos.

En este sentido, son válidas las discusiones actuales entre políticas universales vs la focalización en países de ingresos medios como Uruguay, que fue muy integrado y que aún preserva parte de esa característica, vinculado a un proceso atípico de desarrollo de políticas de *welfare state*. Esta discusión está presente en Uruguay a la hora de evaluar políticas sociales universalistas vs políticas sociales basadas en modelos residuales (remitimos a los trabajos de Carmen Midaglia para profundizar el tema).³³

Finalmente, planteamos una interrogante que debería ser objeto de futuras investigaciones tendientes a generar insumos para el diseño de políticas de salud: si el modelo IAMC asociado al seguro de la seguridad social (como paradigma de política social universalista asociada al *welfare state*) es exitoso a nivel de los trabajadores de sectores más pobres que están dentro de la formalidad, ¿qué puede suceder a nivel de los trabajadores informales y los sectores con fuertes niveles de exclusión social?

Si bien no podemos asumir que los sectores informales tienen el mismo potencial de integración que los estudiados en este proyecto, entendemos imprescindible colocar en la agenda de discusión la eventualidad de que esa alternativa pueda ser viable. Quizás en nuestro país aún estemos a tiempo de aportar a la reproducción de la sociedad dentro de parámetros de integración social que parecían perdidos.

³² Bitran R. Mc Innes D. K. *The demand for health care in Latin America: lessons from the Dominican Republic and El Salvador*, EDI Seminar Paper. Núm. 46 The World Bank, Washington DC, 1993.

³³ Midaglia C: *op. cit.* 1988

Bibliografía

- AKIN, J. *et al* (1987). *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*, The World Bank, Washington DC.
- ALONSO, D., ARROYO, A. (1992). "Políticas sociales de salud: aportes desde una organización no gubernamental". *Cuadernos del CLAEH* 17 (62), Montevideo.
- AROCENA, F., LABADIE, G. (1992). "Instituciones de Asistencia Médica Colectiva: características generales de las instituciones y recursos humanos y físicos". (*Descripción e Índices*; 11) CERES, Montevideo.
- BRESSER, P. MARAVALL, M. y PRZEWORSKI, A. (1993). "Reformas Económicas em Democracias Recentes: Um Abordagem Social-Democrata", en: *Revista Dados*, Volumen 36, núm. 2, p. 184. IUPERJ, Rio de Janeiro.
- BUSQUETS, J. (1995), *¿Viejos o nuevos perfiles en la política de salud en el Uruguay a partir de la reconstrucción y consolidación democrática?*, (1985-1994), Montevideo.
- CAETANO, G., FARAL, L. (1995). "Políticas de estado en salud: propuestas en debate". CLAEH, OPS, Montevideo.
- CID, A. (1995). "Salud: radiografía del sistema-asistema", *Cuadernos de Marcha*, mayo y junio.
- CISA, A. (1994). "Desarrollo normativo de instituciones conexas en el ámbito de la salud pública", *Revista de la Facultad de Derecho*, 6:49-59, enero-dic. Montevideo.
- CLAEH (1992). "Participación social en la salud", *ARCA-CLAEH*, Montevideo.
- COMISIÓN HONORARIA ADMINISTRADORA (1994). *Fondo Nacional de Recursos de los Institutos de Medicina Altamente Especializados*, Montevideo.
- CREESE, A. (1991). "User charges for health care: a review of recent experience", *Review article. Health policy and planning*, 6(4).
- FILGUEIRAS, F. *et al* (1998). "The Political Economy of Institutional Reforms in Latin America: the Health, Social Security and Education Reform in Uruguay", *CIESU/ Red de Centros*, BID.
- FORTUNA, J. (1985). "El sistema de atención médica en el Uruguay", *Documentos de Trabajo*; 113, *CIESU*: Montevideo.
- FOSTER, EM. (1998). "Does the continuum of care improve the timing of follow-up services?", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(8).
- GEDDES, B. (1994). "Challenging The conventional wisdom", in: *Journal of democracy*, V. 5 núm 4, Johns Hopkins University.
- GREENFIELD, S. *et al* (1992). "Variation in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study", *JAMA* 267 (12).
- HAGGARD, S., KAUFMAN, R. comp. "The politics of economic adjustment: international constraints, distributive conflicts, and the state", Princeton, New Jersey: Princeton University, S.F.
- HAHN, B. (1994). "Health care utilization: the effect of extending insurance to adults on Medicaid or uninsured" *Med Care*, 32(3).
- HERZ, MJ., KAHAN, E., ZALEVSKI, S., AFRAMIAN, R., KUZNITZ, D., REICHMAN, S. (1996). "Constipation: a different entity for patients and doctors", *Fam Pract.* 13 (2).
- KATZ, J., MIRANDA, E. (1994). "Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación", *Revista de la CEPAL* 54: 7-25.
- KATZ, J., MUÑOZ, A. (1988), "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad", B.A. *CEPAL-CEAL*.

- KRAVITZ, RL. *et al* (1992). "Differences in the mix of patients among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study", *JAMA* 267 (12).
- KUPOR, SA., LIU, YC., LEE, J., YOSHIKAWA, A. (1995). "The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance System", *Int J Health Serv.*, 25 (2).
- LABADIE, G., SÁNCHEZ, D. (1993). "El sector salud en el Uruguay", en: OPS, Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y el Uruguay, *Cuaderno Técnico-OPS*, núm. 36, OPS, Washington, DC.
- LABADIE, G., SÁNCHEZ, D. (1991). *Evolución del sector salud y desarrollo de sus formas de organización*, Montevideo.
- MARGOLIS, E., PIAZZA, N. (1989). *Organización de la atención médica en el Uruguay*, Nordan, Montevideo.
- MELGAR, A. (1992). "El gasto público social: reflexiones para una controversia", *Cuadernos del CLAEH* 17(62): Montevideo.
- MESA-LAGO C. (1992). "Uruguay: la pobreza: dimensión, tendencia y características", en: Mesa-Lago, Carmelo, *Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe*, OPS IAF, Washington.
- MOREIRA, C., FERNÁNDEZ, J. (1997) "Políticas de ajuste en el sistema público de salud: una visión desde los agentes", *Documento de Trabajo*, núm. 202, CIESU/ OPS/ clasco, Montevideo.
- MUSGROVE, Ph. "Public and private roles in health. Theory and financing patterns", World Bank Discussion paper núm. 339: Washington DC.
- MUSTARD, CA., FROHLICH, N. (1995). "Socioeconomic status and the health of the population", *Med Care*. 33 (12 Suppl).
- NELSON, J. (1994). *Linkages between politics and economics*, Princeton University Press, New Jersey.
- NELSON, J. (1992). "Poverty, equity and politics of adjustment", org. S. Haggard and R. Kaufman in *The Politics of Economy adjustment. International constraints, distributive conflicts and The state*, Princeton University Press, New Jersey.
- NOWINSKI, A., *et al* (1989). *Uruguay, hacia un sistema nacional de salud*, OPS-OMS, Montevideo.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1993). "Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y el Uruguay: estudios de casos y modelo histórico-evolutivo de organización y comportamiento sectorial", *Cuaderno Técnico*; 36, OPS, Washington, DC.
- ORIOLE, MD. (1995). *Cajun traditions and their impact on health care*, *J. Cult Divers*, 2(1).
- PACHTER, LM. (1994). "Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implication for health care delivery", *JAMA*, 271 (9).
- PIOTTI, D. (1995). *La dimensión centralización-descentralización en el proceso de reforma sanitaria del Uruguay 1985-1995*, OPS, Montevideo.
- POSDATA (1995). "La reestructura de la salud uruguaya según el MSP", *Semanario Posdata*, 43:34-36, 7 Montevideo.
- ROBERTS, RO., BERGSTRALH, EJ., SCHMIDT, L., JACOBSEN, SJ. (1996). "Comparison of self-reported and medical record health care utilization measures", *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(9).
- SCARPACI, J.; BORELLO, J. (1992). "El rol de los médicos en la elaboración de un seguro nacional de salud en Argentina y Uruguay", *Cuadernos del CLAEH*, 17(62).
- SOLARI, A. (1992). "Asistencia médica colectiva: formas de organización y marco normativo. Montevideo", (*Descripción e Índices*), CERES, núm. 10, Proyecto Sistema de Salud: el Sector Privado, Regulación y Desempeño Económico patrocinado por CERES, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), CERES.
- STOVERINCK, MJ., LAGRO-JANSSEN, AL., WEEL, CV. (1996). "Sex differences in health problems, diagnostic testing and referral in primary care", *Journal of Family Practice*, 43 (6).
- TORRES, C. (1992). *Los procesos de privatización en los servicios de salud en América Latina: refinición de la relación público-privado*, OPS, Washington, DC.
- TOURIÑO, R. (1995) "El mutualismo, un sistema que no goza de buena salud", *Posdata* 43, Montevideo.

- URUGUAY (1992). "Dirección General de Estadística y Censos. Población urbana del Uruguay: cobertura para la asistencia de la salud, año 1991", *Serie Informes*; 2., DGEC: Montevideo.
- URUGUAY (1995). *Memoria*, Ministerio de Salud Pública, MSP, Montevideo.
- URUGUAY (1995). "Programa de acción de ASSE 1995-1999", Ministerio de Salud Pública, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, ASSE.
- URUGUAY (1994). Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Cooperación Técnica al Programa de Inversión Social: "Diagnóstico Sectorial: Salud. Parte 1", en: *Diagnóstico Sectorial*, 12 vol. Proyecto Convenio de Cooperación Técnica al Programa de Inversión Social (Convenio ATN/SF-3877-UY)
- SF-3877-UR), patrocinado por BID, PNUD, OPP, BID, Montevideo.
- URUGUAY (1994). Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Cooperación Técnica al Programa de Inversión Social, "Diagnóstico Sectorial: Salud. Parte 2", en: *Diagnóstico Sectorial*. 12 vol. Proyecto Convenio de Cooperación Técnica al Programa de Inversión Social (Convenio ATN/SF-3877-UY), patrocinado por BID, PNUD, OPP, BID, Montevideo.
- VERBA, S., et al. (1987). *Elites and the idea of equality: a comparison of Japan, Sweden and the United States*, Harvard University Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993). *Macroeconomic environment and health: with case studies for countries in greatest need*, Geneva, WHO.

Salud Problema

PUBLICACIONES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Con este número la revista *Salud Problema* continua su nueva época editorial abriendo sus espacios a colaboraciones de calidad enfocadas a temáticas de investigación sobre las relaciones entre la salud y la sociedad; es una publicación científica editada por el posgrado en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, bajo los siguientes requisitos para facilitar su edición.

DATOS GENERALES PARA LA RECEPCIÓN DE ESCRITOS

1. La revista *Salud Problema* publica artículos, reportes de investigación, ensayos, comentarios polémicos, noticias, información sobre nuevas publicaciones, reportajes, entrevistas y reseñas bibliográficas. Los textos que se envíen deberán ser inéditos y no haber sido sometidos a consideración de otras publicaciones. La revista no provee servicio de captura o corrección de textos, dibujos o arreglos de ilustraciones, es responsabilidad de cada autor llevar a cabo estas tareas, así como entregar los manuscritos de acuerdo a las normas editoriales que se establecen. El Consejo Editorial se reserva el derecho de regresar a sus autores los materiales que, a su juicio, no cumplan los requisitos de calidad, extensión o cuidado formal y editorial.
2. Los trabajos deberán ser elaborados en español, con un resumen (sinopsis) en inglés y español.
3. Las colaboraciones se deberán entregar en diskette 3.5; en procesador de textos Win Word, Word Perfect (5.0 o superior), anotándose sobre el diskette el título del artículo, nombre del autor y el programa en que fue capturado el texto, acompañado de tres copias impresas.
4. En caso de artículos o ensayos, la extensión del texto será hasta de 40 cuartillas escritas a doble espacio incluyendo carátula, resumen, agradecimientos, cuadros, gráficas, notas, dibujos, curriculum de los autores y referencias bibliográficas.
5. Siguiendo el criterio anterior; los reportes de investigación, los comentarios polémicos, las noticias, los reportajes, las entrevistas y las reseñas bibliográficas no deberán exceder de 10 cuartillas.
6. El curriculum (resumido) del autor y/o autores deberá contemplar: grados académicos, institución donde trabaja, líneas de investigación que desarrolla y experiencia laboral, en no más de 15 renglones y en hoja separada al final del texto.
7. Todos los trabajos incluirán en una hoja aparte (primera hoja), el nombre del autor y/o los autores, institución a la que pertenecen, domicilio, número telefónico, fax y correo electrónico, para su rápida localización.
8. Los trabajos deberán entregarse a los miembros del Consejo Editorial, o enviarse a: Florencia Peña Saint Martin, Directora de la Revista *Salud Problema*, Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, CP 04960, México, DF.
9. La aprobación o no de los textos enviados a *Salud Problema* se basa en opiniones fundamentadas de dos dictaminadores.

DATOS PARTICULARES PARA LA PRESENTACIÓN DE UN ESCRITO

1. Los manuscritos deberán presentarse en hojas blancas tamaño carta, escritas por un solo lado, a doble espacio (incluyendo resumen, agradecimientos, notas y bibliografía), con márgenes de tres centímetros, cada página deberá contener 27-30 líneas.
2. La primer hoja llevará la información requerida en el punto número 7 de los datos generales.
3. La segunda hoja, el resumen de 15 renglones con su traducción al inglés y de tres a cinco palabras clave.
4. A partir de la tercera se incorpora el texto, repitiendo sólo el título en la parte superior con un margen (colgado) de 9-10 líneas. Asignando a esta hoja el 1, numerar el resto.

5. En el cuerpo del texto y para referencias no textuales, incluir entre paréntesis el o los apellidos de los autores a que se hace referencia y el año de publicación. Ejemplos: (Gómez, 1996), (Gómez y Pérez, 1996) o (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996). En caso de que se trate de más de tres autores, sustituir los apellidos del segundo en adelante con la expresión et al. (sin cursivas y sin punto después de et). Por ejemplo: (Gómez et al., 1996). Para referencias textuales, incluir la o las páginas correspondientes: (Gómez, 1996:26), (Gómez y Pérez, 1996:26-27), (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996:26-28) o (Gómez et al., 1996:26).
6. Las citas textuales que ocupan menos de cinco renglones no se separan del texto y se entrecorren, las de más de cinco renglones se separan del texto dejando una línea en blanco antes y después, sangrando cinco espacios a la izquierda y a la derecha, además de escribirse a renglón seguido y subrayando para componer en cursiva. En este último caso, omitir las comillas.
7. Se utilizarán corchetes [], cuando se integre un dato agregado por el autor a una cita y tres puntos suspensivos a las omisiones hechas al texto original.
8. Al principio de cada capítulo así como resumen, introducción, títulos diversos, bibliografía y demás divisiones de la obra, el margen de la cabeza (colgado) deberá de ser de 9 -10 líneas, centrados y deberán escribirse en mayúsculas y minúsculas.
9. Al inicio de cada párrafo se dejará una sangría de cinco golpes. Pero se dejarán de sangrar los párrafos con que se inician cada capítulo y los que siguen a un subtítulo.
10. Llamadas y notas: Las llamadas de notas deben indicarse con números volados, sin puntos ni paréntesis. Si hace falta una segunda serie se señalará con asterisco y si se precisa todavía una tercera, puede usarse letras voladitas. En todo caso las llamadas irán después de los signos de puntuación. Las notas se harán en hoja aparte al final del texto y comenzarán con una sangría de tres golpes. No es aceptada la elaboración de notas para efectuar referencias bibliográficas.
11. La bibliografía se presentará en hoja aparte refiriendo solamente a los autores mencionados en el documento. Se alfabetiza por el apellido paterno del autor principal y del más antiguo al más reciente para dos o más títulos del mismo autor o autores. Las referencias deben ser elaboradas siguiendo este formato:
Libros:
Burín, Mabel (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós.

Dos o más autores:
Burín, Mabel y Pedro López (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós. (Notar que en el segundo autor se menciona primero el nombre). En las referencias bibliográficas no se usa la expresión et al., se listan todos los autores.

Capítulos en libros:
López, Oliva (1993). "¿Desmantelamiento o modernización de la política social?", en S. Fleury (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Brasil, Fundación Osvaldo Cruz de la Escuela Nacional de Salud Pública, pp. 25-48.

Artículos en revistas:
Vega, Genaro (1994). "Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar". *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 3, pp. 283-287.
12. Cuadros y gráficas se pondrán por separado indicando claramente su lugar en el texto con la leyenda **insertar cuadro o gráfica núm. X** (cada tabla o gráfica debe estar impresa en una hoja separada, numeradas progresivamente, con título y la fuente). Los mismos criterios deben ser usados para las ilustraciones (dibujos y fotografías).
13. Siglas y abreviaturas: se escribirán con mayúsculas, sin puntos ni espacios.
14. En caso de ser aprobados para publicación, el Consejo Editorial, se reserva el derecho de llevar a cabo correcciones de redacción y estilo a los manuscritos, así como modificaciones al título de los trabajos.