

Índice

Notas de Población y los 60 años del CELADE-División de Población de la CEPAL	7
Presentación	9
Incertidumbre de los estimadores de mortalidad y pruebas de hipótesis: el caso de América Latina y el Caribe, 1850-2010	13
<i>Alberto Palloni, Hiram Beltrán-Sánchez, Guido Pinto Aguirre</i>	
Las diferencias en la esperanza de vida al nacer de los uruguayos según prestador de salud: un análisis de descomposición	33
<i>Leticia Rodríguez Oberlin</i>	
Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud	59
<i>Inés Valeria Lagrava León</i>	
Propuesta y validación de una escala general para medir el empoderamiento de los adolescentes en México	85
<i>Irene Casique</i>	
Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes.....	119
<i>Jorge Rodríguez Vignoli</i>	
El derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina: un análisis a partir de la variación de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual entre los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013	145
<i>Eleonora Soledad Rojas Cabrera</i>	
Ciclos de vida de la propiedad y del hogar, mercados y cambios en el uso y la cobertura de la tierra en la Amazonia brasileña	161
<i>Gilvan R. Guedes, Bernardo L. Queiroz, Alisson F. Barbieri, Leah K. VanWey</i>	
El buen vivir en el cantón de Cuenca (Ecuador): estudio exploratorio mediante el uso del procedimiento DEMOD de caracterización de variables nominales.....	189
<i>Mauricio Phélan Casanova, Francisco Alexander Arias, Alejandro Guillén García</i>	
Migración y recesión económica: tendencias recientes en el saldo y los flujos de migrantes latinoamericanos y caribeños en España.....	215
<i>Daniel Vega-Macías</i>	
Cambios en el perfil religioso de la población indígena del Brasil entre 1991 y 2010	237
<i>José Eustáquio Diniz Alves, Suzana Marta Cavenaghi, Luiz Felipe Walter Barros, Angelita Alves de Carvalho</i>	

Presentación

Con una mirada enriquecida en el transcurso de seis fructíferas décadas, *Notas de Población* vuelve a hacer gala de una diversidad temática en los diez artículos que componen este número 104.

En esta edición se tratan diversos temas afines al campo de los estudios de población, que siguen el enfoque multidisciplinario y ratifican la inclusión de la perspectiva regional de nuestra publicación. Se cuenta con el valioso aporte de reconocidos especialistas y sus investigaciones originales enfocadas a distintos países: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Ecuador, México y Uruguay. Además, se incluye un artículo sobre la presencia de latinoamericanos y caribeños en España y dos trabajos más cuyo universo de estudio es América Latina y el Caribe.

En el primer artículo el lector encontrará un trabajo académico de Alberto Palloni, Hiram Beltrán-Sánchez y Guido Pinto Aguirre en el que se propone un procedimiento para calcular la incertidumbre que se produce al tener disponibles una multiplicidad de estimadores de indicadores de mortalidad adulta, mediante la asignación de puntaje de precisión para cada estimador con base en dos aspectos: i) los errores conocidos debido a la violación de los supuestos en los que se basa el estimador y ii) las probabilidades estimadas de que los supuestos se violen en un caso particular. Resulta de interés que este método diseñado para la mortalidad adulta se pueda utilizar para estimar los parámetros de diversos fenómenos demográficos.

Leticia Rodríguez realiza un valioso análisis acerca de las desigualdades encontradas en la esperanza de vida al nacer en el Uruguay según el tipo de prestador de salud. La autora destaca el valor diferenciado de este indicador calculado para las personas que reciben atención médica en el sector público en contraposición con el calculado para las personas que se atienden en el sector privado, estableciendo así una relación significativa entre el nivel socioeconómico y la salud usando como variable representativa el tipo de prestador de salud. En el desarrollo de esta investigación se destaca el estudio de descomposición de brechas en la esperanza de vida al nacer, en el que se utilizan datos provenientes tanto de estadísticas vitales como del Ministerio de Salud Pública y de la Encuesta Continua de Hogares del Uruguay.

El tercer artículo se elaboró con el objetivo de identificar la manera en que el lugar de procedencia incide en el riesgo de muerte de los recién nacidos en el Estado Plurinacional de Bolivia. Para ello, Inés Lagrava determinó diversas características de la mortalidad neonatal en ese país según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2008 y enmarcó la selección de variables explicativas dentro del modelo de Mosley y Chen (1984) y su clasificación en tres grupos: factores de la comunidad, factores socioeconómicos del hogar y determinantes próximos. La autora revela entre sus hallazgos que, en el país analizado,

el riesgo de muerte neonatal está condicionado por el acceso a servicios de salud como resultado de las disparidades territoriales a nivel urbano y rural.

En el artículo de Irene Casique se encuentra la propuesta de una escala global de empoderamiento adolescente. Este instrumento se valida sobre la base de los datos recolectados en la Encuesta sobre noviazgo, empoderamiento y salud sexual y reproductiva en adolescentes estudiantes de preparatoria en México, que se aplicó en 2014 a una muestra de más de 13.000 adolescentes de tres entidades federativas de ese país. La autora resalta que esta escala es muy útil tanto para evaluar programas de empoderamiento de los adolescentes como para diseñar y evaluar programas orientados a incrementar aspectos vinculados al bienestar de los jóvenes, y para prevenir la violencia en el noviazgo y fortalecer la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Asimismo, la autora fundamenta que el empoderamiento es un proceso pertinente para el acceso de todos los adolescentes —varones y mujeres— a una vida plena y satisfactoria, en la medida en que todos, como grupo, han sido marginados por la sociedad de la posibilidad de un ejercicio informado, libre y responsable de su propia sexualidad. Esta propuesta se construye sobre una visión del empoderamiento de los adolescentes como un asunto de justicia social y de reconocimiento de derechos.

Al analizar los resultados de su investigación, Jorge Rodríguez Vignoli hace un llamado a la generación de políticas públicas más generales que refuercen la prevención del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Además, el autor reafirma la necesidad de investigar más sobre este fenómeno, ya que se siguen observando tendencias resistentes a la baja en la región. El estudio, basado en las encuestas de demografía y salud recientes que proporcionan una variable de segmentación socioeconómica relativa, se centra en tres objetivos de análisis: i) la situación de América Latina y el Caribe en términos de fecundidad adolescente no deseada en comparación con otras regiones en desarrollo; ii) las tendencias de la fecundidad adolescente no deseada, y iii) la desigualdad social de la deseabilidad o planificación de la fecundidad adolescente.

El trabajo de Eleonora Rojas Cabrera surge de la premisa de que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) comprometen el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas al limitar el disfrute de la vida sexual sin riesgos y, en ocasiones, la capacidad de procrear. Además, las ETS convierten a quienes las contraen en víctimas de estigmatización y discriminación social. Sobre esta base, la autora busca dar respuesta a tres interrogantes: i) ¿el comportamiento de la mortalidad por ETS en la Argentina durante los últimos años ha permitido avanzar en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva a nivel nacional?; ii) ¿varían las conclusiones si el análisis de la mortalidad por ETS se realiza de acuerdo al sexo, la edad y la causa específica de muerte de las personas?, y iii) ¿qué desafíos se evidencian para el cumplimiento de los compromisos en el futuro? Para responder estas preguntas se calculan y analizan las tasas de mortalidad por sexo, edad y causa para los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013 sobre la base de datos de nacimientos y defunciones provenientes de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Argentina.

En el siguiente trabajo, Gilvan Guedes, Bernardo Queiroz, Alisson Barbieri y Leah Van Wey analizan la manera en que los ciclos de vida de los hogares y de las propiedades, así como la proximidad y accesibilidad a las áreas urbanas (factor que implica una integración a los mercados) inciden sobre la deforestación y el uso de la tierra en la Amazonia brasileña. Para ello, los autores utilizan datos de la encuesta longitudinal de hogares y propiedades, con una primera entrevista realizada entre 1997 y 1998, y una segunda, llevada a cabo en 2005, en Altamira. Además, se examina la influencia de las instituciones regionales, como las remesas y las asociaciones locales, en el cambio del uso y cobertura de la tierra, ya que proporciona indicios acerca de la diversificación de las estrategias de subsistencia de los hogares y encauza esta investigación a partir de las siguientes tres hipótesis: i) la influencia de la demografía de los hogares en el uso y cobertura de la tierra disminuye a medida que los agricultores individuales se van integrando a los mercados; ii) la influencia de la composición de los hogares en la dinámica del paisaje disminuye a medida que aumenta el tiempo transcurrido por los agricultores en la propiedad, y iii) los agricultores desarrollan nuevas estrategias de subsistencia, aprovechando las nuevas instituciones que surgen dentro del espacio fronterizo.

El artículo de Luis Mauricio Phélan, Francisco Alexander Arias y Alejandro Guillén García trata sobre el buen vivir en el cantón de Cuenca (Ecuador) y se desarrolla a partir de los datos de una encuesta de hogares realizada en dicho cantón en el cuarto trimestre de 2015. La encuesta se llevó a cabo con la finalidad de obtener información sobre los significados y percepciones que tiene la población sobre el modelo de bienestar conocido como buen vivir. Más específicamente, el objetivo de este estudio consistió en explorar distintas percepciones sobre los tipos ideales asociados a las tres armonías de este modelo de bienestar (la armonía interna de las personas, la armonía social con la comunidad y entre comunidades, y la armonía con la naturaleza) y a sus seis dimensiones (cultura y territorio, democracia y participación, movilidad, economía, inclusión social, y ambiente y territorio). Los autores señalan que, en este trabajo, el buen vivir se entiende como un modelo propuesto desde el sur, alternativo al de bienestar, multidimensional y bajo el enfoque de la armonía, que además se encuentra vinculado a los territorios y sus respectivas poblaciones. Como resultado del estudio, se reafirma que el buen vivir es pluridimensional y que su medición es un desafío que debe incorporar niveles de desagregación por edad, género y territorio, además de variables sobre emociones y satisfacciones.

El trabajo de Daniel Vega-Macías corresponde a un análisis de los cambios en el saldo y los flujos de migrantes latinoamericanos y caribeños en España entre 1998 y 2015 en el contexto de una recesión económica. Esta investigación se apoya en métodos cuantitativos y se realiza sobre la base del Padrón Municipal de Habitantes y las Estadísticas de Migraciones, ambos publicados por el Instituto Nacional de Estadística de España. El autor cuestiona la perspectiva económica neoclásica, cuyo planteamiento general es que las migraciones se explican por la desigual distribución espacial del capital y del trabajo. Asimismo, esta perspectiva postula que los flujos de población estarían regulados principalmente por las oscilaciones económicas: en tiempos de bonanza, el saldo y los flujos de población tenderían

a aumentar, mientras que en tiempos de recesión estos disminuirían o, incluso, podrían detenerse o invertirse. En contraposición a esta postura teórica, el autor sostiene que si bien los determinantes económicos son importantes como elementos de atracción, la migración es un proceso social autosostenido que mantiene su continuidad aun cuando los factores que lo originaron se hayan transformado.

El décimo artículo que se incluye en este número, de José Eustáquio Diniz Alves, Suzana Marta Cavenaghi, Luiz Felipe Walter Barrios y Angelita Alves de Carvalho, tiene por objetivo analizar los cambios religiosos en la población indígena del Brasil entre 1991 y 2010, a partir de una contextualización histórica y con base en los microdatos de los censos demográficos. Con esta investigación se pretende confirmar estos cambios religiosos y comprender el enorme aumento en la proporción de evangélicos en los últimos 20 años. Para ello, el método de estudio consiste, en primer lugar, en un análisis contextualizado de la hegemonía católica en el proceso de colonización del país basado en hechos históricos sobre la formación religiosa. Posteriormente se realiza un análisis cuantitativo del perfil de la población residente en las áreas urbana y rural, por grandes regiones y por sexo. También se presentan las tendencias a nivel municipal mediante la comparación de la población indígena que se declara católica con la que se define evangélica. Por último, se busca evidencia, más allá de los censos, que contextualice el aumento de los evangélicos entre los pueblos indígenas brasileños.

Comité Editorial de *Notas de Población*

Las diferencias en la esperanza de vida al nacer de los uruguayos según prestador de salud: un análisis de descomposición

Leticia Rodríguez Oberlin¹

Recibido: 26/01/2017

Aceptado: 24/03/2017

Resumen

El Uruguay reformó su sistema de salud con el fin de reducir las disparidades de acceso y ajustarse a los nuevos perfiles epidemiológicos. No obstante, aún persisten diferencias significativas entre los usuarios del sector privado de atención de la salud, cuya esperanza de vida es de 81,3 años, y los usuarios del sector público, entre quienes este indicador se sitúa en 78,9 años. Este artículo contribuye al estudio de la desigualdad social en temas de salud, mediante la descomposición de brechas según el estrato socioeconómico.

Se analizan las desigualdades socioeconómicas que afectan la intensidad y el calendario de la mortalidad de los uruguayos, a partir de la descomposición de la brecha en la esperanza de vida según procedencia de los usuarios del sector de salud, usando el método desarrollado por Shkolnikov y otros (2001). La información proviene del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadística.

Se constataron brechas en la esperanza de vida al nacer en ambos sexos entre los usuarios del sector privado y el sector público de atención de la salud, que evidencian

¹ Socióloga. Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL. Maestranda en Demografía y Estudios en Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (UDELAR). Ayudante de investigación en el Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR. Analista de datos en el Departamento de Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud Pública. Integrante del Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida de la UDELAR. Correo electrónico: rodleticia@gmail.com.

una mejor supervivencia de los primeros y ponen de manifiesto la existencia de perfiles de morbimortalidad diferentes en el sistema de salud uruguayo, según el nivel socioeconómico.

Palabras clave: mortalidad, esperanza de vida al nacer, desigualdad, salud, descomposición de brechas.

Abstract

Uruguay reformed its health system with the aim of reducing access inequality and adapting to new epidemiological profiles. However, significant differences remain between users of the private health care sector, whose life expectancy is 81.3 years, and users of the public sector, whose life expectancy is 78.9 years. This article contributes to the study of social inequality in health care through the decomposition of life expectancy gaps by socioeconomic strata.

Socioeconomic disparities that affect the intensity and timing of mortality in Uruguay are studied, based on the decomposition of life expectancy gaps by place of origin of health care users, using the method developed by Shkolnikov and others (2001), and information from the Ministry of Public Health and the National Institute of Statistics of Uruguay.

The study observed life expectancy gaps at birth, for both sexes, between private sector and public sector health care users, with higher survival rates for the first than the second. It also showed that there are different morbidity and mortality profiles in the Uruguayan health care system, depending on socioeconomic status.

Key words: mortality, life expectancy at birth, inequality, health, decomposition of gaps.

Résumé

L'Uruguay a réformé son système de santé dans le but de réduire les disparités en termes d'accès et de s'adapter aux nouveaux profils épidémiologiques. Pourtant, des différences importantes subsistent entre les utilisateurs du secteur privé des soins de santé, dont l'espérance de vie est de 81,3 ans, et les utilisateurs du secteur public pour qui cet indicateur est de 78,9 ans. Cet article contribue à l'étude de l'inégalité sociale dans le domaine de la santé, moyennant une ventilation des écarts en fonction de la couche socio-économique.

Les inégalités socio-économiques portant sur l'intensité et le calendrier de mortalité des uruguayens sont analysées sur la base de la ventilation des écarts dans l'espérance de vie en fonction de l'origine des utilisateurs du secteur santé, selon la méthode élaborée par Shkolnikov et coll. (2001). L'information provient du ministère de la santé publique et de l'institut national de la statistique.

L'étude a permis de constater des écarts dans l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes chez les utilisateurs du secteur privé et du secteur public de la santé qui font apparaître une meilleure survie dans le premier cas, ainsi que l'existence de profils divergents de morbidité et de mortalité dans le système de santé uruguayen, en fonction du niveau socio-économique.

Mots clés: mortalité, espérance de vie à la naissance, inégalité, santé, ventilation des écarts.

Introducción

Tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados existen desigualdades sociales que se ven reflejadas en los resultados en materia de salud entre los países y entre los grupos humanos de un mismo país. Existen pruebas consistentes de que los grupos más desfavorecidos tienen menos oportunidades de supervivencia y una esperanza de vida más corta que los grupos más favorecidos (Whitehead, 1991).

Ya en el siglo XVIII, en Alemania, Virchow, Neumann y Lebuscher destacaron la importancia de los factores sociales y ambientales en la etiología de la enfermedad. Existe un conjunto de autores, como Black y otros (1980), Marmot y McDowall (1986) y Måseide (1990), entre otros (Moreno y Casi, 1992), que han abordado estos análisis a partir del estudio de la escala ocupacional del individuo. Todos ellos han analizado las desigualdades sociales en materia de salud a partir de diferentes indicadores de estratificación social, como la ocupación y el nivel educativo. Asimismo, existen trabajos en los que se asocian las desigualdades sociales con los resultados en materia de salud a partir de la condición de actividad, la zona de residencia y los ingresos (Whitehead, 1991).

A partir de la década de 1990, muchos países latinoamericanos emprendieron reformas destinadas a fortalecer los sistemas de salud para reducir las desigualdades en los resultados obtenidos en esta área y en el acceso a los servicios de salud, especialmente de los sectores más desfavorecidos. Países como el Brasil y Cuba introdujeron sistemas de salud universales financiados con impuestos, lo que permitió ampliar la cobertura de los ciudadanos sin seguro, con beneficios definidos y una amplia gama de paquetes de prestaciones de servicios de salud (Atun y otros, 2015).

El Uruguay se encuentra en este grupo de países cuya matriz del sector salud se redefinió con el objetivo de lograr la cobertura universal de sus ciudadanos y orientar su modelo de atención, acorde a los nuevos perfiles epidemiológicos emergentes.

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para analizar los determinantes y plantear una base teórica necesaria para la acción. Puede hacerse una aproximación a las desigualdades en el nivel y la calidad de la salud entre diferentes grupos de población a través de indicadores de morbilidad y mortalidad. La esperanza de vida al nacer constituye un indicador adecuado a tal fin.

La selección del prestador de salud como aproximación al nivel socioeconómico tiene su fundamento en la mayor presencia de los estratos de menores ingresos en el sector público de atención de la salud y en un predominio de los sectores de mayores ingresos de la población en el sector privado. Se parte, entonces, de la hipótesis de que el diferencial en la esperanza de vida al nacer según procedencia del sector de salud es en realidad un reflejo de las desigualdades sociales.

El presente trabajo contribuye al análisis de los determinantes sociales en materia de salud a partir de un estudio de descomposición de brechas en la esperanza de vida al nacer. Se analizan las desigualdades socioeconómicas en los calendarios de mortalidad del

Uruguay en 2015, en términos de la esperanza de vida al nacer, a partir de un análisis de descomposición por edades y causas de muerte de la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre quienes reciben atención en los servicios públicos de salud y quienes lo hacen en los servicios privados. La información sobre las defunciones proviene del Departamento de Estadísticas Vitales y la referida a la población se obtuvo del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal, ambos del Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Esta fuente de información no se ha utilizado anteriormente con estos fines, no es pública y la proporcionó el Ministerio de Salud Pública. Se usó, además, la Encuesta Continua de Hogares. Se trata de un ejercicio inédito que permite acercarse a las diferencias en la mortalidad por estrato socioeconómico, utilizando como variable representativa (*proxy*) el tipo de prestador de salud. Constituye una contribución necesaria para seguir reflexionando sobre el sistema de salud en el Uruguay y la desigualdad social en general.

Si bien existen numerosos trabajos sobre desigualdad en materia de salud a nivel mundial y regional, no hay antecedentes semejantes en el Uruguay, salvo el trabajo de Tenenbaum (2015), que analiza diferencias territoriales en los resultados de salud.

Este artículo se organiza en cinco secciones. En la primera, se presenta el caso de estudio y las particularidades de la mortalidad y del sistema de salud del Uruguay, su reforma y las principales razones por las que esta surgió. En la segunda sección se presentan los principales antecedentes sobre estudios de descomposición de comportamientos demográficos. Se aborda la temática de la desigualdad en materia de salud y el rol de los determinantes estructurales en lo que se refiere a la exposición y la vulnerabilidad diferencial a las condiciones adversas para la salud. Se toma como indicador para este análisis la esperanza de vida al nacer. En la tercera sección se describen las fuentes y los datos empleados. En la cuarta se presentan los principales resultados: primero, se describe el perfil de los usuarios del sistema de salud y se da cuenta de la estratificación social correlativa a esta división del sistema por prestador, y luego se procede a la descomposición de las brechas entre los usuarios de los prestadores del sector público y del sector privado. Finalmente, en la quinta sección se discuten los principales hallazgos.

A. Presentación del caso uruguayo: mortalidad y sistema de salud

En el caso del Uruguay, la transición demográfica comenzó en las últimas décadas del siglo XIX y se caracterizó por el hecho de que la mortalidad y la fecundidad comenzaron a descender casi simultáneamente, lo que determinó que no se diera la explosión demográfica que se dio en otros países del continente (Pellegrino, 2008)².

² Existe consenso en la literatura en que las sociedades transitan de una estructura poblacional joven, con altas tasas de natalidad y mortalidad, a unas sociedades más envejecidas, con niveles bajos de natalidad y mortalidad. El descenso de estos indicadores se inicia en momentos diferentes, y el tiempo que ambas variables tardan en llegar a niveles bajos difiere entre las poblaciones, dependiendo de los determinantes socioeconómicos subyacentes.

Desde mediados del siglo XIX hasta principios del siglo XX, la mortalidad se caracterizó por descender rápidamente desde niveles muy altos. Durante la primera mitad del siglo XX comienza a desacelerarse, manteniendo su tendencia descendente, y a partir de las décadas de 1960 y 1970 se produce un estancamiento que (al mismo tiempo que se registraba un muy buen desempeño de otros países del área en materia de salud) relegó al Uruguay al cuarto lugar, luego de Costa Rica, Cuba y Chile, en lo que respecta a la esperanza de vida al nacer (Pellegrino, y otros, 2008).

La esperanza de vida al nacer en el Uruguay pasó de 66,1 años en el quinquenio 1950-1955 a 77,0 años en el quinquenio 2010-2015³. Esta importante ganancia en la expectativa de vida obedeció al avance en la transición epidemiológica y a mejoras en las condiciones socioeconómicas de la población⁴. Entre los cambios que propiciaron el descenso de la mortalidad cabría destacar las inversiones públicas en infraestructura urbana y las medidas de salud pública adoptadas desde fines del siglo XIX, que contribuyeron a reducir la mortalidad por enfermedades infecciosas y determinaron que el país alcanzara niveles elevados en la esperanza de vida al nacer desde inicios del siglo XX (Pellegrino, 2008).

Los cambios en los perfiles de la mortalidad uruguaya con respecto al período 1944-2014 se muestran en el gráfico 1, sobre la base del análisis de seis grandes grupos de enfermedades (Hein y Rodríguez, 2017)⁵. El primer grupo se refiere a las enfermedades transmisibles (las infecciosas y parasitarias, las infecciones de las vías áreas superiores, la influenza o gripe y la neumonía). El segundo grupo corresponde a las neoplasias malignas, es decir, se excluyen los tumores benignos. El tercer grupo se refiere a las enfermedades del sistema circulatorio. El cuarto corresponde a las causas externas de mortalidad. El quinto son las causas mal definidas y el sexto contiene el resto de las causas de defunción.

En la primera mitad del siglo XX las enfermedades transmisibles tenían una alta prevalencia y causaban poco menos de un tercio de las defunciones anuales (28,8%). Durante las primeras décadas del siglo, la medicina prácticamente no contaba con herramientas para combatir las enfermedades infecciosas.

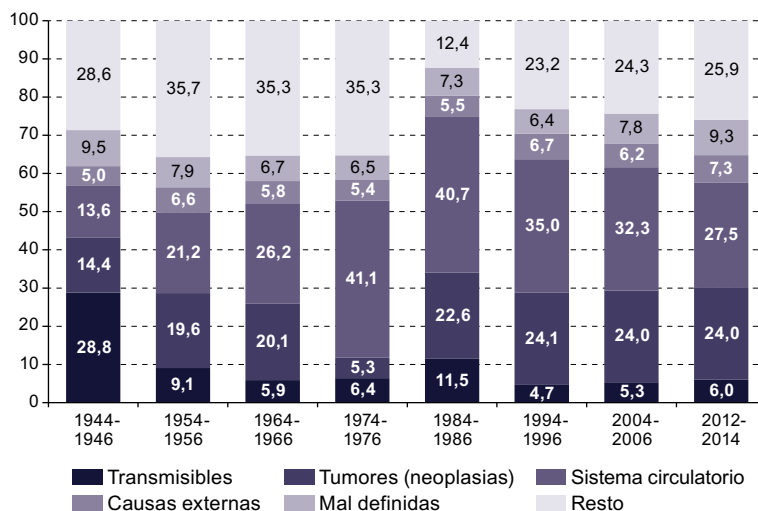
Entre 1944 y 2014, las enfermedades crónicas no transmisibles (las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares) pasan de causar el 28% del total de las defunciones anuales (14,4% y 13,6%, respectivamente), a causar el 51,5% de las muertes (24,0% y 27,5%).

³ Véase CELADE (2011).

⁴ La transición epidemiológica es la teoría que explica los cambios en los perfiles epidemiológicos de una población que determinan el descenso de la mortalidad. Consiste en el descenso del peso relativo de las defunciones por enfermedades transmisibles y el aumento del peso de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias del deterioro por envejecimiento de la población.

⁵ Cabe destacar que el período analizado abarca las revisiones quinta (período 1943-1951) a décima (período 1996-2008) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), según información del Ministerio de Salud Pública.

Gráfico 1
Uruguay: defunciones en todas las edades según causa de muerte, 1944-2014
 (En porcentajes del total de las defunciones)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de P. Hein y L. Rodríguez, "Efectos edad, período y cohorte en la evolución de la mortalidad por suicidio en Uruguay (1950-2014)", *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, P. Hein y otros (comps.), Montevideo, Universidad de la República, en prensa, 2017.

Es interesante observar el comportamiento que durante el período analizado han tenido las enfermedades cardiovasculares. Estas pasaron de causar el 13,6% del total de defunciones entre 1944 y 1946 a causar el 40,7% del total entre 1984 y 1986. Luego comenzaron a descender y en el período 2012-2014 representaron el 27,5% del total de las defunciones. Esto tiene su correlato en los progresos médicos y tecnológicos para el tratamiento y la prevención de las enfermedades cardiovasculares, lo que posicionó al país en una fase descendente con respecto al peso de las enfermedades cardiovasculares en la carga global de enfermedades (Hein y Rodríguez, 2017).

Las causas externas comprenden accidentes, otros traumatismos accidentales, suicidios, homicidios y complicaciones de la atención médico-quirúrgica, entre otras, y se han mantenido bastante estables durante todo el siglo, si bien han mostrado una tendencia al alza en los últimos períodos.

Respecto a la evolución del porcentaje de las causas mal definidas, cabe destacar que, para evaluar la calidad de la información referida a la causa de defunción, se calcula el peso que tienen las defunciones que fueron codificadas en el grupo de causas mal definidas en el total de las defunciones. Estas causas de muerte mal definidas no contribuyen al conocimiento de las causas prevalentes, ni desde el punto de vista estadístico ni para la planificación en materia de salud.

Las causas mal definidas representaban el 9,5% de las defunciones a comienzos del período analizado, descendieron en los tres períodos siguientes hasta llegar al 6,5%, y

subieron a partir de 1984-1986. Es posible que este aumento se deba no solo a la mala calidad de la certificación médica sobre la causa de defunción, sino también al envejecimiento poblacional y al aumento que este conlleva de algunas causas mal definidas, como la muerte natural y la senilidad, entre otras (Hein y Rodríguez, 2017). Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) en que se clasifica a los países del mundo según la cobertura y la calidad de la información sobre la causa de muerte, solo 34 países —que representan el 15% de la población mundial y en su mayoría están situados en Europa y las Américas— producen datos de alta calidad en lo referente a la causa de muerte. Otros 85 países, que representan el 65% de la población mundial, producen datos de calidad baja y media. Finalmente, 74 países carecen de estos datos por completo. En ese informe, el Uruguay se encuentra en el grupo de países con calidad media (OMS, 2012). Estas modificaciones de los perfiles de salud pusieron de manifiesto la necesidad de cambiar el modelo de atención de salud para encaminarse hacia uno orientado a la prevención.

El sistema de salud uruguayo ha estado constituido históricamente por un subsector público y un subsector privado. Los servicios de salud públicos, además de la red de servicios brindados por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que comprende hospitales, centros de salud y policlínicas, cuentan con otras instituciones públicas que brindan asistencia total o parcial a cierto grupo de población, entre las que se identifican básicamente dos grupos. Por un lado, las que ofrecen un paquete de asistencia integral (prevención, tratamiento y rehabilitación), como Sanidad Militar, Policial y Hospital de Clínicas. Y por otro lado, aquellas que brindan un paquete de prestaciones parciales o que atienden riesgos específicos, como las siguientes: el Banco de Seguros del Estado (BSE), que cubre accidentes laborales y enfermedades profesionales del sector privado de la actividad; los servicios de salud de las intendencias municipales; los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) y los servicios de algunas empresas públicas con cobertura restringida. El Banco de Previsión Social (BPS), que contaba con el servicio materno infantil y brindaba cobertura a cónyuges e hijos beneficiarios del seguro de enfermedad que no contaban con cobertura privada, dejó de brindar algunas de estas prestaciones desde la reforma de salud. Este sector garantizaba la atención a quienes carecían de recursos económicos.

El sector privado está integrado por instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), con 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integrales de prepago, cuyas actividades no tienen fines de lucro y se encuentran reguladas por el Ministerio de Salud Pública⁶. También integran este sector siete seguros privados, que brindan prestaciones asistenciales integrales en régimen de prepago, con fines de lucro (OPS, 2009).

En el sector privado, los prestadores más importantes son las IAMC, que actúan como seguros de prepago y cuentan con una red de prestadores propios que funcionan como aseguradores y prestadores de servicios de salud integrados. Mediante esta modalidad de financiamiento, permiten el acceso a sus afiliados a un plan de servicios de salud prácticamente integral. Las modalidades de afiliación a una IAMC son las siguientes:

⁶ El Ministerio de Salud Pública determina sus prestaciones obligatorias, controla, y supervisa la asistencia, así como su economía y finanzas.

afiliados individuales con contrato voluntario; afiliados colectivos pertenecientes a gremios de distintas ramas, empresas públicas y cajas de auxilio, y, antes de la reforma del sector salud, afiliados a través de la seguridad social, cuyo contrato se gestionaba a través de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), para los trabajadores formales del sector privado, pasivos de menores ingresos, funcionarios del poder judicial y maestros.

Este sistema se caracterizaba por su fragmentación y segmentación, ya que la atención brindada por los prestadores públicos quedaba restringida a la población de menores ingresos, y las instituciones de asistencia médica colectiva orientaban la atención hacia los grupos de ingresos medios y altos que pagaban las cuotas mutuales.

El modelo de salud se mantuvo sin modificaciones durante años, pese a los cambios ocurridos en los determinantes económicos y sociales del país. La situación económica y social del país determinó que un creciente número de personas (principalmente los afiliados a las IAMC en forma obligatoria a través de la seguridad social), aun teniendo cobertura en las instituciones privadas, no hiciera uso de los servicios porque los costos de las tasas moderadoras operaban como una barrera para la atención (OPS, 2009, pág. 5).

La crisis económica vivida por el país a comienzos de la década de 2000 trajo aparejados altos índices de desempleo, lo que determinó un aumento de la población sin cobertura de salud a través del sistema de seguridad social y, al mismo tiempo, una caída del ingreso de los hogares, que agravó la dificultad de hacer frente al pago de las tasas moderadoras en el subsector privado. Del mismo modo, los recursos fiscales destinados al sistema público se vieron recortados, lo que confluó en un deterioro en la calidad de la atención (OPS, 2009).

Por otra parte, el perfil demográfico y epidemiológico de la sociedad uruguaya, con claro predominio de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, se veía cada vez más alejado del modelo de atención curativo centrado en actuar frente a la demanda espontánea del usuario, y evidenciaba la necesidad de crear un nuevo modelo de atención orientado a la prevención (MSP, 2009)⁷.

A partir de 2005, se inició una reforma estructural del sector salud, que se consolidó en 2007 con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por medio de la Ley núm. 18.211 que garantiza la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad a los servicios de salud. Se trazaron cambios en el modelo de atención, de financiamiento y de gestión (MSP, 2009, pág. 12).

En cuanto al modelo de gestión y atención, se estableció que el sistema funcionaría sobre la base de la complementación de los servicios públicos y privados existentes para garantizar la atención integral y de calidad, teniendo como estrategia global la atención primaria de salud⁸.

⁷ Desde 1975 se ha estabilizado esta estructura de mortalidad por causas encabezadas por las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas. Están en el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos, incrementando sus necesidades asistenciales, y dan cuenta de más del 70% de las defunciones (MSP, 2009).

⁸ La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (OMS, 2008).

El modelo de gasto y financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está basado en un Seguro Nacional de Salud (SNS)⁹ que cuenta con un fondo único público y obligatorio constituido por los aportes del Estado, las empresas públicas y privadas, y los hogares beneficiarios del SNIS, y que se denomina Fondo Nacional de Salud (FONASA)¹⁰.

Se trata de un sistema mixto que incluye a prestadores privados y prestadores públicos en régimen de complementación-competencia, en el que se da a los asegurados la posibilidad de elegir entre prestadores públicos o privados, a diferencia de la modalidad de la DISSE, que solo permitía elegir prestadores privados.

En suma, antes de la reforma del sector de la salud, el sector público atendía a la población de los sectores que no podían hacer frente a la cuota de una IAMC y a los trabajadores de los sectores medios que, aun teniendo derecho a las IAMC, no podían hacer uso de ellas debido a los costos de las tasas moderadoras que operaban como barrera de acceso. Luego de la reforma, el sector público concentra a la población de menores recursos, y los sectores medios se encuentran predominantemente en el sector privado, ya que el pago de la IAMC se cubre con el FONASA y no se permite la cobertura simultánea de dos prestadores del SNIS. Este contexto favorece la selección del prestador de salud como indicador de nivel socioeconómico.

B. Las desigualdades sociales en materia de salud y los estudios de descomposición

Las condiciones sociales y económicas y sus efectos en la vida de la población determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme o para tratarla. El enfoque de los determinantes sociales en materia de salud vincula los patrones desiguales de morbilidad presentes entre individuos y grupos a partir de los atributos estructurales de las sociedades. Se entiende por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades (OMS, 2008). La literatura respecto de los determinantes y las inequidades en materia de salud incluye, en su marco conceptual, la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. El concepto de determinantes estructurales se refiere a aquellos atributos que crean o refuerzan la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de su población. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud; algo similar sucede con el grupo étnico de pertenencia y el género. Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud

⁹ Creado por la Ley núm. 18.211.

¹⁰ Creado por la Ley núm. 18.131.

para producir resultados en este campo. En cambio, los determinantes intermedios, esto es, las circunstancias materiales, psicosociales y biológicas, la cohesión social y el propio sistema de salud, se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud (OPS, 2012).

Un indicador por excelencia para abordar la salud y el bienestar en la sociedad es la esperanza de vida al nacer. Se trata de un indicador adecuado porque tiene la ventaja de no estar afectado por la estructura de edad de la población, pues se elabora a partir de las tasas de mortalidad por edad¹¹. Los resultados diferenciales en este indicador según prestador de salud permiten una aproximación al estudio de las desigualdades en la mortalidad.

La línea metodológica de la descomposición desarrollada a partir del clásico trabajo de Kitagawa (1955) se basa en el principio de separar las medidas demográficas en componentes específicos que contribuyen a la comprensión de los fenómenos estudiados. Son de gran utilidad cuando se comparan variables demográficas que pertenecen a diferentes poblaciones o cuando se comparan variables de la misma población en el tiempo.

Los estudios de descomposición surgieron como consecuencia de la necesidad de resolver las debilidades que presentan las medidas estandarizadas o de resumen, como la esperanza de vida al nacer y la tasa global de fecundidad, entre otras, que, en tanto eliminan el efecto de composición por sexo y edad de una población, son dependientes de un estándar arbitrario. Los métodos de descomposición utilizados en demografía buscan descomponer o separar las variables demográficas en componentes específicos. El método de Kitagawa (1955), que es la base de las técnicas más actuales, consiste en una manipulación aritmética de una diferencia, pero no incluye la descomposición por causa de muerte. A partir de su formulación original han surgido nuevos trabajos para mejorarla, entre los que se pueden destacar Cho y Retherford (1973), Kim y Strobino (1984) y Das Gupta (1978), y nuevos análisis como el de Oosterhaven y Van der Linden (1997) (citado en Canudas Romo, 2003). Los estudios de descomposición se han empleado para analizar varios comportamientos demográficos, no solo la mortalidad. Existe una larga tradición en el uso de la esperanza de vida para el análisis de las desigualdades sociales en la mortalidad. A partir de 1980, se desarrollaron métodos que permitieron descomponer por edades y causas de muerte las diferencias entre dos esperanzas de vida (Pollard, 1982; Andreev, 1982; Arriaga, 1984, y Pressat, 1985, citados en Shkolnikov y otros, 2001). El método desarrollado por Shkolnikov y otros (2001) pertenece a esta familia y permite obtener resultados similares a los que se consiguen con estos últimos métodos. Shkolnikov y otros (2001) considera la dispersión de la tabla de vida como un reflejo de la desigualdad interindividual frente a la muerte. La medición de la dispersión captura la cantidad total de diferencias interindividuales, independientemente de los grupos socioeconómicos o demográficos específicos. Este enfoque difiere considerablemente de muchos otros estudios sobre la desigualdad socioeconómica en la mortalidad que se centran en las diferencias entre los grupos (Shkolnikov y Andreev, 2010).

¹¹ La esperanza de vida al nacer es el número promedio de años que vivirían los integrantes de una cohorte hipotética de personas que permaneciese sujeta a la mortalidad imperante en la población en estudio desde su nacimiento hasta su extinción.

Una referencia ineludible es el trabajo de descomposición por causas de muerte de Shkolnikov y otros (2001), donde se analizan las diferencias en la esperanza de vida al nacer según la raza y la etnicidad en los Estados Unidos, y se descompone la brecha de 8,2 años que separaba a los varones blancos de los afrodescendientes en 1990.

En América Latina se han realizado estudios de descomposición de las diferencias en la esperanza de vida al nacer entre períodos, países y sexos (Gómez y León, 2012). Sin embargo, hay muy pocos ejemplos de este tipo de análisis para el caso específico del Uruguay, como el estudio de Prieto, Gómez y León (2012), que analiza las diferencias en la esperanza de vida de varones y mujeres por causas de muerte y entre años de observación, y el trabajo de Prieto, Gómez y León (2012), que analiza la brecha que separa la supervivencia de uruguayos y cubanos a inicios de la presente década.

Si bien existe una larga tradición de investigación sobre desigualdades sociales en la morbilidad y la mortalidad, no hay experiencias en las que se hayan descompuesto las brechas en la esperanza de vida al nacer por estrato social en el Uruguay. Una de las aproximaciones a las desigualdades sociales en mortalidad en el Uruguay corresponde al trabajo de Tenenbaum (2015), donde se estudian los determinantes sociales de la mortalidad en el período 1997-2013 y se concluye que aquellos peor posicionados socioeconómicamente y ubicados al norte del país alcanzan mayores riesgos de mortalidad.

C. Métodos y datos

El método empleado fue el de descomposición desarrollado por Shkolnikov y otros en 2001. Este método descompone las diferencias entre la esperanza de vida de dos grupos poblacionales atendiendo a las causas de muerte y los grupos de edad, a efectos de determinar la contribución de cada grupo de edad y causa de defunción a las diferencias observadas en la esperanza de vida de dos grupos o períodos.

Se calcularon las tasas específicas de mortalidad por causa de defunción según grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE-10) y grupos quinquenales de edad, y se confeccionó una tabla de mortalidad para cada sexo y grupo de referencia correspondiente a 2015.

Para la confección de las tablas de mortalidad, se recurrió a la metodología desarrollada por Preston, Heuveline y Guillot (2001). Asimismo, para calcular las probabilidades de muerte, se utilizaron los valores de ${}_1a_0$ y ${}_4a_1$ de Coale y Demeny, presentados por Preston, Heuveline y Guillot (2001).

En primer lugar, se estimaron las diferencias entre las esperanzas de vida según procedencia de prestación de salud (pública o privada). Las esperanzas de vida según prestador de salud se estimaron para cada sexo.

En segundo lugar, se realizaron dos análisis de descomposición de las diferencias en la esperanza de vida al nacer de la población que se atiende con uno y otro prestador, uno por cada sexo.

El análisis de descomposición se realizó sobre la base de la siguiente ecuación:

$$e_x^2 - e_x^1 = \sum_{y=x}^w n\mathcal{E}_y \quad (1)$$

Donde \mathcal{E} es la contribución a la diferencia entre la esperanza de vida en cada período o grupo, producida por la diferencia en la mortalidad en el grupo de edad Y e $Y+n$. De esta forma, \mathcal{E} representa el componente edad y se obtiene a partir de:

$$n\mathcal{E}_y = \frac{1}{2l_x^1} [l_y^1 (e_y^1 - e_y^2) - l_{y+n}^1 (e_{y+n}^1 - e_{y+n}^2)] - \frac{1}{2l_x^2} [l_y^2 (e_y^2 - e_y^1) - l_{y+n}^2 (e_{y+n}^2 - e_{y+n}^1)] \quad (2)$$

Donde x es la edad inicial; y es la edad exacta; n es la amplitud del intervalo; w es la edad final, y l son los supervivientes a cada edad.

Por último, se obtiene el componente edad-causa a partir de las tasas específicas de causas de muerte (${}_nM_{y,j}$) y su ponderación por la contribución de cada edad (${}_n\mathcal{E}_y$):

$$n\mathcal{E}_{y,j} = \frac{{}_nM_{y,j}^1 - {}_nM_{y,j}^2}{{}_nM_y^1 - {}_nM_y^2} \times n\mathcal{E}_y \quad (3)$$

La información sobre las defunciones proviene de la totalidad de los certificados de defunción correspondientes a las muertes ocurridas en 2015 y procesados por el Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Las variables utilizadas fueron el sexo, la edad, la causa básica de muerte codificada según CIE-10 y el prestador de salud que, debido a la falta de datos, se obtuvo del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal y se clasificó según su origen, fuese público o privado. El porcentaje de ignorados en las variables utilizadas fue del 0% en el caso del sexo, el 0,7% en el caso de la edad y el 5,1% en el caso del prestador.

Por otra parte, las poblaciones para el cálculo de las tasas de muerte específicas por sector se obtuvieron del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) de la División de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, con el objetivo de evaluar la coherencia de la información de esta fuente, se la cotejó con la procedente de la Encuesta Continua de Hogares correspondiente al mismo año, que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). En ambos casos, cada prestador se clasificó en público o privado siguiendo el mismo criterio que en la base de datos de mortalidad.

A continuación, se analiza, por un lado, la cobertura a partir del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) según sector. Esta fuente de información proviene de la División de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública y consiste en un padrón de afiliados nacional que se nutre de la información brindada mensualmente por los prestadores de salud. Por otra parte, se contrasta la información procedente de esta fuente con la que se obtiene de la Encuesta Continua de Hogares correspondiente a 2015.

Como puede verse en el cuadro 1, según los registros del RUCAF, en junio de 2015 el sector privado cuenta con 2.262.337 afiliados, mientras que 1.479.845 personas se atienden

en el sector público. Es decir que el 60,5% de la población uruguaya se atiende en un servicio privado de salud, frente al 39,6% que lo hace en un servicio público. Es de destacar que la población que se deriva de esta fuente de información es sensiblemente superior a la población estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la revisión 2013 de las estimaciones de población (3.467.054). Esta diferencia puede deberse a errores en la depuración del propio padrón, y debe recordarse además que la cifra informada por el INE es una estimación.

Cuadro 1

Uruguay: población usuaria según tipo de prestador y fuente de información, 2015

(En número de personas y porcentajes)

Prestador	Encuesta Continua de Hogares (ECH)		Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF)	
	Número de personas	Porcentajes	Número de personas	Porcentajes
Privado	2 216 510	63,9	2 262 337	60,46
Público	1 185 114	34,2	1 479 845	39,54
Otro	64 899	1,9	0	0,00
Total	3 466 523	100,0	3 742 182	100,00

Fuente: Elaboración propia, sobre la base del Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta Continua de Hogares 2015 y Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal del Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, se observa que, de acuerdo con la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2015, el 63,9% de la población (2.216.510 personas) declaró estar afiliada a un servicio privado de salud, frente al 34,2% (1.185.114 personas) que declaró estarlo a un servicio público.

Casi el 2% de las personas declara en la ECH que tiene otra cobertura. Esta categoría agrupa a personas que declararon atenderse en servicios de salud que ofrecen las policlínicas de algunas empresas u organismos públicos como la Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland (ANCAP), el Banco Hipotecario del Uruguay, la Asistencia Integral y la Asociación Nacional de Afiliados (ANDA), cuya atención es parcial.

La información de ambas fuentes coincide en términos generales: casi dos tercios de la población se atiende en un servicio privado de salud, y un poco más de un tercio se atiende en el sector público.

D. Resultados

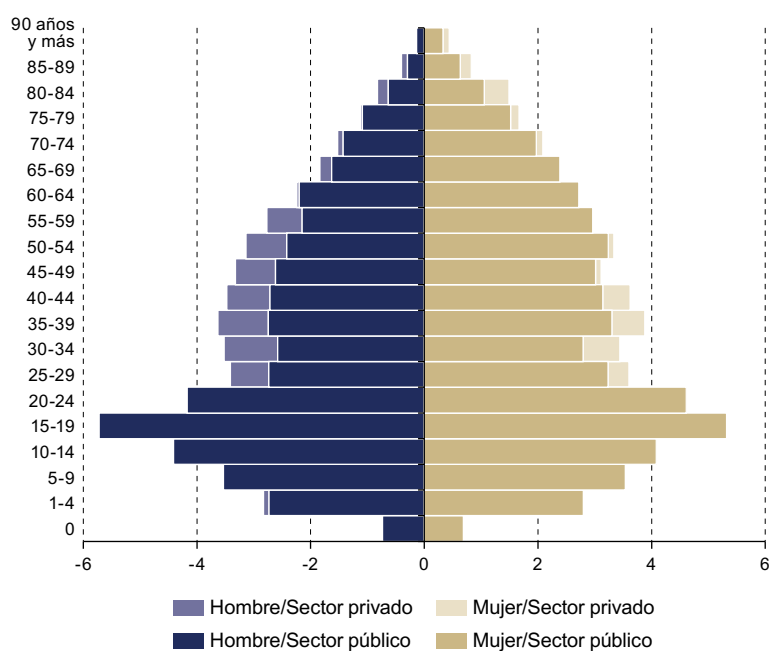
En esta sección se presentan los principales hallazgos del análisis de descomposición realizado y se comienza presentando la composición social de la población analizada según prestador de salud dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

1. Composición social de los usuarios de los prestadores de salud

Se hace un breve análisis de la composición social de los usuarios o afiliados a los servicios públicos en comparación con los afiliados a los servicios privados de salud a partir de la Encuesta Continua de Hogares de 2015. Se analizan la estructura de ambas poblaciones según sexo y edad, así como también variables socioeconómicas, con el objetivo de describir similitudes y diferencias que determinen o revelen un perfil diferente de morbilidad y mortalidad.

Como puede verse en el gráfico 2, tanto en la población femenina como en la masculina se observa un claro predominio de los grupos de jóvenes de 10 a 24 años en el sector público de la salud. En el caso de la población masculina, esta situación se invierte a partir de los 25 años, cuando la proporción de hombres pasa a ser mayor en el sector privado. En el caso de la población femenina, esa inversión se da a partir de los 25 años y hasta los 54 años.

Gráfico 2
Uruguay: pirámide de población usuaria de los sectores público y privado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), 2015
(En años y porcentajes)

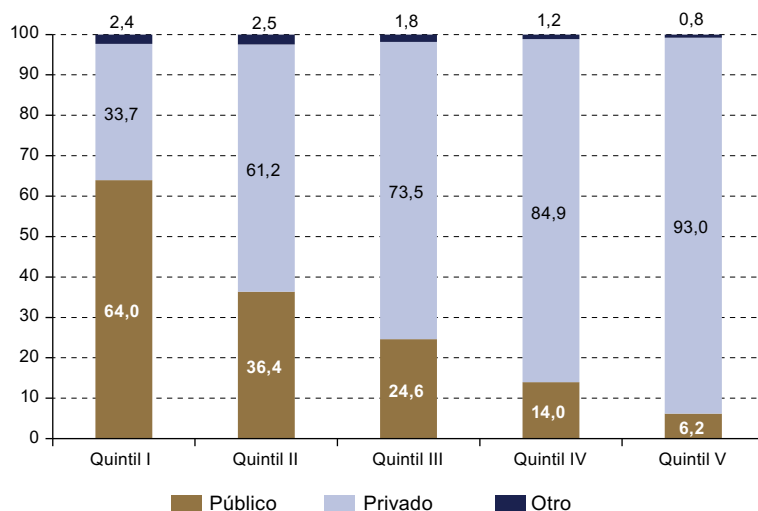


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta Continua de Hogares, 2015.

La composición social de la población usuaria de los servicios de salud difiere sustantivamente si se observan variables socioeconómicas como los quintiles de ingreso de la población.

En el gráfico 3 se muestra la distribución según el tipo de prestador para cada quintil de ingresos de la población. Como puede verse, el 64% de las personas correspondientes al 20% más pobre de la población declaró ser usuaria de un servicio público de salud, mientras que quienes declararon atenderse en un servicio privado de salud fueron un 33,7%.

Gráfico 3
Uruguay: población usuaria de los servicios de salud según procedencia y quintil de ingresos per cápita del hogar, 2015
(En porcentajes)



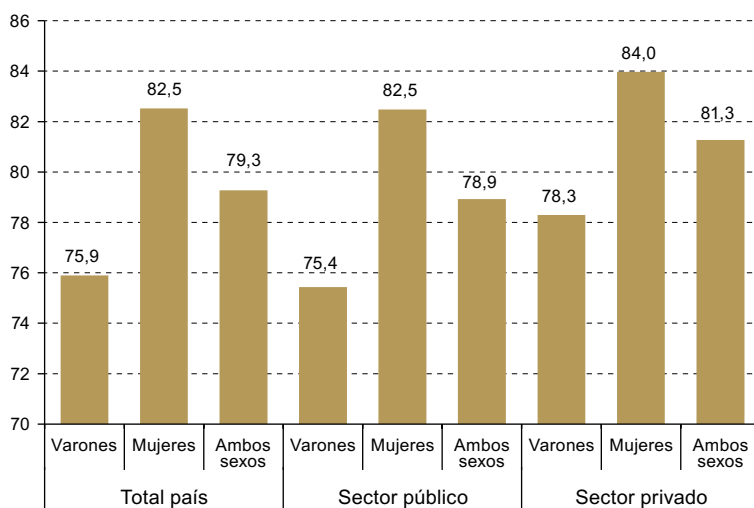
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta Continua de Hogares, 2015

La proporción de quienes se atienden en un servicio público de salud en cada quintil disminuye conforme se avanza hacia el intervalo de mayores ingresos, donde nueve de cada diez personas correspondientes al 20% más rico de la población se atienden en un servicio privado.

En suma, se constata una composición social diferente entre los sectores del sistema de salud, caracterizada por una mayor presencia de los estratos pobres en el sector público, frente a un predominio de los sectores más ricos de la población en el sector privado.

Como puede verse en el gráfico 4, la esperanza de vida al nacer en el Uruguay en 2015 fue de 79,3 años para ambos sexos: 82,5 años para las mujeres y 75,9 años para los hombres. Si se analiza la esperanza de vida al nacer de los usuarios que se atienden en los servicios públicos de salud y la de los usuarios que se atienden en los servicios privados, se constata un diferencial que pone en ventaja a la población afiliada a los servicios privados. Esto se observa tanto para la población femenina como para la población masculina.

Gráfico 4
Uruguay: esperanza de vida al nacer, total del país, según procedencia del sector de salud, 2015
 (En años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y el Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

La esperanza de vida al nacer de la población usuaria de los servicios públicos de salud se situó por debajo del promedio nacional, con 78,9 años para ambos sexos: 82,5 años para las mujeres y 75,4 años para los hombres. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer de la población usuaria de los servicios privados de salud fue de 81,3 años para ambos sexos: 84,0 años para las mujeres y 78,3 años para los hombres, lo que la sitúa por encima del valor nacional.

Es posible que la brecha en la esperanza de vida al nacer observada entre los usuarios de los servicios públicos y privados se deba, en realidad, a diferentes perfiles de riesgo de su población.

Los resultados del Estudio de Carga Global de Enfermedad correspondiente a 2010 muestran que las principales causas de la pérdida de vida saludable del conjunto de la población uruguaya son las enfermedades isquémicas crónicas y agudas cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los accidentes de tránsito y los neoplasmas (MSP, 2010).

Cabe destacar que la carga de las enfermedades no transmisibles no afecta a todos los grupos sociales de la misma forma: tradicionalmente se han asociado a la riqueza, pero los datos vigentes indican que el riesgo de padecerlas en realidad es mayor entre las personas de niveles socioeconómicos bajos. En la región de las Américas, casi el 30% de las defunciones prematuras debidas a las enfermedades cardiovasculares tienen lugar en el 20% más pobre de la población, en tanto que solo el 13% se presentan en el 20% más rico (OPS, 2012).

En el Uruguay, la tasa de mortalidad en menores de 70 años por enfermedades cardiovasculares en 2015 fue de 74,1 defunciones por cada 100.000 habitantes en el sector público de la salud (donde hay predominio de los estratos más pobres de la población), frente a 41,2 defunciones por cada 100.000 habitantes en el sector privado.

La reforma llevada a cabo en el sistema de salud no solo garantiza cobertura a toda la población, sino que ha significado un gran avance hacia un modelo enfocado en la prevención y la planificación. Sin embargo, persisten diferencias en la morbimortalidad de la población y, por lo tanto, en sus perfiles de riesgo, que parecen estar vinculadas de alguna forma a determinantes socioeconómicos que requieren un análisis más detallado.

2. Componentes de edad y causa de defunción en la brecha de esperanza de vida según prestador de salud

A continuación, se analiza el diferencial de la esperanza de vida al nacer entre los varones usuarios de los prestadores de salud del sector privado y los usuarios de los prestadores de salud del sector público, a efectos de determinar qué edades y causas de defunción explican la mejor supervivencia de los primeros respecto a los segundos. Posteriormente, se replica el análisis para estudiar el diferencial en la población femenina.

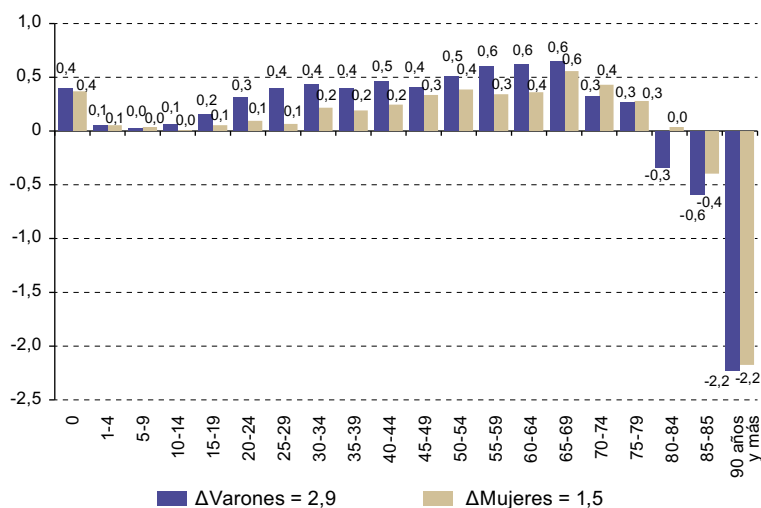
Cabe destacar que para desagregar por edad y causas de defunción la diferencia entre la esperanza de vida de la población usuaria de los dos tipos de servicios de salud del Uruguay es necesario definir como grupo de referencia al de mayor esperanza de vida. Por lo tanto, en las ecuaciones, el primer término de la resta representará la esperanza de vida de los usuarios del sector privado y el segundo término la de los usuarios del sector público. De esta forma, una contribución positiva en un determinado grupo de edad indica una ventaja del primer grupo sobre el segundo en cuanto a la edad y causa de defunción, mientras que un resultado negativo señala una desventaja del primer grupo respecto del segundo en cuanto a la edad y causa de defunción (Prieto, Gómez y León, 2012).

La esperanza de vida al nacer de los varones usuarios de los servicios públicos de salud fue de 75,4 años, mientras que la de los usuarios de los servicios privados fue de 78,3 años, es decir, la brecha entre ellos fue de 2,9 años.

Como puede verse en el gráfico 5, todos los grupos etarios, excepto los tres de mayor edad, contribuyen positivamente a la diferencia total entre los varones usuarios del sector privado de los servicios de salud y los del sector público. Las mayores contribuciones a la diferencia global se hacen en las edades medias (entre 55 y 69 años), que aportan 0,6 años al diferencial en cada grupo de edad. También son importantes en la explicación de la brecha el primer año de vida y las edades de 25 a 49 años, cuyo aporte a la diferencia global en la esperanza de vida al nacer entre los usuarios del sector privado y el público es de 0,4 años en cada grupo de edad. Asimismo, son importantes las edades 50 a 54 y 40 a 44 años, cuyo aporte al diferencial es de 0,5 años en

cada grupo. Esto preocupa más que nada porque, desde el punto de vista sanitario, las muertes a edades jóvenes o adultas ocurren con frecuencia por causas evitables social o sanitariamente, no así las ocurridas a edades avanzadas, que están en su mayoría relacionadas con el ciclo biológico o vital.

Gráfico 5
Uruguay: componente edad del diferencial entre varones y mujeres usuarios de los sectores privado y público de salud, 2015
(En años y edades)

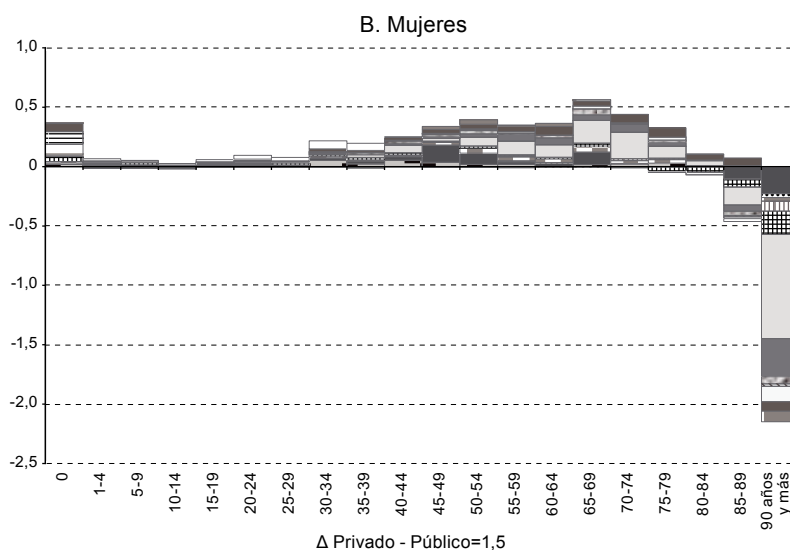
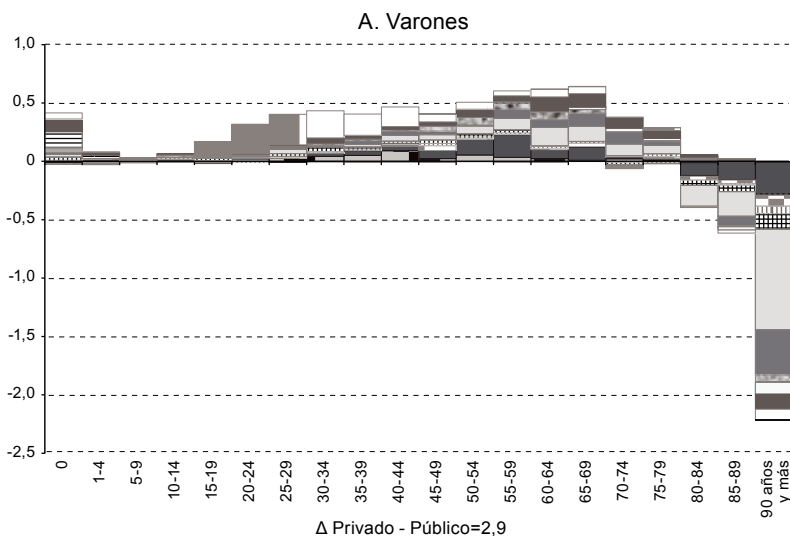


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y el Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

Cuando añadimos el componente de causas de muerte a la descomposición del diferencial de la esperanza de vida (véase el gráfico 6), se constata que las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) son las que más contribuyen a la diferencia global entre las principales causas de defunción en la población masculina. Le siguen en su aporte, en menor medida, las enfermedades del sistema respiratorio, las causas mal definidas, las enfermedades del sistema digestivo, y las infecciosas y parasitarias.

En los varones, la contribución observada en el primer año de vida se explica por una mayor mortalidad de los usuarios del sector público debida a malformaciones congénitas, causas mal definidas y, en menor medida, causas externas, afecciones originadas en el período perinatal, afecciones respiratorias y enfermedades del sistema nervioso. El aporte de estas causas al diferencial global es de 0,4 años. También se observan otras de menor peso. Una situación similar se observa en el grupo de 1 a 4, de 5 a 9 y de 10 a 14 años en lo referente a las causas de muerte, aunque el aporte al diferencial global de estos grupos es mucho menor.

Gráfico 6
Uruguay: componente causa-edad del diferencial entre usuarios de los sectores privado y público de salud en la esperanza de vida al nacer, 2015
 (En años y edades)



- | | |
|--|---|
| ■ Infecciosas y parasitarias | ■ Tumores |
| ■ Sangre y los órganos hematopoyéticos | ■ Endocrinas, nutricionales y metabólicas |
| ■ Mentales y del comportamiento | ■ Sistema nervioso |
| ■ Sistema circulatorio | ■ Sistema respiratorio |
| ■ Sistema digestivo | ■ Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo |
| ■ Sistema genitourinario | ■ Ciertas afecciones originadas en el período perinatal |
| ■ Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | ■ Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte |
| ■ Causas externas de morbilidad y de mortalidad | ■ Otros |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).

La mejor supervivencia de los usuarios del sector privado entre los 15 y los 44 años se explica, en gran parte, por una mayor mortalidad debida a causas externas, esto es, accidentes, suicidios y homicidios, entre los usuarios procedentes del sector público. Destaca la importancia de las causas externas en la brecha observada en la esperanza de vida al nacer entre los varones usuarios de los sectores privado y público de salud, pues de los casi 3 años que hacen a la diferencia global entre ambos grupos, esta causa de muerte aporta 1,5 años entre todas las edades.

Si se analizan estas muertes mediante el cálculo de tasas específicas, se observa que, dentro de las causas externas, el mayor aporte a la mortalidad corresponde a los accidentes, le siguen los suicidios y luego los homicidios. La tasa global de defunciones masculinas por accidentes fue de 42,3 cada 100.000 usuarios: 54,9 en el sector público y 34,4 en el sector privado. Luego le siguen los suicidios, con una tasa de 25,5 defunciones cada 100.000 usuarios: 33,4 en el sector público y 20,5 en el sector privado. La diferencia más grande entre los prestadores en lo que se refiere a causas externas se observa en las defunciones por homicidios, donde la tasa es de 17,3 en el sector público frente a 4,5 en el sector privado. En términos de riesgo relativo, la mortalidad por esta causa en el sector público es casi cuatro veces la del sector privado.

A partir de los 45 años, el aporte de esta causa de defunción al diferencial pierde peso en cada grupo de edad y se incrementa el aporte de las defunciones por tumores y neoplasias entre los 50 y los 59 años. Entre los 60 y los 69 años, el mayor aporte al diferencial lo hacen las enfermedades cardiovasculares, le siguen los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio, las causas mal definidas y las externas, y, en menor medida, las enfermedades del sistema digestivo.

En el grupo de 35 a 44 años se observa un papel importante de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que podría tener su correlato en una concentración desproporcionada de muertes por el VIH/SIDA entre los varones usuarios del sector. Nótese que el aporte del grupo de 35 a 39 años a la diferencia global entre los varones de los sectores privado y público de salud fue de 0,4 años en total, de los cuales 0,3 años correspondieron a las enfermedades infecciosas. La tasa de mortalidad por el VIH/SIDA entre los varones de 35 a 44 años del sector privado fue de 8,04 defunciones por cada 100.000 afiliados, mientras que la tasa de mortalidad en el mismo grupo de edad en el sector público fue de 35,72 defunciones por cada 100.000 afiliados. De manera análoga, el aporte del grupo de 40 a 44 años a la diferencia global fue de 0,5 años, y el principal contribuyente fueron las enfermedades infecciosas con 0,4 años.

La literatura sobre los cambios en los perfiles de la mortalidad incluye, además de la caída de los niveles de mortalidad de algunas enfermedades degenerativas, el aumento de la morbimortalidad por causa de algunas enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis y las enfermedades transmisibles por vectores como consecuencia del calentamiento global (Di Cesare, 2011).

A partir de los 80 años se observa una ventaja de los varones que se atienden en el sector público respecto del privado, que se explica por una mayor mortalidad en esos grupos de edad por tumores y neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio y el sistema respiratorio, y, en menor orden, enfermedades endocrinas, del sistema nervioso, osteomusculares y las mal definidas.

En el caso de la población femenina usuaria de los servicios de salud privados, la esperanza de vida al nacer en 2015 fue de 84,0 años, frente a 82,5 años para las usuarias de los servicios públicos, lo que significa una ventaja de 1,5 años para las primeras.

Cabe destacar que la brecha observada en los varones en este indicador casi duplica la femenina, lo que indica una población más homogénea en lo que respecta a los perfiles de la mortalidad femenina. Esto coincide con lo descrito en numerosas investigaciones respecto a los cambios en los perfiles de mortalidad según el sexo, donde el aumento de la esperanza de vida al nacer es seguido de un aumento en la brecha entre los sexos que pone en ventaja a las mujeres (CELADE, 2013; Lazo, 2013).

Al analizar la contribución del componente edad a la brecha mencionada en la población femenina (véase el gráfico 5), se observa que todas las edades, con excepción del grupo de edad de 85 años y más, contribuyen a la mejor supervivencia de las usuarias del sector privado de servicios de salud respecto del sector público.

El mayor peso de las diferencias en las tasas de mortalidad se observa en el grupo de 65 a 69 años de edad, cuyo aporte a la diferencia global es de 0,6 años. También es importante en la explicación de la brecha el primer año de vida y las edades de 50 a 54, 60 a 64 y 70 a 74 años, que aportan 0,4 años.

Al incorporar al análisis el factor causas de muerte (véase el gráfico 6), se observa que las enfermedades del sistema respiratorio y circulatorio, los tumores, las causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) y las causas mal definidas contribuyen en mayor medida a la diferencia global.

En las mujeres, la contribución al diferencial del primer año de vida tiene el mismo valor que en el caso de los varones, esto es, 0,4 años. La mayor mortalidad de las usuarias del sector público durante el primer año de vida se explica por las malformaciones congénitas, causas mal definidas y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y, en menor medida, a enfermedades del sistema nervioso y respiratorio.

A partir del primer año de vida y hasta los 29 años, el aporte a la diferencia observada en la esperanza de vida es muy pequeño debido a una mayor mortalidad de las mujeres del sector público por causas externas y enfermedades del sistema respiratorio y nervioso.

Entre los 30 a 84 años, se observan aportes más importantes al diferencial en la mortalidad femenina según sector de salud de procedencia. El mayor aporte corresponde al grupo de 65 a 69 años. En estos grupos de edad hay una mejor supervivencia de las usuarias del sector privado de salud en lo que respecta a las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio, las neoplasias y las enfermedades del sistema nervioso y digestivo.

El peso en la mortalidad por causas externas en la población femenina es mucho menor que el observado en los varones. En las edades de 30 a 39 años, el mayor aporte al diferencial se observa en las causas externas de mortalidad. En el grupo de 45 a 49 años y de 50 a 54 años, el mayor aporte al diferencial corresponde a la mortalidad por tumores y neoplasias, y, en las edades de 55 a 79 años, a enfermedades del sistema circulatorio.

A partir de los 85 años, se observa una ventaja de las usuarias del sector público de salud respecto del privado, que se debe a una mayor mortalidad en esos grupos de edad

por enfermedades del sistema circulatorio, tumores y neoplasias, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema nervioso y, en menor medida, enfermedades del sistema genitourinario y digestivo, trastornos mentales y del comportamiento y causas externas.

Cabe destacar que, si bien se observan contribuciones de las denominadas causas mal definidas¹² a la brecha global en todas las edades en ambos sexos, los mayores aportes se presentan en los menores de 1 año y los mayores de 60. Esto marca de alguna forma una diferencia respecto al origen de la mala certificación asociado a la edad. Es posible que, en el caso de los menores de 1 año, la clasificación del deceso en un código mal definido tenga su origen mayormente en la mala certificación de la causa de muerte por parte del médico certificador, mientras que, en el caso de los mayores de 80 años, tenga su correlato, además, en el aumento de algunas causas mal definidas que el proceso de envejecimiento poblacional trae aparejado, como la muerte natural y la senilidad, entre otras.

Por último, llama la atención que, al llegar a los 85 años, la ventaja observada en cuanto a supervivencia de usuarios del sector privado respecto de usuarios del sector público no solo se reduzca sino que se invierta, en ambos sexos. Este resultado se debe explicar o abordar en mayor profundidad para identificar el origen de las diferencias, a fin de determinar si se trata de diferencias en los servicios o en el perfil epidemiológico de los usuarios. Una hipótesis tentativa, si se abordara desde los servicios de salud, podría referirse a diferencias en la accesibilidad a determinadas prestaciones o procedimientos que están cubiertos en el sector público pero no en el privado, en cuyo caso requieren de un costo de bolsillo que puede resultar difícil de afrontar, sobre todo en esas edades.

E. Conclusiones

Hasta aquí se han analizado las desigualdades socioeconómicas en el calendario y el régimen de causas de la mortalidad uruguaya en 2015 a partir de la aplicación de técnicas de descomposición por edades y causas de la brecha en la esperanza de vida según procedencia de los usuarios del sector salud (privado o público).

El examen de la composición sociodemográfica de los usuarios del sistema de salud estableció la persistencia de una fuerte estratificación del sistema de salud uruguayo, caracterizada por la concentración de los estratos más pobres en el sector público de salud y de los estratos más ricos en el sector privado. La estimación de la esperanza de vida al nacer de estos estratos confirmó la existencia de una brecha significativa, presente en ambos sexos, entre los usuarios del sector privado y los del sector público, que corrobora la ventaja de los primeros sobre los segundos. Esta brecha es de casi 3 años entre los varones y de apenas 1,5 años entre las mujeres, lo que indica una mayor homogeneidad del perfil de la mortalidad de las usuarias de los sistemas público y privado.

¹² Para evaluar la calidad de la información de la causa de muerte, es necesario calcular el peso que tienen las defunciones que fueron codificadas en el grupo de causas mal definidas en el total de las defunciones. Estas causas de muerte, que integran el capítulo XVIII de la CIE-10 (R00 a R99), no contribuyen al conocimiento de las causas prevalentes, ni desde el punto de vista estadístico ni para la planificación en salud. En el Uruguay, estas causas han oscilado en los últimos años en torno al 8% o al 9% del total de las defunciones, y representaron la cuarta causa de defunción en orden de frecuencia en el período 1997-2014.

Las diferencias en la supervivencia de los usuarios de uno y otro sector se observan a lo largo de todos los grupos de edad. Sin embargo, se aprecia una fuerte concentración de las diferencias entre la mortalidad de los usuarios de los sectores público y privado en la mortalidad infantil, en las muertes en edades centrales y en las edades más avanzadas.

En cuanto a las brechas relativas a las edades centrales, la evidencia es particularmente preocupante porque, desde el punto de vista sanitario, las muertes a edades jóvenes o adultas ocurren con frecuencia por causas que son fáciles de evitar, mientras que la mortalidad a edades avanzadas, e incluso parte de la mortalidad infantil, se encuentran más asociadas al ciclo biológico o vital, y su abordaje es más complejo. Por consiguiente, es en el grupo de adultos y jóvenes donde se encuentra el núcleo duro de la desigualdad socioeconómica de los usuarios del sistema de salud y, por ende, es a la atención y el tratamiento de las enfermedades más comunes de este grupo que deben abocarse los esfuerzos dirigidos a mejorar la asistencia en el sector público y a disminuir las divergencias de infraestructura, personal y tecnología entre los dos sectores.

En el análisis por causas se observa que las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) son las que más contribuyen a la diferencia global entre las principales causas de defunción en la población masculina en ambos sectores. Sin embargo, la sola prevalencia de causas externas en la mortalidad de la población masculina del sector público es responsable del 50% del total de la diferencia absoluta en años de vida que pierde este grupo respecto a quienes acceden al sector privado. En otras palabras, las acciones dirigidas a revertir la pérdida de 1,5 años de vida de los más jóvenes atribuible a las causas externas permitirían reducir a la mitad la brecha actual que separa a ambos grupos de beneficiarios y contribuir significativamente a la convergencia del sistema de salud del Uruguay.

Otro grupo de enfermedades que también es responsable de una porción significativa de la distancia que separa a los usuarios del sector público y el privado está integrado por las enfermedades infecciosas y parasitarias que afectan a la población de 35 a 44 años de edad, cuyo tratamiento debería de reforzarse en términos de recursos humanos, infraestructura y tecnología. La concentración desproporcionada de muertes por el VIH/SIDA y tuberculosis entre los varones usuarios del sector público corresponde al grupo de 35 a 44 años.

Cabe señalar que la ventaja del sector privado sobre el sector público hasta los 80 años de edad se relaciona con los tumores y las enfermedades circulatorias, pero a partir de esa edad en ambos sexos se corrobora que es menor la incidencia de la mortalidad por esas causas en el sector público.

Finalmente, en contextos de crecimiento de la esperanza de vida, sería esperable y deseable que esta tendiera a converger con el paso del tiempo en ambos sectores de atención de la salud. Sin embargo, el presente enfoque presenta la limitación metodológica de hacerse en un período, por lo que no podremos saber, dado el alcance de este estudio, si las diferencias observadas entre el sector público y el sector privado de salud se mantendrían con igual distancia si la observación de estos factores fuera longitudinal. Responder a tal pregunta representa un nuevo desafío y requiere un nuevo abordaje del problema desde la óptica longitudinal, que permitiría alcanzar una comprensión más amplia del problema en cuestión.

Bibliografía

- Andreev, E. (1982), "Method komponent v analize prodoljitelnosti zjizni", *Vestnik Statistiki*, vol. 9, Moscú, Gosstatizdat.
- Andreev, E., V. Shkolnikov y A. Begun (2002), "Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity progression ratios and total fertility rates", *Demographic Research*, vol. 7, Rostock, octubre [en línea] <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol7/14/>.
- Arriaga, E. (1984), "Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies", *Demography*, vol. 21, N° 1, Silver Spring, Asociación Demográfica de los Estados Unidos.
- Atun, R. y otros (2015), "La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina", *MEDICC Review*, vol. 17, N° 1 (suplemento), Oakland, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/The Lancet/Medical Education Cooperation with Cuba (MEDICC) [en línea] <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33&id=444&a=va>.
- Black, D. y otros (1980), *Inequalities in Health. Report of a Research Working Group (The Black Report)*, Londres, Department of Health and Social Security.
- Canudas Romo, V. (2003), *Decomposition Methods in Demography*, Amsterdam, Rozenberg Publishers [en línea] <http://www.rug.nl/research/portal/files/10068144/thesis.pdf>.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2013), "Proyecciones de población", *Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe*, N° 13 (LC/G.2569-P), Santiago, enero.
- (2011), "Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina-Revisión 2011", Santiago [en línea] <http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100>.
- Cho, L. y R. Retherford (1973), "Comparative Analysis of Recent Fertility Trends in East Asia", *Proceedings of the 17th General Conference of the IUSSP*, vol. 2, Lieja, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), agosto.
- Das Gupta, P. (1978), "A General Method of Decomposing a Difference between Two Rates into Several Components", *Demography*, vol. 15, N° 1, Silver Spring, Asociación Demográfica de los Estados Unidos de América.
- Di Cesare, M. (2011), "El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones" (LC/W.395), *Documentos de Proyectos*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://archivo.cepal.org/pdfs/2011/S2011938.pdf>.
- García González, J. (2014), "¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N°148, Madrid, octubre-diciembre [en línea] http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_148_031413365444307.pdf.
- Goerlich Gisbert, F. (2012), "Esperanza de vida y causas de muerte: un análisis de descomposición (1975-2009)", *Documentos de Trabajo*, N° 13, Fundación BBVA, Bilbao, septiembre [en línea] http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_13_2012_web.pdf.
- Goldstein, J. y T. Cassidy (2016), "Amplified Changes: An Analysis of Four Dynamic Fertility Models", *Dynamic Demographic Analysis*, R. Schoen (ed.), Heidelberg, Springer, febrero.
- Gómez, M. y E. León (2012), "La esperanza de vida. Diferencias y semejanzas en las condiciones de supervivencia en Cuba y México. Políticas y Acciones en Cuba", documento presentado en la XI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Aguascalientes, Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE), 30 de mayo a 1 de junio.

- Hein, P. y L. Rodríguez (2017), “Efectos edad, período y cohorte en la evolución de la mortalidad por suicidio en Uruguay (1950-2014)”, *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, P. Hein y otros (comps.), Montevideo, Universidad de la República, en prensa.
- Kim, Y. y D. Strobino (1984), “Decomposition of the difference between two rates with hierarchical factors”, *Demography*, vol. 21, N° 3, Silver Spring, Asociación Demográfica de los Estados Unidos de América.
- Kitagawa, E. (1955), “Components of a Difference Between Two Rates”, *Journal of the American Statistical Association*, vol. 50, N° 272, Abingdon, Asociación Americana de Estadística/Taylor & Francis, diciembre.
- Lazo, A. (2013), “La esperanza de vida en Uruguay a lo largo de los siglos XIX, XX, XXI y sus probables valores futuros”, *Comentarios de Seguridad Social*, N° 40, Montevideo, Banco de Previsión Social (BPS) [en línea] http://www.bps.gub.uy/bps/file/6826/1/07_esperanza_vida_uy_siglos_xix_xx_xxi.pdf.
- Marmot, M. y M. McDowall (1986), “Mortality decline and widening social inequalities”, *The Lancet*, vol. 328, N° 8501, agosto.
- Måseide, P. (1990), “Health and social inequity in Norway”, *Social Science & Medicine*, vol. 31, N° 3, Amsterdam, Elsevier.
- MSP (Ministerio de Salud Pública) (2016), “Desempeño de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2010-2014”, Montevideo, agosto.
- (2010), “Estudio de Carga Global de Enfermedad. Primer Estudio de Carga Global de Enfermedad de Uruguay para el año 2010”, Montevideo [en línea] http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Estudio_de_Carga_Global.pdf.
- (2009), “La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009”, Montevideo.
- Moreno, C. y A. Casi (1992), “Nivel socioeconómico y mortalidad”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 66, N° 1, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, enero-febrero [en línea] http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL66/66_1_017.pdf.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), “Parte II. Temas destacados”, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*, Ginebra.
- (2008), Documento de referencia 3: conceptos clave” [en línea] http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf.
- Oosterhaven, J. y J. Van der Linden (1997), “European Technology, Trade and Income Changes for 1975-85: An Inter-country Input-Output Decomposition”, *Economic Systems Research*, vol. 9, N° 4, Viena, International Input-Output Association (IIOA).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2015), *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2015*, Montevideo [en línea] http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=492-indicadores-basicos-2015-2&Itemid=307.
- (2012), “Determinantes e inequidades en salud”, *Salud en las Américas. Edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*, Washington, D.C. [en línea] http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es.
- (2009), *Perfil de los sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*, Washington, D.C., octubre.
- Pellegrino, A. (2008), “La población y el crecimiento”, *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*, C. Varela (coord.), Montevideo, Universidad de la República/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Ediciones Trilce.

- Pellegrino, A. y otros (2008), "De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX", *El Uruguay del siglo XX. Tomo III: La sociedad*, B. Nahum (ed.), Montevideo, Universidad de la República/Ediciones de la Banda Oriental.
- Pollard, J. (1982), "The Expectation of Life and its Relationship to Mortality", *Journal of the Institute of Actuaries*, vol. 109, Londres, Institute of Actuaries.
- Pressat, R. (1985), "Contribution des écarts de mortalité par âge à la différence des vies moyennes", *Population*, vol. 4-5, París, Instituto Nacional de Estudios Demográficos.
- Preston, S., P. Heuveline y M. Guillot (2001), *Demography: Measuring and Modeling Population Processes*, Nueva Jersey, Wiley-Blackwell.
- Prieto V., M. Gómez y E. León (2012), "Descomposición de la brecha entre sexos en las ganancias de esperanza de vida de Cuba y Uruguay", documento presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Montevideo, 23 a 26 de octubre.
- Shkolnikov, V. y E. Andreev (2010), "Spreadsheet for calculation of life-table dispersion measures", *MPIDR Technical Report*, N° 2010-001, Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research, mayo [en línea] https://www.demogr.mpg.de/en/projects_publications/publications_1904/mpidr_technical_reports/spreadsheet_for_calculation_of_life_table_dispersion_measures_3837.htm.
- Shkolnikov, V. y otros (2001), "Measuring inter-group inequalities in length of life", *Genus*, vol. 57, N° 3/4, Roma, Universidad de Roma La Sapienza, julio-diciembre.
- Sobotka, T. (2003), "Tempo-quantum and period-cohort interplay in fertility changes in Europe: Evidence from the Czech Republic, Italy, the Netherlands and Sweden", *Demographic Research*, vol. 8, Rostock, abril.
- Tenenbaum, M. (2015), "Determinantes socio-territoriales de la mortalidad en Uruguay, 1997-2013", Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) [en línea] <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/6/2014/11/Tenenbaum-2015.pdf>.
- Whitehead, M. (1991), "Los conceptos y principios de la equidad en la salud", *Serie Documentos Reproducidos*, N° 9, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS), diciembre [en línea] https://cursos.campusvirtualesp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf.