

# Arte médico y responsabilidad humana\*

*De populorum miseria: morborum genitrice.  
La miseria del pueblo: madre de las enfermedades  
Johann Peter Frank, 1790*

## RESUMEN

El movimiento histórico de la medicina social de la Europa revolucionaria de 1848, hizo una gran contribución para liberar a la medicina de las garras de la biología positivista.

El movimiento latinoamericano de la medicina social, mucho más recientemente (últimos 30 años) retomó esa antorcha y siguiendo a Foucault, nos convenció que la medicina era casi innecesaria.

Ambos movimientos han sido contra-hegemónicos para tratar de evitar una sociedad cada vez más medicalizada y una medicina cada vez más mercantilizada.

Los grandes desafíos tecnológicos de este capitalismo tardío, de la sociedad posindustrial, de la era de la globalidad y la globalización han obligado a reflexionar sobre lo necesario. Tanto la economía como la filosofía han dedicado sus esfuerzos al estudio de la teoría de las necesidades. Amartya Sen, último Premio Nobel de Economía es un buen ejemplo.

La medicina está en una encrucijada: a quién darle y a quién no.

Sin embargo, los servicios asistenciales de primer nivel, poco costosos, parecen seguir siendo importantes. Uruguay no lo ha entendido así y el deterioro relativo de sus indicadores de mortalidad infantil en el contexto latinoamericano y del Caribe es un buen ejemplo de lo que no hay que hacer.

**Palabras clave:** economía, política social, Uruguay, atención primaria.

Fecha de recepción: abril de 1999  
Fecha de aprobación: mayo de 1999

## ABSTRACT

The social medicine historic movement from 1848 revolutionary Europe greatly contributed to the liberation of medicine from positivist biology clamps. More recently the Latin-American social medicine movement regain that torch and, following Foucault convinced us about the almost uselessness of Medicine. Both have been contrahegemonic movements in the prevention of the construction of a medicine held by the market. Medicine is in a crossroads: who and who will not have resources. Low cost Primary Health Care services seems to be important. Uruguay doesn't seem to care about this importance. This can be seen trough the relative child mortality rates rise related with other Latin-American and Caribbean countries.

**Key words:** economic, social policy, Uruguay, primary health care.

*Correspondencia.* Dr. José Portillo, Libertad 2378 Ap. 201, CP 11300, Montevideo, Uruguay.

\* Trabajo preparado para presentar en el Iº Congreso de Pediatría Social del Cono Sur, 20 de abril al 2 de mayo, 1999. Mar del Plata, Argentina.

En este artículo, me propongo discutir algunos paradigmas que han estado en la reflexión del discurso médico, las diferentes "miradas médicas" de los últimos 200 años. En la segunda sección, intentaré presentar algunos indicadores de la realidad social del Uruguay que no son de fácil interpretación, considerando los paradigmas inicialmente presentados.

Como señalara Tarski (1986) en un artículo sobre la verdad: "ninguna de las ideas presentadas les resultará esencialmente novedosa; sin embargo espero que encuentren interesante la manera en que se ha dispuesto y organizado el material".

Desde sus orígenes en el mundo occidental, han existido dos paradigmas macro explicativos de la práctica médica: uno centrado en la acción curativa de sustancias extrañas al organismo que actúan corrigiendo desequilibrios y otro centrado en la importancia de los modos de vida o comportamientos y su relación con la salud y la enfermedad. En la mitología griega ya está presente esta división: Eusculapio, el dios de la Medicina, tiene dos hijas: Higía y Panacea. La primera es la diosa de los "modos de vida", mientras que la segunda es la diosa que gobierna todas aquellas sustancias curativas. Quiere decir que ya en la génesis del pensamiento occidental encontramos las dos concepciones de la medicina que aún hoy conviven. Por supuesto que desde los escritos de Platón ya encontramos innumerables referencias a estos dos paradigmas.

Al referirnos a paradigma lo estamos haciendo en el sentido de Kuhn (1971), es decir a aquellas "realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica". Si bien es cierto que su aplicación a nuestra discusión requeriría un análisis más detallado, al no ser el objeto de este artículo, aceptaremos la eficacia de estos conceptos *grosso modo*. Quizás el concepto de esquema conceptual que presenta Davidson (1995) sea más adecuado: "formas de organizar la experiencia, sistemas de categorías que dan forma a los datos de las sensaciones, puntos de vista desde los cuales individuos, culturas o periodos, examinan los acontecimientos que se suceden". A los efectos de nuestra presentación y reconociendo las dificultades que ello implica, aceptaremos como sinónimos ambos conceptos.

Volviendo a la medicina, hemos señalado que desde el inicio de la cultura llamada occidental, han coexistido con diferentes grados de tensión ambos paradigmas o esquemas conceptuales: uno que llamaremos arte médico, que ha centrado todas las esperanzas en la práctica médica y sus recursos tecnológicos para evitar la enfermedad y recobrar la salud y, otro, que llamaremos responsabilidad humana,

que ha enfatizado la importancia de los factores psicosociales como macrodeterminantes en el proceso salud-enfermedad. Como veremos, la realidad ha sido más compleja que la capacidad explicativa de la ciencia y ambos paradigmas resultarán relativamente correspondientes.

El nacimiento de la medicina moderna se puede aceptar que se produce alrededor del siglo XVIII, cuando como señala Foucault (1966) "la clínica es el lenguaje de una ciencia positiva", aparece "como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciado, una nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal". Para Foucault, la medicina moderna nace a partir de una nueva articulación entre el lenguaje y el objeto, como dice: "la modestia eficaz de lo percibido". El espacio de la experiencia coincide con el dominio de la mirada "que hace de su noche día". La racionalidad médica, una forma bien representativa de la diosa Razón que la Modernidad había creado, "se hunde en el espesor maravilloso de la percepción". Incluso Foucault es contundente, al decir que la experiencia clínica es la apertura: "la primera en la historia occidental del individuo concreto, el lenguaje de la racionalidad". La clínica es por antonomasia una "ciencia positiva". Este paradigma positivista será hegemónico hasta el día de hoy.

El desarrollo sucesivo de las ciencias físicas como la óptica, de la química y más recientemente de la genética, la electrónica, permitieron una notable profundización de la mirada médica. De la medicina anatómo-clínica llegamos a la ingeniería genética y a la sustitución de órganos y sistemas. El positivismo ha logrado éxitos en materia de salud, tan extraordinarios como indiscutibles.

Los logros de la óptica permitieron avances muy importantes de la microbiología y los consiguientes descubrimientos de Koch y Pasteur, entre muchos, en el siglo XIX. La enfermedad infecciosa permitió elaborar un paradigma relativamente sencillo: en el organismo humano existe un equilibrio (salud) que es roto por la invasión de los gérmenes (enfermedad). Este esquema explicativo, esquemático y monocausal, ha estado más o menos disfrazado por detrás de la mayoría de los marcos explicativos de la medicina contemporánea, ha sido el paradigma hegemónico y es lo que algunos llaman el paradigma biologicista. Este esquema conceptual ha centrado todas sus expectativas en el arte médico: la enfermedad podrá ser evitada y eventualmente curada, por medio de intervenciones médicas cada vez más sofisticadas y eventualmente más costosas.

Casi simultáneamente con este paradigma biologicista, se desarrolla un paradigma alternativo (aunque en realidad

se debe ver como complementario y no como excluyente): el paradigma médico-social. Este esquema conceptual destaca y rescata los factores colectivos como sobredeterminantes de la enfermedad. Sin desconocer aspectos individuales, valora muy especialmente las condiciones de vida y de trabajo, que definen perfiles epidemiológicos de clase social. Johann Peter Frank, en el siglo XVIII, concretamente en 1790, titulaba su curso en la Universidad de Pavia, *La miseria del pueblo, madre de las enfermedades*. Este pionero de la medicina social, que contará con el apoyo de los monarcas María Teresa y José II, y llegara a ser médico de Napoleón, ya señalaba que la seguridad interna del Estado es el objetivo general de la política. Y la política médica, rama de la política general, es un arte de la prevención, “una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de las dañosas consecuencias del hacinamiento” (Sigerist, H. 1981). La obra de este autor es un monumento de la salud pública, pero fue naturalmente objeto de una violenta oposición por parte del sistema social y de la concepción hegemónica.

A mediados del siglo XIX, coincidiendo con las revoluciones europeas de 1848, surgen los nombres fundadores de la llamada Medicina Social: Neumann y Virchow en Alemania, Farr y Chadwick en Inglaterra, Guerin en Francia, Puccinotti en Italia, sólo por mencionar algunos de los más relevantes (Duarte Nunes, E. 1986). Para este conjunto de autores la medicina es política y son la pobreza, las condiciones de trabajo y la explotación, las sobredeterminantes de los procesos mórbidos.

El primer paradigma, como dice Mackeown (Mckeown, Th. y Lowe, C. R 1981), ha estado dominado desde Kepler y Harvey “por la creencia en que los progresos de la salud deben apoyarse ampliamente en un enfoque relacionado con la ingeniería, basado en la comprensión de la estructura del cuerpo y su función; en un modelo físico”. El soporte teórico ha sido el positivismo y en sus versiones más recientes, el funcionalismo de Parsons. Este paradigma es el arte médico.

El otro paradigma contrahegemónico: la responsabilidad humana (en la salud) ha tenido como modelos la teoría política y la teoría sociológica. Es un modelo que ha pretendido ser omnicompreensivo y multidisciplinario. Pero además su soporte teórico han sido las teorías sociales llamadas “críticas” entre las que se destacan el marxismo en el siglo XIX y la Escuela de Frankfurt en este siglo. Mientras el anterior paradigma ha estado guiado por las teorías del equilibrio (la homeostasis social), este paradigma más social, ha estado guiado por las teorías del conflicto (la lucha de clases).

En América Latina, un movimiento científico y político fuerte aunque contrahegemónico, ha rescatado las banderas de la medicina social. Particularmente con estudios de universidades mexicanas, ecuatorianas, brasileñas y argentinas, se ha producido un cuerpo de conocimiento desde la sociología, la economía, la política, para poder comprender los perfiles epidemiológicos diferenciales por clase social o incluso desagregar indicadores globales y comprender sus diferencias. Autores como Menéndez (1981) desde la antropología, han analizado “el modelo médico hegemónico” y las “medicinas alternativas” que se intersectan para describir y explicar, tanto los procesos de salud-enfermedad como la organización de los servicios de salud. Este intrincamiento de pautas culturales, es lo que produciría un sistema de culturas híbridas en términos de García Canclini. Para Menéndez la hegemonía capitalista se ha caracterizado (en general y en particular en la salud) por “localizar su legitimación en instituciones del Estado o avaladas por él; por asociar su práctica con el desarrollo educativo de la población; por asumir los principios mecanicistas, evolucionistas y positivistas, que se imponen como ideología moral de las capas burguesas hegemónicas en los países de punta”. Según este autor, la medicina juega un rol importante en la reproducción económica y en el control ideológico.

A pesar de todos estos planteamientos teóricos de corrientes críticas, las escuelas de medicina latinoamericanas han estado ampliamente dominadas en el presente siglo por el enfoque biologicista, también llamado flexneriano, en homenaje al modernizador de los planes de estudio médicos, en Estados Unidos, en las primeras décadas de este siglo: Abraham Flexner. Ese modelo inspirado en la física de Kepler sigue dominando por lejos (salvo distinguidas excepciones) en la formación de la mayoría de los médicos latinoamericanos. Por lo tanto, los salubristas han estado mayoritariamente influidos por este modelo al interpretar la realidad sanitaria latinoamericana. Como dice Almeida (1989) estas corrientes positivistas han trabajado con la noción de “causa”, que resulta más sencilla aunque menos precisa que conceptos como los de determinismo estructural.

Señala Paul Starr (1991) que la medicina moderna “es una de esas obras extraordinarias de la razón” tanto en su complejo sistema de conocimientos como en los procedimientos técnicos y normas de conducta. Pero también es “un mundo de poder en el cual algunos tienen más probabilidades que otros de recibir los premios y las recompensas de la razón”. También Starr, igual que Foucault y Menéndez, destaca el inmenso poder controlador y disciplinador de la medicina. Estos efectos (si se quiere indeseables o secundarios) de la medicina moderna se han incrementado a tal extremo, que según Alain Touraine (1994)

“se transformaron en uno de los aspectos más llamativos de la sociedad contemporánea posindustrial”.

¿Pero qué ha pasado con este conjunto de servicios de salud apoyados en un extraordinario desarrollo tecnológico? Por un lado se ha producido un gigantesco crecimiento de los costos y de los gastos que han transformado en insuficientes a los recursos económicos, incluso en los países industrializados. Por otro lado se han creado algunas problemáticas antes impensadas: fertilización *in vitro*, madres sustitutas, vientres de alquiler, inseminación artificial, prolongación de la vida en estado vegetativo, sólo por mencionar algunos de los procesos más frecuentes. Tanto la economía de la salud como la bioética son disciplinas de extraordinario crecimiento en los últimos 20 años. Como dice Amarta Sen (1995): “el evaluar la igualdad y también la eficiencia en el espacio de los bienes primero equivale a dar prioridad a los medios”. Si los bienes de la salud son primarios (y no parece que haya discusión al respecto), siempre estarán presentes en su consideración aspectos éticos (la igualdad) y aspectos económicos (eficiencia). Sin duda la realidad social latinoamericana contemporánea (la más inequitativa del planeta) obliga a una consideración muy fuerte de los aspectos éticos y económicos de la salud.

Estas consideración han llevado a numerosos autores a realizar investigaciones sobre la teoría de las necesidades, los bienes primarios y los accesorios, y los posibles satisfactores. Len Doyal y Ian Gough (1994) señalan algo que resultará interesante al realizar algunas consideraciones que más adelante veremos. Dicen estos autores con mucha precisión que crecimiento económico sería una condición necesaria aunque no suficiente para el logro del bienestar y desarrollo humano integral. La relación entre conocimiento y desarrollo no es lineal. También aquí funcionaría el teorema de las utilidades decrecientes. Un buen ejemplo es EEUU, que tiene un PIB *per capita* de los más altos del mundo, ocupa el último lugar entre los países industrializados (18 países) de la OCDE, considerando diferentes indicadores de necesidades. Estas precisiones tendrán mucha importancia al analizar el caso de Uruguay. Parece confirmarse la frase de Sigerist que dice que “la medicina es demasiado importante para dejarla exclusivamente en manos de los médicos”. Pero tampoco parece razonable ni racional, excluir a los médicos de la medicina. Los procesos sociales e históricos son extremadamente complejos y la salud y la medicina son típicamente procesos socio-históricos. Para lograr entender fenómenos tan complejos deberán evitarse interpretaciones reduccionistas o marcos explicativos mecanicistas. Es lo que en otro trabajo (Portillo, J. 1996) hemos llamado “otra racionalidad médica”, que sea más flexible, capaz de dialogar con la ética y la estética, que oiga la voz del que sabe y del

que no sabe, que mida las consecuencias de sus actos (ética de la responsabilidad) (Jonas, H. 1985). Como dice Morris (1992), se necesita “una comprensión cultural que combine los aportes de numerosos campos que en la actualidad se mantienen aparte con vocabularios especializados y teorías divergentes”.

¿Qué ha pasado con la realidad sanitaria, económica y social del Uruguay? ¿Qué paradigma, el arte médico o la responsabilidad humana, son más adecuados para interpretar su realidad?

En esta segunda parte del artículo se verán en forma muy sintética, pero igualmente representativa, algunos indicadores de la realidad uruguaya.

Como es bien sabido, Uruguay ha sido de los países latinoamericanos que logró en los comienzos del siglo, los mejores indicadores en salud, en desarrollo y en bienestar social. Por sus patrones culturales y por sus indicadores fue considerado el más “europeizado” de los países latinoamericanos. Los aportes a la cultura universal de sus intelectuales (generalmente formados en Europa) no hacía más que confirmar esta visión de “la Suiza de América”. Si a eso se agregan sus tradiciones políticas basadas en una fuerte tradición democrática (pese a pequeñas escaramuzas) y un estado benefactor de gran presencia, Uruguay podía ser considerado un apéndice de Europa.

En forma coherente, Uruguay era en 1950 el país con menor mortalidad infantil de América Latina y el Caribe (OPS, 1990, cuadro 1). Esa fue la década considerada como el fin del Uruguay que crecía frenando su desarrollo industrial y comenzando su crisis económica en cierta forma aún vigente. Llegarán luego la década del 70 con la crisis política continental, la década perdida del 80, y por fin la década del 90, donde se frena la inflación, se logran empujes de crecimiento económico, aunque se incrementan las desigualdades y la pobreza.

Sin embargo Uruguay sigue de líder de la región en materia de indicadores sociales y económicos. Según el último informe de Desarrollo Humano (PNUD, 1998) Uruguay ocupa el puesto 38 en el conjunto de países del mundo, siendo superado sólo por uno o dos países de la región.

De acuerdo con Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 1997) Uruguay es el país de menor índice de pobreza de América Latina, de mejor distribución del ingreso, que realiza mayor inversión en políticas sociales como porcentaje del PIB y el segundo en gasto social *per capita*. Uruguay es también, por lejos, el país latinoamericano que mejor focaliza

## Cuadro 1

*Tasas de mortalidad infantil en 1950-1955, 1985-1990  
proyecciones para el año 2000 y nacimientos en 1985-1990  
por subregiones y países ordenados según el nivel de la mortalidad*

Países	Tasa de mortalidad (por 1,000)			Baja quinquenal		Tasa año 2000	Nacimientos 1985-1990 (miles)
	1950-1955	1970-1975	1985-1990	1950-1970	1970-1985		
<b>América Latina</b>	<b>127</b>	<b>82</b>	<b>55</b>	<b>11.2</b>	<b>8.9</b>	<b>41</b>	<b>12.077</b>
Bolivia	176	151	110	6.1	13.8	69	293
Haití	220	135	97	21.2	12.8	72	213
Perú	159	110	88	12.1	7.4	63	721
<b>Total</b>							<b>1.227</b>
Honduras	196	101	68	23.8	10.7	49	189
Nicaragua	167	100	67	16.8	11.0	42	149
República Dominicana	149	94	65	14.0	9.5	46	213
<b>Total</b>							<b>551</b>
Brasil	135	91	63	11.1	9.1	48	4.086
Ecuador	140	95	63	11.1	10.5	49	328
Guatemala	140	95	59	11.4	12.1	37	350
El Salvador	151	99	60	13.0	13.0	36	182
<b>Total</b>							<b>4.946</b>
Paraguay	73	55	49	4.7	2.0	44	139
México	114	71	43	10.7	9.4	28	2.438
Colombia	123	73	40	12.5	11.1	33	861
Venezuela	106	49	36	14.4	4.2	30	569
<b>Total</b>							<b>4.007</b>
Uruguay	57	46	24	2.8	7.3	16	54
Panamá	93	43	23	12.6	6.7	19	61
Argentina	66	49	22	4.2	9.0	17	669
Chile	126	70	18	14.1	17.3	15	301
Costa Rica	94	52	17	10.3	12.5	11	80
Cuba	81	38	13	10.5	7.7	10	181
<b>Total</b>							<b>1.346</b>
<b>Caribe no Latino</b>	<b>83</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>10.8</b>	<b>7.0</b>	<b>15</b>	<b>146</b>
Guyana	93	56	30	9.2	8.7	20	25
Suriname	89	49	31	10.0	6.3	21	10
<b>Total</b>							<b>35</b>
Trinidad y Tobago	79	30	20	12.2	3.3	14	30
Jamaica	85	36	18	12.2	6.0	14	63
Martinica	65	35	13	7.5	7.3	10	6
Guadalupe	68	42	12	6.5	10.0	8	7
Barbados	*61	27	11	—	-7.3	8	5
<b>Total</b>							<b>111</b>
<b>América del Norte</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>2.8</b>	<b>2.7</b>	<b>7</b>	<b>4.052</b>
EEUU	28	18	10	2.5	2.7	7	3.687
Canadá	36	16	7	5.0	2.3	7	365

\* 1955-1960

Fuentes: CELADE, 1989 y Naciones Unidas, 1989.

el gasto en educación primaria en los estratos de bajos ingresos (cuadros 2 y 3 y gráfica 1 y 2).

Si se analiza el producto bruto de Uruguay (Oficina de planeamiento y presupuesto, 1997. Cuadro 4) se observa que ha alcanzado US \$6.036, de los más altos de la región (equivalente a 20 países africanos). En Montevideo, donde vive aproximadamente la mitad de la población, alcanza US \$8.428. Quiere decir que indiscutiblemente Uruguay sigue de líder –pese a los avatares políticos y económicos– en el

panorama social y económico de América Latina y el Caribe.

Sin embargo, ¿qué ha pasado con la mortalidad infantil? Volviendo al cuadro 1, se puede ver que en el quinquenio 1970-1975 Uruguay había pasado al 8° lugar y en 1985-1990 al 11° lugar. En el cuadro 5, con cifras relativamente actualizadas (UNICEF 1999), Uruguay ocupa el 12° lugar.

A su vez, dentro de Uruguay (Portillo, J. 1998), como se ve en el Cuadro 6, el Departamento de Montevideo tiene una

**Cuadro 2**

**Índice de concentración del gasto social**

Sector País	Educación				Salud	Capital humano	Vivienda	Seguridad Social	Gasto social
	Prim.	Sec.	Univ.	Total					
Argentina	9.5	2.7	0.2	2.6	8.7	3.6	1.2	0.4	1.0
Brasil	3.6	nd	0.3	nd	0.3	nd	nd	0.4	nd
Chile	5.3	4.4	1.2	3.2	2.2	2.8	1.0	0.1	0.8
Colombia	9.4	2.1	0.2	1.6	4.5	2.2	1.8	nd	nd
Costa Rica	3.7	1.1	0.04	0.7	2.6	1.4	nd	0.2	nd
Ecuador	4.7	4.5	1.6	2.5	2.1	2.5	nd	nd	nd
Perú	2.4	0.9	0.2	1.1	nd	nd	nd	nd	nd
Rep. Dominicana	nd	nd	nd	nd	1.4	nd	0.2	nd	nd
Uruguay	13.8	3.4	0.1	2.3	3.5	2.9	0.5	0.4	0.8
Venezuela	nd	nd	nd	0.8	nd	nd	nd	1.5	nd

Fuente: CEPA, 1997.

Índice de concentración = porcentaje del gasto social percibido X el 20% más pobre / porcentaje del gasto social percibido X el 20% más rico.

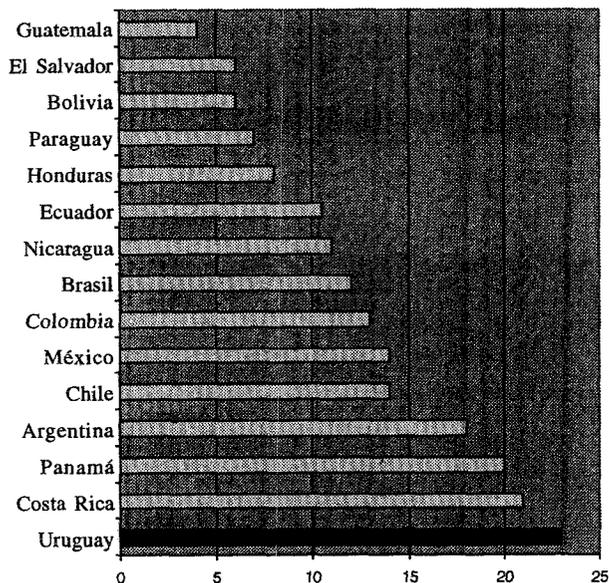
**Cuadro 3**

**Porcentaje Gasto del Gobierno Central**

Países	Militar	Educación	Salud
Argentina	6.1	53.6	40.2
Bolivia	12.1	54.7	127.8
Brasil	6.3	121.8	58.4
Chile	12.2	96.5	116.4
Colombia	8.1	76.0	158.8
Ecuador	11.9	84.5	175.6
El Salvador	17.3	202.1	251.2
Guatemala	13.1	88.8	159.7
México	6.7	28.8	31.0
Nicaragua	12.7	76.9	82.5
Panamá	14.5	152.4	119.4
Paraguay	12.9	84.0	232.5
Rep. Dominicana	7.0	160.6	136.0
Uruguay	6.7	72.6	60.6

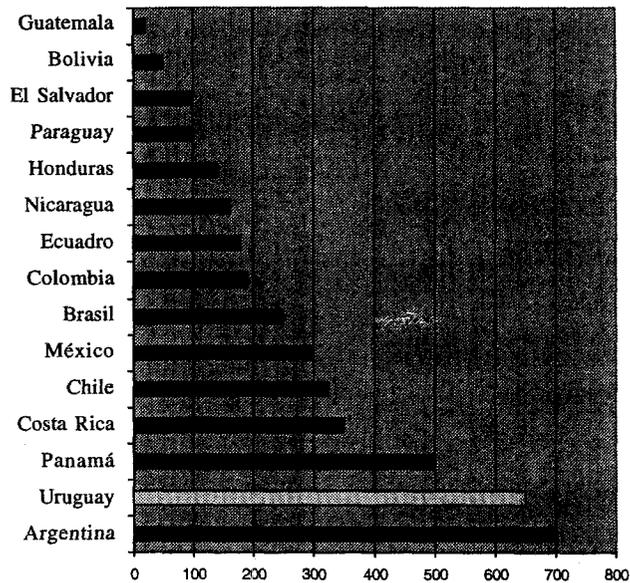
Fuente: CEPA, 1997.

**Gráfica 1**  
*Como porcentaje del PIB*



Fuente: CEPA, 1997.

**Gráfica 2**  
*Per cápita*



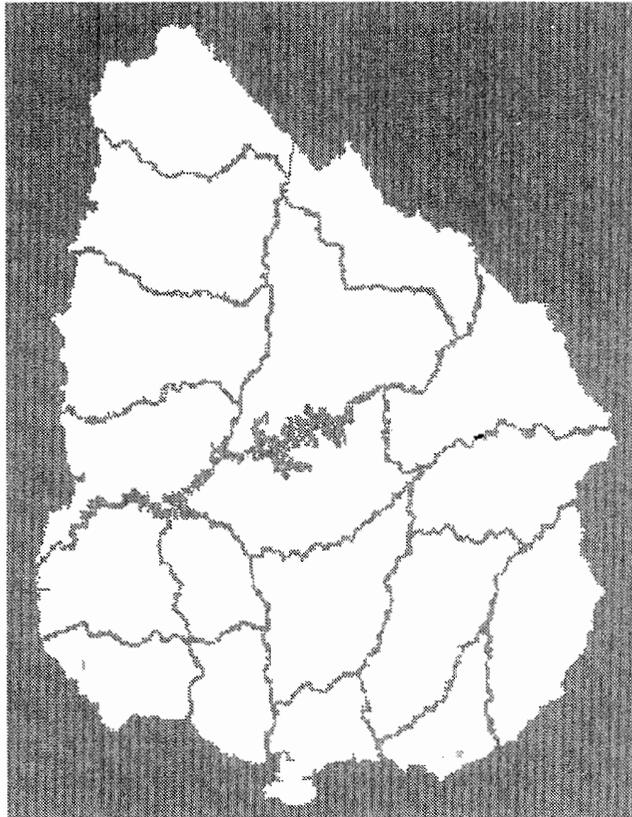
Fuente: CEPA, 1997.

**Cuadro 5**  
*Indicadores básicos y países seleccionados*

	<i>Tasa de mortalidad infantil</i>	<i>PIB per cápita (dólares)</i>	<i>Esperanza de vida al nacer (años)</i>	<i>Tasa de alfabetización adultos</i>	<i>Tasa bruta de escolarización enseñanza primaria</i>
1. Cuba	7	1.170	76	96	105
2. Jamaica	10	1.600	75	85	109
3. Chile	11	4.860	75	95	100
4. Barbados	11	6.600	76	97	90
5. Costa Rica	12	2.640	77	95	106
6. Trinidad y Tobago	15	3.770	74	96	96
7. Dominica	17	3.890	74	—	—
8. Antigua y Barbuda	17	7.330	75	95	100
9. Panamá	18	2.750	74	91	106
10. San Vicente Granadinas	18	2.370	73	82	95
11. Bahamas	18	11.940	74	98	97
12. Uruguay	18	5.760	73	97	109

Fuente: Estado Mundial de la Infancia, 1999. UNICEF.

	<b>SALTO</b>	<b>ARTIGAS</b>	<b>RIVERA</b>	
	PIB (millones U\$S) 482,8	PIB (millones U\$S) 277,1	PIB (millones U\$S) 303,0	
	Población 117.597	Población 75.059	Población 98.472	
<b>TOTAL</b>	PIB (millones U\$S) 19.129,5	PIB (millones U\$S) 11.066,2	PIB (millones U\$S) 12.079,8	
	Población 3.163.763			
	PIB per cápita (U\$S) 6.046			
<b>PAYSANDÚ</b>	PIB (millones U\$S) 562,4			<b>TACUAREMBO</b>
	Población 111.509			PIB (millones U\$S) 390,9
	PIB per cápita (U\$S) 5.044			Población 84.919
				PIB per cápita (U\$S) 4.003
<b>DURAZNO</b>	PIB (millones U\$S) 256,0			<b>CERRO LARGO</b>
	Población 55.716			PIB (millones U\$S) 339,4
	PIB per cápita (U\$S) 4.593			Población 82.510
				PIB per cápita (U\$S) 4.114
<b>RÍO NEGRO</b>	PIB (millones U\$S) 258,4			<b>TREINTA Y TRES</b>
	Población 51.713			PIB (millones U\$S) 243,7
	PIB per cápita (U\$S) 4.996			Población 49.502
				PIB per cápita (U\$S) 4.923
<b>SORIANO</b>	PIB (millones U\$S) 391,9			<b>FLORIDA</b>
	Población 81.557			PIB (millones U\$S) 355,0
	PIB per cápita (U\$S) 4.804			Población 66.503
				PIB per cápita (U\$S) 5.339
<b>COLONIA</b>	PIB (millones U\$S) 675,5			<b>ROCHA</b>
	Población 120.241			PIB (millones U\$S) 342,5
	PIB per cápita (U\$S) 5.618			Población 70.292
				PIB per cápita (U\$S) 4.872
<b>FLORES</b>	PIB (millones U\$S) 122,2			<b>LAVALLEJA</b>
	Población 25.030			PIB (millones U\$S) 254,4
	PIB per cápita (U\$S) 4.961			Población 61.085
				PIB per cápita (U\$S) 4.372
				<b>MALDONADO</b>
				PIB (millones U\$S) 821,8
				Población 127.502
				PIB per cápita (U\$S) 6.445



SAN JOSÉ

MONTEVIDEO

CANELONES

mortalidad infantil superior al promedio nacional y peor que la de 13 departamentos, todos con menor PIB *per capita*. Montevideo tiene además la mayor concentración de médicos 600/100.000 habitantes y de servicios de salud, la más alta del país y de las más altas del mundo. Debe agregarse que en este momento Uruguay gasta alrededor de 10% del PIB nacional en salud, una de las cifras porcentuales más altas del mundo también.

En síntesis, parecería ser que “Uruguay gasta mucho y gasta mal”, como señala un consultor de salud del Banco Mundial. ¿Cuáles pueden ser las explicaciones?

Existen muchos trabajos en la bibliografía que señalan con mucha claridad que los servicios de salud de menor complejidad y fuertes acciones de prevención y promoción, logran mayor impacto en los indicadores materno-infantiles, que los servicios de alta tecnología (UNICEF, 1999; Starfield, B. 1979; Casanova, C. And Starfield, B. 1995; Shi, L. 1994). Si bien es obvio que todos los niveles de atención son necesarios para lograr mejores resultados se necesita un adecuado equilibrio entre dichos niveles (Starfield B. 1994; Starfield B. 1993). Todos los países de América Latina y el

Caribe que han superado a Uruguay en la mejora de sus indicadores de mortalidad infantil tienen sistemas de salud nacionales con un fuerte desarrollo de los servicios de salud de primer nivel. Uruguay, por el contrario, tiene un muy bajo nivel de sistematización y de racionalización en el uso de los servicios de salud. El estado no ha asumido el rol regulador y los servicios continúan funcionando con criterios variables y características muy diferentes entre los subsectores (Starfield B. 1995).

Por otra parte, aunque Uruguay es de los países de la región con menor pobreza y relativa mejor distribución de los ingresos y del gasto social, superando también en estos aspectos a países con menos mortalidad infantil. Parecería que se puede concluir por lo tanto coincidiendo con Doyal y Gough, que crecimiento económico no es igual a mayor bienestar.

En conclusión, tanto el arte médico como la responsabilidad humana son necesarios para el logro de mayor bienestar colectivo. Pero dentro del arte médico, es claro que la mayor eficacia se logra con las medidas más simples y menos costosas (Pappas, G. 1999).

## Bibliografía

- TARSKI, A. (1986). "Verdad y Demostración", Fac. de Filosofía, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- KUHN, T. S. (1971). "La estructura de las revoluciones científicas", Fondo de Cultura Económica, México.
- DAVIDSON, D. (1995). "De la verdad y de la interpretación", Gedisa, Barcelona.
- FOUCALT, M. (1966). "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica", Siglo XXI, México.
- SIGERIST, H. (1981). "Hitos en la historia de la salud pública", Siglo XXI, México.
- DUARTE NUNES, E. (Ed.) (1986). "Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y Perspectivas", OPS/ CIESU, Montevideo.
- MCKEOWN, TH. Y LOWE, C. R. (1981). "Introducción a la medicina social", Siglo XXI, México.
- MENÉNDEZ, E. (1981). "Poder, Estratificación y Salud", Editorial De la Casa Chata, México.
- ALMEIDA FILHO, N. (1989). "Epidemiología sem números. Uma introdução crítica a ciencia epidemiológica", Campus, Río de Janeiro.
- STARR, P. (1991). "La transformación de la medicina en los Estados Unidos de América", Fondo de Cultura Económica, México.
- TOURAINÉ, A. (1994). "Crítica de la Modernidad", Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- SEN, A. (1995). "Nuevo examen de la desigualdad", Alianza, Madrid.
- DOYAL, L. Y GOUGH, I. (1994). "Teoría de las necesidades humanas", Icaria, Barcelona.
- PORTILLO, J. (1996). "Otra racionalidad médica", Nordan, Montevideo.
- JONAS, H. (1985). "Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad", Paidós, Barcelona.
- MORRIS, D. (1992). "La cultura del dolor", Andrés Bello, Santiago de Chile.
- OPS (1990). *Estado de Salud de las Américas*, Washington.
- PNUD (1998). *Informe sobre Desarrollo Humano*, Nueva York.
- CEPAL (1997). *El pacto fiscal*, Santiago de Chile.
- CEPAL (1997). *Panorama social de América Latina*, Santiago de Chile.
- OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO (1997). Uruguay, 1997.
- UNICEF (1999). "Estado Mundial de la Infancia", Nueva York.
- PORTILLO, J. (1998). "La atención primaria en pediatría", ARCH. PED. URUG. 68,3:53-58.
- STARFIELD, B. (1979). "Medición de los logros de atención primaria". J. Med. Education, 54:361-369.
- CASANOVA, C. AND STARFIELD, B. (1995). "Hospitalizations of children and acces to primary care: a cross national comparison", Int. J. Health Serv., 25: 283-294.
- SHI, L. (1994). "Primary care vs Especiality care and life chances", Int. J. Health Serv., 24:431-458.
- STARFIELD B. (1994). "Is primary care essential?", Lancet 344: 1129-1138.
- STARFIELD B. (1993). "Primary care", Ambulatory Care Manage 16:27-37.
- STARFIELD B. (1995). "Health systems effects on health status. Financing vs The organization of services", Am. J. Public Health, 85:1350-1351.
- PAPPAS, G. (1999). "Monitoring the health consequences of welfare reform", Int. J. Health Serv., 28:703-713.