

La Pediatría en Uruguay. Una breve reseña

J. Portillo Rodríguez

Médico Pediatra con Maestría en Filosofía.

Ex-profesor agregado de la Facultad de Medicina.

Comité de Pediatría Social y Atención Primaria de la Salud de la Sociedad Uruguaya de Pediatría.
Uruguay.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:115-127

José Portillo Rodríguez, joport@adinet.com.uy

Resumen

Se hacen una breve reseña histórica, social y política del país y un breve análisis del contexto socio-histórico en el cual se constituyen el Uruguay moderno y la conformación original de la atención sanitaria.

Se analizan de forma comparativa los principales indicadores sanitarios y demográficos. Se describen las principales características de los servicios de Atención a la Salud de Uruguay. Se presentan los subsectores público y privado, responsables de la atención a la salud de la población. Cada uno de ellos, con gasto muy diferente y, por lo tanto, con recursos muy diferentes, logra resultados obviamente distintos.

Se concluye con un decálogo de "patologías" del sistema y se sugieren las líneas que debieron recorrerse para el logro de la universalidad y la equidad en la atención a la salud.

Palabras clave: Servicios de salud infantil, Indicadores de salud, Epidemiología, Uruguay.

Abstract

This article describes the main features of the Health Services in Uruguay.

A brief analysis is done on the social-historic context in which the modern Uruguay and the original sanitary structures are developed. The main demographic and epidemiological characteristics and their tendencies throughout the XX century are described. Public and private Health Care subsectors are described. With very different costs, and so with very different resources, they achieve obviously different results. Main tendencies in the private subsector are analyzed.

It ends with a Decalogue of the system "pathologies" and the lines that should be followed to achieve universality and equity.

Key words: Child Health Services, Health status indicators, Epidemiology, Uruguay.

Introducción

Uruguay ha sido desde su independencia un país relativamente privilegiado en el contexto latinoamericano.

Si bien su territorio es demasiado pequeño con relación a los restantes países sudamericanos y su autonomía surge más como negociación política de ar-

gentinos y brasileños con los imperios inglés, francés y portugués que como reivindicación de una identidad cultural propia, los avatares históricos posteriores le darán una cierta supremacía en el contexto latinoamericano.

El proyecto modernizador proveniente de Europa alcanza tempranamente a Uruguay. Después de su independencia del Imperio y la Corona Españoles, en los comienzos del siglo XIX se suceden una serie de enfrentamientos políticos y militares en los que diferentes divisas reciben apoyos extranjeros. Estos enfrentamientos sangrientos en guerras civiles más o menos declaradas y una sucesión de gobiernos militares mantienen al país en un sistema de producción precapitalista de materias primas ganaderas. Pero aproximadamente entre las décadas de los 60 y 70, como consecuencia de la importación de ganado de raza y de modernas técnicas de pastoreo y el cercado de los campos, por decisión del sector más visionario de la oligarquía criolla se inicia el proceso modernizador en Uruguay¹. Se multiplica la cantidad y se mejora la calidad de cueros y carnes aumentando notoriamente las exportaciones. Esto permite la importación de bienes de consumo y de capital, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de la burguesía y el inicio de una in-

dustrialización incipiente. El Uruguay "bárbaro" se ha "civilizado"².

Los cambios producidos en el inicio del siglo XX son económicos y culturales, pero también políticos. A imagen y semejanza de países de Europa Occidental, en particular Suiza, se consolidan reformas constitucionales y legales, que no sólo producen una estabilidad política que durará más de 80 años, sino que también le asignan al Estado un rol significativo en la protección social y la justicia distributiva. De un país semisalvaje se pasa a un "laboratorio social" que será modelo de *Estado benefactor* en toda la región durante la primera mitad del siglo XX³.

Un fuerte sistema de seguridad social, unido a las asociaciones de ayuda mutua, sobre todo a partir de nacionalidades de inmigrantes y no tanto por gremios, permiten una protección social relativamente comparable a la de los países europeos.

La importancia del Imperio Británico será en los primeros años del siglo muy grande, fundamentalmente por los empréstitos y las inversiones (sobre todo en servicios públicos) directamente administrados⁴.

También en los aspectos culturales, tanto científicos como artísticos, Uruguay logra un cierto destaque. Por un lado se

universaliza la educación primaria, logrando tasas de alfabetización superiores a las de toda la región. Por otra parte, los profesores universitarios, escritores, pintores se forman en Europa, generalmente en Francia, siendo directos importadores de las ideas positivistas y liberales, aunque también socialistas, que se producían en el centro europeo, motor del pensamiento occidental en el siglo XIX.

Fuertes corrientes migratorias desde Europa, sobre todo España e Italia, pero no exclusivamente, aportaban mano de obra para consolidar el nacimiento de la industria con el inicio del siglo XX.

Uruguay tenía un sostenido crecimiento económico, iniciaba su proceso de industrialización y gozaba de una bien merecida fama cultural e intelectual por sus logros en la extensión de la educación escolar y la producción reconocida de científicos y artistas.

La atención a la salud no es un proceso autónomo. La participación del Estado en la misma y el desarrollo histórico de la nación están estrechamente vinculados. La práctica médica está directamente articulada con la transformación histórica del proceso de producción⁵. Es en el modo de producción capitalista donde la medicina, que se desplaza del espacio mágico y religioso, adquiere mayor vínculo con el proceso económi-

co y político al transformarse indirectamente en productiva, conservando la mano de obra. A fines del siglo XIX el rol del Estado en la atención a la salud es normativo, pero con el inicio del siglo XX el Estado asume la prestación directa de servicios y se compromete con la educación y la investigación médica. Por otra parte, las agrupaciones de ayuda mutua van asumiendo tareas de atención médica además de la protección por desempleo.

Se va conformando así un doble conjunto de servicios que perdurará hasta el presente. El desarrollo de estos servicios, unido a las condiciones económicas y sanitarias más generales, permitirá lograr los mejores indicadores de salud hasta promediar el siglo XX. Pero incluso la sociedad uruguaya, también como consecuencia de un conjunto de factores complejos, se transformará en una sociedad profunda y extensamente medicalizada⁶.

Uruguay en⁷:

- 1919, prestó 1.500 millones de dólares de 2001 a Estados Unidos, Inglaterra y Francia y su moneda se valorizó un 28% más que el dólar.
- 1931, es el quinto país con la renta *per capita* más alta del mundo y el país con más automóviles cada 10.000 habitantes del mundo.

- 1945, es acreedor de Estados Unidos en 750 millones de dólares (de 2001) y de Inglaterra en 877 millones de dólares (de 2001), y tiene la reserva de oro *per capita* más grande del mundo (700 dólares de hoy por habitante).

A partir de 1950 se produce, coincidiendo con propuestas económicas como el desarrollismo y el modelo por sustitución de importaciones y después de la posguerra, una detención del crecimiento de Uruguay en todos sus aspectos. Esto incluye un retroceso relativo en el contexto americano en materia de indicadores de salud. Aunque el país mantiene un liderazgo en los indicadores económicos y sociales, se produce un retroceso en indicadores de salud, especialmente mortalidad infantil (MI) y esperanza de vida al nacer, siendo superado entre otros por Cuba, Costa Rica, Chile y muchos países del Caribe anglo-parlante⁸. Uruguay en 1950 era con 57 por mil el país de menor MI en toda América Latina y el Caribe. En 1990 con 24 por mil había 8 países con menor MI. En 1999 con 18 por mil había 11 países mejores y 8 de ellos tienen menor PBI (producto bruto interno) *per capita* que Uruguay. Quiere decir que Uruguay cada día hace peor las cosas. Los países como Cuba, Costa Rica y Chile, que hoy tienen 7,9 y 9 por mil res-

pectivamente de MI, tienen una red de consultorios y centros de salud distribuidos por todo el país que permiten una atención igualitaria e integral para todos los niños cualquiera que sea su clase social, etnia o sexo.

Lejos de tender a una sistematización de los servicios de salud (como sucediera en los países americanos que hoy tienen mejores indicadores de salud), se mantuvo un conjunto de servicios, públicos y privados, de características muy diferentes. Algunos factores similares a los estudiados por P. Starr para Estados Unidos, acciones corporativas y el interés de lucro podrían ser explicativos⁹.

La influencia de los modelos económicos neoliberales en todo el continente ha tenido efectos relativos en Uruguay. El gasto actual en salud es porcentualmente muy alto, con aproximadamente un 10% del PBI, aunque en valores absolutos sea muy inferior al de los países europeos, EE.UU., Canadá y Australia. Además, el mayor porcentaje de ese gasto es privado (7,2%) mientras que el Estado sólo aporta un 2,8%. Por lo tanto, parece difícil lograr un efecto privatizador aun mayor. No se descarta en cambio que dentro del sector privado se pueda transformar de empresas solidarias sin fines de lucro, como es la realidad actual, a empresas nacionales o ex-

tranjeras que buscan distribución de utilidades, como ha sucedido en otros países de la subregión^{10,11}.

Contexto socioeconómico

Uruguay es un país que ocupa una superficie de 176.215 kilómetros cuadrados, y donde habitan 3.163.763 personas de acuerdo con los datos del último censo realizado en el año 1996. El 90,8% de la población reside en áreas urbanas (actualmente llega al 95%), y el 42,5% se concentra en Montevideo, la capital del país. La densidad promedio es de 18 habitantes por km², y el índice de masculinidad para la totalidad del país es de 0,94¹²⁻¹³.

Desde el punto de vista socioeconómico, se encuentra dentro de los países en desarrollo, con ingresos que pueden definirse como medios. El PBI por habitante fue en 1997 de 6.333 dólares (Banco Central). En 1995 representó 5.170 dólares, siendo el promedio para América Latina y el Caribe de 3.300 dólares, y el promedio mundial de 4.800 para el mismo año¹⁴⁻¹⁵.

Históricamente la economía del país se ha sustentado en el sector agropecuario de producción, en especial la ganadería, y con una industria basada en la elaboración de productos agrícolas y ganaderos. En los últimos años se ha incentivado el desarrollo del sector terciario

de servicios, que ha comenzado a ganar importancia desde la creación del Mercado Común del Sur. Uruguay ha sido, a pesar de todo, de los países con mayor tradición democrática de la región¹⁶ y con mejor distribución de la riqueza (coeficiente de Gini de 0,42) en la región más desigual del mundo¹⁷.

En el año 1995 la población con necesidades básicas insatisfechas representaba para todo el país promedio el 27,6%, siendo mayor la cifra para la población residente fuera de la capital con relación a los habitantes de Montevideo. El porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza pasó del 16% en 1986, al 12% en 1990 y a un 6% en el año 1997, y los hogares bajo la línea de indigencia o extrema pobreza representan el 1% del total de hogares en la actualidad considerando solamente las zonas urbanas¹⁸⁻¹⁹. La incidencia de la pobreza en los niños de 0 a 5 años pasó de 33,3% en 1999 a 46,6% en 2002 (104.000 niños) y la pobreza extrema por debajo de la línea de indigencia paso de 3,1% en 1999 a 5,4% en 2002 (12.000 niños)²⁰. Todos estos datos muestran un franco retroceso socio-económico.

Uruguay en 1992 ocupaba el puesto 29 en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, descendiendo progresivamente hasta alcanzar el puesto 46 en 2004²¹.

En términos generales, los indicadores de salud materno-infantil son relativamente buenos de forma comparativa en la región: el 98% de la población tiene agua potable; el 94% dispone de saneamiento; el 100% de las vacunas del Programa Ampliado son financiadas por el gobierno y alcanzan aproximadamente al 98% de la población infantil, no existe el tétanos entre las mujeres embarazadas, el número estimado de niños con VIH-SIDA es de alrededor de 100, los partos atendidos por personal calificado son de alrededor del 100%, y la tasa de mortalidad materna es de 26 por 100.000 nacidos vivos.

Situación epidemiológica

Los cambios en la natalidad, la mortalidad y el incremento en la esperanza de vida al nacer se producen de forma precoz si se compara con el resto de la región. En la década de los 20 la tasa de natalidad era de alrededor de 25 nacimientos por cada mil habitantes, alcanzando cifras de 20 por mil en los años 30. Se mantiene este valor hasta la década de los 80, cuando se produce un nuevo descenso hasta llegar a cifras de alrededor de 17 por mil^{22,23}.

La mortalidad general alcanza una tasa de alrededor de 10,5 por mil desde mediados de los años 30, y se mantiene

alrededor de 10 por mil desde entonces, con pequeñas oscilaciones primero a la baja y en el último período al alta debido al peso relativo cada vez mayor que tiene la población anciana²⁴.

Puede observarse un comportamiento similar en la evolución de la EVN (esperanza de vida al nacer) y la TMI, en cuanto a la precocidad de sus variaciones con relación a la región.

En cuanto a la migración, las tasas negativas más elevadas sucedieron en la década de los 70 coincidiendo con una coyuntura política y económica especial, con cifras de -9,7 por mil, presentando en la actualidad un saldo neto de alrededor de -1,0 por mil. En los últimos dos años se ha producido un notable incremento de la emigración, particularmente de jóvenes (y España es uno de los principales destinos).

Como consecuencia del comportamiento en la natalidad, la mortalidad y la migración, el crecimiento poblacional es muy bajo. La tasa anual media de crecimiento intercensal es de 6,4 por mil habitantes para todo el país, presentando un comportamiento diferente para la población urbana (crece a una tasa anual promedio de 10 por mil) y en las áreas rurales (donde decrece a una tasa anual de 21 por mil). La tasa de crecimiento de Uruguay es la más baja de las

Américas con la excepción de algunas islas del Caribe inglés²⁵.

Otra consecuencia de la evolución de las variables demo-epidemiológicas es la variación sustancial que se ha producido en la estructura de la pirámide poblacional con notorio envejecimiento de la misma. El grupo de mayores de 65 años, que representaban menos del 3% a principios de siglo, actualmente tienen un peso relativo del 13%. La tasa de crecimiento de este último grupo es tres veces mayor que la del promedio del país. Este progresivo envejecimiento es más acentuado al considerar el sexo femenino como consecuencia de las diferencias en mortalidad entre sexos. Uruguay es el país con el porcentaje más alto de adultos mayores de toda América Latina.

La EVN es en la actualidad para los hombres de 69,9 años y para las mujeres de 77,7 años, siendo el promedio global de 73,8 años. La TMI fue de 14,2 por mil nacidos vivos para 1999, 14,1 por mil en 2000, 13,9 por mil en 2001, 13,5 en 2002 y 15 por mil en 2003²⁶ (lo cual implica un retroceso por primera vez en 30 años equivalente a 5 años).

Con respecto a la mortalidad por causa, se destacan las enfermedades no transmisibles, como es característico de los países en etapas avanzadas de la

transición demográfica. Las enfermedades cardiovasculares en el año 1997 representaron el 36,2% de las defunciones por causas definidas, siendo las afecciones isquémicas y las cerebrovasculares las más frecuentes. El 25,9% de las defunciones fueron producidas por los tumores malignos en el año 1997. Si se consideran las tasas por 100.000 habitantes ajustadas por edad, Uruguay ocupa el tercer lugar en el mundo en mortalidad por cáncer en los hombres y el noveno en el caso de las mujeres.

Un indicador de reciente uso en nuestro medio es el de los años de vida saludables ajustados según la discapacidad (AVISA), que surge como resultado de un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública en colaboración con el Banco Mundial. Del mismo surge que las enfermedades no transmisibles son las que producen la mayor pérdida de AVISA para el conjunto de la población^{27,28}.

Para todo el país la tasa de AVISA por cada mil habitantes es de 154,2 con una pequeña diferencia a favor de las muertes prematuras en relación con la discapacidad (79,1 frente a 75,1 respectivamente) como la dimensión que explica la mayor parte de las pérdidas.

En Uruguay nacen en los últimos años entre 50.000 y 55.000 niños por año. Algo más de la mitad nacen en materni-

dades del subsector público, que dispone de menor equipamiento en recursos materiales y humanos. La tasa de MI nacional fue para los años 2001, 2002 y 2003 de 13,8, 13,6 y 15 por mil, respectivamente (se produce un ascenso por primera vez en más de 30 años). En el último año la TMI osciló entre 28 por mil en la zona norte del país y entre 8 y 15 por mil en la zona sur cercana a Montevideo. Alrededor del 50% de esta mortalidad está producida por enfermedades infecciosas y por lo tanto es relativamente prevenible. Como se ha señalado, la TMI de los niños nacidos en los hospitales públicos es entre 50 y 60% superior a la del subsector privado (en 2001 13,4 contra 9,7 por mil) y el 66% de la TMI se produce en hijos de madres que no tienen la educación primaria completa.

Servicios de atención a la salud

La estructura de la atención médica presenta una organización muy fragmentada, integrada por una compleja red de instituciones públicas y privadas que dan cobertura formal a alrededor del 95% de la población, con una importante disponibilidad de recursos asignados al sector: 10% del producto bruto (*grosso modo* 8 del bolsillo de los usuarios y 2 del Estado); es decir, alrededor de 565 dólares *per ca-*

pita. Existen actualmente más de 400 médicos y 40 pediatras por cada 100.000 habitantes (cifras superadas por no más de 6 ó 7 países en el mundo)²⁹. Alrededor del 80% trabajan en Montevideo (que tiene la mitad de la población aproximadamente) y el 20% en el resto del país. La población urbana de Uruguay en el presente es superior al 95%.

Conviven en el sistema dos subsectores claramente diferenciados: uno público, con financiamiento y prestaciones a cargo del Estado, y otro privado, con un mayor peso relativo de las instituciones de asistencia médica colectiva (sin fines de lucro), principal componente del subsector. En el primero el financiamiento surge de los impuestos de rentas generales, mientras que en el segundo el financiamiento surge de un prepago individual e igual (independiente del ingreso o del riesgo). La medicina privada o los seguros con póliza en función del riesgo tienen poca significación en el conjunto de la sociedad. Esta fragmentación, unida a la fuerte diferenciación capital-resto del país, otorga al sector salud una gran complejidad, una superposición de cobertura y una intrincada red de efectores que brindan prestación asistencial³⁰. El rol normativo del Estado se remite casi exclusivamente al control de precios y muy poco a proponer pau-

tas y criterios de atención. La función del control de las prestaciones es casi nula.

El excesivo gasto en salud (con predominio del subsector privado) con resultados poco aceptables en los niveles de salud alcanzados ha llevado a que la Organización Mundial de la Salud ubicase a Uruguay en el puesto 65 en el *ranking* mundial de desempeño global de los servicios de salud en el año 2000²³.

A pesar del elevado número de pediatras, ha surgido un programa de medicina familiar que también atiende a niños. Es cuantitativamente poco significativo y está dirigido a la atención de los más pobres, aquellos que ni siquiera llegan a los Centros de Salud. Éstos son escasos, mal distribuidos geográficamente, con horarios de atención reducidos y mal equipados. Esto implica que tienen baja capacidad resolutive y los servicios de emergencia de los hospitales se saturan. En el subsector público alrededor del 75% de los partos no tienen un control mínimamente adecuado y la incidencia del embarazo en madres adolescentes es de más del 20%. Mientras tanto, en el subsector privado todos los niños, y en algún caso también los adolescentes, tienen acceso directo a pediatras, todos los embarazos son bien controlados y el

embarazo en adolescentes es mucho más raro. En todos los casos predomina siempre el modelo curativo y a demanda, con poco énfasis en la prevención y en la educación. Éstos quedan librados a los criterios individuales más que a políticas del Estado.

La Sociedad Uruguaya de Pediatría, fundada en 1915, ha jugado un rol importante al pretender modificar el modelo asistencial, pero hasta el presente ha sido totalmente insuficiente para lograr revertir los aspectos señalados.

Síntesis de los principales hallazgos demo-epidemiológicos

- Envejecimiento de la población, más marcado en la población de la capital.
- Mayores problemas de salud en los hombres, lo que genera brechas importantes entre ambos sexos en EVN.
- Presencia de desigualdades en la situación de salud.
- Causas no trasmisibles como la principal causa de muerte y de pérdida de AVISA.
- Si se mide la discapacidad, se agregan nuevas afecciones como problemas de salud, como es el caso de las enfermedades neurosiquiátricas.

- Persistencia de problemas no relacionados con la no transmisión en ciertos sectores de población: 18% de nacimientos en madres adolescentes.
- El peso de enfermedades es mayor en los hombres y en los residentes en Montevideo.
- La evolución de los indicadores de salud muestra el desplazamiento de Uruguay de las mejores posiciones en cuanto a los resultados obtenidos: se considera que Uruguay evolucionó muy favorablemente en sus indicadores epidemiológicos en la primera mitad del siglo XX, asistiendo posteriormente a un estancamiento o muy escasa mejora de sus condiciones de salud con relación a otros países con similares posibilidades.

Conclusiones

Después de descritas las principales características de los servicios de salud en Uruguay, se podría concluir en un decálogo diagnóstico de la patología de la atención a la salud³¹:

1. Se gasta mucho en reparación de la salud perdida y muy poco en prevenir la enfermedad (se invierte demasiado en algunos casos de precario futuro y poco en muchos

- casos de grandes réditos sanitarios).
2. Hay exceso de efectores asistenciales carentes de esencial interrelación (las redes asistenciales son precarias o simples diseños propagandísticos).
3. La capacidad instalada no se corresponde con la demanda real (el rendimiento de la inversión económica y social es mínimo).
4. No se utilizan en magnitud suficiente las mejores y más probadas técnicas en salud pública (hay notorio apoyo a las técnicas asistenciales que dan "prestigio" o están de moda).
5. Existe una plétora perjudicial de medicamentos (no hay una política adecuada para conseguir transformarlos en recursos útiles para la sociedad).
6. Hay un exceso de intermediarios en el sector salud (es notoria la existencia de gasto improductivo).
7. Existen instituciones estructuralmente inadecuadas para atender requerimientos sanitarios (hay multiplicidad de organizaciones sin objetivos concretos y además no tienen viabilidad financiera).
8. Hay sobreutilización de recursos diagnósticos y excesos terapéuti-

cos (constituyen verdaderas malversaciones de los recursos de la sociedad).

9. Es creciente el "mal uso" de la mala praxis (en lugar de constituir un mecanismo de seguridad de la población, este recurso jurídico se está tomando una nueva quita de los recursos destinados a la salubridad).
10. Existe una perniciosa propaganda que orienta a la población a consumos inadecuados o tendenciosos (la educación para la salud sufre persistentes derrotas ante los modelos publicitarios).

De acuerdo con las características señaladas y sintetizadas en este decálogo diagnóstico y a las tendencias que se visualizan entre los principales actores, el pronóstico del sistema es grave.

Salvo desde algunos sectores del gremio médico y desde la universidad, no existen propuestas más o menos globales y sistematizadoras que, recorriendo una cierta gradualidad, permitieran lo-

gar una cobertura asistencial, universal y equitativa en un plazo razonable. Es preocupante que a pesar de una crisis estructural, a la cual se suma una severa crisis coyuntural tanto en el subsector público como en el privado, no existen proyectos de reforma desde los partidos políticos³².

Esta reforma sanitaria debiera estar (más o menos elaborada) en la agenda política y no ha sido así. Aun ello constituiría una condición necesaria aunque no suficiente. Esta reforma debería tomar en consideración la opinión de todos los actores implicados, es decir, el conjunto del entramado social de la sociedad civil³³.

Se supone que una solución deseable debiera surgir de un financiamiento mixto (Estado, empleador y trabajador), con un Estado fuertemente regulador y evaluador y un conjunto de prestadores privados sin fines de lucro, que permitiera una atención integral, universal, equitativa y altamente eficaz y eficiente³⁴.