

# El lugar de la diferencia \*

DR. JOSÉ PORTILLO<sup>1</sup>

*Cada día algún médico ingenioso  
Inventa un nuevo método o un nuevo instrumento*  
Teodorico (1267)

## Introducción

La lectura muy rápida de manifiestos y declaraciones, puede llevar a conclusiones también muy rápidas y por lo tanto a veces muy equivocadas.

Desde los inicios del pensamiento occidental en la Grecia jónica, la racionalidad y la ciencia han sido los caminos de búsqueda de la verdad, la vía de la verdad como señalaba Parménides. Con el transcurrir del tiempo, la realidad social, se ha hecho de una manera extraordinaria tan compleja, que su interpretación muchas veces es no sólo difícil sino también contradictoria y la verdad no aparece fácilmente.

Desde mediados del siglo XX, a partir de pensadores como Heidegger y Gadamer, la filosofía tomó prestados métodos de la crítica literaria y la filología, como la hermenéutica, como teoría y método de la interpretación. Vattimo, discípulo de Gadamer, nos señala que la historia es en realidad un conjunto de esquemas retóricos e interpretativos de la propia historiografía. Es decir que ciertos "hechos" podrían tener diferentes esquemas interpretativos.

Por otra parte, Sartre en su "Crítica a la razón dialéctica" nos hablaba del acercamiento existencialista. Este es un método a la vez progresivo y regresivo, a la vez analítico y sintético. Según este reconocido pensador este método produce un "vaivén" enriquecedor entre el objeto y la época<sup>(1)</sup>. Es lo que Vattimo llama la "ética de la interpretación"<sup>(2)</sup>.

Con estas herramientas teórico-metodológicas será quizás más enriquecedor el análisis del concepto de la atención primaria de la salud (APS), si es que se puede

concluir que constituye un concepto. Según Kant, los conceptos son constitutivos porque permiten realizar una síntesis. Sin embargo, la declaración de Alma-Ata en 1978, en particular su artículo 6º, ha sido tan poco concreto y tan polisémico, como veremos, que no ha logrado sus loables objetivos: transformar los sistemas de salud, en especial en los países pobres, logrando servicios de salud como Inglaterra, Nueva Zelanda, Francia, Costa Rica o Cuba.

Muchas modificaciones se produjeron a lo largo del siglo XX tanto en la calidad de vida de las personas como en los niveles de salud alcanzados, pero también y muy particularmente en la vertiginosa capacidad de innovación tecnológica. Esto último, sumado al crecimiento mundial (aunque desigual) de la esperanza de vida, produjo un aumento en los costos de la salud que pasaron del 3% del PBI mundial en 1948 al 8% del PBI mundial en 1999 (aproximadamente 3.000 billones de dólares)<sup>(3)</sup>.

Conscientes de este proceso, autoridades sanitarias, lideradas por quien fuera un gran sanitarista como Haldan Mähler y autoridades políticas, convocaron a la gran Asamblea de Alma-Ata, que en 1978 produjo la famosa declaración, que iniciara lo que se llamaría luego la segunda generación de reformas en el sector salud del siglo XX. Sin embargo la preocupación por el avance tecnológico no era tan original, como se ve en el epígrafe de este artículo o como señalaba el British Medical Journal en 1880<sup>(4)</sup>: "Con tales métodos, se pauperizan nuestros sentidos y se debilita nuestra agudeza clínica". El editorialista de tan prestigiosa revista médica se refería ni más ni menos que al esfigmomanómetro.

Es decir que la innovación tecnológica con las consiguientes modificaciones de la práctica médica y su gigantesco encarecimiento, llevaron a grandes pensadores de la salud pública, como Mähler, a proponer imitar a los que

\* Versión levemente ampliada del trabajo presentado en el Plenario de ALAPE en el Congreso XII Latinoamericano y XXIII Uruguayo de Pediatría. Noviembre 2000. Montevideo, Uruguay.

1. Médico Pediatra - Candidato a Magister en Filosofía.

Recibido: 18/12/00

Aceptado: 15/1/01

hacían las cosas mejor como los países del norte de Europa: buena medicina de primer nivel con un uso racional y razonable de la tecnología, coordinando las acciones de la medicina con otros sectores de la sociedad y dándole participación a la gente en la toma de decisiones.

Como intentaremos demostrar, tan loables intenciones fracasaron en sus objetivos. Dos conjuntos de razones podrían explicarlo: por un lado una definición tan polisémica permitió que cualquier concepción política de la sociedad la usara en su propio beneficio (desde visiones ultraconservadoras y neoliberales hasta posiciones progresistas y hasta revolucionarias) y por otro lado el período histórico en el cual se produjo, fuerte crisis del modelo (o de los modelos) económico y político, es decir del capitalismo avanzado (acompañado de una crisis de los grandes paradigmas (de los grandes relatos) teóricos.

En este artículo veremos entonces:

1. Diferentes significados e interpretaciones de la estrategia de la atención primaria de la salud, matizando el valor de la declaración.
2. El contexto histórico-cultural de producción del discurso.
3. La inoperancia de tal estrategia en la enorme mayoría de los países y en particular en Uruguay, para poder revalorizar sus contenidos.

Primer nivel de atención se refiere a la atención médica menos compleja que brinda cualquier servicio de salud, a cargo de los médicos generalistas y trabajadores de la salud, que soluciona alrededor del 85% de los problemas y que puede funcionar en el contexto de un sistema o en forma aislada relativamente anárquica.

Por el contrario, la atención primaria de la salud, tomando literalmente la definición de Alma-Ata, pretende ser una gran estrategia de política macroeconómica, que contribuiría entre muchas otras cosas a fortalecer y mejorar el primer nivel de atención.

El primer concepto es puramente médico y fundamentalmente clínico, el segundo, la APS, es político, económico, sociológico, antropológico, epidemiológico y hasta epistemológico. Era demasiado ambicioso para poder triunfar.

Sin duda, en ambas concepciones, el pediatra clínico (como generalista) tiene un rol sustantivo: el ocuparse del niño sano y enfermo en su contexto familiar, social y cultural.

Con este artículo pretendemos colaborar a que el pediatra, además de su práctica clínica, reflexione sobre los alcances y limitaciones, sobre las debilidades y fortalezas, de ciertas prácticas sociales y políticas.

## Significados e Interpretaciones de la APS

Ya en 1988 señalábamos “a pesar de las buenas intenciones en el aspecto declarativo, poco se ha obtenido en el aspecto político”<sup>(5)</sup>. Las buenas intenciones eran de la conferencia de Alma-Ata y sin embargo ya en ese momento, se vivía una severa crisis económica, muchos países pobres habían empeorado sus indicadores de salud y ningún país que no tuviera un sistema de salud antes del 78 lo había hecho en ese lapso. Incluso en ese período se calculaba por parte de la Organización Panamericana de la Salud, que en América Latina se destinaba entre 80 a 90% del gasto en salud en el segundo y tercer nivel de atención, 15% innecesario o inadecuado y eso significaba de 10 a 14.000 millones de dólares anuales<sup>(6)</sup>. Y decíamos también que “a pesar de los esfuerzos de los organismos internacionales para definir estrategias y prioridades, los resultados son cada vez peores”.

En 1991 decíamos: “obviamente una declaración tan general sirve a cualquier objetivo y por eso fue suscrita por todos los gobiernos:

- En un extremo, los partidarios del achicamiento del Estado, la vieron con buenos ojos. Muchos de los deberes ineludibles del Estado pasaban a ser motivo de decisión de las Comunidades y de los gobiernos locales.
- En el otro extremo, la posibilidad de decisión y la descentralización, entusiasmaron a los partidarios de una verdadera democracia participativa.
- Entre ambos extremos caben todas las opciones.

En definitiva, la estrategia de la APS es un instrumento y por lo tanto, los resultados que se obtengan dependerán tanto de quien lo “use” como de con qué objetivos se “use”.

Las fuerzas progresistas lo han rescatado como un espacio de lucha política. Las clases dominantes y sus representantes lo han aprovechado para lograr un abaratamiento de costos, a expensas de una medicina de segunda categoría”<sup>(7)</sup>.

Si uno repasa la literatura o su propia práctica vinculada a la asistencia o a la educación médica, encontrará sin duda que la APS ha sido desvirtuada como estrategia macropolítica para tomarla como sinónimo de medicina primitiva, y se trae a colación los médicos descalzos o los promotores de salud. La preocupación central de algunos pediatras y sanitaristas, como Bárbara Starfield en EE.UU., no han sido suficientes para darle un lugar destacado en el ambiente académico. El término APS, que pretendió ser denotativo pasó a ser denostativo. En el imaginario médico se le reservó en general, salvo destacadas excepciones que confirman la regla, como una actividad de poco prestigio científico.

En este país, del laboratorio social, como señala Morás<sup>(8)</sup>, algunos pensaron que podía la estrategia de la APS conformar una reforma sanitaria que lograra lo que la reforma educativa de las últimas décadas del siglo XIX: universalidad, equidad e integralidad. Varela había señalado que la instrucción era el gran nivelador de la época. La APS podía haberse constituido en el gran nivelador de fin del siglo XX. Estas estrategias universalizadoras son ambivalentes: por un lado pueden contribuir al control social, como señala Foucault, pero también es indudable que contienen un germen emancipador, como señala Paulo Freire. Sin embargo la APS no logró consolidarse como tal.

En el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud referido en<sup>(3)</sup>, se describe a la APS como la segunda generación de reformas, que pretendió imitar a países como Yugoslavia, China, Cuba, Indonesia, Costa Rica o Sri Lanka, que habían logrado resultados de salud muy buenos (en 20 años, 15 a 20 años más de esperanza de vida al nacer) a un costo relativamente pequeño. Existía en todos ellos un fuerte compromiso por la atención universal, junto con medidas de educación y salud pública. Continúa señalando dicho informe: “el término primario pronto adquirió una variedad de connotaciones, algunas de ellas de carácter técnico (relacionadas ya sea con el primer contacto con el sistema, el primer nivel de atención, los tratamientos sencillos que podían ser suministrados por proveedores con poco adiestramiento o las intervenciones para atacar las causas primarias de la enfermedad) y otras de índole política (dependiendo de la acción multisectorial o de la participación comunitaria). La multiplicidad de significados y sus consecuencias a menudo contradictorias para la política, explican porqué no hay un solo modelo de atención primaria y porqué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países o estados que aportaron las primeras pruebas de que podía lograrse un mejoramiento sustancial de la salud a un costo asequible”. A pesar de diferentes iniciativas, continúa refiriendo el citado informe, los fracasos se repitieron, la calidad de la atención era primitiva y la atención primaria se limitaba a los pobres. En cambio en los países ricos, que ya tenían sistemas bien organizados, la atención primaria se integró en la totalidad de los sistemas ya existentes, priorizando en todo caso, la medicina general y la medicina familiar, fundamentalmente con los objetivos de disminuir los costos de una medicina excesivamente especializada y deshumanizada, pero que ya era de buena calidad y accesible a la totalidad de la población (en particular en Canadá y toda la Unión Europea).

Hoy en día, los países de ingresos bajos y medios donde vive el 84% de la población del mundo y sobrellevan el 93% de la carga de morbilidad, representan sólo el 18% de los ingresos mundiales y el 11% del gasto sanita-

rio mundial. Como se puede ver, *grosso modo*, la brecha entre ricos y pobres no sólo se ha mantenido (no sólo en materia de salud) sino que se ha profundizado. Según la OMS, en 1990 un tercio de la carga de morbilidad de los países pobres, se podría haber evitado a un costo total por persona de sólo U\$ 12. Según estimaba esta misma organización en su informe de 1999<sup>(9)</sup>, entre 1960 y 1990 se puede adjudicar un 50% de la disminución de la mortalidad al progreso científico y técnico, un 40% al aumento del nivel educativo de las mujeres adultas y un 20% al aumento de los ingresos. Los resultados en salud mejoran por diversas razones, el problema es que no mejoran tanto como se podría y debería de acuerdo al gasto sanitario y a la infraestructura de los servicios disponibles, como se verá más adelante.

## Contexto histórico-cultural de producción del discurso

Como señalábamos al comienzo, siguiendo a Sartre, se puede enriquecer el conocimiento si aplicamos un método de “vaivén” entre el objeto de estudio (la APS) y su época.

¿En qué contexto histórico se produce la Conferencia de Alma-Ata? ¿Qué sucedía en los países ricos y en los países pobres?

En 1983 decía Juan César García: “la crisis económica del capitalismo en los años 70, junto con la crisis fiscal del Estado, lleva a centrar la atención de los intelectuales sobre la relación del individuo con el Estado y sus aspectos económicos e ideológicos. Así, surgen en el campo de la salud conceptos como atención primaria, autocuidado, organización formal e informal, medicina tradicional como alternativa válida a la medicina oficial, participación comunitaria en la atención de la salud, investigación-acción, etcétera”. Este gran pensador de la salud, ya asociaba a principios de 1980 la crisis del modelo económico hegemónico con proposiciones de los grupos dominantes para reorganizar la economía capitalista y con el surgimiento de concepciones y prácticas irracionales o místicas en medicina, como antes lo había señalado Sigerist. Sin embargo, y esto es lo importante, las contradicciones del sistema “abren también oportunidades para una producción científica desalienante y comprometida”<sup>(10)</sup>.

Como señala P. Anderson, la gran crisis del modelo hegemónico económico-político se produce en 1973<sup>(11)</sup>. El capitalismo avanzado entró en una recesión con bajas tasas de crecimiento y altas tasas de inflación. En este contexto, las ideas de filósofos y economistas importantes, como Hayeck, que se habían originado en la década del 40, para enfrentar a Keynes y a los defensores de la

protección social desde el Estado, reaparecieron con fuerza. Hayeck junto con Von Mises, Popper, Polanyi y otros muy importantes pensadores habían señalado en Mont Pelerin en Suiza, en 1947: “a pesar de sus buenas intenciones, la socialdemocracia moderada inglesa conduce al mismo desastre que el nazismo alemán: a una servidumbre moderna”.

Los gobiernos de Reagan, Thatcher o Kohl contrajeron la emisión monetaria, elevaron las tasas de interés, bajaron los impuestos, abolieron los controles sobre los flujos financieros, crearon desempleo y recortaron los gastos sociales. Su modelo se exportó mecánicamente a América Latina. Sin embargo el modelo económico no se reavivó ya que entre los años 70 y 80 no hubo cambios significativos en la tasa media de crecimiento en los países de la OCDE. Lo curioso es que el capitalismo más exitoso en los últimos 20 años (Japón, Corea, Formosa, Singapur, Malasia) es el menos liberal y el que ha logrado mayores éxitos en indicadores de salud.

Pero como señala Anderson, aunque el neoliberalismo fracasó en sus objetivos económicos “ha logrado un grado de éxito probablemente jamás soñado por sus fundadores”, política e ideológicamente, “diseminando la idea de que no hay alternativas para sus principios”, es decir, el fin de la historia. El neoliberalismo había logrado sociedades más desiguales, pero no había revitalizado al capitalismo.

En estas sociedades cada vez más desiguales los conceptos de justicia y equidad se hacen centrales. Serán así las obras de John Rawls sobre la Teoría de la Justicia<sup>(12)</sup> y otras posteriores, así como la obra de Amartya Sen<sup>(13)</sup> sobre la equidad, que le valdría el Premio Nobel, referencia indiscutida al estudiar teoría de las necesidades y sus satisfactores, en general, pero muy en particular en el sector salud.

También para Mangabeira<sup>(14)</sup>, el neoliberalismo priorizó la estabilización macroeconómica ortodoxa a través del equilibrio fiscal y la contención del gasto fiscal. La estrategia de APS era naturalmente funcional a la estrategia económica. En definitiva se buscaba una retirada del Estado en la producción de bienes y servicios. Las políticas sociales serían meramente compensatorias (focalización de la pobreza), atención primaria o primitiva para pobres.

Las loables intenciones de Mähler y otros grandes sanitaristas, habían sido confiscadas en la mayoría de los países pobres. Los gobiernos se las habían apropiado pero para apoyar las tesis del grupo de Mont Pelerin. La vieja y renovada disputa estatismo y privatismo, dirigismo y mercado, seguía vigente y había aprisionado a la APS. La búsqueda de formas institucionales alternativas de pluralismo económico, social y político, que en cierta

forma se reivindicaran en Alma-Ata, continúan siendo una asignatura pendiente.

En su reciente propuesta del experimentalismo democrático, como alternativa progresista de democracia realizada, Mangabeira hace sugerencias para una práctica de la reflexión y la acción, que estaban contenidas en la declaración de Alma-Ata y que hay que recuperar:

- Áreas de superposición entre las condiciones del progreso práctico y las exigencias de emancipación individual como estructuralmente análogas y causalmente conectadas.
- Relación entre resistencia o trascendencia y solidaridad o amor.
- Mandos institucionales y culturales que sean un mejor sostén de nuestros poderes de trascender los contextos.
- La reforma radical, que aborda y cambia los dispositivos básicos de la sociedad: su estructura formativa de instituciones y creencias sancionadas.

Como dice Baranchuk<sup>(15)</sup>: “escribimos, discutimos, hablamos sobre APS porque creemos en ella. En una APS que luego de 22 años sepa capitalizar éxitos y fracasos, en una experiencia fecunda que reconozca los cambios que han sufrido nuestros pueblos y el mundo, en el último cuarto de siglo”.

## Los resultados

El último informe de OMS sobre la salud en el mundo, referido en<sup>(3)</sup>, ha innovado en aspectos teórico-metodológicos que resultan muy interesantes y que ameritan consideraciones en profundidad, pero que no constituyen el objetivo de este artículo.

Lo más destacado es en el informe, la consideración de los niveles de salud en los países y su distribución entre sus habitantes, sino también considerar el nivel de capacidad de respuesta a las expectativas de la población y su distribución en la misma y por último, considerar la equidad en la contribución financiera. Por un lado se consideran los logros de cada país con referencia a ciertas metas, pero por otro se considera el desempeño global del sistema en relación al gasto sanitario total y a los logros que debería tener de acuerdo con el mismo. Como se ve y aún con insuficiencias metodológicas, se puede evaluar y comparar los servicios de salud de los países en eficacia, eficiencia y equidad, que por otra parte, eran los tres pilares centrales de la estrategia de APS. Una lectura detallada del informe y sus cuadros es una buena forma de confirmar cuantitativamente lo señalado en párrafos anteriores: la declaración de Alma-Ata no logró

**Tabla 1.** Indicadores y países seleccionados

	PBI/Capit a (US\$)	Tasa de Mort. Infantil ‰	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de Alfabetz. Adultos (%)	Salud		Capacidad de respuesta		Equidad	Logro global	Gasto sanitario	Desempeño	
					Nivel	Distribu- ción	Nivel	Distribu- ción				Nivel de Salud	Global
Cuba	1.170	7	76	96	33	41	117	100	25	40	118	36	39
Chile	4.860	11	75	95	32	1	45	103	168	33	44	23	33
Costa Rica	2.640	12	77	95	40	45	68	87	65	45	50	25	36
Uruguay	5.760	18	73	97	37	68	41	57	36	50	33	50	65

Datos de UNICEF

Datos de OMS. Indicadores compuestos para evaluar niveles de salud, satisfacción de las demandas y equidad financiera.  
Los números significan un orden en el ranking mundial (1 es el mejor).

influir en los países con servicios de salud desorganizados, ineficientes e inequitativos.

Dada la escasa disponibilidad de espacio, nos remitiremos a considerar casi exclusivamente la situación de Uruguay, que además de ser la realidad más conocida, es un ejemplo paradigmático en la región “de gastar mucho y mal” como señalara un consultor del Banco Mundial.

Es reconocido que Uruguay es uno de los PBI más altos de la región<sup>(16)</sup>, que tiene mejores indicadores sociales<sup>(17)</sup> y mejor inversión del gasto social<sup>(18)</sup> y sin embargo sus indicadores de salud, en especial mortalidad infantil y esperanza de vida, han tenido un retroceso relativo en el ranking regional a partir de 1950<sup>(19,20)</sup>. En el trabajo señalado en<sup>(20)</sup>, Uruguay se encuentra en el lugar 12° incluyendo América Latina y el Caribe, considerando la cifra de mortalidad infantil, cuando en 1950 ocupaba el primer lugar. A pesar de los esfuerzos realizados por el Departamento Materno-Infantil, el país logró alcanzar una cifra de 14,5‰<sup>(21)</sup> cuando ya varios países de la región tienen cifras de un dígito (Cuba 6,4‰ en 1999). Aunque Uruguay tiene 92% de hogares con agua potable, 99% con electricidad, 86% con TV color y una alfabetización de más de 98%<sup>(22,23)</sup>, no logra similares resultados en niveles de salud y menos aún en niveles de eficiencia y equidad en servicios de salud.

Seleccionando algunos indicadores y países (más o menos comparables) se confecciona la tabla 1, con datos del informe de OMS, referido en<sup>(3)</sup> y del informe de UNICEF, referido en<sup>(17)</sup>.

Corresponde señalar que aunque las últimas cifras de mortalidad infantil de Uruguay han bajado a 14,5‰, también Cuba la descendió a 6,4‰ y Chile a 9‰. Es decir que aún con datos más actualizados las tendencias se mantienen.

De la observación de las cifras de la tabla se desprende:

- Uruguay tiene el PBI / cápita más alto.
- Uruguay tiene los mejores indicadores sociales.
- Uruguay es el tercero en indicadores de salud pero es el cuarto si se considera la distribución.
- Uruguay es el primero en satisfacción de expectativas.
- Uruguay es el cuarto en logros globales.
- Uruguay es el cuarto en el desempeño posible del sistema de acuerdo al gasto, tanto en nivel de salud como considerando globalmente al sistema.

## Conclusiones

En un reciente trabajo aún no publicado<sup>(24)</sup> concluimos, igual que Rizzi en Argentina<sup>(25)</sup>, que Uruguay adolece de un decálogo de patologías de la atención de la salud, que puede ser considerado el contraejemplo de la APS y que a continuación se describe.

- Se gasta mucho en reparación de la salud perdida y muy poco en prevenir la enfermedad.
- Hay exceso de efectores asistenciales carentes de inserción social.
- La capacidad instalada no se corresponde con la demanda real.
- No se utilizan en magnitud suficiente las mejores y más probadas técnicas de salud pública.
- Existe una plétora perjudicial de medicamentos.
- Hay un exceso de intermediación en el sector salud.
- Existen instituciones estructuralmente inadecuadas para atender requerimientos sanitarios.
- Hay sobreutilización de recursos diagnósticos y excesos terapéuticos.
- Es creciente el “mal uso” de la mala praxis.
- Existe una perniciosa propaganda que orienta a la sociedad a consumos inadecuados o tendenciosos.

Según B. Aguilar <sup>(26)</sup>, algunas de las causas podrían ser:

- Dirección del sector salud por técnicos sin experiencia en gestión o políticos fracasados y con “horror por lo social”.
- Redundancia diagnóstica.
- Falta de políticas sanitarias desde el Estado.
- Corporativismo médico y de los trabajadores no médicos.
- Recetas de organismos internacionales, incorporadas acríticamente y diseñadas por expertos en *management* y no por equipos de la salud con vocación social y política.

Es decir, que si como dijimos al principio se puede aceptar una lectura neoliberal y una lectura democrática y participativa, de la estrategia de APS, en Uruguay y en la mayoría de los países de escasos y medianos recursos, la primera ha triunfado. La verdadera APS existe en los países de la Unión Europea y en especial en los países nórdicos, porque existía antes de 1978, al igual que aquellos países pobres como Cuba o Costa Rica, que inspiraron a Mähler y otros sanitaristas de la época.

Si la estrategia y la Conferencia de Alma-Ata fracasaron en sus objetivos, sus principios de eficacia, eficiencia y equidad, deben ser defendidos más que nunca. Como ha señalado la Directora de la OMS, Gro Harlem Brundtland: “la manera de concebir, gestionar y financiar los sistemas de salud, influye en la vida y en los medios de subsistencia de la gente. La diferencia entre un sistema de salud eficaz y otro deficiente puede medirse en función de los niveles de mortalidad, discapacidad, empobrecimiento, humillación y desesperación asociados”.

La conquista de estos principios, con cualquier estrategia válida, sigue siendo un imperativo moral en términos de Kant, pero también médico y económico <sup>(27)</sup>.

## Bibliografía

1. **Sartre JP.** Crítica a la Razón Dialéctica (1960). Trad. Cast. 4ª ed. Buenos Aires: Losada, 1995.
2. **Vattimo G.** Ética de la Interpretación. Trad. Cast. Buenos Aires: Paidós, 1992.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.
4. **Lenihan J.** Descartes versus Hipócrates, a conflict resolved? Br J Radiol 1984; 57: 861-5.
5. **Portillo J.** Educación Médica: un nuevo enfoque. Ponencia presentada en la Facultad de Medicina. Asunción, 1988.
6. **Guerra de Macedo C.** La Universidad y la Salud para todos en el año 2000. Bol Of San Panam, 1986.
7. **Portillo J.** Servicios Locales de Salud: un espacio de lucha. Ponencia presentada en el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, 1991.
8. **Morás LE.** De la Tierra Purpúrea al Laboratorio Social. Montevideo: Banda Oriental, 2000.
9. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la Salud en el mundo – 1999. Ginebra. 1999.
10. **García JC.** Pensamiento Social en Salud en América Latina. OPS. Washington: Interamericana Mc Graw – Hill, 1994.
11. **Anderson P.** Balance del Neoliberalismo: lecciones para la izquierda. Economía Política. B: Julio–Agosto, 1996.
12. **Rawls J.** Teoría de la Justicia (1971). Trad. Cast. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1993.
13. **Nussbaum M, Sen A (comp.).** La Calidad de Vida (1993). Trad. Cast. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
14. **Mangabeira Unger R.** La Democracia Realizada. La alternativa progresista. Buenos Aires: Manantial, 1999.
15. **Baranchuk N.** El Espacio Relacional en la Atención Primaria de la Salud. Ponencia en el Congreso Latinoamericano y Uruguayo de Pediatría. Montevideo, 2000.
16. **PNUD.** Informe sobre Desarrollo Humano 1999. Nueva York, 1999.
17. **UNICEF.** Estado Mundial de la Infancia. 1999. Nueva York, 1999.
18. **CEPAL.** El Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, 1997.
19. **Organización Panamericana de la Salud.** Estado de Salud de las Américas. Washington, 1990.
20. **Portillo J.** Arte Médico y Responsabilidad Humana. Salud Problema 1999; 6: 8-16.
21. **Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno – Infantil.** Por ellos. Informe 1995 – 1999. Montevideo, 1999.
22. **Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud.** La Salud de Uruguay por departamentos en cifras. 1998.
23. **Portillo J, Buglioli M, Lazarov L.** Los servicios de Salud en Uruguay. In: Sistemas de Salud en Iberoamérica. Guadalajara. En prensa.
24. **Rizzi CH.** La Enfermedad de la Atención Médica de los Argentinos. Medicina y Sociedad 1999; 3-4: 120-6.
25. **Aguilar B.** APS en el Uruguay. Comunicación en las Jornadas para la Medicina Social en el Mercosur. Montevideo, 2000.
26. **Portillo J.** La Atención Primaria en Pediatría. Arch Pediatr Uruguay 1997; 68(3): 53-8.

**Correspondencia:** Dr. José Portillo  
E-mail: joport@adinet.com.uy