

## El Estado Como Proveedor de la Salud: un recorrido crítico.

Lila S. Sintés (\*)

(\*) Investigadora del Proyecto POBUR. Secretaría de Investigación y Postgrado. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM.

### INTRODUCCIÓN

La década de los 70 estuvo signada por declaraciones formuladas desde los organismos internacionales, que no sólo daban cuenta de la necesidad de encarar un desarrollo unificado; sino que también intentaban aportar un camino de resolución de los problemas que aquejaban a los países subdesarrollados. En favor de los cambios necesarios, la estrategia de APS emergió como un mecanismo promisorio y poderoso basado en el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental y un objetivo social.

Sin embargo hoy, la "esperanza" depositada en la APS como estrategia para revertir la situación crítica de los sistemas de salud en los países en vías de desarrollo, pareciera haber quedado atrás<sup>1</sup>. Los países signatarios del documento, posicionados entonces como impulsores de su propio desarrollo, han dejado de ser los orientadores de las políticas de salud y su accionar ha quedado marcadamente reducido.

Bajo estas condiciones ingresamos al año 2000: con sistemas nacionales de salud que no han podido conjurar/equilibrar las desigualdades de acceso a la salud, a las que se encuentra expuesta la población de menores recursos. Una

realidad que hunde sus raíces en profundos cambios estructurales. A partir de la reforma del Estado, que se inicia a fines de los 80, se reduce notoriamente su intervención<sup>2</sup>: los escasos recursos se concentran en un paquete básico de acciones de salud; y la asistencia sanitaria pasa a ser manejada con criterios mercantiles<sup>3</sup>. Las nuevas condiciones de valorización del capital a nivel mundial, han repercutido en la concepción de la salud como un derecho universal, profundizando aún más la brecha entre la oferta y la demanda de atención.

Que la salud es un derecho y que se funda en el reconocimiento de la igualdad de los hombres, es una cuestión que probablemente nadie se atreva a discutir. Pero también debemos ser conscientes que ello no se deriva de un hecho natural, sino social. Precisamente, cuando la OMS lanza la Meta "Salud para Todos en el Año 2000" (SpT) lo que hace es un llamamiento al orden político, como principal garante de la igualdad de oportunidades para todos los hombres. En este sentido el documento de Alma Ata puede ser considerado como un discurso apologético, cuando invoca:

*"... la necesidad de una acción urgente para proteger y promover la salud de todos los pueblos" y "... exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria*

<sup>1</sup> En la Declaración de Alma-Ata se remarcó la existencia de "problemas sanitarios de envergadura" y una "insuficiente e injusta distribución de los recursos de salud".

<sup>2</sup> "Aun cuando la pobreza es un problema de larga data en la región, los procesos de ajuste y reestructuración de los años ochenta acentuaron la concentración del ingreso, y elevaron los niveles absolutos y relativos de la pobreza"

(Comisión CEPAL, PNUD, BID, 1995. Citado por Kliksberg, B.: junio 1999, p.29). Consultar además García Delgado, D.:1998.

<sup>3</sup> Cfr. Laurell, C.A.: 1994

*de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional ..."* . (1978)

La reunión de Alma-Ata implicó asumir el compromiso de compartir un camino conducente a elevar -principalmente- las condiciones de salud de los países en desarrollo. Más aún, cuando se lanzó la meta SPT fue concebida desde una perspectiva social -que apuntaba al restablecimiento de la equidad y la justicia como valores universales-; y se planteó su estrecha y necesaria vinculación con las decisiones políticas a nivel de los países concretos<sup>4</sup>. Si bien es cierto que la Conferencia Internacional de Alma Ata constituye un fecha clave, y permanentemente referenciada, por constituir el momento en que se acuerda que la atención primaria es la clave para alcanzar la meta global; la conformación de un Plan Estratégico Global en Salud fue el resultado de una serie de decisiones básicas -orientativas de las políticas públicas- que se tomaron entre los años 1977 y 1981<sup>5</sup>. No obstante ello, la persistencia de realidades que contrarían estos acuerdos nos enfrenta a la no vigencia del derecho a la salud. Ahora bien, un documento de carácter mundial como es éste, dotado de principios universalistas no puede ser comprendido ni en sus pretensiones ni en su evolución posterior si no es a través de un marco político mayor que lo hace posible y le da sentido. Si enfocamos la Declaración de Alma-Ata desde una perspectiva temporal veremos

---

<sup>4</sup> Esta cuestión vuelve a ser ratificada en 1992 en ocasión de la convocatoria de la OPS, donde el eje de la reflexión fue una evaluación crítica de la salud pública: "Salud para Todos es entonces una meta de equidad y de justicia fundamentalmente social en su justificación y política en sus propósitos. ..." .(Tejada de Rivero, D.: 1992, 174)

<sup>5</sup> La primera fue el establecimiento de la Meta Global (alcanzar para el 2000 un grado óptimo de salud). La segunda decisión produjo la Conferencia de Alma Ata. La tercera fue la elaboración del Plan de Acción del Consejo Directivo de la OPS (metas mínimas, objetivos regionales) que deberían desarrollar los Gobiernos de las Américas y la OPS. (Sintes y Báez: 1999)

cómo los impedimentos para su plena realización aparecen vinculados con las concepciones predominantes de desarrollo y Estado.

A fines de la Segunda Guerra Mundial el desarrollo, como concepción y acción, ocupó el centro del debate a nivel internacional. En sus inicios fue descrito como "... un proceso inteligible que puede promoverse mediante la acción racional dentro del marco de las naciones-Estados, es decir, mediante la planificación. ...", para evitar el atraso y la pobreza. Entendiendo que se trataba de una única forma posible, su alcance dejaba planteado a los países el recorrido de una secuencia; que sería uniforme para todos. Le sigue luego un período que se caracterizó por una serie de discusiones acerca de cuáles deberían ser los principios rectores que guiaran el desarrollo. Ello condujo a posturas contrapuestas entre: a) los defensores de un desarrollo subordinado al crecimiento económico; y b) los defensores de un desarrollo orientado por valores. En 1969 se comienza a hablar de la importancia de adoptar un "enfoque unificado", para dar cuenta de la necesaria complementariedad entre el crecimiento económico y los cambios sociales<sup>6</sup>; avanzándose en esta línea con la formulación de criterios para el "desarrollo integrado" (o "desarrollo humano") bajo la orientación estatal<sup>7</sup>. Con posterioridad los análisis se van a centrar en el reconocimiento de la viabilidad de "estilos de desarrollo", acordes con los diferentes marcos sociopolíticos (Marshall, W.: 1976).

La situación comienza a cambiar a fines de los 70 con la inflación y la crisis del petróleo, lo que va a acarrear la crisis de la matriz estado-céntrica centrada en la igualdad y lo colectivo.

El proceso iniciado se va a intensificar en la década de los 80 (con la reducción del aparato estatal e inicio del proceso de privatización) y de los 90 (con la globalización y descentraliza-

---

<sup>6</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas, 1969. "Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social".

<sup>7</sup> Evaluación de Quito (Primer bienio de la Estrategia Internacional de Desarrollo). Naciones Unidas/CEPAL, 1973.

ción de los políticas sociales), produciendo cambios en la estructura decisional<sup>8</sup>.

La salud entendida como problema social e inseparable del desarrollo socioeconómico de una país entra en crisis y el concepto de APS y sus principios fundamentales comienzan a acusar serias distorsiones; especialmente en su aplicación. Las modalidades de producción de bienes y servicios cambian al modificarse la relación Estado-sociedad: con un Estado "ausente" se abandona la visión totalizante orientada hacia el bien común.

La política sanitaria se sujeta a los dictados del Banco Mundial -ahora convertido en "hacedor" de las políticas sociales- desplazando la asistencia clínica al campo de las relaciones monetarias, y reteniendo un paquete de servicios esenciales sujeto a la disponibilidad presupuestaria: "focalización" y "grupos vulnerables" son las dos ideas-fuerza que reflejan el enfoque residual de la política social. En síntesis, la acción de agentes de financiamiento internacionales impone nuevas reglas en la toma de decisiones con incidencia pública; mientras el discurso político continúa centrado en el "combate a la pobreza" advirtiendo sobre el crecimiento desmedido de la inequidad<sup>9</sup>.

En este contexto evoluciona el sistema público de salud en la Provincia. Revisemos algunos hechos que implicaron cambios en las modalidades de producción de bienes y servicios, al modificarse la acción estatal.

## REORGANIZACIÓN ESPACIAL DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Según datos difundidos por la CEPAL. la población de América Latina totaliza 220 millones, de los cuales el 45% se halla en la pobreza extrema. 1999/2000.

<sup>10</sup> Lo que aquí se desarrolla es un anticipo del trabajo en curso de investigación sobre las transformaciones en el sector de la salud pública, en la provincia de Misiones.

<sup>8</sup> Un creciente condicionamiento por parte de los organismos internacionales, impone condiciones de ajuste y comienza a pautar la política económica, social y la reforma institucional. (García Delgado, D.: 1998)

La atención primaria como estrategia implica la organización de los servicios con base en niveles de atención. Su definición, ubicación y articulación funcional constituyen los elementos esenciales de la regionalización funcional de los sistemas de salud. Estos niveles de atención diferentes se disponen en una red de oferta constituida por un mosaico de "unidades productoras de servicios de salud" con diversos grados de organización, normatización, programación y control; diferenciándose por la capacidad de resolución y el costo social de operación. Como lo señalan Kroeger y Luna, la cobertura de los servicios de salud<sup>11</sup> debe tomar en cuenta tres aspectos: 1) accesibilidad (desde el punto de vista geográfico); 2) disponibilidad de recursos y 3) una organización técnico-administrativa acorde a las necesidades de la población (1992). De manera entonces, que la regionalización funcional del sistema es una condición necesaria para asegurar la máxima accesibilidad de la población a los servicios.

En la provincia de Misiones, la conversión de los Hospitales Públicos en Hospitales Públicos de Autogestión y el arancelamiento de las prestaciones traerá aparejado el reordenamiento de las Zonas de Salud y sus Areas Programáticas<sup>12</sup>. De resultas que el principio básico que debe operar en el ordenamiento territorial de la red de establecimientos (para garantizar el ingreso y circulación de los usuarios en el sistema de atención de salud) queda subordinado a estos fines. De la revisión de los instrumentos legales surgen algunos elementos sobre lo dicho en este sentido:

<sup>11</sup> Se considera unidad de producción de servicio al médico, al promotor de salud, a una partera empírica, un puesto, un centro o un hospital, cualquiera sea su grado de complejidad o capacidad de resolución de problemas de salud. Es decir, puede ser una persona o un establecimiento y pertenecer al sector "formal" o al "informal". (OPS. Serie PALTEX No.7, p 4 y 5).

<sup>12</sup> La primera zonificación data de 1969. Recién en 1996 se vuelve a revisar y corregir, efectuándose una segunda modificación en julio de 2000. (Decreto Provincial N° 2055 y Resolución del Ministerio de Salud Pública N° 546, respectivamente).

1-En junio de 1968 se crea el Servicio Provincial de Salud, dependiente del Ministerio de Bienestar Social y Educación. (Decreto Provincial N° 1399).

Allí se establece que, para la formulación de acciones de promoción y protección; planes y programas el Servicio deberá proponer la creación de Zonas y Areas de Salud.

2-Se promulga en marzo de 1969 el Decreto Provincial N° 522, teniendo en cuenta que:

*"... la zonificación, redundará en beneficio de una mayor agilidad, tanto funcional como administrativa y en consecuencia en el mejoramiento de las prestaciones de salud a la comunidad".*

De este modo el territorio de la Provincia queda dividido en 3 Zonas de Salud y 17 Areas, cuyos límites geográficos son coincidentes con los establecidos para la delimitación de los Departamentos.

3-En abril de 1996, a través de la Resolución del Ministerio de Salud Pública N° 236 se crea una cuarta Zona (Capital) y se reduce a 8 el número de Areas (completando su denominación como Areas Programáticas de Salud). En el nuevo trazado las Areas se extienden más allá de los límites departamentales, incluyendo algunos municipios pertenecientes a otros departamentos.

Entre las consideraciones que avalan la reestructuración de las Areas se señala:

*"Que como consecuencia del incremento significativo de la trama vial asfaltada, se han modificado las condiciones de accesibilidad a la atención sanitaria".*

Pero el dato más significativo es que en esta oportunidad se mencionan el arancelamiento y los Hospitales Públicos de Autogestión que, como componentes a ser integrados a la organización de las áreas, justifican

una nueva reestructuración de las zonas y áreas de salud<sup>13</sup>. En el cuerpo de los Considerandos queda expresado:

*QUE debe integrarse a la organización de áreas (puestos), la instrumentación de las políticas vigentes en materia de arancelamiento y Hospitales Públicos de Autogestión;*

*QUE por lo expuesto, se hace necesario una nueva reestructuración de Zonas y Areas de Salud;"*

Retomándose luego en el cuerpo del articulado:

*"ARTICULO 3ro.-: INTENGRANSE a las Areas Programáticas al Hospital Público de Autogestión y a los Centros Asistenciales que funcionen en los mismos a los fines del arancelamiento hospitalario".*

4-En julio de 2000 por Resolución N° 546 del Ministerio de Salud Pública se vuelven a modificar los límites territoriales de las Areas Programáticas de Salud. Se mantienen las 4 Zonas y se restablece el número de 17 Areas Programáticas de Salud.

En los "Considerandos" se hacen constar como razones, la incorporación en los establecimientos de la red de nueva infraestructura; las modificaciones en la red vial; y la conveniencia de "optimizar la aplicación espacial de los recursos sanitarios en jurisdicciones territoriales más reducidas que las actualmente vigentes".

A través de estos instrumentos legales vemos cómo las políticas vigentes en materia de autogestión hospitalaria y arancelamiento de los servicios, fuerzan al sistema a llevar a cabo las adecuaciones necesarias para la transformación del sector salud hacia un campo cada vez más mercantilizado.

<sup>13</sup> La Resolución del Ministerio de Salud Pública será convalidada por Decreto Provincial N° 2055 del 30-12-96.

<sup>14</sup> Cfr. Sintés, L. S.: 1997.

## EL PROGRAMA APS ANTE EL CRECIMIENTO DE LA DEMANDA Y LA FALTA DE RECURSOS SUFICIENTES<sup>14</sup>.

La incorporación de personal sanitario auxiliar o paramédico es una decisión a la que recurren con frecuencia los sistemas de salud cuando aumenta la demanda de servicios; y fundamentalmente para resolver los problemas de salud de los sectores más carenciados. La estrategia de APS también contempla la incorporación de agentes auxiliares, a los que reconoce genéricamente como "trabajadores básicos de la salud". Pero se trata en este caso de un recurso humano que debe cumplir con un propósito más integral; dado que a través de su presencia se pretende explícitamente que brinde servicios de salud esenciales y promueva la participación responsable de la población en la resolución de sus necesidades (Kroeger y Luna, 1992).

En consonancia con el modelo de transformaciones estructurales a nivel país, las políticas de ajuste fueron provocando una merma significativa en la disponibilidad de recursos para garantizar un adecuado funcionamiento del sistema de salud. Dentro del área específica de atención primaria, ello afectó la calidad de las prestaciones y la posibilidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud<sup>15</sup>. La tensión provocada por el deterioro gradual del servicio de atención en los Centros Periféricos, y la demanda creciente desembocó, entonces, en un conjunto acotado de acciones inducidas desde el Programa APS, que se orientaron hacia la instalación de PS y el reclutamiento de mano de obra voluntaria.

A fines de 1992 el Programa APS-Zona IV de la provincia de Misiones inició el dictado de cursos para la capacitación de "Promotores

Voluntarios de Salud" (PVS), como parte del proyecto de instalación de Postas de Salud (PS) en los barrios carenciados de Posadas<sup>16</sup>, donde los promotores voluntarios actuarían como personal auxiliar en la tarea preventiva. Para tales fines la Posta de Salud fue definida como una organización barrial que desarrollaría acciones de salud, allí donde el Programa tenía registrada la presencia de "bolsones de pobreza". La medida apuntó a conjugar la necesidad de fortalecer la prevención y promoción de la salud; pero en los hechos fue una manera de resolver los efectos de la reducción de presupuesto que venía afectando la ejecución del Programa y un camino alternativo para dar satisfacción al crecimiento de la demanda de servicios por parte de los sectores carenciados.

Desde lo declarativo se difundió que las PS estaban inspiradas en lo que se reconoce como uno de los valores fundantes de la estrategia de atención primaria de la salud: la participación de la comunidad. En este marco se introdujo un cambio en la modalidad operativa -que claramente se había hecho insostenible en términos presupuestarios- para ampliar la cobertura sanitaria. A corto plazo, sin embargo, la participación devino en formas de "autogestión" cuyos niveles de realización quedaron librados a las capacidades e iniciativas de gestión de los promotores voluntarios. Sí, en cambio, la medida contribuyó a generar un "mercado informal de la salud" (que reproduce las desigualdades), donde un mix de actores individuales y colectivos actúan al margen de los propósitos que deben alentar un sistema de salud equitativo.

A partir del análisis del funcionamiento real de las PS y de las condiciones en que los promotores voluntarios producen sus prácticas, surge que los resultados alcanzados no han sido suficientes para ampliar la base de cobertura en términos de una acción más efectiva; ni tampoco a promover una mayor participación de los núcleos poblacionales hacia quienes fue dirigida esta medida. Por el contrario, han contribui-

---

<sup>15</sup> Se pudo constatar que los efectores de salud, que forman parte de la red sanitaria y que tienen a su cargo la atención a nivel primario, muchas veces carecen del personal o de los insumos indispensables para brindar los servicios requeridos por una población que carece de lo mínimo necesario para su sobrevivencia.

---

<sup>16</sup> Municipios que abarca: Posadas, Garupá y Fachinal. Las consideraciones que aquí se exponen son el resultado de la investigación llevada a cabo sólo en el Municipio Posadas.

do a incrementar mecanismos de clientelización, no ajustándose a los propósitos de su creación.

### **EL ENFOQUE DE RIESGO COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA BÁSICA PARA ALCANZAR LA META "SALUD PARA TODOS"<sup>17</sup>**

La estrategia mundial para la Atención Primaria de Salud se funda en los principios de equidad y justicia para cerrar la brecha de las grandes desigualdades existentes en la atención de la salud; y en la distribución, uso y efectos de los recursos destinados a tal fin.

Garantizar una asistencia que esté al alcance de todos los individuos, familias y comunidad -principalmente de los sectores más postergados-, requiere llevar a cabo acciones de carácter integral e intersectorial. Esto es, dirigidas a lo curativo y fundamentalmente a lo preventivo; y promovidas conjuntamente con otros sectores de desarrollo como el educativo y el social. Operativamente la propuesta de APS se asienta en tres aspectos básicos:

1 Programas, que pueden estar dirigidos a poblaciones especiales, a la salud general y a la prevención, protección y control de enfermedades.

2 Acciones integrales, orientadas a lo preventivo.

3 Organización de los servicios y reorientación de los recursos.

Ahora bien, para cumplimentar el tercer aspecto se hace necesario una readecuación y reorganización de los recursos tanto humanos, como físicos y materiales; de forma tal que funcionen por niveles ascendentes de complejidad (desde los puestos de salud hasta los hospitales especializados). Significa que deberían disponerse en una red de oferta previamente establecida, conformando un mosaico de "unidades productoras de servicios" capaces de atender las demandas; desde la mínima hasta la máxi-

ma complejidad. Implica, además, la fijación de prioridades de atención, de reasignación de recursos y/o la aceptación de esos servicios por parte de los usuarios.

En el plan político inicial al igual que en posteriores acuerdos y compromisos asumidos, se destaca como grupo prioritario a los niños y las mujeres en edad fecunda; poniéndose en evidencia una íntima relación entre los indicadores utilizados en la fijación de las metas regionales y la salud materna e infantil. En consecuencia surge la necesidad de integrar los servicios materno-infantiles a todo el sistema de servicios de salud; considerando que cualquier contacto de la madre y el niño con los servicios específicos constituye una oportunidad para abordar los problemas individuales desde la visión de grupo familiar o comunidad. De esta manera la atención primaria se enlaza con la atención de la madre y del niño en un tipo integrador de atención preventiva y curativa. Asimismo, y debido a las experiencias normatizadas que aporta la atención materno-infantil, éstas pasan a conformar el soporte para la formulación de normas de atención primaria destinadas a otros grupos de población. Pero será particularmente la aplicación efectiva del enfoque de riesgo en los programas materno-infantiles lo que constituirá un valioso medio para canalizar recursos hacia los sectores más postergados.

El enfoque de riesgo constituye una herramienta provechosa para la administración y la planificación en salud. Su importancia radica en que proporciona los criterios: para el diseño de estrategias de intervención; para la evaluación de las mismas; y para la selección de las tecnologías apropiadas en la prevención de las agresiones y reparación de los daños. Pero también como lo señala la OPS: para asegurar la calidad de la atención a un costo razonable, mediante la reasignación de recursos.

Si bien la aplicación de la noción de riesgo no es nueva en epidemiología<sup>18</sup>, la refuncio-

<sup>18</sup> Hace más de 120 años que se identificaron los primeros factores de riesgo en relación con la morbilidad perinatal, al establecer determinadas condiciones y la historia previa de la madre en la salud mental y psicológica del niño. Con la reconceptualización se parte de la distinción de sectores de la población que -por sus condiciones de vida-

<sup>17</sup> Cfr. Baez, Alina E.:1999.

nalización del mismo consiste en la posibilidad de su utilización para analizar los sistemas sanitarios y decidir la manera más eficiente de emplear los recursos, discriminando grupos específicos. De esta manera el concepto de enfoque de riesgo trata de superar la connotación biológica propia del modelo tradicional, recuperando la visión de la génesis de dichos procesos en base a su inserción en las condiciones de vida de los individuos o sectores de la población.

A partir del momento en que es recomendado como el instrumento de gestión o camino de la atención primaria para el logro de la "Salud para Todos en el año 2000", el enfoque de riesgo adquiere una mayor relevancia. Sin embargo llama la atención que -habiendo sido considerado un método apropiado para decidir la manera más eficiente de utilizar los recursos y mejorar la salud materno-infantil; y un desafío para los programas específico- su aplicación haya sido ocasional o inexistente.

Una mirada crítica al proceso de generación de información básica para la conformación de una Sistema de Información Perinatal Provincial -que es el punto de partida para la aplicación del Enfoque de Riesgo- revela un conjunto de inconvenientes que vulneran el logro de esos objetivos. En los casos analizados nos encontramos frente a una serie de intentos que, lejos de contribuir al desarrollo y consolidación de una estrategia de atención primaria están provocando efectos contrarios. La serie de cambios que se produjeron en la provincia no sólo han producido la pérdida de información, sino que tampoco muestran evidencias de aportar elementos que permitan facilitar la "correcta" planificación de la atención a la embarazada.

El retroceso en el camino hacia el logro de una cobertura sanitaria con equidad y eficiencia, en gran medida es resultado de las transformaciones operadas en la relación Estado-sociedad. Pero dentro de este contexto más general, la ausencia de una visión integradora capaz de reinventar nuevas alternativas no hace

---

están particularmente expuestos a desarrollar procesos de salud/enfermedad/atención, diferenciales.

más que augurar el acrecentamiento de las desigualdades; con el consecuente aumento de la vulnerabilidad sanitaria de la población de menores recursos.

## A MODO DE CONCLUSION:

En los ámbitos de decisión política no se advierten señales para readecuar una meta tan ambiciosa como es la de SPT. Ni tampoco una revisión crítica de los compromisos asumidos, a partir de una visión realista de los procesos político-económicos que han instalado una nueva lógica de funcionamiento en los países de la Región. La fuerza moral que supone suscribir el "derecho a la salud" probablemente siempre se imponga a los hechos de la realidad, pero en tanto no guarde relación con éstos continuará siendo un acto meramente declarativo.

Hemos tratado de dar una visión muy general del "comportamiento" del sector público de la salud en la provincia, que por supuesto no es independiente de las condiciones socio-económicas del país. Conviene reiterar que la red provincial de servicios actual es el resultado, tanto de las políticas a nivel nacional como de las decisiones a nivel local; y que en nuestro caso en particular los cambios han ocurrido en la última década.

Estas transformaciones son un reflejo de la sustitución de un modelo organizacional y prestador con una fuerte presencia del Estado, por un modelo que propicia la salud como un bien, más que como un derecho; y que delega responsabilidades en un conjunto de actores institucionales con disímiles posibilidades. En palabras de J.Katz nos hallamos frente a:

*"... un modelo prestador que exhibe claros signos de agotamiento en sus fuentes de reproducción y desarrollo, por un lado, y una marcada heterogeneidad interprovincial e interregional en lo que atañe a organización y funcionamiento del sector salud, por el otro; ....". (1993: 15)*

El sector salud está requiriendo una política

nacional activa y adecuada. Las respuestas posibles no surgirán de un modelo de acumulación donde los intereses y objetivos son constituyentes de la desigualdad. Por ello creemos oportu-

nas las palabras de Aldo Ferrer cuando plantea "gobernar la globalización", a través de un debate amplio de las opciones y de la reconstrucción de los medios de acción pública.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

**BAEZ, Alina E.:** La salud materna en foco de riesgo. Tesis de postgrado, inédito. 1999.

**DE ALMEIDA FILHO, Naomar:** Epidemiología sin números. Una introducción crítica epidemiológica. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 28. OMS/OPS. Washington, D.C. 1992.

**FERRER, Aldo:** Hechos y ficciones de la globalización. Bs.As. FCE. 1998.

**GARCIA DELGADO, Daniel:** Estado-nación y globalización. Fortalezas y debilidades en el umbral del tercer milenio. Bs.As. Ariel. 1998.

**KATZ, Jorge y colabs.:** El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento. Bs.As. FCE. 1993.

**KROEGER, Axel y LUNA, Ronald:** Atención Primaria de la Salud. Principios y métodos. 2da. Edición. México. OMS/OPS. PALTEX N° 10. 1992.

**LAURELL, Cristina A.:** La salud: De derecho social a Mercancía. (En: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. UNAM/Fundación Friedrich Ebert. México). 1994.

**MARSHALL, Wolfe:** Enfoques del desarrollo: ¿De quién y hacia qué?. (En: Revista de la CEPAL. Santiago de Chile, primer semestre de 1976). 1976.

**OMS/OPS:** Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 7. Washington, D.C. 1986.

**SINTES, Lila S.:** Los promotores voluntarios de salud en la ciudad de Posadas. Misiones: análisis de una experiencia sanitaria. Tesis de Postgrado, inédito. 1997.

**SINTES, Lila S. Y BAEZ, Alina E.:** Transformaciones en la estrategia de Atención Primaria de Salud. Documento de Trabajo POBUR. 1999.

**TEJADA DE RIVERO, David:** La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. (En: Salud pública y atención primaria de salud: una evaluación crítica). Washington D.C. OPS. Publicación Científica No. 540. 1992.