



COMPLEJIDAD EN RED
Hospital El Cruce
Dr. For Kirchner

ESTADO INTEGRACIÓN y SALUD

LA GESTIÓN EN RED
DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ARNALDO MEDINA
PATRICIO NARODOWSKI


FaHCE
Universidad Nacional de La Plata
Instituto de Investigaciones y Estudios de la Educación

 Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHÉ

**IMAGO
MUNDI**

INTRODUCCIÓN G E N E R A L*

Este es un libro inspirado en nuestra necesidad de dar a conocer la experiencia de la red que se ha integrado a partir del nacimiento del Hospital de Alta Complejidad en Red «El Cruce» Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC) para que la misma trascienda y sirva de ejemplo.¹ Ese es el objetivo fundamental del trabajo, pero al mismo tiempo nos proponemos el análisis del marco en que se produjo: el sistema de salud argentino y de la Provincia de Buenos Aires, que es fruto de su devenir histórico. Lo hacemos en un contexto en el que el término redes de salud es muy utilizado incluso a nivel mundial. Para nosotros, la red no es una estrategia de gestión, producto de acuerdos operados entre servicios en forma aislada y coordinados desde una instancia meramente técnica. Entendemos a las redes como la forma en que los actores y sus instituciones intentan potenciar las relaciones presentes en el contexto (en sus diversos niveles), no sin conflictos y considerando los diversos proyectos posibles en

*.- Se agradecen los muy útiles comentarios de Raul Gaya, Magdalena Chiara y Roberto España.

1.- El HEC forma parte de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires e integra desde su inicio, una red territorial junto a todos los actores del sistema de salud -fundamentalmente públicos- de los municipios de Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown. La red ha ido evolucionando positivamente, aún no tiene nombre por eso aquí la nombramos como lo hacemos habitualmente.

pugna (Governa, 1997, 2001). En cada escala, de un modo complejo, se producen y cambian bienes y servicios pero también visiones del mundo, estrategias, etc. que ordenan de una cierta manera sistemas de producción, actores sociales y sobre los cuales se sostienen esas relaciones específicas entre diversos sujetos, instituciones, etc. que nosotros llamamos redes. Éstas son formas particulares, en constante evolución, contenidas en ese sustrato relacional más estable. Nuestra visión no desconoce sino que valoriza la posibilidad de asumir las lógicas de poder desde este enfoque.

Pensamos que se trata de un concepto útil para abordar la problemática sanitaria desde una perspectiva social y para concebir y ejecutar reformas a favor de las clases populares, que requieren de la acumulación de poder necesaria para enfrentar intereses que atentan contra la integración del sistema. Es el único modo de garantizar el servicio y resolver los problemas de salud de los ciudadanos.

La fragmentación es un mal que aqueja a la mayoría de los sistemas en el mundo, condicionando los objetivos de los mismos y tergiversando su rol social. El de la Argentina es particularmente un sistema fragmentado, territorial y socialmente asimétrico, por la coexistencia de diferentes subsistemas de financiamiento y por los problemas que este intrincado conjunto genera en el acceso a la salud y en su costo.

Pero no siempre fue así. En nuestro país existe un legado: es el pensamiento y la obra del primer ministro de Salud de la República Argentina, Ramón Carrillo. Lejos de lo que tiende a pensarse sobre su visión al respecto y tal como se sostendrá en el primer capítulo, él, al igual que el General Juan Domingo Perón, nunca pensó en un sistema fragmentado, sino en uno integrado, fundamentalmente por el protagonismo que le concedía al subsistema público. Los gobiernos militares y desarrollistas posteriores lograron imponer un modelo que se fue desgranando hacia la segmentación social y territorial, debido a la asimetría que se fue generando primero entre las obras sociales, luego entre provincias y municipios debido a la descentralización caótica realizada y finalmente entre los distintos subsistemas, incluyendo el poderoso subsistema de prepagas. Los intentos de reforma para revalorizar el rol del subsistema público, no habían podido superar los problemas estructurales actuales por la resistencia de los otros. En los últimos años se ha producido el fortalecimiento del sector público pero aún el camino es largo.

La experiencia del HEC y la red, surge justamente en un contexto de revalorización del Estado, en el que el gobierno nacional intenta



revertir años de olvido del sistema de salud y es una clara demostración de que es posible desarrollar políticas de integración y descentralización a la vez (aunque no en el sentido neoinstitucionalista del término), sosteniendo el nivel de profesionalidad e inclusive con una alta performance en términos de investigación científica. Por eso es un modelo micro a replicar pero solo dentro de una determinada estrategia de desarrollo que garantice ciertas condiciones. En las páginas sucesivas se intenta demostrar esta hipótesis.

Interesa resaltar, que más allá de los hechos que se relatan aquí y que constituyeron al HEC y la red como una experiencia paradigmática en la región, estas iniciativas organizativas no han hecho más que reafirmar el rol de Estado en la salud pública y particularmente en el cumplimiento del objetivo de calidad que debe asumir todo hospital, como contrapartida del escenario que predominara en la década de los noventa y que significó el desmantelamiento del subsector público y sus efectores.

Las redes de salud vistas así pueden representar una estrategia de inclusión, efectividad asistencial y superación de la fragmentación del sistema sanitario. en este sentido, presentar el análisis de caso del trabajo en red del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC) y su contextualización sanitaria y regional, resulta relevante en tanto matriz de análisis y de potencial planificación para replicarla como modelo de atención de la salud inclusivo.

Sin embargo, el Hospital no es ajeno a una coyuntura en la que -a pesar de los esfuerzos- subsisten grandes restricciones estructurales y problemas de financiamiento, junto a una lógica normativa e institucional aún endeble. El abordaje de la experiencia del HEC debe hacerse en el marco del sistema de salud argentino, comprendiendo que sistema, subsistemas y territorios son estructuras que se implican y determinan entre sí en forma dinámica (Narodowski, 2008).

A partir de estas definiciones, en los dos primeros capítulos de este libro se realiza un recorrido histórico cuyo objetivo es analizar el intento integrador de Ramón Carrillo para así tratar de entender cómo se produce luego la fragmentación del sistema, la principal

2.- Utilizaremos el término neoinstitucionalista para incluir los diversos enfoques económicos promercado, basados en propuestas de desregulación, privatizaciones, etc. que han proliferado. Pretendemos incluir las políticas de reforma estatal que otros autores han llamado neoliberalismo. El concepto ha sido así tratado en Narodowski (2008, 2013 y 2014). Si bien a lo largo de texto se realizan consideraciones al respecto, en el capítulo 5 las mismas se retoman y se discuten más profundamente.

consecuencia del proceso de desestatalización vivido en nuestro país. Desde la perspectiva de este recorrido, puede verse que esta es la causa madre del problema de la inequidad y de los problemas económicos y financieros del sistema. En esos mismos capítulos se incluye también una interpretación del mapa de actores, para explicar cómo los poderes reales plantean relaciones de fuerza que dificultan cualquier avance sanitario con sentido popular.

En el camino histórico que proponemos recorrer van surgiendo conceptos como rol del Estado, descentralización, transferencia, autonomía y organización hospitalaria, carrera profesional, y participación de la comunidad, que han respaldado distintas políticas y regulaciones que reconocemos en términos de antecedentes y son el marco de la experiencia que queremos contar. En la construcción del modelo del HEC se han ido plasmando fuertes definiciones sobre estas cuestiones, que aquí presentamos en el quinto capítulo es central la idea de la descentralización con fuerte fortalecimiento de lo público, para coordinar capacidades en el marco de una red, que sirva de apoyo a una organización hospitalaria con autonomía, que toma sus propias decisiones y donde los diversos niveles de anclaje (micro-organizacional, territorio, red y macro-sistema) se integran como respuesta sanitaria.

Específicamente, en el capítulo uno se analiza cada período y finalmente se llega a la década de los noventa, con las reformas económicas neoliberales originadas a partir del Consenso de Washington, que fragmentaron aún más el sistema sin siquiera lograr el éxito en términos de gestión. La razón del fracaso se encuentra en que se concentraron en la privatización y la introducción de mecanismos de competencia en medio del ajuste, que en realidad van en sentido contrario de la mejora esperada por la gente: la integración.

Como se verá, en ese capítulo se va analizando la situación a nivel nacional y de la Provincia de Buenos Aires, ya que ambas realidades fueron de la mano aunque con algunas diferencias y ambas condicionan nuestra experiencia en relación al HEC.

El capítulo dos brinda una interpretación de la lógica del sistema descripto y naturalmente de los actores del mismo. Se ha utilizado la menor cantidad posible de datos, para ayudar a la lectura. Los mismos se profundizan en el capítulo tres.

El análisis, como en todo el libro, y coherentemente con la definición de redes ya expuesta, ha sido realizado en clave sistémica, mostrando las fortalezas, debilidades y estrategias de cada subsistema (público, seguridad social, privado, profesionales de la salud) y las alianzas



establecidas, a fin de comprender el resultado como un proceso endógeno y proponer alternativas alejadas del mero voluntarismo. Es que el enfoque asume la idea de jerarquías: las mismas se basan en diferencias de complejidad y estas explican diferenciales de poder (Bourdieu, 1973), por eso la existencia de sistemas centrales y periféricos (Mergalef, 1995; Narodowski, 2008).

Estas jerarquías –explicadas por las trayectorias históricas de los sistemas y las estrategias adoptadas, incluyendo lo atinente a la relación de cada uno con el Estado –tienen un reflejo espacial en la medida en que los territorios se construyen en base a esas disputas, generando diferencias notables. Así pueden entenderse entre otros tantos procesos urbanos, los perfiles epidemiológicos de los que habla Breilh (2010). Esta es una problemática a tres escalas, por eso son tan importantes las interdependencias que el mismo autor menciona.

No debemos olvidar que la experiencia que aquí presentamos, la del HEC, es en el marco de un gobierno que intenta defender los intereses populares, dentro de un modelo mundial cada vez más difícil para los países de la periferia; y en ese intento, busca resolver los graves problemas del sistema de salud sobre todo en lo que hace a la cobertura de los sectores vulnerables. Y en ese camino, al mismo tiempo parece querer dar respuesta a las exigencias de una periferia urbana del GBA (la periferia de la periferia), montando un hospital de alta complejidad en Florencio Varela en el límite entre su segunda y tercer corona.

Es que en cada escala, los diversos actores pugnan –con sus propias herramientas- por defender sus intereses y del poder de los diversos contendientes surgirá el tipo de modelo de desarrollo. El Estado refleja esas batallas, el sistema de salud es parte de esa disputa.

Por eso el enfoque exige un gran esfuerzo de desnaturalización, esto es, romper con las ideas preconcebidas y propias del sentido común, voluntaristas, que en salud son tan comunes; y en cambio proveer al enfoque de marcos de referencia que sustenten las propuestas. Esta desnaturalización implica no solo un distanciamiento, una interpelación a la realidad dada, sino fundamentalmente un cuestionamiento, una tarea de develamiento de las operatorias de poder que han cristalizado dicho objeto (las prácticas, las formas de gestión) como «naturales» y por fuera de su devenir histórico-social (Rovere, 2004).

Se trata de una perspectiva histórica que permite analizar el recorrido de los diversos hitos que modelaron al sistema de salud de

LA EXPERIENCIA DEL HEC Y NUESTRO MODELO DE DESARROLLO

Como se puede leer en esta misma introducción, este libro se ha escrito para rescatar una experiencia positiva llevada a cabo en el sur del Gran Buenos Aires y con epicentro en un hospital de Florencio Varela. La cuestión no es menor porque en el período de la globalización, las periferias a nivel mundial, nacional y urbano, solo tienen el destino de las funciones residenciales (ciudades dormitorio) o productivas de poco nivel, son lugares olvidados. El dinamismo está en otro lado, el fenomenal cambio tecnológico y los aumentos de complejidad se verifican en los centros, allí está el «core» del negocio, y desde allí se descentralizan las partes simples de los procesos. Y los gobiernos parecen llevar adelante políticas que reproducen esas asimetrías territoriales, aplicando algunos paliativos en los márgenes.

El lugar del HEC, Florencio Varela, reflejaba esa lógica: es un municipio del límite entre la segunda y la tercera corona del sur del Gran Buenos Aires, con un Producto Bruto Geográfico (PBG) y un PBG per cápita bajos, una economía basada en

nuestro país y la recuperación del legado de Carrillo a la luz de los tiempos y el contexto actuales, tal como este libro nos propone.

De este modo tratamos de mostrar cómo funcionan los poderes reales: las posibilidades y los límites regulatorios, de control y de gestión del sector público en sus tres niveles, las obras sociales y las prepagas; las clínicas y los otros prestadores; los trabajadores, etc. Aparecerán las presiones que surgen cuando se quiere «volcar» el tablero hacia el campo popular con la mira puesta en la búsqueda de la equidad, en la integración de los sistemas de atención de salud, en la valorización de la Atención Primaria de la Salud (APS), en el empoderamiento de los ciudadanos, y con un sentido de buenas prácticas, profesionalidad, investigación pública y un sentido de control (Ham, 1997). Se analizan en este capítulo las fuerzas de la fragmentación y la posibilidad de la integración, para dejar planteadas algunas propuestas generales y mostrar que aun en este contexto



servicios de baja o media complejidad y solo unas pocas industrias importantes que representan una posibilidad de desarrollo cierto, aunque solo posible dentro de un modelo económico nacional como el que ha regido en los últimos años. A pesar de los grandes esfuerzos realizados en la última década, los indicadores del nivel de vida aún son preocupantes y se agravan en varias de sus delegaciones. Los otros municipios de la red del HEC sufren situaciones parecidas.

La única solución es la complejización de la producción en todos los sentidos, así se sale del subdesarrollo y se construye un Estado fuerte que opere con buenas prácticas en favor de los territorios con más problemas. Para eso se requiere de una periferia activa, con un gobierno local que defienda sus intereses y el apoyo de los Estados nacional y provincial. La experiencia del HEC y de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNA) parecen ir en el sentido de lo que proponemos, por eso la necesidad de contar la experiencia.

de apoyo estatal todavía delicado, una experiencia como esta sirve para enfrentar los poderes reales y contribuir a la mejora del sistema. En la recopilación de información y en la discusión posterior ha participado fuertemente Federico Lombardo, también se ha utilizado un trabajo realizado anteriormente por Pedro Luzuriaga y Patricio Narodowski (Economía y CFI, 2013). En el debate sobre el enfoque sistémico utilizado ha participado Daniela Álvarez. También debemos valorar el aporte de Vicente Ierace en el análisis del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En el capítulo tres se realiza un análisis de la situación de la salud en la provincia de Buenos Aires, con especial hincapié en los municipios del Conurbano bonaerense donde opera el HEC. Esto es fundamental para comprender el contexto en el cual se crea el Hospital y debe funcionar cotidianamente. Los datos se centran por un lado, en las condiciones de salud de la población respecto a los diversos indica-

LAS MÚLTIPLES MIRADAS, LO SIMBÓLICO Y LA HISTORIA DE LA ESCULTURA QUE ILUSTR A LA TAPA Y EL CAPÍTULO I

El Hospital El Cruce, en el año 2012, tomó la iniciativa de realizar un concurso de escultura sobre salud y derechos humanos. La obra ganadora fue realizada por la artista Nélida Valdés y la presentó de esta manera:

«... El espíritu, más que lo físico; el espacio y la luz, más que la forma. Los ojos temerosos giran en derredor, rodeando, queriendo entender la realidad, esa realidad que se distorsiona ante tanto terror y ocultamiento. En estas miradas también están las de las Madres que enseñan a ver con amor, verdad, memoria y justicia. Ojos que quieren saber la verdad. Ojos que buscan su identidad».

Una vez elegida la misma se decidió emplazar un monumento en los jardines, en recuerdo a los trabajadores de la salud desaparecidos durante la última dictadura cívico-militar, que pretende ser a la vez testimonio y homenaje a las personas que aportaron su trabajo, ideas y esfuerzo a la salud pública. De esta manera, tener memoria es construir futuro.

Esta escultura está en la imagen que acompaña la tapa, contratapa y el capítulo uno. Desde lo simbólico expresa mucho de lo que se quiere transmitir en este trabajo.

dores: mortalidad, natalidad, morbilidad. El punto es central porque muestra el rol actual de las enfermedades no transmisibles, lo cual crea una serie de distorsiones que serán analizadas sobre el final del libro. Al mismo tiempo se analizan los recursos físicos con los que disponen los municipios y la cobertura efectiva. En este ítem queda demostrado que si bien hay una mejora, y el HEC es una prueba, los indicadores aún deben mejorar. Para finalizar se pone énfasis en la información económico-financiera: el gasto público en salud, tanto provincial como municipal, la coparticipación, etc. Aparece aquí el problema del bajo gasto per cápita que aún tenemos, sobre todo en el Conurbano bonaerense y algunas asimetrías a tener en



cuenta. Se ha preferido exponer el conjunto de datos por separado para no invadir el capítulo dos con ellos. Allí sólo se han expuesto los necesarios para explicar la lógica del sistema. La confección de este diagnóstico ha sido producto de un trabajo colectivo de Alberto Hernández, Sebastian Laspiur, Federico Lombardo, Arnaldo Medina, Patricio Narodowski y Matías Remes Lenicov.

Luego, en el capítulo cuatro, con el contexto ya desarrollado, se expone la puesta en marcha del Hospital. Hemos querido relatar los hechos como los vivimos, con las experiencias que sirvieron para ir moldeando la estructura del Hospital y en paralelo constituyendo la red con el resto. Está de telón de fondo lo que iba sucediendo en el país y en la provincia y la irrupción de un gobierno nacional y provincial que concebían la necesidad de un fuerte rol del Estado. Esto es fundamental para el sistema y para el HEC. Reaparecen los conceptos del primer capítulo: descentralización, autonomía, carrera profesional, etc. y los poderes reales descriptos en el segundo, pero en forma de experiencia concreta.

En el capítulo cinco finalmente se rediscuten en clave conceptual los elementos principales de la reflexión que nos deja la experiencia, con la historia y la lógica del sistema por detrás. Elegimos esta organización ya que el debate final es fruto de esa experiencia, enriquecida naturalmente con nuestras búsquedas teóricas. En la investigación bibliográfica ha colaborado nuevamente Federico Lombardo. También Daniela Álvarez aportó a la conceptualización del enfoque de redes.

Finalmente, se sacan conclusiones y se plantean propuestas, aplicables con o sin cambio de normativa, siempre a partir de la idea de que el modelo de redes integradas de servicios de salud es parte de la respuesta posible a los problemas planteados, pero en el marco de un conjunto de políticas tanto en los niveles macro, meso o micro, basadas en la fuerte presencia del Estado como regulador del sistema.

La experiencia del HEC muestra cómo empezar a implementar este tipo de propuestas, con un Estado fuerte que asegura condiciones para la gestión, con la mira puesta en la integración del sistema. La idea central es ir a un cambio paulatino que fortalezca al Estado y a la vez permita coordinar la necesidad de garantizar la equidad, en los niveles nacionales, provinciales y municipales, dando a las redes territoriales y a los hospitales los instrumentos financieros y de gestión necesarios. Ojala podamos aprender de la experiencia y replicarla.

Este es un libro fundamental para entender el estado actual del sistema de salud, sobre todo en la Provincia de Buenos Aires, pero analizado a la luz de un caso excepcional: el proceso que gestó la idea original, la fundación y la gestión en equipo y en red de un hospital público: el Hospital de Alta Complejidad El Cruce (HEC) Néstor Carlos Kirchner en Florencio Varela, en el contexto de UN ESTADO PRESENTE y con gobiernos locales comprometidos. Los autores dicen: «no somos gerentes de hospital ni hemos hecho una investigación, somos profesionales que actuamos en la gestión según nuestras convicciones y estas están atadas a una interpretación de la historia y de las relaciones sociales de nuestro país, a la defensa de los derechos de los sectores populares pero también a la convicción de que el sector público debe trabajar con buenas prácticas».

A partir de allí realizan, en un esfuerzo sistémico encomiable, la descripción del devenir del sistema de salud en los diversos ciclos de la historia argentina de los últimos sesenta años desde Carrillo hasta nuestros días. Se muestra la lógica de los diversos poderes fácticos, los intereses, las pujas por las regulaciones, los beneficiados y los perjudicados. Se pone en primer lugar la cuestión de la fragmentación y la estrategia para enfrentarla.

Viejas discusiones sobre descentralización, autarquía hospitalaria, co-participación, carrera profesional, inversión en tecnología, relación con el paciente, etc. que estuvieron tantos años atravesadas por el ajuste, pudieron redimensionarse en la última década con el trasfondo de un Estado que se hizo cargo de los problemas y buscó enfrentarlos. Aparece el modo en que se tomaron las principales decisiones, el apoyo político y la oposición de ciertos medios, la manera en cómo se decide la especialización, cómo nace el mensaje comunicacional e incluso la disposición edilicia, la conformación de los equipos médicos, el primer paciente, el primer trasplante, etc. Y sobre todo la conformación de la red, el trabajo conjunto con los Centros de Atención Primaria y con los otros hospitales.

La experiencia del HEC se cuenta para mostrar cómo puede hacerse, con la ilusión de que la experiencia se replique, sobre todo en función de toda una renovación de la atención primaria y de los hospitales que ya está en curso. Queda mucho camino por recorrer en todo el sistema, en nuestra provincia y también en el HEC y en la red: ese es el gran desafío de los próximos años.

Esta publicación ha sido sometida a evaluación interna y externa organizada por la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.



www.edicionesimagamundi.com