



ESTADO INTEGRACIÓN y SALUD

LA GESTIÓN EN RED
DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ARNALDO MEDINA
PATRICIO NARODOWSKI


FaHCE
Universidad Nacional de La Plata
Humanidades y Ciencias de la Educación

 Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHÉ

**IMAGO
MUNDI**



**E S T A D O
INTEGRACIÓN
y S A L U D**



—





**ARNALDO MEDINA
PATRICIO NARODOWSKI**

E S T A D O I N T E G R A C I Ó N y S A L U D

LA GESTIÓN EN RED
DE UN HOSPITAL PÚBLICO





COLECCIÓN BITÁCORA ARGENTINA
Dirigida por Alejandro Falco

Arnaldo Medina, Patricio Narodowski
Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público
1a ed. Buenos Aires: 2015.
296 p.; 16 x 23 cm.
ISBN 978-950-793-210-6
1. Políticas Sociales. 2. Salud Pública. I. Medina, Arnaldo II. Título
CDD 320.6
Fecha de catalogación: 02/07/2015
©2015, Arnaldo Medina-Patricio Narodowski
©2015, Ediciones Imago Mundi
Diseño y armado: Jorge Otermin y Mariano Otermin

Hecho el depósito que marca la ley 11.723. Impreso en Argentina, tirada de esta edición: 1000 ejemplares. Este libro se terminó de imprimir en el mes de julio de 2015 en Gráfica Punta Raisi, Sixto Fernández 1620, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, República Argentina. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo por escrito del editor.





A nuestras familias y compañeros de trabajo







Í N D I C E

Prólogo	XIII
Introducción General	XVII
Capítulo 1. Nuestra mirada del proceso de fragmentación del sistema de salud desde la construcción de una red	
El legado de Ramón	1
La revolución de la capacidad instalada	2
Planificación y gestión en la revolución sanitaria	4
La gestión requiere eficacia. La Fundación Eva Perón	7
La batalla de Carrillo contra la bifurcación	7
La derecha conservadora tiene otros planes	10
La ofensiva contra la salud pública y la resistencia	10
La fragmentación como política	14
Una nueva alianza con los médicos en la Provincia	16
El intento de reforma de 1973	17
La salud en tiempos de represión y ajuste	21



Í N D I C E

La confirmación de la fragmentación	21
La ley SAMO en la Provincia	23
Atisbos del nivel primario de atención en la Provincia	25
Las ilusiones del advenimiento de la democracia	28
La vuelta del debate sobre el seguro nacional	28
El gobernador radical y su política de salud	29
El Programa ATAMDOS	30
Los cambios en la coparticipación municipal	31
Los programas asistenciales y la ley asistencial de genéricos	36
Dos leyes para limitar el poder del mercado	37
La ley provincial «Nuestro Hospital»	38
La reforma neoinstitucionalista	39
La desregulación de las obras sociales	41
Nuevas leyes y programas en la Provincia	43
El intento de seguro público provincial	46
La profesión de enfermería	47
La salud en el modelo de desarrollo nacional	47
Las políticas nacionales en la poscrisis	47
La re-regulación de las obras sociales	54
La política de salud en la Provincia luego del 2001	55

Capítulo 2. La lógica del sistema de salud argentino, con especial interés en la Provincia de Buenos Aires

Panorama general	63
El subsistema público	66
La cuestión específica de los hospitales	71
Subsector seguridad social	74
Las empresas privadas de seguros médicos	77
Sanatorios privados y otros servicios	78
Proveedores de medicamentos, prótesis y otros insumos	80
El poder de los médicos	83
Conclusiones	84

Capítulo 3. El sistema provincial y la red vistos desde las necesidades de salud y desde la oferta.

Cobertura financiamiento y gasto

Introducción	87
Contexto poblacional	88
Condiciones de salud de la población. La demanda	90
Natalidad	90
Mortalidad	91
Mortalidad infantil y materna	98
Morbilidad	100
Enfermedades transmisibles	105
Enfermedades crónicas no transmisibles	108
Lesiones	113
Servicios de salud	115
CAPS, hospitales y consultas	116
La relación entre camas y egresos	119
Indicadores económicos y financieros	125
Gasto público en salud	125
La coparticipación y el gasto municipal	129

Capítulo 4. Concepción de la red y puesta en marcha del HEC

Cómo empezó todo, los antecedentes	136
Después de décadas de pedidos, ilusiones y frustraciones, Néstor Kirchner decide la construcción del Hospital	139
Entre el final de obra y la apertura del hospital	141
Alternativas para la estructura de personal	146
La entrega formal	149
El período de puesta en marcha	152
Red, subredes e instituciones	159
Los recursos humanos y el lugar de los pacientes	164
El área de calidad y de investigaciones económicas	167
La investigación y la relación con la Universidad	169
Comunicación y comunidad	175

El Segundo Plan Estratégico	178
Los desafíos a futuro que surgen de la experiencia	185

Capítulo 5. Las reflexiones surgidas de la experiencia concreta

La descentralización en las políticas de salud	189
La descentralización y los problemas del contexto	189
Los enfoques de la descentralización: del dicho al hecho...	191
La red como respuesta a la descentralización neoinstitucionalista	194
Las redes voluntaristas de los enfoques actuales y en nuestro enfoque	194
La política y la red	197
La valorización de la heterogeneidad y la identidad de la red	199
La alta complejidad como construcción sistémica	200
Los mecanismos micro	203
La institución como mensaje comunicacional	203
La escala	205
El modelo de atención como organizador	206
El uso de las tecnologías de información y comunicación (TICs)	207
La gestión del personal	210
La investigación hace la diferencia	213
Consideraciones finales	217

Anexo estadístico	225
--------------------------	------------

Sobre los autores	245
--------------------------	------------

Bibliografía	247
---------------------	------------



P R Ó L O G O

«La interpretación de nuestra realidad con esquemas ajenos sólo contribuye a hacernos cada vez más desconocidos, cada vez menos libres, cada vez más solitarios».

La soledad de América Latina

[Discurso de aceptación del Premio Nobel 1982]

Gabriel García Márquez

Escribir este libro fue un gran desafío en lo personal, pero fundamentalmente, fue una necesidad para reafirmar todo lo que experimentamos un grupo de personas durante los últimos años. Esto se expresa en el desafío de relatar y entender una experiencia enorme en el campo de la salud, en el contexto de una Nación que resurgía y volvía a creer en sí misma. La decisión de escribir este libro está relacionada a la voluntad de transmitir nuestra experiencia de gestión en el Hospital El Cruce, Néstor Kirchner. Este proyecto es considerado exitoso en distintos ámbitos de la gestión sanitaria y por la propia comunidad usuaria o potencialmente usuaria. La gestión en red de este Hospital y la gestión de la propia red, excediendo el campo de acción del mismo e involucrando al conjunto de los servicios públicos de salud de un territorio determinado, es seguramente uno de los hitos más novedosos del sistema de salud argentino en estos tiempos.



Detrás de esta experiencia, como de otras, está el resurgimiento de un ideario político-sanitario que se corresponde con la herencia que nos dejaron Juan Domingo Perón, Eva Perón y Ramón Carrillo en las etapas fundacionales de nuestro sistema de salud. En estos avances hacia uno más justo e inclusivo, reconocemos también el legado de todos los trabajadores de la salud desaparecidos durante la última dictadura que dieron su vida comprometidos en la lucha por el bienestar de nuestro pueblo. Y también, inscripta en esta experiencia, reconocemos la recuperación del rol de Estado, que constituye desde el 2003 un modelo de Estado presente, afrontando la responsabilidad de conducir los destinos de la patria en pos de ampliar derechos, igualar oportunidades y construir soberanía sanitaria

Es difícil separar las experiencias institucionales de las trayectorias personales. Me preparé durante gran parte de mi vida para la gestión de organizaciones de salud y nunca perdí de vista el recorrido académico. Pero fue mi amigo Julio Pereyra, intendente de Florencio Varela, quien me convocó a este desafío. Desde que iniciamos juntos el recorrido de este territorio en la década del noventa, conservamos siempre un espacio de reflexión y análisis sobre aquellos determinantes sociopolíticos que parecían destinar a Florencio Varela a ser un distrito pobre y excluido de las políticas de desarrollo regional. Vale aclarar que se hace referencia a uno de los municipios más pobres de la Provincia de Buenos Aires y del país; las políticas públicas siempre habían llegado con un carácter asistencialista y de contención social. En 2005, cuando desempeñaba una importante función en el Ministerio de Salud en la Provincia de Buenos Aires, decidí ir a trabajar al distrito en una de las experiencias humanas más importantes de mi vida, la dirección del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, en un momento institucional muy importante como fue el de su pasaje de la administración municipal a la provincial. Siempre digo que si alguien hubiera pronosticado pocos años atrás la realización actual del Hospital El Cruce Néstor Kirchner y de la Universidad Arturo Jauretche, hubiera pensado que se trataba de un imposible. Sin embargo ambas realidades existen y por eso, estos fueron años vertiginosos e intensos para quienes tuvimos la oportunidad de participar de estas experiencias. Sin dudas fueron Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner los grandes hacedores de esta historia que nos tiene como testigos privilegiados y protagonistas. Siempre me pregunté durante este tiempo si contaba con la capacidad y la dedicación suficientes para estar a la altura



de las circunstancias, en una época donde el Estado volvía a tener presencia en todos los sectores y fundamentalmente, para nosotros, en la salud y la educación superior. Por lo expresado, me siento un privilegiado por las tareas que tuve el honor de asumir, pero también responsable en contribuir al desarrollo del conocimiento que se puede generar a partir de esta experiencia, en la cual el Estado a través del fortalecimiento de los territorios y de sus redes de servicios de salud puede reparar, paulatinamente, desigualdades históricas. Por eso intentamos en el presente libro, analizar estas lógicas a través de una descripción de los distintos subsistemas que forman parte del sistema de salud y de los actores que lo componen, su rol y de cómo su comportamiento afecta al mismo. Con el mayor realismo posible, para seguir en la senda planteada.

Fueron muchos los que me alentaron a escribir sobre el caso del HEC, su red de referencia y la experiencia de estos años. Un profundo agradecimiento a ellos porque me animaron a hacerlo. Primero, a todo el equipo de colaboradores más cercanos en el Hospital que pugnaban por el hecho de que nuestra experiencia pudiese ser contada por nosotros mismos. A Patricio Narodowski el coautor del libro, le reconozco su amistad, su gran capacidad de trabajo y su aporte al análisis de los fenómenos sociales, con la complejidad que estos conllevan.

Pensar en clave sistémica nos interpela respecto de las causas subyacentes en nuestros problemas, donde la fragmentación es el final del ovillo de estas. Desde este paradigma podemos desarrollar pensamiento crítico y revisar falencias, pero también encontrar todo lo potencialmente bueno que nos llega a través de los legados de nuestra historia, que como una plantilla de ADN reproduce la memoria colectiva que configura nuestra identidad como trabajadores de la salud, como sanitaristas y como ciudadanos argentinos. Estoy convencido que este libro va a significar un aporte a la construcción colectiva de un sistema de salud más inclusivo, con el impulso de estar en un país reconstruido, en los últimos años, a través de políticas públicas igualadoras de derechos y por ende de oportunidades para los más postergados. Se trata de buscar e integrar las claves para resignificar las políticas de salud como inductoras al mejoramiento de la calidad de vida de nuestro pueblo. Se deja de lado así, una inercia instalada en los ámbitos políticos y de gobierno, donde las políticas de salud parecían hasta hace poco, imposibilitadas de cambiar la vida cotidiana de los ciudadanos. Desde nuestra





P R Ó L O G O

perspectiva, se trata de volver a creer en la capacidad transformadora que puede tener el sistema de salud para la vida de las personas. Compromiso, política y gestión han vuelto a ir de la mano y nuestro caso lo demuestra. Este comprende a un conjunto de actores que hemos estado en el territorio pero que no somos autónomos, por lo que esto también incluye al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y al Ministerio de Salud de la Nación, en la decisión de ambos de apoyarnos y acompañarnos.

El libro está dirigido a aquellas personas que se desenvuelven en la gestión de organizaciones de salud, a todos aquellos interesados en la formulación y evaluación de políticas de salud y al público en general interesado en conocer la experiencia que analizamos, sus antecedentes y sus alcances. Creemos que la lectura es ágil y permitirá a cada lector hacer su propio recorrido, como lo hacen los ciudadanos en las redes que aquí analizamos.

Estamos seguros que el haber escrito este libro, nos ha comprometido más con lo hecho, pero mucho más con nuestro futuro por hacer.

Arnaldo Medina

Julio de 2015





INTRODUCCIÓN GENERAL*

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 neoinstitucionalista² 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 (UNAJ) 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 ILUSTRA LA TAPA Y EL CAPÍTULO 1

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 Nélide 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, Sebastián 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.







NUESTRA MIRADA DEL PROCESO DE FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UNA RED

EL LEGADO DE RAMÓN

Ramón Carrillo es una figura incontrastable en el desarrollo del sistema de salud en la Argentina. No solo fue el inspirador y el organizador del primer Ministerio de Salud de la Nación, sino que dejó una imponente impronta en el ideario y el pensamiento sanitario del peronismo y de todas las fuerzas del campo nacional y popular. Acompañó al General Perón en su primer gobierno y en parte del segundo, también fue un estrecho colaborador de Eva Perón y su fundación, de quien algunos relatos históricos lo quieren distanciar (Ramacciotti y Valobra, 2004; Alzugaray, 1988; y PÉrgola, 2004). Es que la Fundación Eva Perón fue una herramienta fundamental en la gestión del desarrollo de aquella tamaño inversión por parte del subsistema público en tiempos de Carrillo, fundamental para hacer viable el vértigo del crecimiento revolucionario de los servicios públicos de salud.

Para Carrillo (1951a) la salud no era un fin, sino un medio para la realización del hombre. En algunos de sus escritos fue aún más lejos, al afirmar que «nuestra salud no es totalmente nuestra, pertenece a la familia que formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva». (véase Carrillo, 1974a: p. 32; citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 214)

Su legado puede expresarse en el conjunto de sus ideas hoy conocidas a través de sus libros, sus cartas y discursos. Pero lo que hace trascender ese pensamiento es la conjunción con su praxis, con las acciones que permitieron ese fenomenal despertar de la salud pública y de las políticas de salud en nuestro país. Este legado pertenece a aquellos que pertenecemos al peronismo, pero también al conjunto de los hombres que se inscriben en el movimiento sanitario nacional y en el conjunto del campo popular y nos acompañará en el desarrollo de este libro como una matriz conceptual proyectada hasta nuestros tiempos. No podríamos analizar nuestra experiencia sin esas convicciones profundas que nos guían y que están íntimamente ligadas al pensamiento nacional que inauguró Ramón Carrillo.

La revolución de la capacidad instalada

Durante la década del cuarenta aparece un Estado activo que busca garantizar los derechos sociales y económicos de los sectores populares, al tiempo que toman fuerza las organizaciones sindicales. Los dos elementos se daban alrededor del mundo, bajo el desarrollo del fordismo y de diversas formas del Estado de Bienestar, con diferencias entre los casos y según los niveles de desarrollo (Narodowski, 2008). Bajo la gestión Carrillo (1946-1954) se realizó la inversión más importante que se conozca en salud por parte del Estado, una revolución de la capacidad instalada: en ese período, con el apoyo de la Fundación Eva Perón se construyeron hospitales, centros materno-infantiles, institutos de especialización, laboratorios e instituciones de diagnóstico, hogares-escuela, centros sanitarios y de salud, incluso aviones y barcos sanitarios con una clara política de protección, cuidado y cobertura para los más desvalidos, más allá de su condición laboral. Este inversión además acompañaba el proceso migratorio interno (Mignone, 1990).

Para eso, se dictaron las leyes 13.019 de Construcciones y Servicios Sanitarios y la ley 13.012 en las que se establecían las bases del Código Sanitario y las atribuciones del organismo encargado de tutelar la salud pública.

Se construyeron 21 hospitales y policlínicos en 11 provincias. Las camas hospitalarias pasaron de 60.000 a 122.000 con el objetivo de alcanzar una cama cada 1.000 habitantes. Se inauguraron 60 institutos de especialización, 50 centros materno-infantiles, 16 escuelas técnicas, 23 laboratorios y centros de diagnóstico y 9 hogares-escuela y unidades sanitarias en todas las provincias (Carrillo



y Carrillo, 2005). Se buscaba revertir la heterogeneidad existente entre jurisdicciones principalmente en las zonas rurales, las cuales se encontraban sin protección hospitalaria. Un dato revelador de la hegemonía que ejercía el subsistema público por entonces es la escasa presencia del privado, que representaba solo un 14% de las camas y era considerado como «la medicina para pudientes». Así, se expresaba una fuerte voluntad de intervención por parte del Estado, como así también el propósito de garantizar la accesibilidad de los sectores populares.

Al mismo tiempo, se encabezaron exitosas campañas en todas las regiones contra el paludismo, sífilis, tifus, tuberculosis y otras enfermedades. No por casualidad se logra la erradicación del paludismo en todo el territorio nacional, la disminución del índice de mortalidad por tuberculosis del 120 al 36 por cien mil habitantes, el cese de las epidemias de tifus y brucelosis, y la reducción del índice de mortalidad infantil del 90 al 56 por mil (Ordoñez, 2004).

Se da una verdadera revolución en el plano conceptual tanto en la teoría como en las cuestiones prácticas. Se debía apuntar a la salud pública centralizada y con fines sociales, contra el espíritu de caridad que dominaba a los centros hospitalarios impuestos desde las sociedades de beneficencia del siglo anterior. Carrillo (1951a, p. 3.) advertía que «los hospitales no se organizaban a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno». En la frase: «Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas» (Carrillo y Carrillo, 2005, p. 171) se sintetizan el conjunto de estas ideas.

Ramón Carrillo fue un adelantado a su época, creando el concepto de medicina social mucho antes de que surgiera la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Alma-Ata. Él diferencia la medicina social de la medicina sanitaria y de la medicina asistencial, a partir del principio de que no hay política sanitaria sin política social e incluso sin desarrollo: «Los problemas de la medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría» (Carrillo, 1949: p. 26). En ese sentido además es que

Carrillo (1951b: p. 176; citado en Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 498) plantea que «la meta final que se vislumbra en el proceso evolutivo de la medicina parece hoy día radicar en los sistemas de seguridad social». De ahí que propone la creación del Fondo Nacional de Salud Pública que brinda un marco para la existencia de un seguro. Esta convicción es trasladada al Primer Plan Quinquenal y al conjunto de las políticas sanitarias de los dos primeros gobiernos de Perú y se incorpora definitivamente a las bases del justicialismo y del conjunto del pensamiento sanitario de nuestro país. Se ve reflejada en el concepto de hospital expuesto, que se vislumbra también en el Plan Analítico 1946-1951, con un pormenorizado detalle de las políticas que iba a desarrollar en la Secretaría de Salud Pública y se sintetiza luego en la *Teoría del Hospital* (1951), un compendio que contenía las bases de la medicina social y los principios orgánicos sobre la conformación arquitectónica, técnica y administrativa del hospital moderno, que hoy sigue siendo inspirador de reformas. El mencionado trabajo es un antecedente central del futuro Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la fuerza integradora entre los servicios de salud conocida como área programática.

Incluso, la idea del derecho a la salud y su pleno ejercicio, fue incorporada a la Constitución de 1949 en su tercer capítulo. La declaración de la salud como un derecho, traspasó lo meramente declamatorio y se hizo carne en una praxis contundente que dio conciencia al conjunto de los ciudadanos y sobre todo a los más postergados, del ejercicio efectivo de esos derechos. Esto significa que todo lo implementado por Carrillo en términos de gestión se puso al servicio del ejercicio de este derecho en el marco de la definición de un nuevo modelo de organización de los servicios de salud. Con eje en un nuevo hospital público, con capacidad de coordinar entre niveles y con mirada hacia el área programática. Es así que el pueblo argentino tiene conciencia y ejercicio pleno de ese derecho a la salud, como quizá ningún otro de América Latina.

Planificación y gestión en la revolución sanitaria

El proceso de reformas que estamos describiendo se logró por el apego disciplinado a la planificación: primero el ya mencionado Plan Analítico 1946-1951, luego vendría el Proyecto de Plan Sanitario Sintético para el período 1952-1958, que debía después coordinarse con los planes provinciales y culminaría con el Plan Analítico Nacional de Salud Pública que debía reemplazar al anterior. Esos



CARRILLO Y EL CONURBANO BONAERENSE

Veronelli y Veronelli Correch (2004) hacen referencia a un discurso de Carrillo que pone de relieve su pensamiento en torno al sistema de salud en el marco de la conformación del Gran Buenos Aires en esa época. En una conferencia dictada en 1951 en el aula magna de la Facultad de Medicina, planteó la necesidad de dejar de pensar en la «ciudad artificial» producto de la división imaginaria entre la Capital y el Gran Buenos Aires y hacerlo en términos de la «ciudad real», aquella que comprendía todo ese nuevo espacio, unido. Él asumía que ya no era una ciudad de tres millones y medio de habitantes, sino de más de seis millones y que esa realidad debía ser afrontada no sólo en los aspectos arquitectónicos, sino sociales, de higiene y salubridad.

La intención de Carrillo concordaba con una visión del sistema de salud integrado, relacionado con la justicia social en una versión territorializada, con fuerte sesgo planificador, considerando las dificultades propias que surgen de este tipo de conglomerados. Esa mirada amplia, sistémica y territorial le permitía comprender que la ciudad crecía más rápido que las posibilidades del Estado para organizar los servicios públicos y por eso puso en agenda esta necesidad de avanzar veloz y coordinadamente.

Para Carrillo, el Gran Buenos Aires se encontraba en una primera etapa de crecimiento rápido en el que las angustias y necesidades de la población se traducían en reclamos de vivienda, agua corriente, cloacas, recolección de basura, pavimento, desagües, entre otros. Por eso el Estado debía multiplicar el esfuerzo para resolver las exigencias populares y así evitar el desarrollo de núcleos urbanos insalubres e inhabitables. En esa dirección iba su Plan Nacional de Salud.

documentos eran los precursores del espíritu de los más actuales planes estratégicos que responden a nuevas formas de planificación. En paralelo se avanzaba en el dictado de normas reguladoras del ejercicio profesional y códigos de ética.

Y ese apego a la planificación lo hizo abrazar la gestión: «La ciencia de la organización hospitalaria resulta de la necesidad de administrar racionalmente los establecimientos asistenciales y estudiar los nuevos proyectos en relación con las funciones» (Carrillo, 1951a: p. 32). También introdujo la arquitectura hospitalaria y, preocupado por la generación de conocimiento, alumbró la primera cátedra de esa especialidad en la Facultad de Arquitectura de la Universidad de Buenos Aires.

En el Plan Analítico de Salud Pública, Ramón Carrillo determinó que hacían falta 20.000 enfermeras para poder cumplir con las necesidades del sistema de salud. La secretaria de la Escuela de Enfermeras del Hospital Peralta Ramos, Teresa Adelina Fiora, fue la encargada de centralizar todas las escuelas de enfermería existentes y de dotarlas de nuevos planes de estudio para que se modernizaran. Esta iniciativa no implicó solamente el aumento en número, sino también la profesionalización de la enfermería teniendo como objetivo un mayor grado de autonomía en el cuidado de los enfermos. Las jóvenes seleccionadas, muchas de los hogares más humildes, estudiaban por el lapso de dos años y recibían una beca de la Fundación Eva Perón. Luego entraban a trabajar a los hospitales.

No podemos soslayar en este enfoque el impulso a la instalación de la «primera fábrica nacional de medicamentos» (EMESTA), contrariando, ya en aquellos años, las especulaciones de las empresas multinacionales.

Y en paralelo, esbozó principios de pensamiento sistémico siguiendo las ideas de Norbert Wiener, el llamado creador de la cibernética y con esa base, creó un Instituto de Cibernología o Planeamiento Estratégico en 1951, propiciando la formación en universidades y en educación terciaria.

Como podemos observar se trata de una mirada multiescalar que va de la macro a la micro. Este enfoque se refleja en un concepto clave: «centralización normativa y descentralización ejecutiva», uno de sus preceptos más importantes. En esta definición, la palabra descentralización no aparece teñida de la idea de desentenderse del problema. Los años sucesivos marcarían el retorno de concepciones elitistas, contrarevolucionarias. En ellos, como veremos luego, se pondría en



práctica una vez derrocado el gobierno de Perón, la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias.

La gestión requiere eficacia. La Fundación Eva Perón

Una de las claves de la gestión en aquellos años, fue sin dudas la Fundación Eva Perón. Tal es así que es imposible abstraer la obra de Ramón Carrillo de la obra de Evita a través de la fundación. Esta institución operó entre 1948 y 1955 y se organizó en reemplazo de la Sociedad de Beneficencia, siempre en busca de transformar el concepto de caridad por el de dignidad y derechos sociales (Carballada, 1995).

Sin duda fue la plataforma que dentro de la legalidad, permitió la inversión descripta. Un aspecto que no es suficientemente conocido es que los hospitales construidos por la fundación le pertenecían y funcionaban en parte con fondos propios.

La Fundación Eva Perón – de la que la dictadura posterior destruyó buena parte de sus huellas- ha sido motivo de un intenso debate, en el mismo se cruzan las cuestiones propias del conflicto entre peronismo y antiperonismo, también se atraviesan discusiones sobre las formas jurídicas de lo estatal y de lo público que escapan a este libro. Se le ha criticado, sobre todo en los ámbitos políticos, por la utilización de criterios electorales, sin embargo, para nosotros, esta organización fue una imparable máquina de ejecutar y gestionar por fuera de los mecanismos dispuestos en el Estado, en una transición en la que este estaba fuertemente dominado por sus funciones tradicionales. Sin dudas las antiguas oficinas hubieran trabado en gran parte este proyecto. Desde nuestro punto de vista, la Fundación Eva Perón representó una gran capacidad de movilización social, debido a que trató de hacer converger sus tareas con el fortalecimiento de un Estado que fuese instrumento de las reformas. Los acontecimientos posteriores lo impidieron.

La batalla de Carrillo contra la bifurcación

Para Carrillo, como vimos, era fundamental mantener en la órbita del Ministerio de Salud Pública la gestión del sistema sanitario, como un modo de garantizar la equidad y la integración, pero los sindicatos ya habían iniciado un proceso previo que había dado nacimiento a la cobertura de sus trabajadores. Primero se impulsó la atención médica gratuita en las fábricas con responsabilidad de la empresa. Posteriormente se fomentó a los sindicatos para que desarrollaran

EL TREN SANITARIO Y “LA PRIMERA FÁBRICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS”

«Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si estas son accesibles al pueblo».

Doctor Ramón Carrillo

Esta colaboración entre la Fundación Eva Perón y Carrillo tiene algunas perlas. Una es la inauguración en 1951 del Tren Sanitario. El objetivo fue llevar la medicina y la asistencia sanitaria a aquellos territorios donde esta era muy limitada. Sus habitantes solo podían acceder a ella cuando existía la posibilidad de viajar a Buenos Aires. El logro fue poner la atención médica y odontológica al alcance de todo el pueblo.

El tren viajó durante cuatro meses por el país, formado por 12 vagones y con personal capacitado. Entre las instalaciones que poseía había una farmacia, laboratorio, sala de rayos x, sala de partos, cirugía, odontología, ginecología y clínica general. El tren tenía su propio generador eléctrico, y tanto los medicamentos como cualquier prestación eran gratuitos. Además de brindar asistencia médica, el tren llevaba a cabo tareas de educación en salud: películas y documentales, capacitación en higiene y alimentación. Su

su propio seguro social: las obras sociales. En 1945 ya existían las de los ferroviarios, trabajadores del vidrio, seguros, bancarios, Ministerio del Interior, Agricultura y Ganadería, Educación (Del Campo, 1983). Este fenómeno siguió creciendo en paralelo con la sindicalización y en simultáneo con las políticas integradoras de Carrillo. Se puede decir que este es el momento fundacional de las obras sociales, las que comenzaron a brindar coberturas disímiles, en función de sus disponibilidades, de su poder, según la rama a la que pertenecieran. Con la sindicalización que se da en el período 1946-1955 el sistema de seguridad social experimenta un crecimiento sostenido (Rossi y Rubilar, 2007).



capacidad de atención era para 400 personas, sin embargo asistía a 1200 por día.

Otra perla fue lo que Carrillo anuncia en 1948 como la “primer fábrica nacional de medicamentos”, Especialidades Medicinales del Estado (EMESTA). Fue un emprendimiento muy importante que requirió de una gran inversión y el compromiso de los trabajadores. Fue fundamental para el abastecimiento de hospitales públicos. Los costos eran enormemente menores a los precios de las farmacias. Al tiempo de su creación se pusieron a disposición de los hospitales 100 productos y como el propio Ramón Carrillo declaraba, “eran un 50 a 70% más baratos que los similares”. En materia de calidad eran iguales o mejores que los importados. La fábrica cerró luego del golpe de 1955.

La relación entre Carrillo, Eva y el General Perón era muy estrecha, a tal punto que ambos fueron los testigos del casamiento del emblemático sanitarista. Buena parte de los desafíos más ambiciosos del Ministerio eran llevados a cabo por la Fundación Eva Perón. Sin ese vínculo la historia hubiese sido otra.

Con la ley 14.250/53 de Convenios Colectivos de Trabajo, los sindicatos logran incluir el aporte de los trabajadores y el de los empleadores, para la cobertura médica de los trabajadores (Veronelli y Veronelli y Correch, 2004). El sistema no se desintegraba sino que se bifurcaba, no perdía importancia absoluta el subsistema público (aunque algunos plantean que estaba siendo desfinanciado). Ciertos teóricos han opinado que los sindicatos llevaban a cabo una función supletoria; pero en sí, el proceso parecía ir en una dirección inversa respecto del concepto de integración de Carrillo (Rossi y Rubilar, 2007). En junio de 1954 Carrillo presenta la renuncia.

En síntesis, las ideas fundamentales del Doctor Carrillo se encuentran a lo largo del libro y están presentes constantemente en el HEC en la medida que nuestra experiencia estuvo guiada por el principio de integración del sanitarista. Para Carrillo la salud era parte del Estado, apuntando a un sistema de salud pública centralizado y con fines sociales. Su idea de medicina social en la cual no hay política sanitaria sin política social es un fiel reflejo de esta concepción. También toma un papel importante el sistema de seguros como una cuestión fundamental para el futuro del sistema de salud, en la medida de que si es universal puede volver a integrar las partes fragmentadas. La planificación es uno de los elementos que distinguen su accionar y pensamiento, cumpliendo un rol importante en los avances logrados durante su gestión. Un legado fundamental para el pensamiento nacional y popular.

LA DERECHA CONSERVADORA TIENE OTROS PLANES

La ofensiva contra la salud pública y la resistencia

No es casualidad la persecución y difamación política e ideológica a la que fue sometido Ramón Carrillo después del golpe militar de 1955, aunque él hacía unos años que no estaba en el gobierno y se había autoexiliado en Estados Unidos para resolver problemas de salud de uno de sus hijos. Murió, muy pobre, por un accidente cerebro vascular en la ciudad brasileña de Belem do Pará, el 20 de diciembre de 1956. Pero no fue la única persecución sobre el sistema de salud pergeñado por el peronismo luego del golpe, las enfermeras también fueron objeto de allanamientos. La literatura especializada reconoce al período 1955-1970 como aquel donde se desestructura la centralidad y la integración que en el período anterior instaló la gestión de Carrillo (De Fazio, 2013).

La Revolución Libertadora representa en nuestro análisis el quiebre del más importante intento que hubo en Argentina, junto luego con el gobierno de 1973 de imponer un modelo de desarrollo independiente, con todo lo que ello implicaba en el modo de regulación mundial que hemos denominado fordista y en el marco del capitalismo periférico (Narodowski, 2008). En lo que hace al sistema de salud, se inició una serie de reformas tendientes a transferir hacia provincias y municipios la administración de los entes públicos, siguiendo las recomendaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana (Veronelli y Testa, 2002).



«LAS ENFERMERAS DE EVITA»

«Las enfermeras de Evita» son un buen ejemplo de lo que significó el proyecto de la Fundación Eva Perón. El voto femenino había coronado una de las luchas más significativas de Eva: la inserción de la mujer en la sociedad a través de la adquisición de los derechos que le permitiesen empezar a igualarse a los hombres. En ese marco, se crea una escuela para enfermeras que garantizó la profesionalización de la actividad y permitió a muchas mujeres salir a trabajar y a comprometerse. Evita además se apoyó en el trabajo político de muchas de ellas, distribuidas por todo el país. Por eso fueron perseguidas muy duramente luego del golpe de 1955, allanaron sus casas, quemaron sus uniformes, sus apuntes y hasta los legajos de los hospitales

Con el objetivo de recordar y dar a conocer esta historia Marcelo Goyeneche estrenó un documental-musical en el que se muestra la vida de este grupo de mujeres que tanta importancia tuvieron. El estreno de la película permitió que mucha gente conociese esa experiencia y también pudimos escuchar los testimonios de las enfermeras que aún están presentes y que con su mensaje ayudan a reivindicar la labor realizada, con esa gran identidad que forjaron alrededor de Eva.

Lo hace sin modificar la ley de coparticipación y sin aumentar el financiamiento. Las transferencias tardaron más de una década en hacerse efectivas, con el correspondiente estado de malestar e incertidumbre. La situación llevó a la reducción del personal, y el desmantelamiento de equipos técnicos y de mantenimiento (Rovere, 2004).

Al mismo tiempo, como ya veremos, en 1956 se crea la Obra Social de la Administración Provincial, y en 1957 se estructura el Instituto de Obra Médico Asistencia de la Administración General de la Provincia de Buenos Aires (IOMA).

La descentralización administrativa basada en la racionalización del presupuesto estatal, era una forma de «desperonizar» la gestión del sistema salud ya que hasta entonces había sido el peronismo el que había impulsado el fuerte rol del Estado en el sistema sanitario, con un carácter integrador.

En ese contexto de medidas proscriptivas y represión a los sectores más combativos se produce el debilitamiento del subsistema público y el aumento relativo de los privados y las obras sociales. En los años sucesivos, con diferentes políticas, el Estado no perderá nunca su importancia regulatoria e intervencionista (aunque utilicemos el concepto de desregulación o privatización), solo que lo hará en otro sentido,

Esta dinámica continúa y se profundiza durante el período de Frondizi, lo que explica la sanción de la ley 14.455 de Asociaciones Profesionales de Trabajadores, que va en la misma línea y que es producto de la alianza entre el gobierno y algunos sindicatos. Sin embargo, hay un detalle interesante: se crean en 1959 los servicios de medicina social y preventiva en todos los establecimientos médico-asistenciales y la Escuela de Salud Pública, y se incentiva la formación de médicos sanitarios con distintos programas destinados a las áreas con mayores carencias a nivel técnico asistencial (Perrone y Teixidó, 2007).

Pero es en este período en el que empieza a evidenciarse el creciente costo de la atención médica; la crisis económica golpeó sobre calidad y cobertura, con indicadores que siguen cayendo.

Durante el gobierno de Illia tuvo un rol preponderante el ministro de Asistencia Social y Salud Pública Doctor Arturo Oñativia. Veronelli, y Veronelli Correch (2004) desarrollan muy profusamente los avatares de esa gestión, y plantean que fue el gobierno radical el que impulsó la ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la Comunidad. La ley debía facultar al Poder Ejecutivo a modificar el régimen de constitución, funcionamiento y manejo de los organismos sanitarios con el objetivo de propender a una mayor autonomía. El hospital tendría un Consejo de Administración y mayor capacidad de dirección, incluso para lograr el incremento de recursos propios para el desarrollo de sus programas. Así surge el concepto de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) en que se basa el HEC. Se inspiraba en el modelo impulsado por la gobernación de Oscar Alende en los dos primeros años de los sesenta, en los hospitales de la reforma, que estimulaban el aumento de la



capacidad de decisión de los hospitales, siendo muy cuestionado, fundamentalmente por el subsistema privado (Maxit, 1994).

Esta ley fue sancionada finalmente luego de la salida de Illia, el 30/12/1966. Según la misma, la constitución de un SAMIC sería determinada previamente por estudios realizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública según iniciativa propia o a instancias de las provincias, municipalidades y otras entidades. Finalmente su implementación quedó trunca pero quedó un antecedente muy importante para el Hospital El Cruce. Como se verá luego, sigue siendo un ejemplo a replicar gracias a las ventajas que genera en la capacidad de gestión: el caso del HEC es interesante en ese sentido. Pero fueron las políticas de medicamentos las que generaron tantas controversias y resultó un motivo más que explica el fin anticipado del gobierno democrático. Mediante el decreto 7.650/64 se había congelado el precio de los remedios. La estrategia daba respuesta al diagnóstico que surgía de un estudio elaborado en conjunto por la OEA (1963), BID (1963) y CEPAL (1963) del año anterior en que se planteaba que los medicamentos representaban gran parte del costo de vida de los sectores más vulnerables de la sociedad. Los laboratorios reclamaron, pidiendo se dejara sin efecto la medida. Illia respondió con lo que se denomina ley o leyes de Oñativia (16.462 y 16.463), dos normas que intentaban regular el mercado de los medicamentos, a través de un proceso que se llevaría a cabo de manera progresiva, a efectos de eliminar los factores que provocaban las distorsiones que afectaban los precios de los mismos en las etapas de producción y comercialización y con el propósito de otorgar valor de bien social y garantizar el acceso a la población.

Se definía un modelo de costos y un precio máximo industrial, a partir de una declaración del precio de salida de las fábricas (Quintana y Piani, 2009). Además establecía que los envases debían tener la cantidad (dosis, etc.) de acuerdo con el tratamiento; los nuevos medicamentos debían justificarse si respondían a un adelanto científico, poniendo freno a las falsas mejoras de medicamentos, que eran solo una cuestión de comercialización; se limitaba el gasto en regalías en el exterior, se restringía la publicidad, etc.

Distintos autores consideran que la sanción de las leyes de Oñativia precipitó la caída del gobierno de Illia (Escudero, 1983; Sabsay, 2000; Tcach y Rodríguez, 2006; De Fazio, 2013; Pérgola, 2013). Lo sucedido fue una clara demostración del poder de los laboratorios, incluso para futuros gobiernos. Como se verá en el capítulo dos, se trata de un

poder real muy fuerte, que genera sobrecostos importantes. Por eso plantearemos luego que una estrategia para limitar este poder es el fortalecimiento en general del sistema público y el control de las obras sociales y los privados, junto a sistemas informáticos y de gestión. En relación con este tipo de políticas, la ley de genéricos y la gestión de medicamentos en el nivel micro del HEC son buenos ejemplos.

La fragmentación como política

El gobierno del general Juan C. Onganía, dio marcha atrás con lo poco logrado por Illia y legitimó la fragmentación definitivamente. Una de las primeras medidas tomadas por el gobierno de facto fue modificar la ley de ministerios y reemplazar el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública por el Ministerio de Bienestar Social, del que pasaba a depender ahora la Secretaría de Salud Pública. Reaparecieron los proyectos de transferencia hospitalaria a provincias y municipios, con la velada intención de ampliar espacios a la medicina privada. Es evidente que el hecho de incluir a la salud en un ministerio que lleva el título de «social» no significó nada, teniendo en cuenta el contexto y las políticas desarrolladas. Nosotros aún sostenemos que la salud debe conservar su especificidad y contar con un organismo de primer nivel propio, un ministerio.

En este período se decreta la ley 17.230 que crea la Comisión Nacional de Obras Sociales y el nomenclador de aranceles que privilegiaba la alta tecnología, para resolver el problema de los diferenciales existentes entre provincias, entre obras sociales, servicios sociales, mutuales y hacerse eco de las protestas de las entidades médico-gremiales; al mismo tiempo se congelaban los aranceles de las prestaciones médicas y paramédicas, en un contexto de ajuste.

Finalmente nace la ley 18.610 de Obras Sociales. La misma extendía la cobertura médica para todos los trabajadores estableciendo la obligatoriedad en cuanto a la afiliación y los aportes; surgieron nuevas obras sociales. Aparece la estrategia de contratar servicios del subsistema privado (De Fazio, 2013; Rossi y Rubilar, 2007; Perrone y Teixidó, 2007).

En paralelo se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) –ley 18.610– como organismo coordinador y de control de las obras sociales, con un poder importante.

El rol de la salud pública disminuía relativamente, las obras sociales amparaban a sus trabajadores pero con grandes disparidades, ya que



VANDOR Y EL PERONISMO EN LOS SESENTA

El golpe militar del año 1966 significó una nueva vuelta atrás en materia de salud, también en relación a otros derechos adquiridos. Para los sindicatos, que habían ganado protagonismo en la lucha por los derechos en 1945, la dictadura representaba un peligro grave.

A medida que el tiempo transcurría y se iba degradando todo el sistema construido hasta el momento, los reclamos por parte de los sindicatos se hicieron cada vez más visibles. Incluso, las luchas comenzaron hacia el interior de las asociaciones. La división se hizo evidente ya que no todos compartían la misma lucha y esa misma lealtad hacia los ideales peronistas. Estaban quienes eligieron resistir a la dictadura, y quienes optaron por mantener una relación fluida con el gobierno de Onganía, a cambio de defender una cierta autonomía, sobre todo en relación a las obras sociales. Los primeros se agruparon en torno al gráfico Raimundo Ongaro, formando la CGT de los Argentinos.

El otro grupo fue comandado por Vandor, dirigente de la Unión Obrera Metalúrgica (UOM) quien intentó un juego propio. En ese contexto se promulga la ley de Obras Sociales que devolvió a los sindicatos una parte importante del manejo del sistema de salud. Luego vendría el Cordobazo y toda la resistencia. Los militares entregarían el poder al peronismo en 1973 para dar lugar a la primavera popular.

en este período más que en otros se privilegia la tecnología de diagnóstico y tratamiento, en contraposición a la prevención y atención primaria, por lo que los costos se elevaban y ya no podían contener la situación de desprotección de los trabajadores informales que iban en aumento, en un contexto económico de ajuste y represión a los sectores más combativos.

Una nueva alianza con los médicos en la Provincia

La fragmentación que se estaba llevando a cabo a nivel nacional tuvo su impacto en la Provincia de Buenos Aires. El ministro de Salud de la Libertadora fue el Doctor Rodolfo Eyherabide. La política de este período y el sucesivo fue similar: aceptación y reflejo del intento de transferencia de los hospitales de la Nación a las provincias. Tal vez un rasgo distintivo fue la importancia de la alianza con los médicos, un tema que reaparecerá constantemente en el libro. En el capítulo dos se profundiza la problemática desde un enfoque sistémico (Narodowski, 2008), luego se muestra cómo el HEC resolvió en la gestión micro esta cuestión. En el final del libro se lo encara más conceptualmente y como propuesta a futuro.

Durante este período, en la Provincia de Buenos Aires, se superpone a las obras sociales nacionales, el nacimiento de IOMA, que incluirá a todo el personal en relación de dependencia de cualquier organismo de la Administración General de la Provincia y a los jubilados y pensionados de dicha Administración. Así se logra dar respuesta a los reclamos del gremio y también crea una institucionalidad ajena a la creada por el peronismo. Para el año 1957, el IOMA contaba con 300.000 afiliados en 40 municipalidades de la provincia. Se incorporaron los poderes Legislativo y Judicial y la municipalidad de La Plata. Entre los prestadores de salud se encontraban adheridos 1.712 médicos (1.287 en el interior de la provincia y 425 en La Plata con arancel básico), 436 odontólogos y 580 farmacias (Rossi y Rubilar, 2007).

En paralelo, a través del decreto ley 5.413 de 1958, se crea el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, una institución de autogobierno, en el sentido que regula y fiscaliza la actividad profesional de sus miembros, otorga la matrícula habilitante de la actividad, defiende los intereses profesionales y propone los aranceles mínimos y las remuneraciones básicas para profesionales en relación de dependencia, con exclusión de las aplicables en el ámbito estatal y de las prestaciones comprendidas en los regímenes de obra sociales. Tiene poder sobre los médicos con sanciones disciplinarias que incluyen hasta la suspensión temporaria de la matrícula y finalmente la cancelación de la misma. Con el nacimiento del IOMA y el Colegio, quedarán constituidos dos actores fundamentales del sistema de salud en la provincia.

En el año 1958 es importante mencionar también la ley Orgánica Municipal de la Provincia de Buenos Aires (decreto ley 6.769/58) que define la composición y las muy escasas atribuciones de los



departamentos (legislativo y ejecutivo) de los municipios, su forma de funcionamiento, los recursos, etc. Incluso con las modificaciones que se producirían en 1978, las únicas competencias en el campo de las políticas sociales eran aquellas que no se opusieran a las normas que al respecto dictase la provincia. Por entonces, este nivel administrativo no representaba un factor importante en las políticas sanitarias.

Durante la gobernación del Doctor Alende, entre los años 1959 y 1962 se adopta como estrategia el plan de reorganización de la salud pública, en una perspectiva no muy diferente a la del gobierno nacional y se elige al presidente del Colegio Médico de la Provincia para ocupar la jefatura del Ministerio de Salud. Se sigue consolidando la misma alianza. Como ya se mencionara en los párrafos precedentes, por esa época había surgido la experiencia de los hospitales de la reforma, que tuvieron una corta duración, pero dejaron un antecedente interesante.

En ese período, con el decreto de la ley Provincial de Regionalización Sanitaria (modificada por ley en el año 1965), la Provincia de Buenos Aires se divide en 12 zonas sanitarias que agrupan territorialmente a los distintos partidos de la provincia. Debe señalarse que esta división no se corresponde con otras divisiones territoriales, tales como las de seguridad, educación o justicia. Se distingue la concentración desproporcionada de población en las regiones del Conurbano. La organización territorial que suponen las zonas sanitarias no implicó en la práctica una mayor descentralización en las decisiones de políticas, en la medida en que este nivel no cuenta con capacidad decisoria y resolutoria en el ordenamiento de los establecimientos que le pertenecen.

EL INTENTO DE REFORMA DE 1973

Lo planteado hasta aquí sirve para comprender el proceso de fragmentación y descentralización que sobrevino al gobierno peronista. Los intentos de desguace de las realizaciones del primer peronismo por parte de todos los gobiernos posteriores son claros. En 1973 asume Cámpora y es designado como ministro de Bienestar Social José López Rega, quien pone al frente de la Subsecretaría de Salud al Doctor Domingo Liotta, ambos confirmados luego en sus puestos por Perón.

La propuesta en materia sanitaria del tercer peronismo giró en torno al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), tratando de retomar

LA PRIMAVERA CAMPORISTA

El gobierno de Cámpora significó un momento clave de la historia argentina. El pueblo, con fuerte presencia de los jóvenes de tradición peronista y también de otras identidades políticas, luchó y logró, en las elecciones del 11 de marzo de 1973, la salida de los militares.

La algarabía podía palpase desde que habían corrido los rumores de las posibles elecciones y más aún cuando se confirmó el apoyo de Perón hacia Héctor Cámpora; los sectores juveniles fundamentalmente salieron a la calle y el triunfo electoral fue demoledor.

La primera medida: la liberación de los presos políticos, anunciaba que el presidente estaba dispuesto a cumplir sus promesas. Su gobierno estuvo repleto de medidas estratégicas de neto corte nacional y popular. Las organizaciones siguieron movilizadas en un marco de lucha, pero también de contradicciones.

En ese marco se produjeron los debates sobre el seguro de salud y otras medidas que iban en línea con las exigencias de las mayorías. Las dificultades para aprobarlo y luego implementarlo, son la demostración de los problemas con que se enfrentaba el gobierno. La presión de la derecha, representante de fuertes intereses económicos, era muy dura, presagio de lo que vendría luego.

las ideas de Carrillo. El proyecto contó con la colaboración de sanitaristas de otras tendencias políticas (Bello, 1983)

Con el proyecto de ley 20.748/74 se intentaba volver a darle un rol central al Estado a través de la planificación, la normativa y el financiamiento. Una de las principales diferencias con la ley de Obras Sociales, era que el Estado se constituía en el financiador y garante económico de un sistema único e igualitario. Su importancia radica en que unificaba al sector público de todas las jurisdicciones a las obras sociales estatales y paraestatales y promovía una conducción central plural, al tiempo que generaba la descentralización operativa para las provincias y permitía sumar otras fuentes de financiamiento



al incorporar los pagos de la seguridad social. Pero en paralelo garantizaba la gratuidad del servicio, y, adoptaba el régimen de dedicación exclusiva (Neri, 1982).

Sin embargo, el proyecto sufrió modificaciones importantes para su aprobación debido a la resistencia de las obras sociales y de los médicos (aquellos favorecidos por la ley 18.610), pero igual tiene su valor. Si en su redacción final se declara a la salud derecho básico y hace responsable al Estado nacional de efectivizar este derecho a partir del principio de solidaridad nacional, como financiador y garante económico, remediando así – dada la derogación de la Constitución de 1949 – el vacío de la de 1853 que no incluía el derecho a la salud. También recupera ideas básicas del peronismo como la de incorporar la planificación de la salud dentro de los «grandes lineamientos» de la política nacional, definiendo como herramienta metodológica el principio de la normatización centralizada con ejecución descentralizada, propiciando la cogestión con las entidades representativas del sector, dentro del marco de la Comunidad Organizada (Carrillo, 1974b), con un fuerte compromiso del Estado que en las dictaduras no se verificaba. A su vez incluye el control y la vigilancia de la producción, comercialización y consumo de tecnología e insumos, estimulando el desarrollo de la industria nacional de equipamiento sanitario. Al mismo tiempo, se plantea la formación de los recursos humanos para el sector y el estímulo a la investigación. Muchos de estos objetivos han sido retomados en los últimos años y serán motivo de análisis y propuestas de este libro. El HEC es además un esfuerzo en esa dirección.

En relación al tema central, la norma crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, la incorporación de las provincias, las universidades y el subsistema privado se debería dar a través de la firma de convenios, pero respecto a las obras sociales establece taxativamente que las mismas quedan exceptuadas, hasta que decidan su incorporación voluntaria (el proyecto original establecía la integración de manera obligatoria de todos los efectores). Solo pudo plantearse en la norma que en caso de emergencia sanitaria, las obras sociales estarían subordinados a la administración federal.

En cuanto a la estructura administrativa, se crea la Administración Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud, compuesta por una serie de órganos a nivel nacional y provincial que garantizaban el pluralismo y la necesidad de consensos. Tal vez la novedad más interesante –unos años antes de Alma-Ata– se producía a nivel local-re-

gional en donde se establecían las áreas programáticas: unidades de organización sanitaria de tipo territorial que podrían emparentarse con las ideas de distrito sanitario o sistema local de salud que fueron desarrolladas años más tarde. También pueden rastrearse huellas de las primeras concepciones del Doctor Carrillo, especialmente expresadas en el *Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958*.¹

La dirección del área programática debía ser ejercida por un director, asesorado por un consejo integrado por representantes de los municipios, por los directores de los establecimientos de mayor complejidad, representantes del personal profesional y del no profesional de la salud, designados a propuesta de las entidades gremiales representativas con personería gremial, representantes de las asociaciones de trabajadores que tuviesen obras sociales y relación territorial con el área y de las asociaciones civiles representativas. Se constituye así un espacio de integración entre los diferentes niveles de atención, y entre los diversos actores; los hospitales tienen un rol importante pero no se constituyen en el centro del sistema. Un modelo profundamente innovador para el momento histórico. El esquema se sostenía con el presupuesto anual de gastos de la Nación (nunca inferior al 5,1 % del total) y una cuenta especial, el «fondo financiero sanitario nacional» de carácter acumulativo, integrado por el aporte de las provincias que ingresaban a este sistema y las contribuciones del sector privado adherido. Los aportes anuales de las provincias al adherirse al sistema, no podían ser inferiores a los porcentajes para gastos de salud incluidos en los presupuestos respectivos para el año 1973. Es decir que desde el punto de vista presupuestario, establece un mínimo de asignación anual tanto para la Nación como para las provincias.

Un complemento de esta norma es la ley 20.749, de Carrera Sanitaria Nacional, en la que se establece en el artículo 1° que «la salud es un bien social de interés nacional por encima de intereses sectoriales o de grupo», haciendo clara referencia a la intención del SNIS, y agrega que «el trabajador de salud, cualquiera sea el nivel o el sector en que desempeñe su función, es el efector natural de la política sanitaria»; los trabajadores deben gozar de estabilidad inviolable, remuneración adecuada, prestaciones con incentivos económicos y científicos, régimen de previsión social y jubilatorio acorde, etc. Se fija la jornada laboral en cuarenta y cuatro (44) horas semanales en

1.- Dirección de Información Parlamentaria. *Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958*, Doctor Ramón Carrillo.



el caso de dedicación exclusiva y cuarenta (40) horas semanales en los de dedicación parcial.

Se incorpora el sistema de residencias médicas para posibilitar la formación intensiva y programada de los graduados, a fin de cumplir las necesidades crecientes de médicos integralmente formado. El ingreso a la Carrera Sanitaria Nacional de los profesionales de la salud y sus colaboradores se realizaba únicamente por concurso abierto, cada cinco años.

Lamentablemente la aplicación del modelo estuvo condicionada por la inestabilidad política e institucional de la época (Perrone y Teixidó, 2007). Terminó implementándose plenamente solo en cuatro provincias (Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis) durante los años 1974 a 1977 y fue finalmente derogada por la última dictadura cívico militar. A modo de conclusión, debemos decir que el intento reformador del Sistema Nacional Integrado de Salud, que retomaba las ideas del Doctor Carrillo, en la búsqueda de un sistema de salud universal e igualitario, quedó trunco producto de las presiones del subsistema privado y en parte por algunas obras sociales. La intención inicial promovía cambios revolucionarios para el sistema, eliminando la fragmentación que se había iniciado a partir de 1955; sin embargo, las mencionadas presiones terminaron produciendo un marco legal general muy distinto al pensado y grandes limitaciones en la aplicación. También aquí subsiste el modelo como ejemplo.

LA SALUD EN TIEMPOS DE REPRESIÓN Y AJUSTE

La confirmación de la fragmentación

Así como las realizaciones que produjo Ramón Carrillo en el sistema de salud argentino, fueron desarticuladas por las políticas implementadas a partir de 1955, el incipiente Sistema Nacional de Salud, que llevaba tres años de lenta y dificultosa implementación en cuatro provincias fue suprimido por la dictadura cívico militar de 1976 que derogó las leyes 20.748 (Sistema Nacional Integrado de Salud) y 20.749 (Carrera Sanitaria Nacional) mediante la ley 21.902 de noviembre de 1978.

La política sanitaria de la dictadura fue la continuidad de la de la Libertadora: se profundizó la descentralización, vía transferencias de los hospitales a las provincias y municipios, sin el traspaso de los recursos necesarios y en un contexto general de desregulación, pérdida de derechos y represión.

EL POSADAS EN LA ÉPOCA DE LA DICTADURA Y EN LA ACTUALIDAD

Cuatro días después del golpe militar del 24 de marzo de 1976, el Hospital Posadas fue intervenido militarmente. Se garantizaban así la inmediata detención del personal que se encontraba en las listas negras ya sea a través de operativos en el mismo edificio, por las calles, o en sus casas. El objetivo de la intervención era el desmantelamiento de las organizaciones sindicales y de las actividades sociales que se venían desarrollando en el hospital, que eran muchas y generaban gran movilización.

Operó allí el grupo paramilitar tristemente célebre por el nombre que ellos mismo se daban: SWAT. El área de Bienestar Social estaba a cargo de Reynaldo Benito Bignone.

Muchos de los trabajadores fueron alojados en «el chalet», una construcción que en sus inicios pretendía servir de albergue a las autoridades del Hospital, pero que fue utilizada como centro de detención clandestina. Hoy siguen desaparecidos nueve trabajadores: entre ellos hay un psiquiatra, dos médicos, una psicóloga, un enfermero, tres empleados (de estadística, de guardería, imprenta), y un estudiante de la tecnicatura en hemoterapia

Además se aplicaron a muchos trabajadores las leyes de prescindibilidad (21.260 y 21.274), que permitían la «deputación por cuestiones políticas». Bajo este contexto es que dictaron licencias que generalmente, según testimonios, coincidieron con quienes habían sido detenidos.

Hoy en el Hospital funciona la Escuela de Enfermería de la UBA y la sede de Derechos Humanos y como recordatorio hacia los hechos ocurridos en ese lugar, se ha señalado el edificio con tres pilares que proclaman, «La Memoria, la Verdad y La Justicia».



A su vez la disminución de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud sumamente oligopólico, al que coadyuvó la falta de inversión pública sobre todo en tecnología, generándose una fuerte supremacía del subsistema privado (López, 2006). En esa misma línea a partir de 1979 la discusión giró en torno a la reducción de los aportes al sistema de la seguridad social,² impulsada por el ministro de Economía José Alfredo Martínez de Hoz y apoyada por los empresarios pero con el rechazo del Ministerio de Bienestar Social.

En paralelo, el gobierno militar dicta el decreto 3.046/76, que otorgaba al Instituto Nacional de Previsión Social la potestad de intervenir sobre las modalidades de contratación y prestación de las obras sociales y se eliminaba el mecanismo paritario puesto en marcha por la ley 19.710 de 1972.

Luego se sanciona en 1980 la ley de Obras Sociales 22.269 que sustituye a la ley 18.610 y crea los entes de obra social con individualidad jurídica, administrativa y financiera quedando desvinculados de las asociaciones gremiales. Asimismo, establecía que la administración de cada obra social sería ejercida por un Consejo de Administración integrado por un (1) representante del Estado, tres (3) representantes de los beneficiarios y tres (3) representantes de los empleadores contribuyentes, designados todos por el Instituto Nacional de Obras Sociales. Además, permitía a los beneficiarios del sistema retirar el noventa por ciento de sus aportes si decidieran afiliarse a alguna entidad de prestaciones médicas reconocidas por el INOS. Otros proyectos se focalizaban en modificar los aportes. Esta ley no pudo aplicarse, las divisiones de los militares, los privados, las obras sociales y los médicos explican lo sucedido.

La ley SAMO en la Provincia

En una provincia devastada socialmente por la dictadura, en medio del ajuste y el retiro del Estado y la represión, la novedad es el cobro obligatorio de los servicios brindados por los hospitales a los afiliados de las obras sociales. La idea era no destinar recursos innecesarios para personas que poseían cobertura, que ya realizaban aportes. Con ese propósito y el de distribuir los recursos obtenidos entre los

2.- El proyecto de Economía proponía autorizar al afiliado a disponer del 90% de sus aportes para poder atenderse en otros lugares – seguros médicos, mutuales, planes de asistencia integral de clínicas, organizaciones de colectividades – según sus preferencias.

establecimientos de salud, se decretó la ley N° 8.801 de 1977, por la que se creaba en el ámbito de la provincia el Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO).

El esquema es importante porque logra una vinculación entre el paciente, el ente cobertor (obra social, prepaga, seguro, ART), y el hospital, en el que el primero accede en forma sencilla a la atención médica, el segundo cumple con su función de cobertura y el tercero puede recuperar costos. El problema fue que en el origen era la única política y en un contexto de ajuste.

El «botín», era la distribución de los recursos y ya al inicio empezaron los vaivenes. Según decreto 1.158/79, se establecía que de lo producido por el recuperado, se destinaba el 20% a los fines establecidos en la ley por el Consejo Provincial (CP); el 60% según dictamine el CP, para el personal profesional y técnico en función de la jerarquía, antigüedad y dedicación horaria; y el 30% según lo decidiese el CP para gastos de funcionamiento e inversiones en capital. Con respecto a los municipios que adhiriesen, recibían directamente la transferencia de los fondos según lo designara el Consejo Provincial, esto debido a que el proceso de descentralización estaba a mitad de camino.

Ya en democracia, el decreto 3.372/87 modifica lo establecido anteriormente. En este caso, del total recuperado, el 10% se destina al Fondo Provincial de Salud, el 50% va hacia bonificaciones especiales para el personal comprendido en la ley 10.430 - empleado de la administración pública - y la ley 10.471 - personal de salud, (para el primero en función de los gastos de facturación del sistema, y para el segundo en función de los honorarios), siempre con la decisión del Consejo. Finalmente, el 40% se destina a gastos de funcionamiento e inversión en bienes de capital en el establecimiento que dio origen al recurso. La responsabilidad del manejo de este porcentaje recae en el director o subdirector del establecimiento de salud - en el caso provincial - y según la normativa comunal, para el caso municipal. En el proceso de descentralización se producen poco cambios, lo más significativo es que el 25% del pago de retribuciones al personal pasa a ser facultad del director del establecimiento. Respecto a los municipios, el recuperado se distribuye de la siguiente manera: el 10% para la formación del fondo que el CP asignará dentro de las finalidades de la ley y el 90% será de libre disponibilidad para el municipio que adhiriese.

Lo cierto es que el SAMO ha tenido éxito desde su implementación pero sobre todo con el paso de los años, ya que permite fundamen-



talmente a la provincia recuperar recursos a partir del cobro a las obras sociales por las prestaciones que se realizan; también de algún modo se genera una mejor integración de aquellos que se atienden en hospitales o CAPS públicos, pero que poseen obra social o medicina prepaga, siendo una oportunidad para hospitales que funcionan bien y tienen capacidad ociosa en algún servicio.

Entre las críticas al sistema se encuentran los problemas de registro, porque hay dificultades cuando se solicita el recibo de sueldo, más si es por una urgencia; otra cuestión radica en el proceso que lleva a cabo el hospital para obtener la factura y el correspondiente pago de la obra social. Requiere de una participación plena del médico, ya que este tiene la obligación de completar los datos, historia clínica, etc. Pero el tema principal es que la distribución, a pesar de las modificaciones normativas, sigue estando bajo un fuerte control del Ministerio. Los médicos no siempre están dispuestos a completar los datos. Es el delicado equilibrio entre el poder de coordinación del Ministerio y el poder del hospital. En general, debería profundizarse el incentivo a cobrarlo por parte del personal. El HEC, aunque no sin dificultades por los problemas del esquema y sus propias limitaciones, ha aceptado sus cobros; el modelo es parte de la lógica del hospital, aunque aún puede mejorarse.

Queda pendiente el debate sobre asimetrías estructurales entre territorios, por lo cual no siempre es fácil para los hospitales lograr recursos propios. Es claro que también se deberían volver a lograr valores de solidaridad, que entre los años setenta y noventa han flaqueado, a través de mecanismos compensadores.

Atisbos del nivel primario de atención en la Provincia

Si bien de nuevo la Provincia de Buenos Aires fue un reflejo de la política nacional en tiempos de la dictadura de 1976, sobre el final hubo alguna novedad más interesante. Se intenta una política orientada a fortalecer el primer nivel de atención, al menos en términos de infraestructura. El país recibía la presión de lo que estaba sucediendo, que daría lugar a la Conferencia de Alma-Ata. Se creó el Programa de Atención Primaria en reemplazo del antiguo programa de salud rural dependiente de la Dirección Provincial de Medicina Sanitaria, pero en realidad esta estrategia nueva no pudo implementarse sino hasta el fin de la dictadura,

El objetivo era resolver un problema grave: la falta de capacidad de las unidades sanitarias y centros de salud que no conformaban

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA (1978). CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Conferencia de Alma-Ata, en la entonces URSS, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue un hito mundial en lo que respecta a cuestiones de salud; contó con la presencia de 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales.

Durante los encuentros se produjeron enfervorizados debates con un eje puesto en las grandes diferencias existentes entre países industriales y subdesarrollados; además se discutieron modelos populares de gestión, habida cuenta de que los modelos capitalista y socialista estaban aún en pugna. En la propia Declaración se expresa que “si la intención es alcanzar el desarrollo económico y social, la salud de los pueblos se vuelve imprescindible”. Se asume que “la responsabilidad está en los gobiernos, quienes, mediante la adopción de medidas y políticas sociales y de salud tienen la obligación de garantizar el mejor estado de salud posible a su pueblo”. Se proponen objetivos referidos al abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades

una estructura formal, sino que funcionaban en sociedades de fomento, instituciones religiosas, entidades deportivas y recreativas. También funcionaban como primer nivel los consultorios externos y salas de guardia de la mayoría de los hospitales generales, que atendían problemas menores, en yuxtaposición con la atención de mayor complejidad. La población se dirigía en búsqueda de atención preferentemente a los hospitales de base, por el progresivo desprestigio de los efectores de primer nivel debido a reducidos horarios de atención, falta de resolución, discontinuidad y poco cumplimiento horario de los profesionales. Se debía constituir y regular el sistema



endémicas locales; el suministro de medicamentos esenciales. Incluso se cuestionaba la carrera armamentista. Sabemos que muchos de estos encuentros no tienen el impacto real deseado, aunque de todos modos son al menos un llamado de atención para los estados.

Pero la conferencia tuvo y tiene una importancia clave porque de allí surge la atención primaria como eje de las políticas, es decir se pone de relieve la necesidad de generar el contacto inicial de los individuos con el sistema y garantizar la puerta de entrada al segundo nivel. Además se ponía énfasis en el rol que este nivel debe jugar en la promoción y la prevención. Por último debe decirse que aparecía con fuerza la participación ciudadana.

Naturalmente las definiciones eran vagas y cada país las interpretó a su manera, no olvidemos que en paralelo surgía el neoinstitucionalismo. Incluso en algunos casos podía servir de argumento para olvidar los problemas macroestructurales existentes. Sin embargo, la conferencia puso en negro sobre blanco una problemática y además abrió un camino que bien entendido y sin la deserción del Estado, puede ser vital para la vida de los sectores populares.

de efectores del primer nivel, esfuerzo que en realidad se realiza en los primeros años de la democracia.

Debido a la presión social, durante esta etapa se inicia la construcción en el Conurbano sur de dos hospitales en forma paralela: el Hospital Regional El Cruce - conocido entonces como el Regional- y el Hospital Paroissien del partido de La Matanza. Sin embargo, solo se terminó el segundo, siendo las necesidades enormes.

Es evidente, como surge de la evaluación realizada para todo el período posterior a Alma-Ata, que era improbable lograr la reorganización del sistema con objetivos intersectoriales, participación social y la

tecnología apropiada, en un contexto autoritario y con los graves problemas económicos que atravesaban los sectores populares. En este libro tratamos de mostrar que esos objetivos y ciertas estrategias solo son posibles en un modelo basado en el consumo interno y con fuerte presencia del Estado.

LAS ILUSIONES DEL ADVENIMIENTO DE LA DEMOCRACIA

La vuelta del debate sobre el seguro nacional

El advenimiento de la democracia en 1983 posibilitó la reapertura del debate. La concepción del gobierno radical de Raúl Alfonsín, estaba representada en el área de salud por el ministro Aldo Neri, que había formado parte del grupo de expertos que intentaron diseñar, durante el tercer período peronista, el sistema integrado. Neri envió a las cámaras un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, el cual fue aprobado con importantes modificaciones hacia el final del mandato presidencial y en la práctica no llegó a implementarse. Este fue el último intento de integración del sistema en el nivel nacional hasta los 2000.

El proyecto se proponía universalizar y ordenar la seguridad social en forma integrada, incluso la atención primaria, con otras prioridades del área social (alimentación, vivienda, promoción del desarrollo comunitario y familiar, recreación y atención de las situaciones de emergencia social) y centralizar el financiamiento. Todos los prestadores, públicos, privados y las obras sociales deberían constituir una red integral de servicios disponible para los beneficiarios del seguro. Por eso se planteaba la unificación de los Ministerios de Salud y Acción Social, e incorpora el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) a la Secretaría de Salud.

El proyecto terminó dividido y en el año 1988 el Congreso de la Nación sancionó la ley 23.661 que creaba el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS) y la ley 23.660 que regularía a las obras sociales. Estas leyes recién serían reglamentadas en el año 1993 por el gobierno de Carlos Menem.

La ley 23.661 finalmente incluye en el seguro a todos los beneficiarios de la ley de obras sociales, de los regímenes de obras sociales provinciales o de las fuerzas armadas, pero siempre que adhieran al sistema bajo convenios especiales. Esto significa que la nueva norma no representa demasiado en términos de disminuir la fragmentación; la mayor cobertura iba a ser una utopía, debido a las políticas de ajuste posteriores. Esta era una ley que desde su nacimiento



tenía pocas posibilidades de implementación debido a la situación existente, hay que tener claro que una norma es efectiva no solo cuando tiene buen diseño y formulación, sino que también debe existir capacidad gubernamental para hacerla cumplir.

Por otro lado las pujas alrededor de la reforma de la regulación sindical, de las obras sociales y de los servicios de salud públicos en situación de fragilidad estructural significaron la primera derrota política del presidente Alfonsín. Obviamente es un tema crucial que debe encararse con una fuerte coherencia entre garantía de derechos y profesionalidad, con carreras profesionales que reflejen ese equilibrio y permitan, como sucede en el HEC, gestionar la unidad sanitaria por el bien de la ciudadanía.

El gobernador radical y su política de salud

Mientras la gran reforma seguía en discusión, en la provincia se avanza en un sentido positivo. Se crea la Dirección de Atención Primaria de la Salud, para jerarquizar el Programa de Atención Primaria, y de ese organismo dependió el Plan Muñiz, mediante el cual se amplió la inversión para la construcción de unidades sanitarias en toda la provincia, con particular concentración en el Conurbano bonaerense. La gestión de este plan involucraba a los municipios en la definición de la localización a través del aporte de los terrenos, mientras que el Ministerio de Obras Públicas realizaba las obras de infraestructura y el de Salud asignaba el recurso humano, el equipamiento y era responsable de la gestión posterior. También incluía la conformación de un equipo de salud con una planta tipo compuesta por dos médicos pediatras, dos clínicos, dos odontólogos, dos trabajadores sociales, dos enfermeros, dos administrativos y una mucama; opcionalmente y según el contexto de la unidad sanitaria se consideró un chofer y un encargado de mantenimiento. Se evaluó que este equipo era el adecuado para actuar en un área de acción de aproximadamente 5.000 personas y con una dispersión geográfica de 40 manzanas (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012). Luego sigue el Plan Illia, de menor envergadura, con la construcción de algunas unidades sanitarias de diferente estructura a las anteriores pero siguiendo las características organizativas y de recursos humanos. Para el año 1986, además se establecen las misiones y funciones de cada unidad sanitaria, también se fijan mecanismos de supervisión y se crean once áreas de atención primaria dependientes de la Dirección de Atención Primaria que coinciden territorialmente

con las once regiones sanitarias, con un plantel básico que estaba conformado por un jefe de área, un supervisor de área, agentes administrativos y choferes. Este organigrama generó algún nivel de conflicto con las Direcciones de la Región Sanitaria debido al espacio geográfico común y a la distinta dependencia administrativa dentro del Ministerio de Salud. Quizá esto hizo que se desdibujara dentro de la estructura. Mientras las unidades sanitarias locales empezaban a visibilizarse, en una línea similar, se producía en el sur del Conurbano la inauguración, con el apoyo de la Asociación Civil Mi Pueblo de los consultorios externos, que luego serviría de puntapié para lo que en la actualidad es el hospital del mismo nombre.

Durante este mismo 1986, se sanciona la ley 10.471 que establece la aún vigente Carrera Profesional Hospitalaria para los profesionales que prestan servicios en los establecimientos asistenciales correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se definen los cuadros de personal, el régimen de trabajo, las funciones del director y director asociado, los regímenes salariales, etc. La normativa cubrió un vacío legal existente ya que previamente no se jerarquizaba al médico de planta y no se trataba la figura del profesional transitorio. Como lo muestra el debate alrededor de la estrategia del HEC, dicha norma debería ser superada.

Si bien en estos años no hay grandes cambios vinculados a la gestión hospitalaria, debemos recordar que las modificaciones del SAMO de 1987 permitió que el 40% de lo recaudado se destine al establecimiento que dio origen al recurso, con un manejo autónomo del director o subdirector, pero con los problemas que ya hemos abordado.

El Programa ATAMDOS

La gestión del Ministerio de Salud en los inicios de la gobernación del Doctor Antonio Cafiero, estuvo a cargo de Floreal Ferrara y tiene puntos en común con los intentos anteriores en la concepción general, aunque con un perfil claramente popular. Justamente a partir de 1988 se inicia el Programa de Atención Ambulatoria de la Salud (ATAMDOS), una experiencia muy valiosa. En el marco de una inversión sin precedentes se constituyeron más de 100 equipos de salud familiar y comunitaria, compuestos por un médico, un enfermero, un trabajador social, un trabajador de salud mental y cada dos equipos un odontólogo y un administrativo. Cada equipo tenía asignada la cobertura de 300 familias. El programa preveía la



existencia de un responsable municipal que era designado por el equipo central y era quien acordaba con el municipio la localización de las intervenciones.

Se intentó operar así sobre dos aspectos considerados como críticos: el recurso humano (en calidad y cantidad) y sobre las normas de organización y funcionamiento de los centros. Aunque se enunciaban cambios en la infraestructura y el equipamiento, estos no fueron efectivamente realizados. La mayor cantidad de equipos ATAMDOS, como surge de Chiara (2000) se instalaron en General Sarmiento, San Fernando, San Martín, Florencio Varela, Avellaneda, Berazategui, Lanús, Morón, La Matanza, Merlo y Moreno, todos ellos en los partidos de la segunda corona del Conurbano bonaerense.

La provincia abandona su implementación a menos de cinco meses de su inicio debido a la renuncia de Ferrara. A pesar de su corta vida, el programa sigue siendo caracterizado como la puesta en marcha de una nueva modalidad de atención de la salud vinculada al enfoque familiar y comunitario, una propuesta quizás adelantada para la época, una nueva y efectiva forma de hacer medicina y de enfocar las políticas de salud en la provincia. Es una clave del modelo la presencia de un equipo interdisciplinario y la figura del médico generalista (con características comunes al médico de salud familiar que incluimos en nuestra propuesta), que ya para esa época había comenzado a formarse como especialidad incorporada al programa de residencias médicas en la Provincia de Buenos Aires. Como aspecto negativo no deben soslayarse los conflictos políticos que generó su implementación. Sin embargo, es una política que podría haber sido muy valiosa y que debería ser retomada.

Los cambios en la coparticipación municipal

Con la salida de Florencio Ferrara, surge la figura del Doctor Ginés González García, quien se hace cargo del Ministerio desde el año 1988 hasta 1991. Durante este período se producen las reformas en el régimen de coparticipación municipal que generaron un aumento de los recursos, en particular los referidos a salud. Ya en 1987 había habido un incremento de la masa coparticipable hacia los municipios (distribución primaria) de un 9,25% a un 14,14% (ley provincial 10.559) y en 1988 se produce uno nuevo que la ubica en un 16,14% (ley Provincial 10.752). Esta era asignada a los municipios según el

FLOREAL FERRARA. UNA ENTREVISTA

El Doctor Florear Ferrara era médico de la UNLP, especialista en cardiología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), ministro de Salud de los gobernadores Bidegain y Cafiero. Preferimos que hablase él directamente, por eso transcribimos algunos párrafos de una entrevista en *Página 12* (Blanco, 2010).

–*¿En qué consistió el programa ATAMDOS? (puesto en marcha en la Provincia de Buenos Aires durante su gestión como ministro de Salud a fines de 1987).*

–ATAMDOS quiere decir Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud y comprende toda la atención de la salud, parte del primer nivel y se integra con el hospital de la zona. Los modelos preventivos de la salud se repiten en la atención primaria de la salud. El programa se desarrolló a lo largo de cuatro meses, que fue el tiempo que estuve a cargo de ese ministerio, en La Plata, Berisso, Ensenada, Florencio Varela, General Rosales, Patagones, Salto, Tandil, Tres Arroyos, Villarino y otras zonas del Conurbano bonaerense. Pero no hay ningún lugar del país en que no se acuerde lo que significó, fuera de esa revolución sanitaria que produjo Ramón Carrillo.

perfil de complejidad de los centros de atención de salud, número de camas y factor de ocupación.

Pero fueron los cambios en la distribución secundaria entre municipios los que confieren a los parámetros referidos al sector salud una significativa importancia, ya que como surge de Chiara (2000), con dicha norma, los municipios que antes de la reforma de 1987 tenían a su cargo la atención de la salud, aumentaron su participación en esa masa coparticipable, pasando del 7% al 35%.

Un año más tarde, la reforma de 1988 aumentó a un 37% el porcentaje a distribuir entre los municipios responsables de la atención de la salud. Se creó una comisión especial integrada por los Ministerios



–¿Por qué razón se sigue recordando esta experiencia?

–Por la participación de la gente. Esto no quiere decir que yo disminuya la enorme significación de lo que hizo Carrillo sesenta años antes. El ATAMDOS fue un agregado fenomenal que rápidamente lo ahogaron, duró de fines de 1987 a abril de 1988.

–¿Quién o quiénes ahogaron la experiencia?

–Este programa se generó entre un conjunto de compañeros y amigos que empezamos a pensar cómo se transforma la salud. Pero otros colegas no pensaban lo mismo. Recuerdo, una vez me viene a ver un director de un hospital de Tandil al despacho, cuando yo era ministro. «¿Te acordás de mí?», me dijo. «Cómo no me voy a acordar, entra.» Y me dice: «¿Vos qué querés hacer, querés fundir a los hospitales? No hay nadie en los hospitales». Justamente, esa era la ventaja del programa ATAMDOS: la gente era atendida primariamente en el barrio, y no llegaba al hospital, que está para los casos más complejos.

de Economía, Gobierno y Salud para establecer la distribución de los fondos entre municipalidades que tuvieran a su cargo la atención de la salud. Los criterios de asignación fueron fijados a través de otra ley, la 10.820 de 1989 la cual agregó a los anteriores indicadores, otros destinados a contemplar las diferencias de productividad entre los establecimientos de salud. El esquema es el siguiente:

a) Régimen general (58%):

•62% por la población del municipio.

•23% por la inversa de la capacidad tributaria potencial per cápita ponderada de la población. Para obtenerla, se calcula la recaudación potencial por habitante para las tasas de Alumbrado, Limpieza y

Conservación de la vía pública; Inspección de Seguridad e Higiene; Conservación, Reparación y Mejoramiento de la Red Vial Municipal; y Control de Marcas y Señales. Posteriormente, con carácter redistributivo, se le asigna una mayor proporción a aquellos municipios que cuentan con menor capacidad potencial tributaria, independientemente de su nivel de recaudación efectiva.

•15% por la superficie del municipio.

b) Régimen de salud (37%):

35% por la cantidad de camas disponibles, perfil de complejidad y porcentaje de ocupación de las mismas.

•25% por la cantidad de consultas médicas en establecimientos asistenciales de salud municipal con o sin internación.

•20% por la cantidad de pacientes diarios en establecimientos asistenciales de salud municipal con internación.

•10% por la cantidad de egresos registrados en establecimientos asistenciales de salud municipal con internación.

•10% por la cantidad de establecimientos asistenciales de salud municipal sin internación.

c) Régimen de acción social (5%):

El régimen generó un salto cualitativo en términos institucionales porque reemplazó a una norma de un gobierno de facto, y porque unificó el régimen de los recursos transferidos por salud, pero la metodología es problemática (un interesante análisis del período democrático se hace en Chiara (1998) y la crítica a los indicadores mencionados está en Chiara, Di Virgilio y Ariovich (2010).

En lo que hace a la relación régimen general/régimen de salud, no queda claro qué elementos se han considerado para establecer estos coeficientes; por otro lado, la manera en que se definió el indicador de capacidad tributaria es muy discutible. Se buscaba compensar supuestamente las dificultades que enfrentan a la hora de recaudar las comunas en las que hay una menor actividad económica y, por lo tanto, una menor potencialidad de recaudación. Sin embargo, la necesidad de contar con bases imponibles homogéneas para el cálculo de la recaudación potencial de cada municipio implicó utilizar variables limitadas, que además en algunos casos³ dependen de fuentes primarias que no se han actualizado, como el Censo Nacional Económico y Censo Nacional Agropecuario. Dichas variables se siguieron considerando en el cálculo del indicador aun cuando ello

3.- Cantidad de empleados de los sectores Comercio, Industria y Servicios; y Cabezas de Ganado.



significó un riesgo en su representatividad, para priorizar la estabilidad del componente y evitar de esta manera cambios drásticos en la distribución.

En cuanto al régimen de salud, desde nuestro punto de vista un primer problema es que los municipios son los que brindan la información para generar los indicadores de reparto (uno de los más difíciles de verificar es el de consultas). Sin un control adecuado, se pueden producir distorsiones y que se destinen más recursos a municipios que no los necesiten.

En segundo lugar, debe mencionarse la no obligatoriedad de utilizar los fondos del régimen de salud. Hay municipios que gastan más y otros menos, en nuestra red veremos luego que todos aportan por encima de lo recibido por el régimen mencionado.

En tercer lugar, la utilización de esos indicadores genera incentivos que distorsionan la estrategia, por ejemplo aumentando la calificación de complejidad del municipio y en paralelo elevando las camas de baja complejidad. Por otro lado no hay incentivos para invertir en CAPS y no se tiene en cuenta la existencia de otras necesidades del sistema de salud, por ejemplo en todo lo relativo a la prevención de enfermedades crónicas que, como veremos luego, se han tornado muy usuales y de cura muy costosa. El modelo tampoco estimula la construcción de redes, más bien pone en competencia a los municipios y profundiza la segmentación.

Sea como fuere, el resultado de este proceso se refleja en el desarrollo de la estructura sanitaria municipal y sobre todo explica el crecimiento espectacular del primer nivel de atención que creció en más de un 150 % en pocos años, tal vez –debido a que no hay estudios específicos– por el efecto de la variable consultas pero sobre todo por la necesidad del municipio de hacer frente a las demandas de la gente. Si bien con grandes dificultades, el crecimiento y empoderamiento que generó ese proceso, es el que posibilita hoy hablar de redes locales. El aumento de la masa coparticipable municipal de los últimos años ratifica este modelo.

Nos adelantamos en el texto para decir que nuestra propuesta –que debe reconocer otras alternativas discutidas anteriormente y debe pensarse de un modo progresivo– va en dirección de la integración de la oferta y de una mayor vinculación real con la demanda potencial, con premios a la cobertura y también a las buenas prácticas, basado en la formulación de proyectos. De todos modos, la reforma debe incluir un proceso de descentralización donde la red pueda ser la

unidad de coordinación, de modo de resolver la fragmentación que surge de las asimetrías entre los diversos programas nacionales y provinciales que operan como ventanillas múltiples: el financiamiento provincial, la coparticipación, el aporte de los municipios, los recursos de la propia gestión de los hospitales. El fin es lograr un aumento generalizado del gasto per cápita y una coordinación desde las redes. Algunos de estos temas son los que abordamos en el capítulo tres.

Los programas asistenciales y la ley de genéricos

El problema fue que este proceso se da en un contexto de crisis económica, con un crecimiento de las partidas asignadas a personal y una reducción relativa de las partidas asignadas a la inversión. Los municipios van respondiendo pero sin gran capacidad política y económica y sin una clara coordinación desde el Ministerio de Salud. Desde allí se intenta paliar esta fragmentación con el Programa Salud con el Pueblo que se basaba en la instalación de puestos (fijos y móviles) con un equipo básico de un médico clínico, un pediatra, una enfermera, un médico ginecólogo y un trabajador social. Las designaciones eran provinciales y se correspondían a un sistema de becas. El manejo, en cuanto a la distribución, altas, bajas y dependencia técnica, era municipal; situación que con escasas modificaciones continúa hasta el presente. También hay un regreso al Programa Materno Infantil.

En el año 1990 comienza el PROSALUD. Se llevaba a cabo bajo la órbita de una estructura institucional que integraba funcionarios provinciales y municipales, organizaciones comunitarias, asociaciones profesionales, obras sociales, representantes del subsector privado, empresas y sindicatos (Danani, 1996). Era un modelo inspirado en los Sistemas Locales de Salud (SILOS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En ese contexto se produjo un replanteo del lugar de los municipios, aparecieron proyectos innovadores y el esquema significó una fuente importante de recursos en un contexto de importante caída de los ingresos.

Es interesante tener en cuenta que el lanzamiento de estos programas se dio en paralelo con el intento por reformar la Constitución de la Provincia, puesta a consideración de la ciudadanía y rechazada por el voto popular en la consulta del 5 de agosto de 1990. Esta se orientaba a que los municipios se constituyeran en gobiernos locales, sancionándose en la misma su «autonomía institucional, política,



económico-financiera, tributaria y administrativa» y otorgándole explícitamente funciones no solo de administración sino recaudatoria. En lo relativo al sector salud, habilitaba a tener facultades concurrentes en la elaboración, ejecución y contralor de los planes de salud y acción social, ancianidad, discapacidad y desamparo, minoridad, previsión, recreación y turismo. Quienes criticaban la reforma enfatizaban los perjuicios de la población respecto a la autonomía: una mayor presión tributaria sobre los contribuyentes, asimetrías entre municipios, entre otros. Es evidente que este tipo de cambios, que estimulan el empoderamiento de los territorios deben darse en contextos económicos y sociales diversos al de ese momento de crisis, en cambio debe primar una fuerte alianza entre el Estado nacional, los provinciales y los municipios, como la que permitió que el HEC pueda tener el perfil del que fue dotado y contar con el contexto y los recursos necesarios; la cuestión será retomada en el capítulo cinco.

Dos leyes para limitar el poder del mercado

En ese período debe mencionarse también la sanción a nivel provincial la ley de Medicamentos 14.405 por la cual los profesionales debían recetar con el genérico, es decir con el nombre de la droga y no con el de fantasía; esta norma sería luego sancionada a nivel nacional en el 2001. Será analizada en los próximos párrafos.

Otra ley de importancia durante la gestión del Doctor Ginés González García fue la de Habilitación de Establecimientos Sanitarios 3.280/90, que impuso de forma explícita las condiciones de infraestructura y servicios para la habilitación de los establecimientos con y sin internación, centros de imágenes, laboratorios químicos, etc.

En la norma quedaba claro que era el Ministerio de Salud, por medio de la dependencia específica el que otorgaba las habilitaciones sanitarias solicitadas y realizaba el control sobre estructura edilicia, equipamiento y recursos humanos, con fuerte impacto en la interacción entre el subsistema privado y el subsistema de seguridad social. Para que los establecimientos asistenciales puedan prestar servicio a los beneficiarios de obras sociales y prepagas, estos solicitan como requisito ineludible la habilitación provincial y nacional, habiendo de todos modos, una falta notable de supervisión general, lo que hace que muchos centros sigan aún funcionando en condiciones precarias. De nuevo, el fortalecimiento del hospital público representa un freno a estas situaciones, pero debe profundizarse el control.

Ley provincial «Nuestro Hospital»

En 1991, se sanciona la ley de Hospitales 11.072 (conocida como la ley «Nuestro Hospital») y el decreto reglamentario N° 2.370. El propósito de esta reforma era dar una mayor autonomía a los hospitales sobre todo para generar y administrar recursos adicionales. El momento de ajuste no era el más propicio para impulsar estas políticas.

Se concibieron nuevas responsabilidades, como promover estrategias de personal, modelos alternativos de contratos, procedimientos para el cobro a la seguridad social, mecanismos de identificación de costos, procesos de evaluación, incorporación de tecnología, aunque siempre condicionados a la dependencia del Ministerio.

Una de las principales innovaciones –aunque ya presente en los SAMIC- de la legislación de la provincia de Buenos Aires fue la incorporación de la figura del Consejo de Administración con participación de la comunidad, representantes del Ministerio de Salud, el personal profesional y no profesional, y sus atribuciones para designar planta de personal y a su vez nominar y remover al director ejecutivo del hospital; pero la Presidencia del Consejo era definida por el ministro provincial entre los representantes del Ministerio. Había una Comisión Asesora integrada por un mínimo de cinco miembros representantes de entidades educacionales, comerciales, gremiales, de servicio, etc.

Sin embargo, las reglamentaciones posteriores omitieron algunas de las atribuciones otorgadas. El decreto 2.368/97 deja sin efecto la posibilidad de la designación de la planta de personal y de nominar y remover al director ejecutivo del hospital, medidas de suma importancia para el manejo descentralizado. En lo referente al financiamiento, el decreto establece como principal recurso un presupuesto avalado por el Ministerio de Salud a pedido del Consejo de Administración, esto significa minimizar las otras alternativas de financiamiento. Por otra parte las unidades mantenían los esquemas centralizados de gestión, niveles muy bajos de cultura organizativa y de conocimientos de procedimientos administrativos, con el agravante de ser un sistema excesivamente estructurado, con vocación de estabilidad y por sobre todo, de bajo nivel de confianza mutua entre dirigentes y trabajadores.

No hay cambios respecto a este punto hasta que durante la gestión del Doctor Passaglia en la primera parte de la década del 2000, se producen nuevas modificaciones, aunque no sustanciales.



Lo cierto es que los Consejos de Administración, en la práctica siempre han jugado un papel subordinado al Ministerio de Salud, el que conserva el derecho a la designación y remoción del director y otros cargos claves, las modificaciones al plantel de personal, las compras de tecnología avanzada y los convenios con otras instituciones, entre otros aspectos. Los presupuestos son definidos en el Ministerio en base a presupuestos históricos y no a planes anuales consensuados en el Consejo de la Administración, que a veces existen pero son formales. Resulta muy difícil establecer un equilibrio entre la necesaria coordinación provincial para que la vida de los hospitales no reproduzca las asimetrías territoriales y el objetivo de mayor autonomía. En ese sentido debe decirse, como veremos luego, que el HEC nació en un clima de absoluta confianza entre el Ministerio y los actores territoriales. Pero con el paso del tiempo las contradicciones siempre aparecen y deben ser resueltas. El Estatuto del Hospital es un buen modelo a replicar.

LA REFORMA NEOINSTITUCIONALISTA

En los años noventa se profundiza el proceso de liberalización, desregulación y descentralización del subsistema público, fundamentalmente a través del impulso del subsistema privado. La prioridad era el ajuste con un enfoque neoinstitucionalista; las obras sociales no querían perder su peso en el sistema en un contexto de altos índices de desempleo, trabajo precario y disminución del número de afiliados y las empresas de medicina prepaga querían ampliar su negocio (Narodowski, 2008).

A nivel mundial el eje planteado por los organismos internacionales era la separación de las funciones de financiación de las de provisión de los servicios, con el objetivo de lograr tanto la eficiencia técnica como la eficiencia asignativa. Esto significaba elegir las intervenciones más efectivas en términos de costo respecto a la salud pública, debido a la escasez de recursos existentes en los países supuestamente en vías de desarrollo y recrear formas mercantiles de gestión de la salud. El informe «Invertir en Salud» del Banco Mundial (1993) tuvo una influencia trascendente en muchos de los decisores políticos en el mundo entero y dejaba esa impronta.

En concreto, se planteaba la disminución del gasto social, bajo el pretexto de que los servicios de salud eran ineficientes, burocráticos y deficitarios. Se proponía la restricción de servicios para la mayoría

de la población y la aplicación de programas focalizados sobre grupos vulnerables (Laurell, 2011).

Rápidamente la administración menemista se hizo eco de estas tendencias y llevó adelante un proceso de fuertes transformaciones promercado, compatibles con el ajuste fiscal en curso.

Una de las estrategias del período fue completar la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales, sin sus debidas compensaciones, dando continuidad a las políticas implementadas en 1962, 1968 y 1978 y profundizando la fragmentación en los servicios de atención pública de la salud.

En lo que hace a la gestión de los hospitales públicos, el modelo seguido surge del Programa para la Reforma del Sector Salud (PRESAL) financiado por el Banco Mundial. Con el espíritu descentralizador y de apertura general de la época, el decreto 1.269/92 establece las políticas sustantivas e instrumentales del Ministerio: descentralización y eficiencia son las claves.

El decreto 578/1993 le da forma a una de las propuestas, mediante el concepto de hospital público de autogestión, como persona jurídica capaz de tener un gerenciamiento propio, facturar y cobrar a terceros pagadores, etc. Este esquema –según el enfoque– garantizaría una mayor racionalidad y prepararía a los hospitales para posteriores reformas en el financiamiento público basados por ejemplo en esquemas por producto hospitalario, como ocurría en la mayoría de los países europeos. Paralelamente se dicta la resolución 4/93 que crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos Autogestionados y la resolución SS131/93 del formulario de acreditación de los HPA, que en realidad deja en evidencia la poca posibilidad de aplicación del decreto 578/93.

Era claro que la descentralización iba de la mano de la desregulación, con el único objetivo de reducir el tamaño del Estado y su responsabilidad, con el traspaso de los servicios de salud a las provincias y de estas a los municipios, sin que estos reciban los recursos y obtengan la capacidad financiera necesaria para esos fines. De esta manera se desprestigió la estrategia, por haberse aplicado en ese contexto teórico y de políticas de ajuste, por eso conviene aclarar que el camino elegido entonces dista mucho de nuestra idea de descentralización, en la cual entran en juego otros elementos que fortalecen lo público y generan capacidad de gestión. Veremos luego, principalmente en el capítulo cinco, que la descentralización y la



autonomía deben ser entendidas en un contexto de redes integrales de salud y con fuerte apoyo estatal.

Según Tobar (1998) hubo 28 hospitales de autogestión cuya facturación propia no superaba el 4 % del gasto hospitalario total del sistema. El fracaso del modelo según Perrone y Teixidó (2007) tuvo sus razones en la tradición gratuita de los hospitales públicos, problemas de recursos en general y una creciente falta de pago de las obras sociales a los hospitales por la prestación del servicio; desinformación y desconocimiento sobre el trámite de cobro y el destino de los fondos recaudados, etc. Pero además debe tenerse en cuenta que esta experiencia se estaba llevando a cabo en medio de un ajuste que desfinanciaba a los hospitales, atentando contra la calidad mínima de los mismos

Se repetirá en todo el libro nuestra hipótesis acerca de que la descentralización y la autonomía no deben ser los argumentos que esconden el desentendimiento del Estado.

Finalmente, De La Rúa derogó esta figura de Hospital Público de Autogestión y creó la de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), con un enfoque similar pero que pone el acento en el incremento de los recursos presupuestarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones a beneficiarios de otros subsistemas, similar al SAMO. También incorpora mecanismos para estimular la competencia por las prestaciones entre los diversos hospitales, servicios y entre los mismos trabajadores (premios a la productividad).

La desregulación de las obras sociales

Por otro lado se hizo foco en la reforma del sistema de obras sociales, mediante la reglamentación, en el año 1993, de las leyes 23.660 y 23.661 del gobierno de Raúl Alfonsín, ya mencionadas. Se modificó el principio de solidaridad al permitir lo que se conoce como «descreme», es decir que los afiliados puedan trasladarse con sus aportes a otra obra social o a una prepaga; sobre todo los trabajadores con mejores salarios podrían irse a empresas de medicina en busca de mayores beneficios por contar con mayor financiamiento.

A cambio de esto, el Estado aseguraría unos aportes mínimos por beneficiario a través de las modificaciones en el fondo de distribución (FSR), creado en la década del setenta y al cual todas las OSN aportaban obligatoriamente entre un 10% y 20% de acuerdo al nivel salarial de sus beneficiarios. Estos fondos ya no estaban adminis-

trados por el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) sino por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES).

En este enfoque, la suerte de una obra social dependía de su eficiencia y capacidad para financiarse, de lo contrario debía fusionarse, asociarse o integrarse en otras entidades. La migración fue en detrimento de los agentes más débiles y además de los asalariados de menor nivel.

Por otro lado, desde 1996, el Ministerio de Salud aprueba el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual determina un piso para el conjunto de servicios que sí o sí debían brindar las obras sociales nacionales, lo que puso a las más chicas en una situación aún más delicada. Es así que se produce el cierre de muchas instituciones, incluso con capacidad de internación; las cifras giran en torno al 30 y el 40% (Báscolo, 2008).

Con el mencionado proceso de deterioro ya avanzado, a fines de 1997, se eliminan a las obras sociales de empresas (prepagas) del régimen de desregulación de las obras sociales. La opción de libre elección, de esta manera, quedó restringida en 1998 a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado nacional y sus organismos autárquicos, descentralizados y de personal de dirección. De todas maneras, las empresas de medicina prepaga encontraron la forma de acceder al mercado a través de contratos con las mismas obras sociales sindicales. La posibilidad de pactar planes diferenciales de salud entre los beneficiarios y las obras sociales sirvió de medio para que esto ocurriera.

Como resultado de toda esta estrategia promercado entre 1980 y 1995 se observa un deterioro profundo: el número absoluto de camas sólo creció en 10.000 unidades, pasando de 145.690 a 155.749, lo que significa una caída de la razón cama por habitante. El aumento se dio únicamente en el subsistema privado, mientras que las camas públicas y de las obras sociales decrecieron (Tafari, 1997).

Un estudio realizado por Tobar (2001), refleja que en 1997 los quintiles 4 y 5 de la población -es decir, las personas con mayores ingresos- alcanzaban una cobertura privada o de obra social del 83,7% y 91% respectivamente. Mientras que el quintil 1 -el 20% de la población con menores ingresos- sólo tenía cobertura privada o de obra social del 35,1; el 64,9% dependía de la cobertura del subsistema público. El desafío sigue siendo brindar cobertura pública a los más débiles y de a poco integrar a dicho sistema a los sectores medios con una



mayor capacidad de gestión. Solo así se puede lograr la escala que se requiere para las inversiones.

El gobierno de De la Rúa enfrentó el tema de la reforma de obras sociales nuevamente mediante los mismos ejes: racionalización de transferencias; libertad de elección de beneficiarios; competencia en un plano total de apertura con las prepagas, pero fue muy resistido.

Nuevas leyes y programas en la Provincia

Durante el período 1992-1994 la novedad más trascendente en la provincia fue el proceso de tercerización de la seguridad, la recolección de residuos patológicos, los lavaderos, áreas de esterilización, de limpieza y cocina (Ministerio de Economía y CFI, 2013).

Ya en el año 1994 asume el ministro Doctor Juan José Mussi y se sanciona la ley 11.554 según la cual se transfieren 103 unidades sanitarias provenientes del Plan Muñiz a sus municipios que ya en la práctica las mantenían (Chiara, 2000). No se trata de un número significativo de unidades, entre las mil quinientas montadas a nivel local en esa época, pero legítima una situación que ya se venía dando de hecho. En 1996 se sanciona la ley Provincial 11.759 que reemplazó a la 10.471, que no fue promulgada. Dotaba de mayor autonomía a cada establecimiento hospitalario para el manejo de personal, incorporando la tercerización para la prestación de servicios médicos profesionales; además se previeron concursos para la cobertura de vacantes, la permanencia en la función y el avance en la carrera hospitalaria.

Se planteaba un nuevo sistema escalafonario sobre la base del mérito, con un régimen de retribuciones flexibles. También se incorporaron atribuciones disciplinarias en manos del director —que a su vez en cambio había perdido autonomía respecto al Ministerio. A pesar de esto, la ley nunca tuvo el apoyo de los profesionales, lo cual hizo imposible la sanción del decreto reglamentario. Para los críticos, en realidad representaba una pérdida de los derechos y favorecía a un sistema de contratos y de becas, es decir: una flexibilización laboral de hecho. A su vez, hubo un fuerte rechazo al capítulo de sanciones, principalmente aquellas que incluían la posibilidad de hacerlas sin sumario previo.

De nuevo, es evidente que el ajuste del gobierno nacional no parecía el contexto más adecuado para mejorar la gestión sanitaria con el acompañamiento de los profesionales y a favor de los sectores populares. Un nuevo intento había fracasado, habría que esperar una

época de expansión fiscal para poder hablar de un modelo exitoso como el que estamos contando.

En paralelo comienza a desarrollarse en el Conurbano (en el sur, específicamente en Quilmes, Berazategui y Florencio Varela) el programa PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición) que se proponía como estrategia fortalecer el primer nivel y su relación con el segundo nivel a través del mejoramiento de la infraestructura, ampliación del equipamiento médico y no médico de los efectores, capacitación del recurso humano y desarrollo de un sistema de información que apoye este proceso.

Se financiaba con fondos del Banco Mundial y con una contraparte de las distintas jurisdicciones. Los programas se ejecutaban localmente a través de proyectos que tenían una duración de tres años aproximadamente. El compromiso financiero de los municipios al ingresar al programa implicaba asumir el financiamiento de forma creciente de lo que se denominan gastos corrientes (recurso humano adicional para los efectores, insumos). A partir del cuarto año los municipios debían financiar la totalidad de estos gastos (Andrenacci, Neufeld, y Raggio, 2000).

En ese marco se verifica la puesta en marcha de tres hospitales en la zona sur del Conurbano bonaerense: el Hospital Zonal de Agudos Mi Pueblo en el partido de Florencio Varela, el Hospital General de Agudos Evita Pueblo del partido de Berazategui y el Hospital Zonal General Doctor Arturo Oñativia en el partido de Almirante Brown; al mismo tiempo, se realizaron reformas en el Hospital Zonal General de Agudos Doctor Isidoro Iriarte. El perfil asistencial de estos hospitales, forzados por la intensa demanda de población se modeló en torno a los cuidados del nivel 2º de complejidad (cuidados materno-infantiles, quirúrgicos y clínicos básicos). Los cuidados complejos continuaron derivándose hacia La Plata, Avellaneda y Capital Federal. Por eso nosotros creemos, y lo veremos luego en detalle, que la experiencia del HEC parece venir a completar tardíamente ese proceso para resolver justamente la cuestión de la alta complejidad y hacerlo en red.

En lo que hace a la política social y sanitaria, no se da continuidad al enfoque de ATAMDOS. Más bien se siguió con una tendencia de focalizar el gasto, como la recomendada por los organismos internacionales. En este sentido fue central el Plan Vida, diseñado en 1994 con el objetivo de reducir la tasa de desnutrición y la mortalidad materno-infantil mediante la provisión diaria de leche y productos



básicos de la canasta familiar para asistir a mujeres embarazadas y menores de 6 años que vivían en situación vulnerable. Su forma de implementación consistía en la descentralización a municipios y trabajadores vecinales (conocidas como manzaneras o comadres). A los alimentos se sumaban actividades de control de salud (la manzanera ligaba a los beneficiarios con la APS y de promoción comunitaria (Ilari, 2004). Para acompañar al programa, se instrumentó en 1997 un subprograma denominado Plan Comadres, que se enfocaba en el control sanitario de las mujeres embarazadas que eran beneficiarias del Plan Vida. Esta estructura llegó a tener gran importancia en los barrios, muchas veces como un poder paralelo a las preexistentes. Siempre según Andrenacci, Neufeld y Raggio (2000) en el año 1998 el programa contaba con más de 30.000 trabajadores vecinales llegando a 1.000.000 de beneficiarios en la provincia, de los cuales 700.000 eran del área metropolitana de Buenos Aires. Ha habido críticas, fundamentalmente por la falta de bases de destinatarios y por una supuesta verticalidad que se fue generando a nivel barrial, pero las evaluaciones fueron en general positivas (Ilari, 2004; Santarsiero, 2008; Díaz Langou, Fernández, Forteza y Potenza Dal Masetto, 2011). También fue muy importante el impulso del Programa Materno Infantil (PMI), en el que se incluían además del aporte de medicamentos, un conjunto de programas sociales y nutricionales vinculados al mismo grupo etario, fundamentalmente el mencionado Plan Vida y el Comadres. Fue destacable la decisión de incluir a más de trescientas obstétricas, cuya función básica era la de realizar el control del embarazo de bajo riesgo. Tuvo un problema: los recursos humanos (pediatras, obstétricas, neonatólogos y enfermeras) se designaron como becarios.

La asignación regular de medicamentos por parte del programa, que implicaba un importante aporte a los municipios, se encontró potenciada por la baja de costos en las adquisiciones por parte de los gobiernos locales y algo de fabricación de monodrogas por fuera de los circuitos de comercialización. El problema de todo el proceso fue lo limitado de los recursos y la crisis económica.

En este período hay un tema importante, se separan las acciones de coordinación entre IOMA y el Ministerio centrandolo la política del IOMA en los acuerdos con el sector privado mientras que el Ministerio se focaliza en los hospitales. Esta desvinculación política puede ser un gran problema incluso para los hospitales, es una forma más de fragmentación con la que tenemos que enfrentarnos día a día.

El intento de seguro público provincial

Por aquellos años circularon en la Provincia de Buenos Aires diferentes propuestas para la creación de seguros públicos. Una que partió del IOMA pretendía concentrar todas las fuentes de financiamiento públicas (Ministerio de Salud Provincial, Obra Social Provincial de los Trabajadores, INSSJyP y obras sociales nacionales) en una caja única. Esta propuesta intentaba reformar el modelo de financiamiento y de esta manera generar un gran poder de compra sobre los servicios de salud. Pero no implicaba cambios en el modelo de prestación. También debe mencionarse el Programa Pueblo, concebido en la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que planteaba la creación de seguros locales basados fuertemente en el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y con el concepto de responsabilidad nominal de la población.

Sobre finales de la década, desde el Ministerio surge un proyecto basado en la alternativa de relacionar el desarrollo de una estrategia de APS con la implementación de un Seguro Público de Salud. Al mismo tiempo trataba de aumentar la cobertura en la atención de patologías prevalentes (Belmartino, 2005).

En el año 1999 se formaliza el seguro público enfocado en las personas que no tenían cobertura de obra social o medicina prepaga a partir de los 6 años. Cada beneficiario estaba a cargo de un médico de cabecera de libre elección, generalista, el que podía atender, bajo la modalidad de responsabilidad nominal, a no más de 1.000 pacientes activos, además tenía también un odontólogo, cobertura de prácticas de laboratorio y la entrega de medicamentos de acuerdo con un vademécum de primer nivel de atención. Se establecía un sistema de referencia y contra referencia que propiciaba la atención continua e integral del paciente a través del sistema.

El modelo de financiamiento preveía mecanismos de pagos directos desde la provincia a entidades gremiales intermedias (representantes de médicos, odontólogos, bioquímicos y farmacéuticos) que actuaban a nivel provincial, los que a su vez los distribuían en sus estructuras de segundo grado. Los municipios y las regiones sanitarias eran los responsables de autorizar los pagos y controlar la efectivización de las prestaciones. La implementación fue muy gradual y comenzó, por razones operativas, con los beneficiarios del Plan Vida (Ministerio de Economía y CFI, 2013).



La profesión de enfermería

Por estos años se hace efectiva la ley 12.245 que establece las condiciones para el ejercicio de la enfermería, que a partir de allí dejó de ser un oficio para convertirse en una profesión. La ley establece que el ejercicio comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, junto con la prevención de enfermedades y competencias que derivan de títulos habilitantes, quedando prohibido a toda persona que no esté comprendida en la ley participar de este tipo de actividades.

Se reconocen dos tipos de enfermería: (a) profesional: con responsabilidad en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia; (b) auxiliar: para la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión. Una medida fundamental para profesionalizar la vida de los hospitales.

LA SALUD EN EL MODELO DE DESARROLLO NACIONAL

Las políticas nacionales en la poscrisis

La década del noventa representó un fuerte intento de reducir la importancia de la oferta pública de salud; el resultado fue el deterioro de la cobertura de los sectores populares, la quiebra de obras sociales débiles y la concentración de la atención privada; por otro lado representó la provincialización y municipalización de muchos hospitales y centros y con ellas una mayor heterogeneidad de los sistemas de salud territoriales. La crisis del 2001 profundizó este cuadro, produciendo un severo deterioro de todos los subsistemas, ya que el segmento público se vio influido por la crisis fiscal; el altísimo desempleo afectó la base de sustentación de las obras sociales y el deterioro del nivel de vida de la clase media, perjudicando los ingresos del subsistema privado.

Fue sin embargo el subsistema público el que, pese a sus carencias se convirtió en el único recurso para amplios sectores de la población que anteriormente eran asistidos por los otros subsectores.

La reactivación de la economía revirtió la situación coyuntural pero en un contexto de instituciones y regulaciones heredadas. Con el Doctor Ginés González García al frente del Ministerio de Salud de la Nación se presenta el Plan Federal de Salud 2004-2007 en el que se plantea afianzar el rol del Ministerio y apoyar a las provincias y municipios

para garantizar la cobertura básica universal, poniendo el acento en la atención primaria; una tendencia que ya venía observándose en algunas provincias (Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe) pero que en un marco de ajuste resultaba muy difícil de implementar. Además resultaba fundamental que las provincias que no habían desarrollado una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) pudieran hacerlo. Conjuntamente se pusieron en marcha importantes programas a nivel nacional como el Remediar, Nacer, Médicos Comunitarios, PROFE que tuvieron un fuerte impacto porque se llevaron a cabo en el marco del fortalecimiento de la atención primaria y en un clima de expansión fiscal. La mejora económica y la política social general, junto a todos estos programas de salud generaron un aumento de la contención de la población atendida e incluso una mejora del nivel de confianza para con el Estado. Es una base importante que ha hecho más fácil la tarea del HEC y la red; de todos modos la presión sigue siendo fuerte. El programa REMEDIAR es la continuidad de la estrategia adoptada en el 2002, en medio de la crisis, de reformular dos créditos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para garantizar el acceso gratuito a medicamentos ambulatorios por parte de la población vulnerable, pero en el nuevo esquema pasaba a formar parte de una estrategia más amplia. El mismo se implementa mediante la adquisición centralizada de medicamentos básicos (incluidos en un vademécum) y su posterior distribución a los centro de salud. Los beneficiarios son habitantes del país que se encuentran bajo la línea de pobreza y sin cobertura social.

El Programa distribuye 74 medicamentos y 3,9 millones de unidades promedio por mes, a través de 6.460 centros de atención primaria. Desde 2002 y hasta octubre del 2014, repartió 408,4 millones de tratamientos y 1.789.880 botiquines a pacientes carenciados. Asiste actualmente a más de 15 millones de personas y cubre el 90% de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención (Remediar, 2014).

El Remediar estuvo acompañado por la ya nombrada ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico 25.649 sancionada en el año 2002, similar a la que ya regía en la provincia de Buenos Aires. Esta ley, funciona como un intento de control al sector de medicamentos ya que promueve la sustitución por su nombre genérico. Se ha criticado no haber ido más allá en el terreno de los genéricos



o por los problemas de control que surgen, pero el impacto de la norma ha sido muy positivo

El Plan Nacer comenzó a implementarse en el año 2004, y constituye un compromiso entre la Nación y las provincias para hacer frente a los problemas de mortalidad infantil, materna y de pobreza, a partir del suministro de leche fortificada, medicamentos básicos e insumos de diagnóstico para la madre y el niño. Además, brinda la prestación de un seguro universal de maternidad e infancia. Las primeras provincias que lo iniciaron fueron las del NOA y NEA, pero a partir de 2007 el plan alcanzó al resto de las provincias, incluida Buenos Aires. El mismo se organizó como un seguro, los recursos se transfieren a las provincias por medio de cápitas relacionadas con los padrones de beneficiarios (60%) y con los objetivos sanitarios alcanzados (40%). Las provincias, a su vez, pagan a los prestadores según los servicios brindados, listados en un nomenclador propio. Desde noviembre de 2009, se coordina con la Asignación Universal por Hijo y luego, en 2011 con la Asignación por Embarazo para Protección Social. Ambas son políticas de transferencias que establecen corresponsabilidades e incorporan requisitos de utilización de servicios como condición para las transferencias a los hogares. Con las Asignaciones se incrementó un 50% la inscripción de los niños y un 14% la de embarazadas (Ministerio de Salud, 2012).

El programa PROFE – en la actualidad Programa Incluir Salud – es un programa de naturaleza federal que brinda cobertura médica integral a receptores de pensiones no contributivas por vejez, invalidez, leyes especiales, etc., y sus grupos familiares conforme lo establecido por el Programa Médico Obligatorio. El Ministerio de Salud transfiere a las jurisdicciones provinciales y a la CABA los recursos financieros donde residen estos beneficiarios para la atención médica de los afiliados. Posee un padrón conformado en un 60% por personas con invalidez (según ley 24.901), es uno de los principales financiadores de tratamientos dialíticos crónicos, como hemodiálisis y de trasplantes. Alcanza cerca del millón de beneficiarios (Ministerio de Salud, 2014).

Desde el 2003 el gasto en programas del Ministerio de Salud fue creciente. Con el correr del tiempo y dada la mejoría económica general, dejaron de tener tanto peso relativo en relación al PBI (aunque mantienen sus valores absolutos); algunos se han transferido al Ministerio de Desarrollo Social (Ministerio de Economía y CFI, 2013).

LOS TRES PROYECTOS EN EL DEBATE DE LA LEY DE GENÉRICOS

La ley nacional de promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico (ley 25.649) fue sancionada en agosto del 2002.

La propuesta impulsada por Ginés García como ministro de Salud de la Nación era bastante simple: que los médicos prescriban el genérico y no que recomienden una marca en particular. Es un intento de remover uno de los elementos que explican la existencia de los monopolios que caracterizan al sector.

Para eso se disponía la garantía del expendio de medicamentos con los rótulos, tipografía, nombre de genéricos de iguales características; la necesidad de capacitación en materia de genéricos tanto a farmacias, médicos como usuarios y sobre todo la presencia del nombre genérico del medicamento de manera obligatoria en las recetas médicas.

El tratamiento del proyecto generó intensos debates, tanto en los medios de comunicación, como en el propio ámbito parlamentario y entre las asociaciones involucradas. Al oficial, finalmente aprobado, se sumó otro de la presidenta de la Comisión de Salud para quien la prescripción genérica no debía ser obligatoria: proponía mantener la posibilidad de recetar con el nombre comercial, y escribir en la receta la leyenda PS (podrá sustituirse). La UCR presentó su propio proyecto, en el que se acordaba con la obligatoriedad, pero admitía la posibilidad que el médico agregase una marca en especial, más la leyenda «no intercambiable». La influencia de los laboratorios que ostentan marcas importantes, era evidente.



En este período se lanzó el Programa SUMAR, continuidad del Plan Nacer que es un excelente modelo de gestión. El Plan Nacer/ Programa SUMAR se propone reforzar la cobertura pública de salud aportando financiamiento para cerrar brechas de cobertura y calidad de los servicios de salud disponibles para la población. Comenzó su implementación en las 9 provincias de las regiones del norte del país (NEA y NOA) y en 2007 se extendió a las 15 jurisdicciones restantes. Hoy se financian prestaciones para el cuidado de niños/as hasta los 9 años, adolescentes hasta los 19 años y mujeres entre 20 y 64 años de edad, en tanto se está en proceso de incluir al hombre adulto dentro de la población beneficiaria.

El Programa se basa en un esquema específico de pago por resultados entre niveles de gobierno y los seguros provinciales de salud, y entre estos seguros y la red de efectores. La estrategia permitió asociar, de manera explícita y transparente, la asistencia financiera a las jurisdicciones con acento en la demanda, asociando derechos con prestaciones y explicitando cobertura. El aporte se define en base a un conjunto de indicadores de resultados de la entidad beneficiaria y su entorno; así se logra un seguimiento de la efectividad de la cobertura y la calidad de atención, el grado de compromiso y cumplimiento como forma de premio. Es un excelente ejemplo de la autonomía de la localidad, ya que el financiamiento recibido y la inversión que con él se va a realizar, depende exclusivamente de las decisiones del territorio y sus instituciones. Ha sido un aporte central para la atención primaria.

Finalmente, debemos mencionar el Programa Médicos Comunitarios que se inició en el año 2004 con el fin de capacitar e incorporar recursos humanos médicos, aunque luego sumó otros perfiles profesionales adecuados al primer nivel de atención (odontólogos, psicólogos, obstetras, trabajadores sociales, entre otros), integrando finalmente agentes sanitarios y auxiliares de enfermería, al tiempo que se financian equipos interdisciplinarios de salud.

Según los documentos oficiales, el Programa cuenta con siete cohortes egresadas y tres en formación de Posgrado en Salud Social y Comunitaria, educando a 16.000 personas, dejando una importante capacidad instalada en equipos de salud del primer nivel de atención. El programa cuenta con cerca de 7.300 agentes contratados, con 150 cursantes de formación en Salud Comunitaria y 3.600 becarios (Ministerio de Economía de la Nación, Presupuesto 2014).

EL PROGRAMA SUMAR

El Programa ha sido fundamental para explicitar y fortalecer redes. No por casualidad el Hospital El Cruce fue el elegido para la firma de adhesión al Plan de la Provincia de Buenos Aires con la Nación, siendo un instrumento muy acorde al modelo de gestión de nuestra institución y de la red en su conjunto.

Tal vez lo más innovador es la estrategia que comienza en 2010 de desarrollo de redes interjurisdiccionales para el abordaje de algunas de las causas difíciles de enfrentar de mortalidad infantil, incorporando prestadores de mayor complejidad, siempre en red. Se empezó con las cirugías de cardiopatías congénitas (CCC) y luego se avanzó en las prestaciones de cuidado del embarazo de riesgo y del cuidado neonatal de alta complejidad, conformando la red perinatal de alta complejidad. Últimamente se está mejorando la cobertura de las anomalías congénitas fisura labio-alvéolo-palatina (FLAP), displasia de desarrollo de cadera (DDC) y pie bot durante el 2015.

Con estas iniciativas se produjo un aumento considerable en la cantidad de diagnósticos realizados y la intervención quirúrgica de más de 6.800 niños, niñas y adolescentes con cardiopatías congénitas, además se produce una gran reducción de la lista de espera.

Estas políticas se mantuvieron en todo el período, desde la gestión del ministro Juan Manzur, iniciada en 2009: es un eje central fortalecer una relación directa con las provincias y municipios y fomentar en las provincias la municipalización de la toma de decisiones en materia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Durante esta gestión se construye e inaugura el HEC con un cofinanciamiento entre Nación y Provincia. El gobierno nacional –a través de diversos ministerios- ha brindado siempre un apoyo que superó



sus obligaciones formales. Mucho de lo que se contará en el capítulo cuatro se pudo lograr gracias a ese acompañamiento.

En esta etapa se propician cambios respecto al reconocimiento de los derechos del paciente, en especial aquellos referidos a la autonomía personal y la autodeterminación, en contra del modelo paternalista tradicional (Sánchez, 2011), temas que son motivo de verdadera preocupación en las últimas décadas a nivel mundial.

La ley nacional 26.529 sancionada y promulgada en 2009 refiere a los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Esta normativa profundiza lo establecido por la ley 17.132 del ejercicio de la medicina respecto al secreto profesional. En su artículo 2 señala que los «derechos del paciente, constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate...». Se norma el trato al paciente, el cual debe ser digno y respetuoso, enfatizando en el resguardo de la intimidad, considerando que el titular de la historia clínica es el paciente. Son el médico y los establecimientos asistenciales los responsables en salvaguardar esa información y de suministrarla en caso de que este la requiera. Se expone en forma clara el derecho del paciente a aceptar o rechazar terapias y procedimientos médicos con o sin causa, y de recibir la información sanitaria por escrito, con la posibilidad de realizar una interconsulta (segundo diagnóstico).

Asimismo, la ley define en el artículo 12 lo que se entiende por historia clínica, «...documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud», y en el artículo 13 aclara que se puede confeccionar una historia clínica en formato magnético siempre que se asegure la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos, esto mediante el uso de accesos restringidos con claves de identificación, u otras técnicas de seguridad.

La norma es reglamentada por el decreto 1.089/12. Allí se dice que la misma debe adaptarse a los principios de la ley 25.506 de Firma Digital, el problema es que esta tampoco es clara al menos para el sistema de salud. Algunas opiniones coinciden en afirmar que hay un vacío normativo importante en este terreno.

La re-regulación de las obras sociales

Para empezar a enfrentar las asimetrías existentes, en 2006 se creó el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), que regula las condiciones para cubrir el Programa Médico Obligatorio y produce una redistribución solidaria a las entidades beneficiarias del sistema, garantizando un valor mínimo de aportes por afiliado destinado a cubrir las prestaciones médico asistenciales. El subsidio según decreto 1.901/06 se calcula mediante el mecanismo de distribución por ajuste de riesgo en el que se establece una cápita de comparación -monto variable que tiene en cuenta grupo familiar, sexo, edad- y contemplando la cantidad de beneficiarios totales de cada uno de los agentes del seguro de salud. El monto surge cuando la diferencia entre la suma de los aportes y las contribuciones declaradas para el régimen de obra social sea inferior al total de la cotización mínima que corresponde por la composición del grupo familiar. A su vez, la resolución 102/2007 estableció que solo ingresan al proceso de subsidio aquellos titulares que se encuentren dentro del 40% de la población de menor ingreso por grupo familiar. Esta política genera un piso mínimo de subsistencia para las obras sociales más débiles.

Luego, se sanciona la ley 26.682 y los decretos 1991 y 1993/2011, como marco normativo para las entidades de medicina prepaga junto a los planes de adhesión voluntaria superadores o complementarios que comercializan las obras sociales nacionales, las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones que brindan prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Respecto a las prestaciones se ratifica la ley 24.754 de 1996 que obliga a las prepagas a garantizar una cobertura igual a la vigente para las obras sociales nacionales (PMO), y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, ley 24.901.

Lo interesante de la norma es el límite que se fija sobre todo a las prepagas en relación a que no se puede rechazar a nadie por la edad ni por enfermedades preexistentes y los contratos con los usuarios no pueden incluir períodos de carencia de las prestaciones incluidas en el PMO. Y a los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no se les puede aumentar la cuota. Además, el Ministerio de Salud debe fijar un nomenclador de aranceles mínimos que garanticen la eficiencia en la prestación de servicios.



Hay otro cambio que incide en la relación con las obras sociales: en octubre de 2012 (resolución 1.200/12) se modifica la metodología de reintegros para estas, eliminándose el sistema de Administración de Programas Especiales (APE) a través del cual se otorgaba apoyo financiero para el pago de las prestaciones relacionadas con las enfermedades llamadas de alto costo y baja incidencia entre las cuales se encontraban los discapacitados. El sistema había sido muy cuestionado, sin embargo, esta resolución generó críticas debido al recorte de los servicios. Por ello, bajo la resolución 1.511/2012 se crea el Sistema Único de Reintegros (SUR) con la idea de que las personas con discapacidad reciban el total de las prestaciones básicas que indica la normativa, en forma obligatoria y con cobertura total, financiadas con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución (Ministerio de Economía y CFI, 2013). También se creó un Padrón de Beneficiarios con Discapacidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Tal vez el problema principal es que aún subsiste –acotado– el derecho a la libre elección, un tema que debería ser discutido. Y más en general, debemos decir que a pesar de los esfuerzos realizados, como veremos nuevamente en los capítulos dos y tres, hay un alto porcentaje de gasto privado –aunque difícil de medir– que no integra el financiamiento de la política de salud ni cumple funciones redistributivas, sino que, por el contrario, representa la parte inequitativa del sistema. Revertir esta situación parece ser uno de los más importantes desafíos del futuro.

La política de salud en la Provincia luego de 2001

La crisis se vivió con gran preocupación en el Ministerio de Salud de la Provincia. La misma fue afrontada en el período del Doctor Passaglia (2002-2005) bajo la gobernación de Felipe Solá, con una fuerte coordinación con el Ministerio de Salud de la Nación, sobre todo alrededor del Plan de Emergencia Sanitaria y la puesta en práctica del PROFE y REMEDIAR.

En el año 2002 se reformuló el Plan Vida, se crea el Plan Más Vida incluyendo en la ejecución a tres áreas ministeriales relacionadas con las políticas sociales: Educación, Desarrollo Humano y Salud. Hoy sigue siendo uno de los programas más importantes de asistencia social.

Asimismo, durante esta etapa se introdujeron una serie de modificaciones respecto del estatus administrativo y el funcionamiento anterior del seguro público de salud (PSPS), convirtiéndose en un componente principal de la política del Ministerio y dependiendo directamente del ministro. Se planteó la implementación de un nuevo modelo centrado en la atención de la población materno-infantil (mujeres embarazadas y niños menores de 6 años), pero el mismo no se llegó a implementar hasta 2006. Ya superado el momento más difícil, se vinculó el seguro al Plan Más Vida.

En dicho período, se desarrolló un plan de inversiones para sostener la infraestructura sanitaria provincial. Para ello, se realizó un inventario de todo el equipamiento del sistema sanitario público, a partir del cual se realizaban las compras. Asimismo, se completó el parque automotor ascendiendo, entre ambulancias y vehículos utilitarios, a un total de 240 móviles.

Según Passaglia (2010) se dio un fuerte impulso a la producción en materia de provisión de medicamentos. De fabricar 400 mil comprimidos por mes se llegaron a producir, en el año 2005, 12 millones. Por otro lado el Ministerio profundizó la política de prevención vía campañas, como la de detección temprana del cáncer de mamas, de colon, asma, entre otras. El Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil (PROBAS) comenzó a desarrollarse en el año 2005, brindando cobertura a la población comprendida entre 0 y 18 años que se encuentra bajo tratamiento en los centros de salud u hospitales. El programa supervisa el ingreso de los pacientes, controlando y evaluando la documentación remitida por los establecimientos. También se entregan los medicamentos solicitados por los efectores de salud y se llevan estadísticas de los pacientes, agrupados por efector y municipio.

Se mejoró la entrega de medicamentos de alto costo y se agregaron patologías poco frecuentes también llamadas raras, a través de la creación de protocolos realizados por expertos. Se actualizaron todos los programas de residencias médicas.

También hubo un avance en lo referente a la formación de recursos humanos con becas y convenios con instituciones universitarias para la carrera de enfermería, al mismo tiempo que se crearon nuevas carreras.

Se aprobó la ley de Salud Reproductiva 13.066 y se desarrollaron acciones en diversos programas; se hizo un gran esfuerzo en la



elaboración de guías y manuales de diagnóstico, tratamiento y procedimientos.

Luego de la salida del Doctor Passaglia, asume como ministro de Salud el psicólogo Claudio Mate Rothgerber (2005-2007). En 2006 se sanciona la ley 13.413 de Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires (PSPS) para personas con residencia en el territorio bonaerense que carecieran de cobertura y no contasen con los medios para afrontar los costos de su atención individual.

Las Unidades Coordinadoras Municipales (UCM), otorgaban capacidad a los municipios para desarrollar sus propias políticas dentro del marco del seguro. Para evitar que se concentre la demanda en las CAPS y hospitales, el seguro intentó llevar la atención a lugares no tradicionales. Se incluyó a un conjunto de profesionales contratados a través de un sistema de turnos programados que preveía un registro de los beneficiarios (Zelayeta, 2008). Con esto propiciaba la continuidad de la atención a través de la articulación entre el primer nivel, como puerta de entrada, y los niveles de internación, alta complejidad y otros programas socio-sanitarios, intentando el trabajo en red con el sector privado. El modelo permite a su vez maximizar la utilización de los recursos humanos existentes en el subsistema público (CIPPEC, 2010). La propuesta intenta diferenciarse del seguro público del período anterior.

En síntesis, el seguro tuvo una evolución positiva: en el período 2000-2002, vinculado al Plan Vida, se logró una cobertura de más de 80.000 beneficiarios con alrededor de 260 médicos de cabecera en cuarenta y tres municipios. En su segunda etapa (2003-2005), en relación ya al Más Vida, aumenta la cantidad de médicos, especialmente pediatras y de obstetricia. Por último, se firmó un convenio con el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, a partir del cual los médicos fueron habilitados para prescribir medicamentos a través del Programa Remediar, recuperando así la cobertura gratuita en medicamentos para esta población (Maceira, 2008). En la última etapa se incluyó la gestión del seguro al programa nacional SUMAR que como vimos es la ampliación del Plan Nacer; así se amplió la cobertura que inicialmente era para la población materno-infantil, incorporando a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

En paralelo, en consonancia con el Plan Federal de Salud, se reafirman los programas específicos de prevención. Aparece el Programa

de Prevención del Cáncer Génito Mamario (PROGEMA), que intenta reducir la mortalidad por cáncer de mama mediante redes de detección, diagnóstico y tratamiento por Región Sanitaria, involucrando al sector de atención primaria de la salud. También se prevé el tratamiento para los portadores organizando un sistema de registro y control.

Otro de los programas destacados en este período es el de Prevención y Control de Diabetes (PRODIABA), que busca prevenir primero y aumentar después, los porcentajes de atención efectiva mediante la reducción del costo de tratamiento y capacitando a los equipos de salud.

Durante esta etapa, a partir de la demanda de los intendentes, especialmente de Julio Pereyra de Florencio Varela, Néstor Kirchner impulsa definitivamente la vieja idea de finalizar el Hospital Regional de Varela (hoy el HEC). El Ministerio de Salud provincial le dio gran impulso, siendo Arnaldo Medina, actual director y coautor de este libro, el subsecretario de Planificación del organismo. El anteproyecto edilicio se originó en 2005 en el área de recursos físicos de dicho Ministerio - junto a la Dirección Provincial de Hospitales - y con el Ministerio de Infraestructura de la provincia. Luego interviene el Ministerio de Planificación Federal de Nación quien llevó adelante la licitación para la construcción. En 2007 comenzaron las obras, y en 2009 abrió las puertas. Este proceso será retomado en el capítulo cuatro.

También cabe mencionar las acciones en capacitación. El Programa de Fortalecimiento de la Enfermería incorporó 1.000 enfermeros a los hospitales públicos y se crearon seis carreras universitarias.

En este período se da inicio a un programa que representa un aporte importante a la actualización del sanitarismo. En el año 2006 se crea en la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud del Programa de Capacitación de Promotores Comunitarios en Salud. Su institucionalización responde a la demanda —explicitada por diferentes organizaciones sociales de base— de promover la participación comunitaria en salud. Luego en el año 2009 se aprueba la propuesta curricular y comienzan a desarrollarse cursos en las regiones sanitarias. A medida que fueron capacitándose, los promotores salían al ruedo, como referentes cercanos, que acompañan, informan, son un nexo entre la comunidad y el sistema de salud, haciendo frente a un problema histórico de falta de diálogo.



Cuando asume la gobernación Daniel Scioli, se hace cargo del área de salud el Doctor Claudio Zin, en funciones en el período de 2007-2009. Esta gestión no trajo grandes cambios de rumbo. Se continúa la alineación de las políticas con la órbita nacional, con la continuidad del Plan Nacer, Remediar y el PROFE como programas compensatorios; se siguió impulsando el Seguro Público de Salud (SSPS) provincial, pero estableciendo que las prestaciones se realicen desde los CAPS. Justo por entonces el HEC se terminó de construir y comenzó a funcionar, con un apoyo formal, pero no con la sintonía de la anterior gestión.

En 2009, asume el Ministerio de Salud el Doctor Alejandro Collia, con una impronta más fuerte sobre todo en el énfasis puesto en la atención primaria, también se intenta estimular la planificación y la gestión hospitalaria fomentando la autonomía, la capacitación y la incorporación de una importante dotación de profesionales de la salud, destacándose el programa de formación de enfermería.

Durante este período, el organismo tuvo una muy buena relación con el Hospital El Cruce, colaborando en base a sus posibilidades.

Las Bases del Plan Federal 2010-2016, establecieron en el ámbito provincial el Plan Quinquenal 2011-2015. Inspirado en la doctrina peronista y en la visión político-sanitaria de Ramón Carrillo, plantea un modelo de cobertura universal, orientado a garantizar el desarrollo de la APS a través del fortalecimiento de redes. Propone la rendición de cuentas y evaluación de desempeño en conjunto con la coordinación programática. Asimismo se incorporaron Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) elaborados en el ámbito de Naciones Unidas, en busca de reducir la mortalidad infantil –en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años–, mejorar la salud materna –reduciendo la tasa de mortalidad materna y logrando el acceso universal a la salud– y evitar la propagación de enfermedades. Al igual que la Nación incorporó al calendario oficial de vacunación nuevas vacunas, alcanzando un total de 16.

En el plano de la capacitación se fortaleció el Programa de Formación en Recursos Humanos en Enfermería Eva Perón, y la incorporación a planta permanente de enfermeros egresados del mismo programa. Se acrecentó el cupo de profesionales residentes en formación y el número de especialidades.

Para mejorar la gestión se implementó el Sistema Único de Registro (SUR), desarrollado por la Dirección de Atención Primaria del Minis-

terio de Salud, que fue pensado para tener en forma centralizada datos filiatorios y de la historia clínica del paciente. Esto posibilitaría la construcción de indicadores de medición genuinos e inmediatos para diseñar acciones sanitarias estratégicas así como también identificar grupos y factores de riesgo. En la actualidad el sistema de información se va mejorando con el RESAPRO. En el futuro se debería ir definitivamente a un modelo coordinado de repositorio que permita vincular datos cargados en el lugar de origen.

Finalmente se dio uno de los programas de mayor inclusión, a partir del Programa de Fertilización Asistida - como una política moderna, gratuita y universal - siendo única en el país, atendiendo a más de 29.000 parejas.

En lo que hace a la inversión, se implementan desde el año 2010 las Unidades de Pronta Atención (UPA). Son centros pensados originalmente de emergencia de mediana complejidad, con tecnología como para generar procesos de referencia con el segundo nivel de atención (hospitales).

Actualmente funcionan en la Provincia de Buenos Aires seis UPA ubicadas en Lomas de Zamora, Avellaneda, La Matanza, Lanús, Almirante Brown y La Plata, municipios con una importante densidad poblacional. Además, según datos del gobierno de la Provincia, desde 2010 se asistieron a 500.000 pacientes, resolviendo los casos dentro de las UPA en un 98,5 % (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, UPA 24, 2014). Hay en nuestra región varias UPAs en construcción y en estado de proyecto. Desde nuestra perspectiva el modelo es interesante pero se debe afianzar la coordinación con la red y con los municipios.

También se inauguró el Hospital Ballestrini en el Municipio de La Matanza, y el establecimiento de maternidad Estela de Carlotto, en el partido de Moreno, creada mediante un convenio tripartito entre el Municipio, la Provincia y la Nación, con el fin de disminuir los índices de mortalidad materna y neonatal en la zona.

Se trata de una década en la que, tanto a nivel nacional como provincial, la brújula esta puesta en retomar los valores de la cobertura universal y combatir la fragmentación a través del seguro y de programas específicos, al tiempo que naturalmente se pretende modernizar la gestión, dotando al subsistema público de una capacidad tecnológica y en recursos humanos que había perdido; sin embargo, el camino recién se inicia.



En el próximo capítulo se retoma toda la evolución del sistema aquí descrito y se analiza la lógica actual de los actores pero a la luz de nuestra mirada sistémica y pensando en una propuesta basada en redes. Se pondrá énfasis en la relación entre subsistema público y privado y la dinámica de la relación nación, provincia y municipios como aspectos clave. Luego en el capítulo tres se realiza un análisis, con buena carga cuantitativa, a fin de reflejar el contexto actual respecto a las condiciones de salud en la Provincia de Buenos Aires, principalmente el Conurbano, junto a los niveles de cobertura, recursos físicos e indicadores económicos y financieros.





Laboratorio Integrado

Comunidad
Cordialidad
Solidaridad
Calidad de



LA LÓGICA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO, CON ESPECIAL INTERÉS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PANORAMA GENERAL

Como se observa en el capítulo anterior, la evolución del sistema de salud en Argentina y en particular, en la Provincia de Buenos Aires, sobre todo debido al proceso de desregulación vivido, ha terminado en una gran fragmentación difícil de revertir. La misma es consecuencia del debilitamiento del financiamiento y la capacidad de gestión del sector público y el crecimiento de un sector privado que no produce – salvo excepciones – buenas prácticas sino todo lo contrario. Esta estructura actual es consecuencia, tal como se mencionó en la introducción, de un conjunto de relaciones de poder que se fueron estableciendo a la luz de las políticas analizadas. Los últimos años se ha intentado corregir la situación y el HEC es una expresión de esos esfuerzos, pero los diferentes sectores que acumularon poder hasta ahora se oponen, negocian, hacen fuerza para mantener el orden establecido. En este segundo capítulo se realiza una interpretación sistémica de esas relaciones y esas presiones.

Desde este lugar, desarrollaremos algunas de las principales características de la salud en nuestro país, y principalmente en la Provincia de Buenos Aires, que son las siguientes:

- 1) Es un sistema que tiene como principal objetivo, inclusive en su diseño regulatorio y por el rol del subsistema público, garantizar

una cobertura universal adecuada. Sin embargo, en la práctica, este objetivo dista bastante de ser alcanzado. En efecto, todas las personas tienen el derecho a acceder al servicio de salud ya que hay un Programa Médico Obligatorio (PMO) que alcanza al subsistema de seguridad social y al privado, en el que además la cobertura médica abarca gran parte de los tratamientos y enfermedades existentes. Sin embargo, la población con cobertura de salud otorgada por la seguridad social (obras sociales, PAMI, etc.), alcanza al 64% de la población argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). El resto, trabajadores informales y desempleados, solo cuentan con la atención de la salud que brinda la red pública hospitalaria que debe seguir mejorando.

2) El problema principal sigue siendo la fuerte fragmentación. Este proceso como vimos, se inicia con el derrocamiento del peronismo en los cincuenta, pero se profundiza en el marco de las reformas de los años noventa, con el auge de las prepagas, y la incorporación de gerenciadoras, en el marco de un Estado débil.

Mientras los afiliados de las obras sociales en crisis tienen problemas para el acceso a los diversos servicios, los segmentos de altos ingresos, que pueden acceder a planes suplementarios de su obra social o bien directamente contratar seguros privados de alto nivel, acceden a los servicios más completos. Sus planes de salud incorporan la posibilidad de realizar más consultas, mejores estudios, y les permiten gozar de la mejor tecnología de diagnóstico y tratamiento. El subsector privado aprovechó la desregulación de los noventa y apostó a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva; también, debido a la inacción de las obras sociales, se está quedando como gerenciador, con gran parte del mercado de ese subsector (López, 2006).

Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a ser la única que contiene —en un contexto inclusivo— a una porción creciente de la población, la más carenciada, sin cobertura de la seguridad social, generando el desborde de los hospitales. En el GBA sigue habiendo una oferta pública que no logra contener la demanda por diferentes razones, no solo a nivel cuantitativo sino por problemas de organización territorial de esa oferta.

A pesar del diagnóstico estructural, en los últimos años, debido a algunos cambios regulatorios, a un Estado más presente en el control, a



la mayor inversión en el sector público y a los programas focalizados, se observan mejoras en los indicadores de cobertura y sanitarios.

3) Los mecanismos existentes además tienen un efecto en el uso de los recursos. Una proporción importante de las erogaciones de las familias, directa o indirectamente se transforman en gastos administrativos, rentas de intermediación sobrepuestos oligopólicos o subsidios cruzados, algunas sobrestaciones, en lugar de financiar en forma directa mejores prestaciones y servicios.

4) Incluso esa fragmentación se reproduce en el ámbito público ya que coexisten las tres formas de financiamiento: nacional, provincial y municipal. Por momentos –sobre todo a través de los programas especiales- aparecen ventanillas diversas que hacen aún más difícil la coordinación. Esta situación repercute además en la gestión de las unidades en el territorio, que deben estar pendientes de la oferta de fondos y cumplir con los requisitos que cada oficina solicita, con el costo en tiempo y recursos humanos que eso significa

5) Hay dificultades en la de gestión de los hospitales públicos, especialmente de los recursos humanos. Si bien la normativa fue evolucionando para permitir mayor capacidad de conducción, aún hay problemas en lo organizativo. Por otro lado, los médicos concentran alto poder de negociación a partir de los sindicatos, las federaciones y otras formas de asociación. El tema salarial se vuelve conflictivo sobre todo en las épocas en que se han verificado restricciones presupuestarias. Incluso, muchas veces influyen fuertemente en el ingreso de nuevos oferentes de servicios profesionales, en el control del ejercicio de sus colegas, etc. Esto –junto a una tradición difícil de modificar– hace que el sistema sea en diversas instancias fuertemente jerárquico.

6) La generación propia de conocimiento sigue siendo escasa tanto a nivel del sector público como del sector privado.

7) Un tema especial es el de los medicamentos y otros insumos, un mercado concentrado muy influyente, que termina generando una oferta sobredimensionada y con sobrecostos.

Es el resultado de estrategias promercado inducidas por algunos actores y por la pasividad de otros, donde las políticas de los últimos años no han logrado revertir completamente años de regresividad. En los próximos párrafos intentaremos analizar estas lógicas a través de una descripción de los distintos subsistemas que forman parte del sistema de salud y de los actores que lo componen, su rol y cómo su comportamiento afecta al mismo.

A medida que se describe la situación se introducen distintas propuestas puntuales que desde nuestro punto de vista son imprescindibles para solucionar los problemas de fragmentación existentes, al menos en lo que hace al sistema como un todo. Se eligió realizar cada propuesta en cada temática por separado, para relacionar la situación y la alternativa superadora. Evidentemente este libro no se propone describir una estrategia integral para el sistema de salud, sino dejar planteado lineamientos.

Luego en el capítulo cinco, a la luz de la experiencia del HEC se realizan propuestas más específicas, relacionadas directamente con la necesidad de un planteo de redes territoriales y la gestión de las mismas, con la misma metodología.

El sistema de salud será analizado en estos párrafos como un conjunto de subsistemas,¹ dotados de capacidades –poder de mercado, la posesión de capital o las posibilidades de financiamiento, el conocimiento y el uso de la tecnología; la capacidad de gestión; la fuerza política y de sindicalización, la influencia sobre las regulaciones o los sistemas de control– y que interactúan en un entramado complejo de intereses, lo cual genera un tipo específico de relaciones que finalmente producen ciertos resultados: niveles y asimetrías de cobertura, sobrecostos y sobrepagos, aumentos o pérdidas de las capacidades iniciales de los subsistemas, etc.

EL SUBSISTEMA PÚBLICO

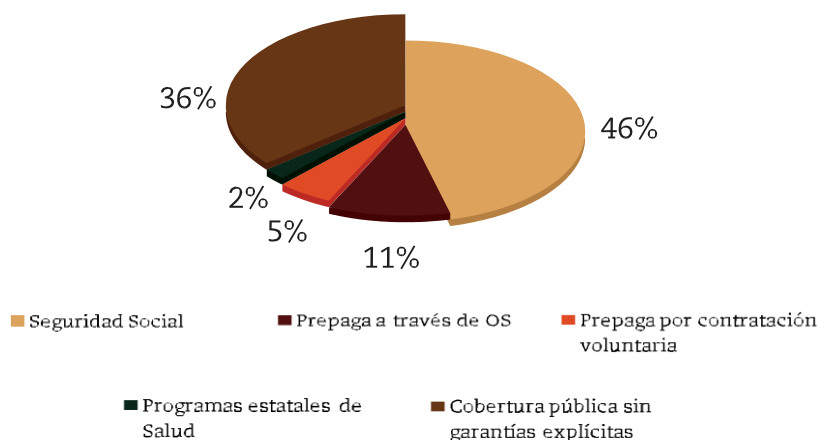
Se analiza el subsistema público (nacional, provincial y municipal) a partir de los ministerios y fundamentalmente de la red de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y hospitales; de seguridad social (las obras sociales tanto nacionales como provinciales) y el subsector privado (la medicina prepaga, servicios profesionales; servicios sanatoriales, proveedores de insumos y equipos). En este capítulo se analiza el conjunto y se presta especial atención a la Provincia de Buenos Aires naturalmente desde la perspectiva del subsector público en el que se ubica la red del HEC. Las particularidades del sistema en el Conurbano sur se abordan en el tercer capítulo.

Este subsistema público de salud está integrado por los prestadores públicos de servicios y por programas sanitarios que garantizan acciones de prevención y atención a la salud orientadas a quienes

1.- A lo largo del texto se utilizará indistintamente subsistema o subsector, pero en el sentido aquí mencionado.



Cobertura de Salud por segmento. Total país, 2010



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación.

cuya cobertura formal es la del sector público, o para brindar algunas prestaciones específicas a beneficiarios de los otros subsistemas. En ambos casos están a cargo de los gobiernos de los tres niveles: nacional, provincial y municipal, con completa autonomía legal entre ellos. Y también por todo el sistema regulatorio y de control, que veremos en este mismo capítulo.

Según el Censo, el subsistema público cubría al 36% de la población nacional con el 47% de las camas (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Cerca del 60% de los establecimientos públicos de salud eran provinciales y 38% eran municipales, quedando solamente 19 con dependencia del gobierno nacional (Giovanella, 2013). También existen de jurisdicción mixta como los ejemplos del Hospital de Pediatría Profesor Doctor Juan P. Garrahan y el Hospital El Cruce – Néstor Kirchner. En la Provincia, como veremos en el tercer capítulo, los niveles de cobertura pública son similares (37%) pero se revierte el orden de importancia del nivel administrativo de los hospitales: solo el 26% es provincial. En los municipios de la red el nivel de cobertura pública crece y sobresalen los hospitales provinciales, hay solo uno municipal. El gasto per cápita sigue siendo bajo, como veremos en el capítulo mencionado.

El subsistema público provee servicios de salud de acceso libre. La cobertura es de carácter gratuito sin embargo, en la práctica, en la mayor parte de las provincias hay normativas que avalan el cobro a

los terceros pagadores. En la práctica, brinda cobertura a individuos con ingresos más bajos y perfil epidemiológico más complejo.

El primer nivel de atención es el nivel municipal, a partir de los CAPS que mantienen una estructura jerárquica similar a la de los hospitales pero con foco en los niveles más bajos de complejidad sanitaria. Se trata –salvo cuando está integrado a una red– del «socio pobre» del sistema, debido a la escasez general de los municipios.

Una estrategia superadora requiere de un re-equilibrio de las tareas y el gasto en salud entre hospitales y CAPS, a partir de que estos cumplan las funciones que en otros países se enfocan mediante la figura del equipo de salud familiar, el médico de familia, etc; al menos para quien no posee cobertura a través de obra social o medicina prepaga. Este concepto permite desarrollar un modelo de prestación centrado en las personas, los factores psicológicos, y sociales. Se intenta replicar el programa de médicos de cabecera que implementan las obras sociales, pero enfocado en las personas que no tienen cobertura. Desde el punto de vista de la integración del sistema y del control de gestión, con estos mecanismos hay una mejora de la prestación del servicio, ya que se evita que la familia deba concurrir a un hospital general para luego ser derivada, ahorrándose traslados y movimientos innecesarios, permitiendo también un control sobre la demanda de medicamentos. Además, deriva al paciente a los otros niveles cuando corresponde y lo recibe luego para mantener el vínculo más permanente (referencia y contrareferencia). Esta redistribución de funciones debe acompañarse de una redistribución del origen y destino de los recursos.

El segundo y el tercer nivel de atención están constituidos por los hospitales públicos que como vimos pueden ser nacionales, provinciales o municipales e incluyen hoy una serie de servicios y procesos de muy variada índole. Cada provincia tiene la potestad de definir qué porcentaje de su presupuesto (fondos propios y recursos coparticipados) gastará en salud y cuánto le toca a cada hospital. Así, las provincias operan un sistema de salud propio, lo cual surge de la conformación federal de Argentina, con elevada autonomía de las provincias (establecida en la Constitución Nacional). Esto implica que, si bien todos los habitantes tienen derecho a recibir una cobertura básica de salud, la misma resulta diferente según el lugar donde viva.

La mayor fuente de poder de la escala nacional sobre las provincias es el conjunto de transferencias, sobre todo inversiones y otros



LA COMPLEJIDAD HOSPITALARIA

Los niveles de complejidad hospitalaria se clasifican desde que surge la resolución 282/94 del Ministerio de Salud de la Nación como:

Nivel I: constituye la puerta de entrada a la red de servicios, realiza acciones de promoción y prevención de la salud, así como el diagnóstico temprano, atención de la demanda espontánea de morbilidad recibida, búsqueda de la demanda oculta, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo, con mecanismos explicitados de referencia y contrarreferencia.

Nivel II: realiza las mismas acciones que el bajo riesgo, a las que se le agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Nivel III: puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren el mayor nivel de resolución tanto por su recurso humano capacitado como por sus recursos tecnológicos disponibles. La clasificación debería actualizarse.

programas, con un órgano que busca la coordinación entre el nivel nacional y el provincial en materia de políticas de salud que es el Consejo Federal de Salud, que no logra ese objetivo la mayoría de las veces.

De todas maneras los programas específicos, incluso el seguro como funciona hasta ahora, no hace más que seguir generando problemas de coordinación entre los niveles mencionados. Justamente la red del HEC está inserta transversalmente en estos tres niveles, mostrando la experiencia que es muy difícil trabajar con las diferencias existentes, y tantas heterogeneidades. En el siguiente capítulo se analizan las asimetrías en los aportes, que afectan la coordinación y se verá

cómo, además de que el gasto no es suficiente por habitante, estos problemas hacen que rinda menos.

Hay dos cuestiones fundamentales para enfrentar estructuralmente estos temas: por un lado, modificar el seguro universal de salud, coordinado con las provincias y los municipios, que incluya además un sistema de distribución de fondos y que las redes de hospitales sean la unidad de gestión de esos fondos, con pautas de necesidad y buenas prácticas. Esta coordinación permitirá mejorar la relación con los privados, otorgando mayor poder al sector público para negociar acuerdos, prestaciones, y recursos. Para nuestra red, profundizar en este tipo de políticas, sería importante.

En lo que hace a la relación entre la Provincia de Buenos Aires y sus municipios debe tenerse en cuenta que, como hemos visto, una parte de los hospitales son municipales. Los mismos se financian con aporte de la coparticipación municipal y aporte propio. El cambio de régimen generó como vimos en el primer capítulo, el crecimiento de la capacidad de gestión y de la infraestructura municipal, pero el modelo actual no permite fortalecer la Atención Primaria de la Salud (APS) en forma global y la constitución de una red asistencial coordinada, tampoco promueve otro tipo de gasto como el de prevención. Además genera una tensión entre la Provincia y los municipios por la información que sirve para definir indicadores y por los fondos provinciales.

De todos modos, como se verá en el próximo capítulo, –a pesar del aumento de las transferencias de estos últimos años– el gasto por habitante es bajo y las diferencias entre partidos no son sustanciales. Es fundamental reformar el sistema de coparticipación y de asignación de fondos provinciales y municipales, teniendo como eje la red a fin de coordinar fuentes de financiamiento y servicios, en base a necesidades y mediante proyectos. El tema se retoma en los capítulos tres y -con las propuestas- en el cinco.

Pero debe tenerse en cuenta que la mayor fuente de poder del subsistema público, sobre todo nacional, y la mayor posibilidad de controlar al sector privado, radica en el poder de policía y de contralor de las actividades de los ministerios, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). El Ministerio de Salud provincial también goza de atribuciones –aunque menos– para controlar a los privados en su territorio.



El tema central es que el modelo funciona con los déficit del sector público, por un lado porque los privados captan a los usuarios no atendidos y luego porque el sector público no logra cobrar a los asegurados por la atención brindada; también por el negocio de las sobreprestaciones y sobre costos. Finalmente por el escaso control de los contratos.

Es claro que la falta de capacidad de gestión y otros acuerdos espurios atentan contra la mejor estrategia. Algunos de estos puntos serán abordados de nuevo. Es fundamental ampliar y mejorar los niveles de atención pública por un lado y ajustar la normativa y el control de las prepagas, las OSN, clínicas y otros prestadores, las empresas que proveen medicamentos, insumos básicos y equipos tecnológicos. En ese proceso, los organismos de control deberían considerar a los CAPS, las secretarías de salud y los hospitales públicos como aliados. Nuestro hospital como todos los otros es un demandante y oferente de muchos rubros, un actor importante que debería poder aportar a esta estrategia.

LA CUESTIÓN ESPECÍFICA DE LOS HOSPITALES

Buena parte del sistema depende de los hospitales y eso seguirá sucediendo por muchos años a pesar de que las tendencias mundiales –de las que quiere dar cuenta nuestra experiencia– apuntan a unidades de gestión de menor tamaño que operan en red, ya que este proceso de cambio es muy lento. El modelo de organización hospitalaria actual reposa en grandes estructuras sin mucho poder decisonal, en la que se integran desde el cuidado primario y los servicios ambulatorios en los llamados consultorios externos, hasta las tareas de alta complejidad. Hay hospitales que cumplen un conjunto integral de servicios de salud (polivalentes), y otros con especialidades tradicionales de la medicina (maternidades, hospital de niños).

El problema central es que en la mayoría de las provincias, incluyendo la nuestra, el Ministerio tiene la potestad de definir el presupuesto, controlar el sistema en su conjunto y además limitar a los hospitales el uso de los recursos obtenidos, debido a las restricciones impuestas a la autonomía en las leyes vigentes. En efecto, la norma provincial 11.072 de 1991 otorgaba en su reglamentación original ciertas atribuciones al Consejo de Administración respecto al manejo de los recursos humanos, presupuesto y organización de los servicios. Sin embargo, las reglamentaciones posteriores limitaron estas alterna-

tivas. El decreto 2.368/97 dejó sin efecto las atribuciones respecto a la designación de la planta de personal y la posibilidad de nominar y remover al director ejecutivo. En lo referente al financiamiento, se estableció la obligatoria aprobación del presupuesto por parte del Ministerio de Salud.

Años más tarde, entra en vigencia el decreto 135/2003, el cual da mayores capacidades al Consejo de Administración en el manejo del personal, pero el director ejecutivo es designado por el Poder Ejecutivo a propuesta del ministro de Salud en base a una terna nominada por el Consejo de Administración. Además, la normativa establece respecto al financiamiento, que este Consejo debe presentar un anteproyecto de presupuesto de gastos y recursos, previa aceptación de la Región Sanitaria en el manejo del personal, para ser aprobado por el Ministerio. El plan estratégico y el proyecto de presupuesto son actualmente atribuciones del Consejo de Administración de los hospitales, pero han dejado de tener importancia en la asignación de recursos. Hay muchas limitaciones para encarar desde el hospital las estrategias de buenas prácticas que todos querríamos.

Por eso se trata de generar autonomía administrativa para el hospital y tener desde la conducción, incentivos para la realización de las actividades de planificación, el compromiso de los recursos humanos, la búsqueda de resultados, etc. El eje es la planificación de los recursos y las erogaciones, y que exista la posibilidad del uso de los recursos obtenidos, en el contexto de la libre elección del director; para eso, una alternativa sería volver a reglamentar la ley 11.072 con su espíritu original buscando mayor transparencia y mejores resultados en la administración del hospital público a través de la transferencia efectiva de funciones administrativas, manejo presupuestario y capacidad de decisión sobre la asignación de recursos. También se recomienda el fomento del trabajo en equipo interdisciplinario, estableciendo módulos de evaluación consensuados y responsabilidades compartidas para que el Ministerio haga un seguimiento *ex ante* y *ex post*.

Desde nuestra visión, debe dotarse a las regiones y los hospitales de posibilidades en todo sentido para la gestión y la responsabilización, sin desentendernos de las asimetrías (en este sentido se debe crear un fondo provincial de distribución, formado por un porcentaje de los recursos propios que reciben los hospitales, a ser repartido en función de indicadores de necesidad y por proyectos), lo que no implica aislar los subsistemas. La experiencia del HEC detallada en



el cuarto capítulo y el concepto de descentralización, red y autonomía que luego se desarrollan en el quinto, permitirán comprender mejor la propuesta.

Pero un tema importante que se refleja en el funcionamiento de los hospitales es la presión de los trabajadores. Su actividad está regulada por la ley provincial de Carrera Hospitalaria 10.471 sancionada en 1986. La norma genera una fuerte falta de incentivos para las buenas prácticas, el compromiso y la capacitación debido al escalafón existente y al sistema de remuneraciones, estas falencias se transforman en demandas y a su vez atentan contra el funcionamiento de las organizaciones. Es coherente con la ya mencionada falta de autonomía de los directores y sus dificultades para la gestión de los recursos humanos. En el hospital público es tal vez donde más se nota el orden jerárquico. El HEC a partir de su propio Estatuto y una estrategia que luego abordaremos, es un ejemplo que va en un sentido diverso y –sin pocos problemas– ha dado buenos resultados. Como ya se dijo, hubo un intento de solucionar estos inconvenientes en el año 1996 a partir de la ley provincial 11.759. La misma buscaba crear un mecanismo para dotar de mayor autonomía a cada establecimiento en el manejo de su personal. El problema fue el contexto de ajuste en el que se dio esa estrategia y el rechazo por parte de los gremios.

Desde nuestra visión se necesita una nueva ley de Carrera Hospitalaria, que otorgue derechos pero al mismo tiempo incorpore el mérito. Se debe avanzar hacia una organización del tipo cuidados progresivos que crea nuevos vínculos en la dinámica de la práctica profesional, la formación de equipos multidisciplinarios y la focalización de la gestión por resultados en base a necesidades y demandas cambiantes de los usuarios. Cuando en los capítulos cuatro y cinco contemos nuestra experiencia, va a quedar clara la propuesta.

Otra fuente importante de problemas es la dificultad, por motivos presupuestarios, de mantener la infraestructura y la incorporación de tecnología, lo que ocasiona fuertes gastos extras y una posibilidad de negocios de los privados sobre todo en alta tecnología; para fortalecer la capacidad de negociación del subsistema público con el privado, es fundamental dotar al primero de equipos, lo que le permitiría lograr mayores escalas, costos mucho más bajos y mayor cobertura.

Pero tal vez la mayor dificultad es la relación con los laboratorios de medicamentos, influida por cuestiones globales que a veces escapan

a las posibilidades del control estatal. Es un mercado concentrado, dominado por las grandes multinacionales extranjeras, quienes ejercen un control monopólico del mercado en varias drogas complejas y además son muy influyentes en los tratamientos. El resultado es el alto costo de los mismos. La falta de producción propia y el escaso uso de genéricos, empeora las cosas.

La ley que regula la promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico es importante pero no alcanza. En el año 2011 hubo un intento a nivel nacional a partir de la ley 26.688 de fabricar medicamentos esenciales en la órbita estatal, declarando de interés la investigación y producción pública de medicamentos, vacunas y materias primas. Sin embargo, esta ley no fue promulgada. En este aspecto, se debería plantear, a nivel provincial, la sanción de una ley que incentive la producción de genéricos en los laboratorios estatales, para poder controlar el mercado de medicamentos y proveer al sector público de los mismos. Al mismo tiempo debería incrementarse la provisión de medicamentos por parte del Estado, aumentando no solo la cantidad sino también diversificando los remedios entregados. También debemos ir hacia la receta electrónica para poder realizar el seguimiento del proceso. Pero lo fundamental es resolver la falta de control que se tiene sobre los decisores de las compras realizadas por organismos estatales y obras sociales.

SUBSECTOR SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social se refiere al sistema de seguros de salud que en Argentina se denominan obras sociales, que incluye a todos los trabajadores formales del sistema. Está integrado por casi trescientas obras sociales nacionales (sindicales, empresariales y de dirección), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, conocido como PAMI), 24 obras sociales provinciales y las obras sociales de las fuerzas de seguridad. Como ya se dijo, brinda cobertura a alrededor del 60% de la población. Las obras sociales nacionales (OSN) cubren al 35%, PAMI un 10% y las obras sociales provinciales un 15% (Arce, 2011).

Las obras sociales nacionales (OSN) agrupan en forma obligatoria a todos los trabajadores de su respectiva rama de actividad. Ofrecen la prestación médica de manera uniforme para sus beneficiarios, sin discriminar respecto a su aporte, lo que genera un mecanismo solidario entre los afiliados. Sin embargo, existe una gran dispersión de recursos y de provisión de servicios entre las mismas por



las disparidades existentes entre ramas. En el primer capítulo se describió la tortuosa relación histórica entre el Estado y las obras sociales nacionales.

Las obras sociales provinciales (OSP) brindan cobertura a los empleados públicos de los gobiernos provinciales y municipales. Existe la categoría de afiliados voluntarios e inclusive convenios con instituciones de tipo privadas o sociales.

Las OSN y las OSP se financian mediante contribuciones obligatorias sobre los salarios de empleados y empleadores; en caso de déficit, estos son financiados por transferencias que realiza el subsector público.

El INSSJP otorga cobertura a la población jubilada y pensionada, cubre al 91% de la población mayor a 65 años. Se financia a través de los aportes que realizan los trabajadores en actividad, los sectores patronales, los pasivos y el Tesoro Nacional.

En lo que hace a las obras sociales nacionales, hay una gran concentración: doce de ellas representan al 45% de la población. A modo de ejemplo, la Obra Social de Empleados de Comercio agrupa más de 2 millones de beneficiarios (Ministerio de Economía y CFI, 2013). El modelo, como ya se ha visto surge en la posguerra, pero se afianza con la ley nacional 18.610 sancionada en 1970 en la que se institucionaliza la obligatoriedad de los aportes y contribuciones. En 1989 se sanciona la ley Nacional 23.660 que es importante porque las obliga a formar parte también del Seguro Nacional de Salud. En 1993 se debe recordar que se decretó la libre elección de las obras sociales, lo que significa el abandono del esquema solidario que había predominado hasta entonces. En paralelo se estableció el sistema de gerencadoras y luego el Programa Médico Obligatorio (PMO). En 1998 se impidió el traspaso de las obras sociales a los privados pero se permitió que estas contratasen gerencadoras. Estas medidas generaron —debido a la posibilidad de brindar planes suplementarios— grandes asimetrías en la cobertura al interior de cada obra social, además fortalecían a las obras sociales nacionales más poderosas y a las prepagas, dotándolas de un gran poder frente al Estado, por otro lado, se produce el cierre y quiebra de instituciones con capacidad de internación. En la actualidad el PMO está vigente tanto para las obras sociales, como para las empresas de medicina prepaga, pero hay un sistema de subsidios a los más débiles (Báscolo, 2008).

El problema de fondo es que la norma asegura a las OSN una cartera de afiliados de una magnitud que le permite a estas entidades admi-

nistrar grandes capitales producto de los aportes. Esta acumulación de afiliados y recursos son una pieza clave en las negociaciones con establecimientos de salud, tanto públicos como privados y con las empresas proveedoras de medicamentos e insumos. También les permite negociar con gerenciadoras. Al final del recorrido, tienen gran capacidad para presionar por salvatajes financieros y muchas veces entonces los fondos se terminan redireccionando hacia las obras sociales. Los que gestionamos hospitales públicos querríamos que todos operasen con buenas prácticas para ahorrar fondos e invertirlos en la salud libre y gratuita.

Se requiere contar con un Programa Médico Obligatorio (PMO) claro y sostenible, ampliado al seguro universal, a fin de establecer prioridades en el gasto, igualdad en las condiciones de accesibilidad y provisiones en el ingreso. Pero lo central es reducir completamente la posibilidad de libre elección de las obras sociales a fin de volver al esquema solidario al menos al interior de las mismas.

Se debe evitar cualquier mecanismo que permita que las obras sociales operen vía gerenciadoras o prepagas, de esta forma, se reducirán sobrepuestos en el sistema, y podrá haber un mayor control sobre la provisión del servicio. Si en paralelo, los hospitales públicos mejoran, se reequilibraría el poder en el sistema. En este contexto se propone eliminar los subsidios del Estado a las distintas obras sociales evitando las distorsiones, pero sosteniendo un fondo de emergencias que debería ser canalizado en la forma de proyectos especiales. Los excedentes deberían ser redireccionados a dicho fondo. Esto permitirá enfrentar las etapas de crisis del ciclo económico. En este contexto, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), según informa la institución, tiene aproximadamente 1.8 millones de afiliados, opera en 14 direcciones regionales y 178 delegaciones. Cuenta con casi 40.000 profesionales reunidos en las principales agrupaciones, federaciones, círculos y colegios de la Provincia, 45.000 farmacias y 320 centros de salud. Su presupuesto ronda el 6% del total de la Provincia, uno de los que más ha crecido (Ministerio de Salud, 2013). Esta apoya muy fuertemente a la obra social y eso ha permitido mantener la cobertura. La propuesta consiste en profundizar su estructura de planificación y control, con fuerte descentralización operativa e instrumentos informáticos actualizados. También se requiere que IOMA –gran actor en la Provincia respecto a demanda de servicios e insumos- tenga siempre una política más afín



con el Ministerio de Salud, coordinada, y que eso permita mejorar la relación con los hospitales y el control de los privados.

LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SEGUROS MÉDICOS

El subsistema privado está integrado por empresas de medicina pre-paga y los planes médicos de hospitales de comunidades o privados, mutuales, cooperativas. El acceso depende de la capacidad individual de pago, cubre a asociados voluntarios con o sin relación laboral de dependencia, generalmente de ingresos medios y altos. Se financia con el pago de cuotas y no hay barreras de salida.

Este sector pudo entre 1993 y 1998 también asegurar a personas que por su condición aportan a la obra social correspondiente a su rama de actividad, pero optaban por transferir sus aportes a una empresa de medicina privada. Luego, cuando se prohibió ese mecanismo, pasaron a brindar la cobertura de salud a los afiliados de las obras sociales. La obligación de garantizar una cobertura igual al PMO impuesta en 1996, representaría el último eslabón del poder de las prepagas más poderosas (Casal Castro y Priluka, 2005).

No es casual entonces que este sector apoyase el gobierno de Menem: en 1991 el presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga asumió como secretario de Salud, para luego en 1993 convertirse en el ministro del área. Entre el deterioro del hospital público de los noventa y el auge de las prepagas en términos legales, reales y de prestigio, el segmento terminó conteniendo a una elite económica y política que no puede soslayarse a la hora de analizar el poder de lobby logrado.

Como ya se mencionara, en la etapa poscrisis hay un intento, en el año 2011, mediante la sanción de la ley 26.682, de limitar su poder, pero no ha sido mucho lo que se ha logrado. Fundamentalmente se incorporan elementos de salvaguarda de los pacientes: la prohibición de incluir períodos de carencia de las prestaciones incluidas en el PMO, la posibilidad de rescindir el contrato en cualquier momento sin límite ni penalidad alguna, límites al aumento de la cuota a los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura, la imposibilidad de rechazar a nadie por la edad ni por enfermedades preexistentes, etc. Además, el Ministerio de Salud debe fijar según la ley un nomenclador de aranceles mínimos que garanticen la eficiencia en la prestación de servicios. Sin embargo, los beneficiarios son discriminados en relación al sexo y edad, también se suele realizar un minucioso interrogatorio de la historia clínica

personal, para conocer futuras probables contingencias e intentar disuadir al futuro paciente de salir de la cobertura.

Por otro lado, sigue sin resolverse el esquema de convenios, que han convertido a las obras sociales en virtuales intermediadoras entre los beneficiarios y las prepagas. Hay mayores costos de transacción –por la retención que las obras sociales realizan– pero la responsabilidad y el riesgo siguen siendo asumidos por estas últimas (Danani y Grassi, 2008).

Debido a la presencia de oligopolio y elevado *mark up* –diferencia entre el costo y el precio de venta– y con escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor, en la mayoría de los casos tienen precios muy superiores a los que definirían la eficiencia económica. Para que el subsistema no genere este tipo de distorsiones se requeriría un control estatal que es muy difícil porque se trata de un contrato entre privados, a eso se suma el carácter opaco de la relación entre prepagas y obra sociales. El seguro universal y el fortalecimiento del hospital público son medidas que permitirían minimizar estos problemas.

SANATORIOS PRIVADOS Y OTROS SERVICIOS

Los servicios sanatoriales corresponden a las prestaciones que brindan los establecimientos de salud, tanto los calificados que incluyen utilización de equipos, recursos humanos y materiales específicos en el campo sanitario, como los servicios básicos de hotelería. Los centros se diferencian de acuerdo a la complejidad y riesgo de la salud según lo establece el decreto 3.280/90. Operan bajo la figura de un director técnico médico. En este rubro entran también los profesionales que brindan servicios independientemente (médicos, odontólogos, etc.). Los laboratorios de análisis y farmacias serán analizados en otro punto.

Existen en el país, según datos de Morgenstern (2012), algo más de 9 mil establecimientos privados, de los cuales un tercio corresponde a establecimientos de servicio ambulatorio de diagnóstico y tratamiento; 2 mil son solo de diagnóstico; casi mil de tratamiento exclusivo y 3 mil clínicas y sanatorios. La mayor parte son pequeñas y medianas empresas intensivas en recursos humanos que generan cerca de cuatrocientos mil puestos de trabajo (PNUD, 2011).

Los prestadores están organizados gremialmente: ACAMI, ADECRA, CAES–CONFELISA (Ministerio de Economía y CFI, 2013). Su importancia relativa en la fase de prestación y la capacidad de agremiación



explican el fuerte poder de negociación, sobre todo de medianos y grandes. Sin embargo, la falta de posibilidades financieras y comerciales les impide lograr autonomía y dependen de las obras sociales y prepagas, por lo que su suerte ha sido similar a la de ellas cuando se produjo la etapa de la desregulación: fragmentación y concentración. Es decir, los principales sanatorios y prestadores de alta complejidad tuvieron un marco de nuevas oportunidades de desarrollo. Estos presentan una gran capacidad técnica que compite y supera en equipos al subsistema público.

Los más chicos se quedaron con el mercado local, de baja complejidad, vinculados a las obras sociales nacionales débiles o a las provinciales; sujetos mucho más que las otras a los vaivenes de la economía, tienen graves problemas operativos. En los últimos años esta situación ha mejorado por el repunte general de la economía y porque varias gremiales médicas han iniciado procesos de integración con clínicas, logrando contar con una oferta integral de primer, segundo y tercer nivel de atención, con mayor capacidad comercial y administrativa en la gestión de contratos.

Todos tienen una relación precios/calidad poco convenientes, lo que genera un cargo al paciente, en ese sentido hay grandes problemas de protección del consumidor. Por otro lado, se suele detectar sobreprestación, sobre todo en la relación con las obras sociales. Esto es posible porque el Estado permanece limitado en cuanto a la producción y control de normas sobre los modelos de provisión de servicios que garanticen condiciones de accesibilidad y calidad – precio. En el tercer capítulo se presentan las estadísticas relacionadas con el déficit que puede observarse en camas públicas en distintos municipios, estas falencias potenciaron la expansión del sector privado, como venimos analizando.

La Provincia cuenta con menos instrumentos legales que la Nación. En este caso, el Estado provincial regula únicamente la cuestión edilicia y de infraestructura del servicio, quedando el control de la provisión para los organismos y federaciones privadas que agrupan a las clínicas. También quienes realizan cierto control son las obras sociales y de medicina prepaga, cuando quieren garantizar sus servicios.

El contexto es complejo porque conviven intereses políticos y económicos diversos, sobre todo surge el problema del control; hay que fortalecer y coordinar las áreas estatales específicas, los hospitales y al IOMA en esa dirección.

PROVEEDORES DE MEDICAMENTOS, PRÓTESIS Y OTROS INSUMOS

El mercado de medicamentos y el de prótesis constituyen sin duda otros dos rubros importantes por la magnitud del negocio involucrado y por ser los ítems que poseen una estrecha interdependencia con los servicios asistenciales, tanto ambulatorios como de internación. Y al mismo tiempo, vinculan al sistema con procesos de innovación tecnológica y desarrollo constante de nuevos productos.

Durante los últimos años la mundialización de los mercados y las nuevas leyes de patentes han significado el incremento de la participación de las firmas globales vía la producción local o vía importaciones, aun a costa de la falta de acceso de los sectores populares a los resultados.

Los laboratorios se muestran agresivos sobre todo en los nuevos medicamentos con alto componente de investigación y desarrollo (I+D), aprovechando el monopolio del conocimiento, la segmentación de mercado, la diferenciación de producto y el posicionamiento de marca en un contexto mundial en el que el aún prevalece el modelo médico hegemónico. Por eso en todo el mundo y también en Argentina el medicamento tiene un lugar importantísimo en el imaginario social, con un valor simbólico muy importante para el consumidor. La creencia de que sin medicamentos las personas no pueden curarse juega un rol central.

Además, los estudios muestran que la demanda es relativamente inelástica con respecto a precios y los consumidores disponen de herramientas de decisión limitadas en cuanto a información para elegir los productos. No es el consumidor quien decide, sino el profesional, y este en general –sobre todo en los sistemas de salud más precarios- no se actualiza a través de cursos, seminarios u otro tipo de información académica, sino a través de visitantes médicos u otra información proveniente directamente de los laboratorios.

En el caso de los remedios de venta libre, influyen fundamentalmente las publicidades. La falta de control estatal sobre todo en los países periféricos, cierra el círculo para explicar el elevado volumen de facturación, y la envergadura de su poder.

En nuestro país, que tiene una larga tradición de industria nacional de medicamentos, la ley Nacional de Patentes 24.481 sancionada en 1995, da fuerza a los laboratorios, sobre todo extranjeros y explica el proceso de concentración de los últimos años. La misma protege



los derechos de autoría de las empresas que desarrollan nuevos productos, sin ninguna exigencia de fabricación local del medicamento patentado.

Los locales generalmente copian fórmulas de medicamentos con patente vencida y/o –en menos casos– producen medicamentos a partir de la adquisición de licencias. Por eso, la ley Nacional de Genéricos 25.649 sancionada en 2002 ha permitido a los laboratorios nacionales ganar participación en el mercado local.

Pero el resultado es alarmante: los 100 productos más vendidos sin receta representan el 83% de las unidades y originan el 78% de la facturación (Ministerio de Economía y CFI, 2013). La concentración se registra por clase terapéutica, cada empresa concurre en pocas clases pero con una concentración muy elevada. Tomadas por enfermedades y su tratamiento específico, existen muy pocas firmas competidoras. Es común que un solo laboratorio posea más de la mitad de ese mercado específico. Y además, la balanza comercial del sector es fuertemente negativa.

En forma de asistencia a los laboratorios, entran en la cadena las cámaras que agrupan a las mismas y las gerenciadoras, que son entidades conformadas por los laboratorios nacionales y multinacionales que tienen a su cargo la negociación contractual con obras sociales, empresas de medicina prepaga, hospitales y otros organismos relacionados con la salud.

Hay otra figura importante: las distribuidoras, que nacen con el objetivo de reducir costos asociados a la logística y en un lapso relativamente corto de tiempo, ocuparon una posición estratégica desplazando en parte a las droguerías. Por otro lado, para algunos medicamentos particulares se crearon droguerías especializadas que han sabido reinventarse como operadores logísticos. En este esquema, las farmacias representan el último eslabón de la cadena en la etapa de la dispensa a los consumidores. La cadena es larga y los costos de intermediación aumentan, aunque el problema principal es la normativa y el poder de los laboratorios fundamentalmente extranjeros.

Del lado de la demanda, surgen diferencias importantes, los hospitales públicos garantizan a sus pacientes internados el 100% del costo de los medicamentos, salvo cuando por las crisis económicas, hay faltantes, algo que ya casi no sucede. La seguridad social en general cubre menos para el caso de los pacientes ambulatorios.

La población de menores recursos no internada es la que más dificultades tiene: en los noventa, el 45% de las familias compraban los medicamentos con recursos propios, por eso el gasto tenía alto impacto en su presupuesto (Tarragona, De la Puente, 2003; González García, De la Puente y Tarragona, 2005). La cobertura en estos sectores en los últimos años ha crecido pero debemos seguir atentos. El principal problema de los sectores vulnerables son los tratamientos prolongados, durante el segundo trimestre de 2012, los medicamentos de mayor facturación fueron los anti-infecciosos (antibióticos) para empleo sistémico, seguidos por los destinados al sistema nervioso, los medicamentos del aparato digestivo y metabolismo c, y los antineoplásicos e inmunomoduladores (INDEC, 2014). Los anti-infecciosos son los más caros, si se tiene en cuenta el nivel de uso, ya que en promedio se utilizan entre tres y cuatro veces al año por persona. En el siguiente capítulo se presentan cifras en torno a las enfermedades crónicas y los efectos que generan en la integración del sistema de salud.

Un mecanismo que en otros países ha dado resultado es el del control de los recetarios desde dos vías: los médicos que autorizan la compra de medicamentos, y las farmacias. Si bien la ley 25.649 intenta en cierta forma regular las recetas de los médicos, evitando que se inclinen por algún medicamento de un laboratorio en particular, sigue existiendo poco control en las mismas. Otro desafío es la receta electrónica, que hoy se está aplicando en muchos países, y que permite que el paciente no lleve la receta a la farmacia, cerrándose el círculo para el mejor registro y control de fármacos.

Pero lo fundamental para afrontar los problemas observados es comenzar modificando las normas mencionadas y controlar el mercado, a los laboratorios y los intermediarios. Además el sector público y las OSP deben aprovechar su poder de compra para exigir condiciones. Por último, es necesario mejorar el sistema de información para que el cruce de datos y el control sea más efectivo.

El caso de las prótesis es similar, el mercado está dominado directamente por los importadores/distribuidores, ya que las mejores son importadas. Las nacionales representan cada vez menores porciones del mercado y se destinan a los sectores humildes. En todos los casos, la concentración es aún mayor que en el mercado de medicamentos.



EL PODER DE LOS MÉDICOS

En este universo se incluyen los médicos de todas las especialidades, que diferenciados por prestigio y niveles remunerativos en muchos casos están atravesados por la contradicción entre el juramento hipocrático y la búsqueda de beneficios económicos.

Los médicos, como ya sucede en las otras categorías, tienen formación universitaria y luego cuentan con un período de residencia en hospitales, es en ella cuando comienza la primera interacción con el subsistema público ya que reciben un sueldo como futuro profesional, financiado por las provincias. En el 2010, en el país funcionaban 30 carreras de medicina, un 40% de gestión estatal y un 60% a gestión privada. En ese mismo año se registraron algo más de 70 mil estudiantes de medicina (el 86,50 % en universidades de gestión estatal), y se graduaron 5,5 mil médicos (Morgenstern, 2012). El sistema de residencias médicas no es obligatorio, ya que el grado académico habilita para el ejercicio profesional, pero esta se considera como el mejor sistema de formación para la práctica de una especialidad y también para la adquisición de experiencia médica en general. Como explica la Organización Panamericana de la Salud (2011), en la Argentina (como en Brasil y Bolivia) la elección de la carrera, de la especialidad y del lugar de trabajo son voluntarios, mientras que en otros países de Latinoamérica, en Estados Unidos y Canadá, hay cupos disponibles por universidad, por establecimiento hospitalario, y por servicio, y para acceder a los mismos, deben rendir evaluaciones, y solo las mejores notas tienen acceso a las vacantes. Los colegios profesionales son las instituciones que los avalan para ejercer la actividad. Estos son asociaciones privadas creadas por leyes provinciales que tienen delegado el control de la matrícula y la acreditación profesional; también participan en la acreditación de las clínicas y sanatorios privados. Debe señalarse que estos colegios no son controlados por ningún órgano estatal. También existen asociaciones argentinas de especialidades médicas, que brindan el certificado de especialidad, y ejercen la coordinación y el control de los planes de estudios de las residencias hospitalarias. Por otro lado se agrupan en gremios profesionales, que ejercen la defensa de los derechos y perciben un porcentaje del facturado.

La fuente de poder de los médicos, radica en primer lugar en su conocimiento específico, sus servicios naturalmente tienen especial importancia para quien los necesita y además hay una profunda asimetría de formación entre ambos. El médico representa esa

instancia de posibilidad de revertir una situación, muchas veces de vida o muerte para el paciente. Esta jerarquía se agrava porque el diagnóstico, los contenidos de la prescripción y las modalidades de seguimiento, muchas veces no están sometidos a ningún tipo de control, más allá del autogobierno ejercido por los colegios médicos y agremiaciones. La legislación laboral ya analizada en el primer capítulo legitima esta situación.

En función de sus propias capacidades, los médicos pueden trabajar en relación de dependencia y/o como autónomos: en el caso del médico con escasa formación o prestigio si solo trabaja del primer modo, goza de menos autonomía que los otros. Pero muchas veces, los autónomos tienen un sistema de vida neotaylorista que se verifica en su trabajo: inestable, desorganizado, etc., lo que redundaría en un perjuicio que puede ser grave para el paciente. Los médicos que sobresalen por su prestigio suelen combinar ambas formas de trabajo con retornos generales sustanciosos, gran autonomía y menos control aún. La jerarquías entre el médico y el paciente se observa también entre médicos.

Para todos, salvo los fieles a una vocación o los de gran prestigio, hay buenos incentivos para no cumplir el horario hospitalario y para aumentar en forma desmedida las prestaciones realizadas por día en el sector privado. También hay un incentivo a realizar facturaciones informales. Por otro lado, a cambio de algún tipo de favor, sucede que a veces los especialistas consienten el aumento de prestaciones no siempre vinculadas a las necesidades del paciente. Esto sucede generalmente debido a la presencia de «un tercer pagador» y a la falta de mecanismos de control sobre las conductas prescriptivas de los médicos y los proveedores de dicha prestación. La experiencia de los SAMIC demuestra que pueden estructurarse las relaciones laborales en los hospitales de otro modo, modificando la norma. De cualquier forma, generalizar esta estrategia es difícil y debe hacerse de a poco.

CONCLUSIONES

En los dos primeros capítulos hemos podido ver cómo se fue fragmentando el sistema de salud y cómo las posiciones actuales de poder dificultan volver a un modelo integrado. Para nosotros es fundamental empoderar al sistema público para que gane fuerza y pueda controlar los intereses privados. Para eso hay que sostener el esquema fiscal expansivo, porque eso permite contar con inversio-



nes y con la profesionalización de los recursos humanos. Con ese respaldo es imprescindible aumentar la coordinación y capacidad de gestión del subsistema público y que este controle al privado desde otra posición.

Hemos visto también en el primer capítulo muchos antecedentes en nuestra historia coherentes con nuestro enfoque: los intentos de Carrillo al inicio y todos los sucesivos para lograr un seguro de salud de amplia cobertura y recientemente los límites puestos a las prepagas por el actual gobierno nacional.

En el nivel primario, los diversos intentos de participación comunitaria y la figura del médico generalista de fines de los ochenta; este esquema debe dotarse de un sistema de referencia y contrareferencia que propicie la atención continua e integral del paciente.

En relación a la gestión hospitalaria, el modelo SAMIC, la ley provincial «Nuestro Hospital» de inicios de los noventa y la 11.759 del 1996. En este sentido es claro que debe irse a un modelo de mayor autonomía para el manejo de personal, con elementos meritocráticos claros

Las tareas pendientes en términos de regulaciones giran alrededor del seguro de amplia cobertura, los límites a las gerenciadoras, el PMO y el sistema de subsidios; y todo el control que hemos visto hace falta sobre los privados. También hay que dotar de normativa que sostenga los roles propuestos para los niveles de atención primaria y la capacidad de gestión de los hospitales.

Pero la experiencia del HEC muestra que se podría hacer mucho sin esos marcos generales. En el capítulo cuatro contaremos la experiencia y luego –en el cinco– volveremos a estos temas más conceptualmente, para contrastar los debates con nuestras vivencias y sacar conclusiones sobre posibles estrategias.





EL SISTEMA PROVINCIAL Y LA RED VISTOS DESDE LAS NECESIDADES DE SALUD Y DESDE LA OFERTA. COBERTURA FINANCIAMIENTO Y GASTO*

INTRODUCCIÓN

Hasta aquí se realizó primero una descripción de la historia y la configuración actual del sistema de salud argentino y de la Provincia de Buenos Aires y luego se presentó una interpretación propia de su lógica de funcionamiento. Lo que viene es el análisis concreto de la situación tanto del lado de la oferta como de la demanda, con énfasis en la Provincia y en el contexto de la red¹ hasta tanto los datos disponibles así lo han permitido.

Los análisis de situación de salud (ASIS) son, de acuerdo a la definición de OPS en 1999, procesos analíticos que permiten caracterizar el contexto de salud-enfermedad, sus múltiples determinantes, impactos, a fin de identificar prioridades y posibles intervenciones. Naturalmente hay problemáticas complejas que no son fáciles de reflejar como el maltrato, la violencia familiar, etc., que con las fuentes cuantitativas que hemos utilizado quedan casi ocultas, como

* La confección de este diagnóstico ha sido producto de un trabajo colectivo de Alberto Hernández, Sebastián Laspiur, Federico Lombardo, Arnaldo Medina, Patricio Narodowski y Matías Remes Lenicov.

1.-El territorio en que opera la red corresponde a los municipios de Quilmes, Florencio Varela, Berazategui y Almirante Brown. Se diferenciarán los datos territoriales de los que corresponden a un CAPS u hospital en particular.

debajo de la punta de un iceberg, pero que con algunos estudios cualitativos no presentes en este libro, adquieren su real dimensión. Los datos que exponemos a continuación expresan realidades de alcance nacional, provincial, de la Región Sanitaria VI y municipal. Hemos construido un agregado no existente hasta ahora, que intenta reflejar qué acontece en los municipios de la red (los datos sumados de los municipios de Florencio Varela, Berazategui, Almirante Brown y Quilmes) con los distintos indicadores analizados.

El primer apartado presenta una somera información sobre aspectos relativos a la realidad en cuanto a hogares y viviendas para ubicar al lector acerca de las problemáticas poblacionales de la zona geográfica donde está funcionando la red El Cruce. El segundo apartado, en cambio, refleja con mayor profundidad las condiciones de salud de la población. Hay datos sobre mortalidad, morbilidad, enfermedades transmisibles y crónicas. Se presentan datos sobre la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo versión 2013. Se obtienen conclusiones muy importantes referidas al perfil que debería adoptar la oferta de salud si pretende ajustarse a las necesidades.

Los últimos dos títulos se refieren a la oferta. El tercero de los apartados informa sobre los servicios con los que cuenta la red para abordar las condiciones de salud de su población. El cuarto y último ítem se detiene, con cierto nivel de detalle, sobre indicadores económicos y financieros. Allí entonces el lector encontrará datos sobre gasto público y coparticipación, discriminados por subnivel y algunas conclusiones.

CONTEXTO POBLACIONAL

El ámbito que nos ocupa es el de una región metropolitana en un país en que el 89,94% de la gente vive en áreas urbanas. Y de ese total, el 51% se concentra en tres provincias: Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe (58% considerando la CABA). La población total de la Provincia de Buenos Aires, según el Censo del 2010, es de 15.625.084 habitantes, lo que representa el 38,9% de la población argentina. La variación intercensal relativa respecto al Censo 2001 es del 13%. Está compuesta por 135 municipios que pueden ser agrupados en dos grandes segmentos por demás conocidos: a) el Gran Buenos Aires (GBA-24 distritos y 9.916.715 habitantes)² y b) interior de la Provin-

2.- También se puede analizar el conurbano como Aglomerado del Gran Buenos Aires (AGBA), esta clasificación cuenta con 32 municipios. Otro criterio de territorialización, pertinente a este trabajo, es el que hace el Ministerio de Sa-

cia (111 municipios y 5.708.369 habitantes). En el GBA, la población creció en 1.232.278 habitantes respecto al Censo 2001, es decir un 14,2%. Por otro lado debemos distinguir tres cordones concéntricos conformados por diferentes partidos; cada uno supone una cierta homogeneidad. También suele dividirse el Conurbano bonaerense según la zona geográfica de norte, oeste y sur. Nuestro caso se desarrolla en el Conurbano sur, entre la segunda y la tercera corona. La red El Cruce es parte de la Región Sanitaria VI y alcanza a 4 de sus 9 municipios: Almirante Brown, Florencio Varela, Berazategui y Quilmes que reunidos, suman 1.886.094 habitantes es decir, un 21% del GBA-24 (Censo 2010). Región y municipios de la red han tenido una tasa de crecimiento intercensal algo inferior al de GBA (véase tabla 1A del anexo estadístico general). En esta tabla se observa que Florencio Varela es el municipio que más creció, duplicando la media de crecimiento del país con un 22,1%. Quilmes y Berazategui registran valores similares al promedio del total de los municipios de la red; mientras que Almirante Brown es la localidad que menos creció. La población ha envejecido respecto al 2001 pero sigue teniendo un alto porcentaje de jóvenes. No se reflejan mayores diferencias en distribución poblacional por edad, salvo la del municipio de Florencio Varela que muestra una población un poco más joven que los otros (véase tabla 2A, del anexo). En cuanto a los hogares, estos están compuestos por 3,46 personas promedio contra 4,3 del 2001, mientras que en el GBA-24 es de 3,30. Del total de 532.130 hogares, el 6% corresponde a ranchos y casillas. El hacinamiento de la región es 3,46 personas por hogar (tabla 3A del anexo). Estos datos son mejores que los del 2001, pero aún preocupantes.

En cuanto a hogares con NBI, en el país este indicador estaba en el 9,3%, en la Provincia aumenta hasta al 11,3%, y en el GBA al 12,1%. En los municipios de la red el porcentaje es de 11,4% contra el 17,9% del 2001. Florencio Varela representa el municipio con más alto índice. En el otro extremo está Berazategui. Si bien en estos últimos años se avanzó mucho en las mejoras urbanas a fin de resolver necesidades de la población tanto a nivel nacional como bonaerense, también es cierto que resta mucho por hacer y que se necesitan muchos años para poder revertir esta situación, que además condiciona el gobierno del territorio.

lud provincial al dividir en 12 regiones sanitarias a toda la Provincia. La Región Sanitaria VI está compuesta por: Avellaneda, Esteban Echeverría, Ezeiza, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN. LA DEMANDA

Este apartado tiene como objetivo describir las características de la situación de salud en los municipios de la red y en su contexto de la Región Sanitaria VI, comparándola además con datos a nivel provincial y nacional. Para ello se analizaron las fuentes de información más actualizadas disponibles: estadísticas vitales (año 2013), egresos hospitalarios (año 2011) y datos provenientes de las tres Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) realizadas hasta el momento.

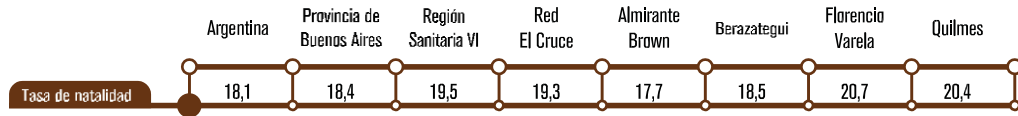
Natalidad

Se define nacido vivo a la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre –prescindiendo de la duración del embarazo– de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta. Cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

La tasa bruta de natalidad relaciona todos los nacimientos acaecidos en una población dada, con esta. Es un índice de la velocidad relativa con que aumenta la población mediante los nacimientos. Influyen sobre la natalidad factores tales como la composición por edad (cuanto más joven es la población mayor es la tasa de natalidad), el nivel socio-económico (a menor nivel, mayor tasa de natalidad) y la fecundidad propiamente dicha, con los que se puede evaluar en forma indirecta el mayor riesgo de una población. En general las altas tasas de natalidad se acompañan de otros factores de riesgo.³ Los nacimientos en la Argentina disminuyeron en forma significativa con respecto a los últimos años, con registros que también muestran un descenso en la tasa global de fecundidad en el país, según datos oficiales. Se trata de una tendencia que especialistas vinculan con la reducción de embarazos no deseados. La tasa de natalidad en Argentina fue en 2014 del 18 por mil y en la Provincia de Buenos Aires, fue levemente mayor (18,4 por mil). Esta representa a su vez, el 32% de los nacimientos vivos del país.

3.- Estadísticas vitales. Información básica. Año 2013. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/>.

Tabla 1: Tasa de natalidad por 1.000 habitantes en el territorio. Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI, los municipios de la red El Cruce 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de mortalidad y natalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

El índice de fecundidad (número medio de hijos por mujer) en Argentina fue de 2,19 según los datos estimados por el Banco Mundial. Igualmente esta cifra asegura que la pirámide de población en Argentina se mantenga estable, ya que para ello es necesario que cada mujer tenga al menos 2,1 hijos de media (fecundidad de remplazo). Argentina en 2012 fue el país número 109 en tasa de natalidad y el 104 en el índice de fecundidad de los 182 países.

Las tasas de los municipios de la red el Cruce (19,3 por mil habitantes) fueron levemente superiores a la nacional y provincial (tabla 1), pero inferiores a la Región Sanitaria VI. Asimismo, se observa una fuerte natalidad en el municipio de Berazategui, donde la tasa llegó al 20,7 por mil habitantes.

Mortalidad

La mortalidad como hecho demográfico contribuye a la dinámica de una población y a la comprensión del cambio de estructura y magnitud de la misma. El descenso de la mortalidad ha sido acompañado por una diferenciación en sus causas mostrando el paso del predominio de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias a enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, algunos autores sostienen que aunque los niveles de mortalidad son menores, la composición de sus causas es mucho más compleja. En términos generales, las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva perdieron el predominio que tenían anteriormente, pero aún ocupan un lugar importante en el perfil epidemiológico; y al mismo tiempo, aumentó la importancia absoluta y relativa de las enfermedades no transmisibles y las lesiones por causas externas (Aguilar, 2008). Pero es probable que esto no siempre se refleje en la causa de muerte.

En el año 2013 se registraron 326.197 muertes en el territorio argentino resultando en una tasa bruta de mortalidad (TBM) de 7,8

HECHOS VITALES

Cada año, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), provee información acerca de hechos vitales a partir de los datos provenientes de los registros permanentes, parte del Sistema Estadístico de Salud. La responsabilidad es del Ministerio de Salud de la Nación por delegación del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Desde 1994 hasta la actualidad, existe solo un año de diferencia entre la recolección de los datos en el nivel local y la publicación y difusión de los mismos en el nivel nacional. Sin embargo esta fuente de información tiene algunas limitaciones. En algunas áreas de ciertas provincias, persisten problemas de cobertura y de calidad de datos para algunas variables de registro complejo. Se observan, en dichos casos, variaciones importantes en el número de hechos vitales y, consecuentemente, en las tasas resultantes. Un indicador de la calidad de la información es la proporción de muertes por causas mal definidas y para el caso de las lesiones, las muertes de intención indeterminada.

A partir de la información del año 1997 las causas de muerte se codifican según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10). Esto posibilita la comparación de la información del país con la de los otros países.

Para esta publicación se tomaron en cuenta dos clasificaciones. En primer lugar, las causas de muerte se dividen en tres grandes grupos, utilizados clásicamente por la Organización Mundial de la Salud: (a) enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y trastornos nutricionales; (b) enfermedades crónicas no transmisibles (ENT); y (c) lesiones y efectos secundarios de los tratamientos. En segundo lugar, se utilizó una clasificación más desagregada.

Para los denominadores de las tasas se utilizaron las proyecciones poblacionales a partir del censo 2001.

muerres por cada 1.000 habitantes.⁴ En la Provincia de Buenos Aires la cantidad de muertos fue de 133.035 personas (29.893 en hospitales⁵) con una TBM de 8,5 cada 1.000 habitantes, superior a la nacional. La Región Sanitaria VI tiene una TBM similar a la provincial mientras que los municipios de la red presentan una tasa menos (de 7,3). Al interior, en Quilmes se observó una TBM mayor al resto de los partidos (9,2 por cada 1.000 habitantes), y con el 38% del total de muertes de la red. En el otro extremo, Florencio Varela presentó la TBM más baja: 5,3 muertes por cada 1.000 habitantes (tabla 2 y en el gráfico 1A del anexo).

La distribución de las muertes según sexo fue similar en todos los niveles de agregación analizados, siempre mayor en varones. Con respecto a la edad, se observó un primer pico en edades iniciales de la vida y un segundo aumento a partir de los 55 años. En el Hospital El Cruce ese mismo año la mortalidad fue de 265 pacientes, de los 2.373 que sufrió Florencio Varela (el 11%). En este distrito el 10% son recién nacidos o niños de hasta 4 años, mientras que el 58% son mayores de 50 años.

Como ya se adelantara, la proporción de muertes definidas debidas a enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) superó ampliamente a la correspondiente al resto de causas (gráfico 2A del anexo). Así por ejemplo, en los municipios de la red, la tasa de mortalidad por ENT fue de 5,9 por mil, cinco veces mayor que la atribuible a enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y trastornos nutricionales y más de diez veces superior a la producida por lesiones de causas externas. Si se cuantifica la carga de muerte mediante Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) se observa que estas diferencias se acortan notablemente. Las lesiones como causa de muerte cobran importancia dado que en su mayoría ocurren en personas jóvenes. Lo mismo sucede con las muertes neonatales (tabla 4A en el anexo). Esta problemática es central, ya fue mencionada en los capítulos anteriores y será retomada luego.

4.- Un indicador de la calidad de la información de las estadísticas de mortalidad es la proporción de muertes de causa mal definida. En el gráfico 1A del anexo se observa que, en Argentina, ese porcentaje se eleva al 8%; y asciende al 9,3% en la Provincia de Buenos Aires. En los municipios de la red fue menor: el 6,8% (gráfico 1) y el partido de Almirante Brown es el que tiene menor calidad en este indicador dado que sube al 11,4 %.

5.- Los datos de las defunciones hospitalarias, corresponde al año 2013, provistos por la Dirección de Información en Salud (DIS) de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 2. Cantidad de muertes y tasa de mortalidad por 1.000 habitantes dentro y fuera de los hospitales (a partir de aquí, en el territorio). Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI, los municipios de la red El Cruce, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes 2013.

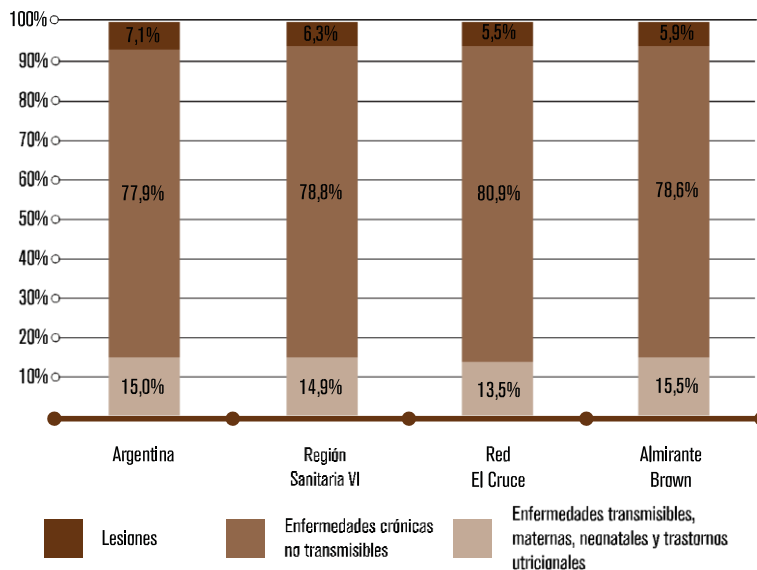
	Argentina	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Cantidad de muertes	326.197	133.035	31.481	14.122	4.220	2.421	2.373	5.108
Tasa Bruta de mortalidad	7,8	8,5	8,2	7,3	7,0	7,1	5,3	9,2
Tasa de mortalidad según sexo								
Mujeres	7,3	7,9	7,8	6,8	6,6	6,6	4,6	8,7
Varones	8,3	9,0	8,7	7,8	7,5	7,7	6,0	9,7
Tasa de mortalidad según edad								
0 a 4	2,8	3,0	3,4	3,2	2,9	2,7	3,4	4,0
5 a 14	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	*	0,1	0,3
15 a 24	1,0	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,9	1,1
25 a 34	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1	1,1	0,8	1,1
35 a 44	1,8	1,9	2,1	2,1	1,9	2,0	2,3	2,3
45 a 54	4,4	4,5	4,6	4,4	4,4	4,0	4,3	4,7
55 a 64	11,0	11,1	11,9	12,0	11,6	11,1	12,3	12,5
65 a 74	24,4	25,0	26,4	27,7	26,3	30,0	31,8	26,0
75 y más	90,0	91,7	96,1	97,8	95,1	102,4	100,7	97,2

*Las tasas correspondientes no fueron calculadas dado el bajo número de casos. Fuente: elaboración propia a partir de los Registros Permanentes de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación y proyecciones poblacionales del Censo 2001, INDEC.

Lo mismo sucede en el análisis por sexo. Sin embargo, el porcentaje de muertes atribuidas a lesiones por causas externas en varones triplicó al observado en mujeres (gráfico 2A en el anexo).

Si se realiza el análisis por grupo etario, al inicio de la vida, las enfermedades neonatales y transmisibles fueron las principales causas de muerte. En niños y jóvenes cobraron importancia las lesiones (el 70% de las muertes ocurridas en personas de entre 15 y 24 años se debieron a esta causa). A partir de los 45 años, fueron preponderantes las enfermedades crónicas no transmisibles (gráfico 3A en el anexo). Si se analizan en la red las causas de muertes definidas en forma desagregada por edad, se observa en las tablas 3 y 5A del anexo, que las lesiones y enfermedades transmisibles fueron las primeras causas de muerte en personas de 1 a 44 años. A partir de esta edad, toman importancia las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, las respiratorias crónicas y la diabetes.

Gráfico 1. Distribución porcentual de las causas de muerte definidas en el territorio. Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI y los municipios de la red El Cruce, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de los Registros Permanentes de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Como se ve más adelante, aumentó la tasa bruta de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas y neonatales y hay un descenso de la tasa por afecciones en el período perinatal. La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se incrementó hasta 2003 y se mantiene estable desde entonces.

Aquí se puede observar que la mortalidad por cáncer tuvo una importante reducción. También se ha logrado un descenso de la tasa de muerte por lesiones (tabla 4). Debe tenerse en cuenta que aún hay un importante número de muertes mal definidas.

En la tabla 6A del anexo, se presenta esta distribución por municipio, pero solo para muertes hospitalarias. Según datos de la DIS, allí se observa que (para todos los grupos etarios) dominan las enfermedades no transmisibles, primero del corazón (casi el 30% en Almirante Brown, Berazategui y Quilmes, y el 22% en Florencio Varela). Le siguen los tumores. Aquí se observa una relación similar

Tabla 3. Primeras causas de muerte definidas según edad en el territorio. Municipios de la red El Cruce, 2013.

Menor a 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más	Total
Afecciones originadas en el periodo perinatal	Lesiones	Lesiones	Lesiones	Lesiones	Lesiones	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares
Enfermedades transmisibles	Enfermedades transmisibles	Cáncer	Enfermedades transmisibles	Enfermedades transmisibles	Cáncer	Cáncer	Cáncer	Cáncer	Enfermedades transmisibles	Cáncer
Enfermedades respiratorias no transmisibles	Cáncer	Enfermedades transmisibles	Cáncer	Cáncer	Enfermedades transmisibles	Enfermedades transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades transmisibles
Lesiones	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Lesiones	Enfermedades transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Cáncer	Enfermedades cardiovasculares
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Enfermedades respiratorias no transmisibles	Lesiones	Diabetes	Lesiones	Lesiones

Fuente: elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 4. Tasas brutas de mortalidad por causas de muerte definidas (por 100.000 habitantes) en el territorio. Municipios de la red El Cruce, 1998, 2003, 2008, 2013.

*Las tasas correspondientes deben interpretarse con precaución ya que el número de muertes es bajo.

	1998	2003	2008	2013
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y trastornos nutricionales	78,9	80,9	91,8	105,0
Enfermedades transmisibles	61,6	75,8	77,8	91,9
Afecciones originadas en el período perinatal	15,5	13,1	12,9	12,4
Trastornos nutricionales	1,5	1,6	0,5*	0,7
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	0,4*	0,5*	0,5*	0,5*
Enfermedades crónicas no transmisibles	513,7	539,2	533,4	533,6
Enfermedades cardiovasculares	236,0	261,4	252,6	250,3
Enfermedad isquémica del corazón	46,9	41,7	40,2	44,6
Enfermedad cerebrovascular	51,8	54,8	41,2	38,0
Cáncer	121,7	121,6	120,9	117,7
Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios	21,1	20,0	21,6	20,9
Cáncer colorrectal	11,9	12,4	14,0	14,3
Cáncer de mama (femenino)	10,9	14,0	11,5	11,7
Cáncer de páncreas	6,8	7,1	7,4	7,7
Cáncer de próstata	8,3	7,3	7,6	6,3
Cáncer de estómago	8,5	7,6	6,4	5,2
Cáncer de hígado	4,1	3,4	3,7	3,8
Cáncer de cuello de útero	2,5	2,0	2,3	2,3
Cáncer ováricos	2,0	2,4	2,4	1,9
Otros tipos de cáncer	45,5	45,4	44,0	43,5
Enfermedades respiratorias	72,6	64,4	75,9	82,2
EPOC	9,1	6,5	5,8	7,1
Diabetes	16,3	17,6	13,0	10,8
Otras enfermedades crónicas no transmisibles	67,0	74,0	70,9	72,2
Lesiones	53,3	47,4	43,7	40,1
Lesiones de transporte	11,2	8,1	7,2	8,1
Resto de lesiones no intencionales	9,1	13,4	13,7	11,7
Homicidios	4,9	10,0	4,5	7,2
Suicidios	4,6	6,9	5,7	5,8
Lesiones de intención indeterminada	23,3	8,6	11,4	6,9
Otras lesiones	0,3*	0,3*	1,2	0,4*
Mal definidas	18,2	37,8	44,6	49,2
Total	664,1	715,3	713,4	727,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación y proyecciones poblacionales del Censo 2001, INDEC.

al dato territorial ya que también las enfermedades cardiovasculares y tumores, dominaban las causas de muerte.

Es importante en este sentido detenernos en las proyecciones acerca de la magnitud del problema de las ECNT. La OMS (2008a) estima que la mortalidad por estas enfermedades aumentará en un 17% en 10 años y que la mayor parte de ese incremento se deberá a epidemias emergentes de ECNT en los países en desarrollo, en tanto, se prevé para el año 2030 que las enfermedades crónicas no transmisibles serán responsables del 69% de la carga de enfermedad del mundo. Para la OMS, la génesis de las ECNT es multifactorial, documentándose a la fecha la asociación de causas ambientales, genéticas, demográficas, socioeconómicas y culturales, entre otras. Especial mención merece un grupo reducido de factores de riesgo (FR) que tienen en común ser dependientes de los estilos de vida y, por tanto, potencialmente modificables, así como estar involucrados en la aparición de la ECNT de mayor morbimortalidad. Así, más del 80% de las enfermedades cardíacas isquémicas, accidentes cerebrovasculares y diabetes, y un tercio de los cánceres, podrían ser prevenidos a través de la modificación de los factores de riesgo que les son comunes como el tabaquismo, la alimentación no saludable, la inactividad física, etc.

Mortalidad infantil y materna

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad posneonatal designa a la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año. La mayoría de las muertes infantiles son evitables.

Existe un conjunto de factores que determina el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud, según la edad de los menores. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas como con la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad posneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas.⁶

6.- Estadísticas vitales. Información básica. Año 2013. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/>. Acceso 25-01-2015

Tabla 5. Tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos en el territorio. Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI, municipios de la red El Cruce, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes 2013.

	Argentina	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Tasa de mortalidad infantil	10,8	11,0	12,2	12,8	12,4	11,3	14,3	12,5
Tasa de mortalidad Neonatal	7,4	7,2	8,0	8,7	8,7	8,6	8,7	8,8
Tasa de mortalidad posneonatal	3,5	3,7	4,2	4,1	3,3	3,0	5,6	3,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Registros Permanentes de Estadísticas Vitales de mortalidad y natalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

En la red, las tasas de mortalidad infantil (12,8‰), mortalidad neonatal (8,7‰) y la mortalidad posneonatal (4,1‰) superaron a las observadas en Argentina (10,8; 7,4; y 3,5‰ respectivamente) y la Provincia de Buenos Aires (11; 7,2 y 2,7‰ respectivamente). Este análisis también corre para cada uno de los municipios involucrados, ya que en todos los casos superan la media provincial. Por ejemplo, Florencio Varela tiene una tasa de mortalidad infantil de 14,3 por mil para el año 2013, un 32% más que el promedio nacional. Quilmes y Almirante Brown también tienen valores de 12,5 y 12,4 por mil, un 15% más que la Nación.

Con respecto a los componentes de la mortalidad infantil, se pueden observar valores más elevados en la mortalidad neonatal que representan aproximadamente el 70% de los decesos en todos los casos (relacionada con problemáticas afines al período perinatal y al embarazo de la madre) que en el componente posneonatal (relacionado con causas de enfermedad o falta de acceso a la salud en momentos más alejados del nacimiento y las condiciones de vida del niño).

La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Al igual que la mortalidad infantil, la mayoría de las muertes maternas son evitables siendo la mortalidad materna un indicador de pobreza y desigualdad social.

A nivel mundial, el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y el riesgo es mayor en mujeres adolescentes. Las principales causas son las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y los abortos. La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de

Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2000.⁷

En el año 2013 en Argentina, la tasa de mortalidad materna fue de 32,4 muertes por 100.000 nacidos vivos. En la Provincia de Buenos Aires y en la Región Sanitaria VI esta cifra fue algo menor (tabla 6). Según los datos de la World Health Statistics (WHO, 2014) la razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 230 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100.000. También hay grandes disparidades mundiales entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida, (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3.700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo.

Say; Chou; Gemmilly y Tunçalp (2014) realizaron un análisis donde determinaron que en los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas.

Morbilidad

La morbilidad se define como cualquier desviación, subjetiva u objetiva, desde un estado fisiológico o psicológico de bienestar. En la práctica la morbilidad incluye la enfermedad, las lesiones y la discapacidad. Uno de los principales indicadores para medir la morbilidad, en términos metodológicos, es la contabilización y el registro de los egresos hospitalarios.

En el año 2011 se registraron 675.966 egresos hospitalarios del subsector oficial de la Provincia de Buenos Aires. De estos, el porcentaje

7.- Mortalidad materna. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs348/es/>

Tabla 6: Muertes maternas y tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en el territorio. Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI, municipios de la red El Cruce, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes 2013.

	Argentina	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Cantidad de muertes maternas	244	86	16	9	3	1	2	3
Tasa de Mortalidad Materna	32,4	29,7	21,4	*	*	*	*	*

*Las tasas correspondientes no fueron calculadas dado el bajo número de casos. Fuente: elaboración propia a partir de datos los Registros Permanentes de Estadísticas Vitales de mortalidad y natalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

por causas mal definidas fue de 10, 12 y 8,4% en ambos sexos, varones y mujeres, respectivamente.

En la tabla 7A del anexo se observan las primeras 20 causas y su distribución porcentual para ambos sexos de la Provincia de Buenos Aires. Estas representan el 70% de los egresos y el 27,2% están relacionados a cuestiones maternas del embarazo, parto, y afecciones en el período perinatal, recordemos que la tasa de mortalidad materna en la Provincia era del 29,7 por 100 mil habitantes, y solo se produjeron en el 2013 un total de 9 muertes por esta causa en la red, lo que significa que la problemática está muy bien contenida. Un 32% son enfermedades crónicas no transmisibles, un 16% son lesiones, y apenas un 9% enfermedades transmisibles, estas últimas fundamentalmente neumonías e influenza. Se repite en los egresos la importancia de las crónicas, tal como sucedía en las muertes.

En el caso de las mujeres (véase tabla 8A del anexo), las causas principales de egreso se relacionaron al embarazo. El 23,7% debido a partos. Si a esto se le suman las complicaciones del trabajo de parto, el aborto y las relacionadas principalmente con el embarazo, el porcentaje asciende a 38,1% (proporción que sería aún mayor si se considerasen únicamente las mujeres en edad reproductiva). Recién el quinto y sexto causal de egresos son la coleditiasis y colecistitis, con el 3,5% y la neumonía e influenza con el 3,2%.

En los varones, las tres primeras causa de egreso se debieron a traumatismos, sumando el 18% de los egresos (tabla 9A del anexo). El cuarto causal son la neumonía y la influenza (5,2%), mientras que el quinto motivo son las afecciones originadas en el período prenatal. En general los egresos están mucho más distribuidos entre los diferentes diagnósticos.

SISTEMA DE REGISTROS DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Existen cuestiones a mejorar sobre el sistema de registros de los egresos hospitalarios en relación a la clasificación/denominación de las patologías por las cuales el paciente asistió al efector de salud; por un lado nos enfrentamos a la poca representatividad de las cifras que describen las patologías sobre el número total de egresos hospitalarios. Además en algunos casos solo se pudo acceder a un 15% del total de egresos, y de ellos, la mayor parte de las clasificaciones se vinculan a causas materno-infantil.

Estas palabras justifican que este apartado esté dedicado a las enfermedades que caracterizan a la población total del país como forma de reflejar lo que ocurre de alguna manera en los municipios de la red. En otras palabras, debido la debilidad de algunos datos, la situación de la red se infiere de los datos provinciales y nacionales.

Los egresos hospitalarios del subsector público se definen como la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro. Su importancia radica en aportar información sobre la morbilidad de la población. A continuación se presentan las definiciones fundamentales

Descripción de la fuente: la información referida a morbilidad hospitalaria, tiene algunas limitaciones con respecto a su cobertura. No informan al Sistema Estadístico de Salud los

En la tabla 10A (anexo), se presentan los datos de egresos para cada uno de los hospitales de la red, que no resultan del todo comparables con los de la encuesta. Allí se observa que –como en la Provincia– el servicio de obstetricia representa el motivo principal con el 25%, luego sigue la guardia (que en las estadísticas provinciales no aparecían ya que la tabla respectiva responde a enfermedades que motivan el pedido de tratamiento) y posteriormente la pediatría, la tocoginecología y cirugía. Los Hospitales Oñativia (Almirante Brown),



establecimientos dependientes de universidades nacionales y de los subsectores obras sociales y privado. En cuanto a los establecimientos dependientes de las fuerzas armadas y de seguridad, se espera que informen al sistema debido a que fueron incorporados al mismo en el marco del convenio firmado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Defensa de la Nación, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 26 de junio de 2008.

En particular, existen dificultades en la cobertura para la Provincia de Buenos Aires. La misma alcanzó en el año 2011 un 85%. Al igual que lo que ocurre con las causas de muerte, los egresos debidos a síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio son considerados como de causa mal definida. El porcentaje de egresos por causas mal definidas, a su vez, puede ser utilizado para evaluar la calidad del dato.

Clasificación y análisis: los diagnósticos se han agrupado en ochenta categorías basadas en la Lista Detallada de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE 10). Posteriormente se evaluó la distribución porcentual de cada una de ellas para el total de población, y desagregada según sexo. Se muestran aquí las primeras veinte causas de egreso hospitalario.

Evita Pueblo (Berazategui) y los de Quilmes y el Mi Pueblo (Florencio Varela) repiten los del promedio de la red, mientras que el Meléndez de Almirante Brown presenta la mayor cantidad de egresos en psiquiatría y medicina legal y laboral. En el Hospital El Cruce la mayor cantidad de egresos, sin contar el Hospital de Día se dan en el servicio de cuidados intermedios, seguido por los de unidad coronaria, luego vienen los pacientes críticos y terapia intensiva infantil. En cuanto a las defunciones hospitalarias en la red primero están las producidas

Tabla 7: Egresos hospitalarios según categorías de mayor frecuencia y su relación porcentual en la Provincia (2011)

Categorías	Clasificación	Egresos	%
Total de Egresos		675.966	
PARTO ÚNICO POR CESÁREA	RE	97.330	14,4%
NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	ET	26.834	4,0%
TRAUMATISMOS MÚLTIPLES, NO ESPECIFICADOS	Lesiones	26.721	4,0%
CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	RE	25.686	3,8%
TRAUMATISMOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	Lesiones	25.666	3,8%
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO	RE	24.082	3,6%
DEMÁS ENFERMEADES CARDÍACAS	ECNT	22.368	3,3%
COLELITIASIS Y COLECISTITIS	ECNT	22.126	3,3%
TRAUMATISMO INTRACRANEAL Y CUELLO	Lesiones	21.173	3,1%
BRONQUITIS Y BRONQUIDITIS AGUDA	ECNT	20.168	3,0%
FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTADO SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS	ET	18.835	2,8%
ABORTO	RE	18.524	2,7%
ABORTO NO ESPECIFICADO	RE	18.524	2,7%
TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	ECNT	17.764	2,6%
COMPLICACIONES RELACIONADAS AL EMBARAZO	RE	16.531	2,4%
OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS	ECNT	15.593	2,3%
RESTO DE ENFERMEADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	ECNT	14.049	2,1%
ENFERMEADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	ECNT	13.523	2,0%
ENFERMEADES DE PIEL Y TEJIDOS SUBCUTÁNEO	ECNT	12.819	1,9%
RESTO DE ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	ECNT	12.604	1,9%
RESTO DE ENFERMEADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	ECNT	12.545	1,9%

ET: enfermedades transmisibles.

RE: relativas a embarazo: maternas, neonatales y trastornos nutricionales del embarazo, parto y puerperio.

ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles.

Fuente: elaboración propia a partir de datos la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.



en la guardia, seguida por terapia intensiva, en el HEC primero se ubica admisión de pacientes críticos y luego unidad coronaria (tabla 10A y 11A del anexo).

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Entre las enfermedades transmitidas por vectores se halla el dengue, de características epidémicas en Argentina y que según la Organización Panamericana de la Salud (2012), registra brotes cada dos o tres años desde 1998, produciéndose el mayor en el segundo semestre del 2009, con 26.923 casos confirmados. Se trató del virus tipo 1 y alcanzó a áreas como la Provincia de Buenos Aires en las que nunca antes se habían registrado casos.

El número total de casos de malaria cayeron durante entre el 2006 y 2010, y los casos se concentraron en las provincias de Salta y Misiones.

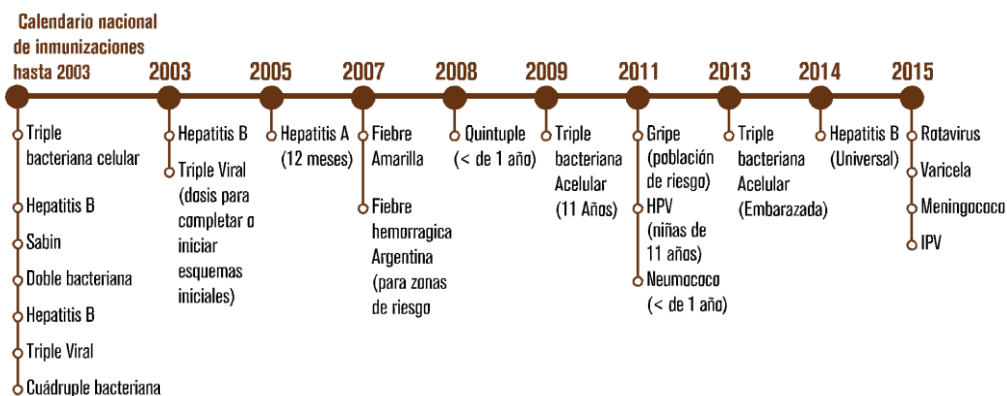
El mal de Chagas es una enfermedad transmitida por un parásito a través de la picadura de un insecto o por sangre infectada pero que anida en los tejidos, especialmente en el miocárdico, produciendo en el 25% de los afectados, lesiones cardíacas irreversibles luego de un largo período evolutivo (Storino y Milei, 1994). La infección es transmitida por vía vectorial a partir de un insecto, comúnmente llamado vinchuca; el más importante en la Argentina es el *triatoma infestans*, que se caracteriza por su adaptación ecológica a la vivienda rancho (Porcasi, Catala, Hrellac, Scavuzzo, y Gorla, 2006).

Existen en el mundo alrededor de 20.000.000 de personas con esta infección y se considera que hay 100.000.000 de personas en situación de riesgo por vivir en regiones donde el parásito es endémico. A pesar de estas cifras pertenece al grupo de las llamadas «enfermedades olvidadas» por el poco interés de la industria farmacéutica en su investigación y en el desarrollo de nuevos productos para su tratamiento (Moratal Ibáñez, Carli y Kennel, 2006).

De las provincias argentinas que cuentan con riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas, para el 2004 cinco habían certificado su eliminación y una más en 2011. Los casos notificados vienen reduciéndose progresivamente: de 26 casos en 2008 a 5 en 2010 (en Santiago del Estero y Chaco).

Por otro lado tenemos las enfermedades prevenibles por vacunación que, como bien surge de la OMS (2009), es una de las intervenciones de salud pública más eficaces. Ha permitido erradicar la viruela, reducir la incidencia mundial de poliomielitis en un 99% y disminuir de

Diagrama 1. Evolución del calendario de vacunación



Fuente: elaboración propia en base a Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (2015).

manera tajante la incidencia de enfermedades como el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la hepatitis B.

Si se analiza la evolución del Calendario Nacional de Vacunación, puede verse que hasta el 2003 había 9 vacunas obligatorias; y a partir de entonces, el número creció hasta alcanzar las 17; a algunas de las ya existentes se le agregaron mayor cantidad de dosis, las últimas tres agregadas han sido en el 2015 contra el rotavirus, la varicela y el meningococo (Martin, 2015). El actual esquema es uno de los más completos del mundo y abarca todas las etapas de la vida.

En el 2009, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cobertura con la tercera dosis de la vacuna cuádruple bacteriana o pentavalente, la tercera dosis de vacuna Sabin (vacuna antipoliomielítica oral) y la vacuna triple viral al año de vida fue, respectivamente de 94%, 95% y 99%, aunque con una variación importante entre municipios.

Tal vez uno de los mayores éxitos ha sido el combate a la hepatitis A, ya que se logró llevar a 0 los casos de trasplante por esta enfermedad; asimismo hubo una disminución de la tasa nacional a partir de 2005 y se constató la virtual desaparición de la carga de fallas hepáticas agudas relacionadas con el virus en niños y adolescentes. Es importante tener en cuenta que esta constituía el 90% de las hepatitis agudas que afectaban a los niños. En hepatitis B la tasa de notificación se mantuvo constante entre los años 2006 y 2010.



En relación al sarampión, en 2000 se habían detectado en Córdoba los últimos casos debidos a transmisión autóctona. Solo en 2009 y 2010 se han registrado casos, pero importados es decir que llegaron a través del turismo al país. Algo similar ha sucedido con la rubeola: según el Ministerio de Salud de la Nación, en 2009 se logró interrumpir la transmisión autóctona; y en 2000–2010 se notificaron únicamente dos casos esporádicos de difteria. En el mismo período 2000–2010, el número de casos anuales de infección por *haemophilus influenzae* tipo b se mantuvo constante entre 15 y 35. La varicela es la que presenta las mayores tasas notificadas por enfermedades inmunoprevenibles, con 449,43 por 100.000 habitantes.

Por otro lado, se debe mencionar el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. Para la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de la Salud de la Nación (2010), la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es de tipo concentrada, y la prevalencia en la población general es menor al 1%, en algunos grupos este porcentaje llega al 6% y en otros hay mayor incidencia. El 70 % de los casos se concentra en la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de Buenos Aires, en Santa Fe y en Córdoba. En cuanto a otras infecciones de transmisión sexual, entre 2006 y 2010 las tasas notificadas de sífilis congénita se mantuvieron estables en alrededor de 1 por 1.000 nacidos vivos, gracias a las mayores campañas de prevención y mayor concientización. Durante todo el período las mayores tasas se registraron en el Noreste y principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) coordina las políticas articulando sus acciones con los programas provinciales, actores de la sociedad civil, etc. El Programa envió al Municipio de Florencio Varela en el año 2012 un total de 345.000 preservativos y 42.750 folletos con información preventiva.

En lo que hace a tuberculosis, según Bossio, Arias, y Fernández (2012) en la República Argentina se notifican anualmente entre 9.000 y 10.000 casos nuevos, lo que representa una tasa de aproximadamente 24 casos por cada 100.000 habitantes. Las dos terceras partes residen en las cuatro jurisdicciones más grandes del país, en el siguiente orden: Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

Por último se menciona la neumonía, que según Sánchez Jiménez (2010) se trata de una infección del pulmón caracterizada por la

multiplicación de microorganismos en el interior de los alvéolos, lo que provoca una inflamación con daño pulmonar. La reacción inflamatoria produce una ocupación de los alvéolos que puede visualizarse en una radiografía de tórax. Puede estar causada por virus, bacterias u hongos y puede propagarse por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea. Además, la neumonía puede propagarse por medio de la sangre, sobre todo en el parto y en el período inmediatamente posterior. Se necesita investigar más sobre los diversos agentes patógenos y sobre sus modos de transmisión, ya que esta información es fundamental para el tratamiento y la prevención de la enfermedad.

Esta enfermedad es la principal causa infecciosa de muerte infantil en el mundo, responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años. Según datos del Ministerio de Salud, en la Argentina anualmente 22.000 chicos contraen neumonía por neumococo, mientras que son más de 18.000 los adultos mayores de 50 años que fallecen por esta causa. La vacuna contra el neumococo, gratuita y obligatoria desde enero de 2012 para niños menores de dos años, logró disminuir en un 30% los casos de neumonía clínica lo que significa que se previnieron aproximadamente 6.300 casos en niños menores de 12 meses, en el lapso de un año. Asimismo, se lograron prevenir 4.100 internaciones por esta enfermedad, considerando que el porcentaje de internación de las neumonías consolidantes es del 65%. Sin embargo, sigue existiendo una fuerte falencia respecto a los mayores, aún hay una elevada tasa de mortalidad por neumonía en el adulto, y esta problemática ha permanecido invariable en el último medio siglo, sin que pudiera modificarse con el uso de antibióticos. También se han logrado avances en la entrega de tratamientos. Por ejemplo, gracias al Plan Remediar, Florencio Varela recibió y distribuyó en el 2012 un total de 34.481.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

A continuación se repasan los resultados de la tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2013 y su comparación con ediciones anteriores de los años 2005 y 2009 (tabla 8). En líneas generales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el total nacional y los valores de la Provincia de Buenos Aires

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO (ENFR)

Desde el 2005 y cada cuatro años se realiza en Argentina esta encuesta. Se trata de un estudio de corte transversal que permite vigilar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, monitorear la evolución de los mismos y evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.

El diseño muestral de la ENFR fue probabilístico y multietápico, y permitió obtener información representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más, residente en localidades de 5.000 y más habitantes.

Se recogió información sociodemográfica y se indagó sobre la salud general, la actividad física, el acceso a la atención médica, el proceso de atención, la alimentación, el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, el consumo de alcohol, el peso corporal (sobrepeso y obesidad), la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, las afecciones crónicas, las lesiones y detección precoz de cáncer (mamografía, PAP y pruebas de rastreo de cáncer de colon).

salvo en aquellos casos en los que se señala expresamente. En primer lugar, los indicadores generales.

Salud general: en la 3° ENFR 2013 el 21,2% de la población nacional mayor a 18 años evaluó su salud como regular o mala. En la Provincia de Buenos Aires este porcentaje fue de 23,3%.

Prevalencia de actividad física baja: la baja actividad física se evidenció en el 55,1% de la población a nivel nacional y en el 56,8% de la provincia de Buenos Aires. Esta proporción, que había aumentado entre el año 2005 y el 2009, se mantuvo constante desde la última encuesta en ambas jurisdicciones.

Peso corporal: un 57,9% de la población registró exceso de peso, mientras que en Buenos Aires este porcentaje fue de 58,6%. Asimismo, un 20,8% presentó obesidad en Argentina, en tanto que este indicador fue de 21,1% en Buenos Aires. El aumento de la obesidad entre 2005

y 2013 fue de 42,5% para el total del país y del 47,6% en la Provincia de Buenos Aires. Esta cuestión representa un verdadero desafío intersectorial, e incluye discutir políticas regulatorias en relación a la oferta de alimentos y la actividad física.

Consumo de sal: un 17,3% de la población a nivel nacional y 20,4% en la Provincia de Buenos Aires le agrega siempre sal a las comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa. Entre 2009 y 2013 este porcentaje disminuyó en aproximadamente un 30%, en ambos dominios. Resulta alentador el cambio cultural en relación a la reducción significativa de la utilización del salero por parte de la población, lo cual alienta a continuar con las políticas dirigidas en ese sentido.

Presión arterial: a nivel nacional y en la Provincia de Buenos Aires la prevalencia de control de la presión arterial en los últimos dos años fue de 92,7% y 92,9% respectivamente, proporción mayor a la registrada en 2009. La prevalencia de hipertensión (entre quienes se controlaron) se mantuvo estable y fue de 34,1% y 34,5% en el año 2013.

Consumo de frutas y verduras: el promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas fue de 1,9 por persona en el total nacional y 2,0 en la provincia de Buenos Aires. No se evidenciaron diferencias con respecto a 2009. El bajo consumo general de frutas y verduras señala la necesidad de estrategias comunicacionales masivas.

Colesterol: el 77,8% a nivel nacional, y el 78% a nivel provincial, de los varones mayores de 34 años y mujeres mayores de 44 años se midieron alguna vez el colesterol plasmático, sin cambios respecto de la ENFR 2009. De los que se controlaron, aproximadamente un tercio (34,1% y 34,5% respectivamente) manifestó tener colesterol elevado para ambas regiones.

Diabetes: se mantuvo estable el control de glucemia con relación a la ENFR 2009, alcanzando al 76,8% en Argentina y 78,7% en la provincia de Buenos Aires. En ambas jurisdicciones el 9,8% de los mayores de 18 años personas diabetes o glucemia elevada, sin cambios significativos en relación a la ENFR 2009.

Tabaco: el 25,1% de los argentinos mayores de 18 años afirmó consumir tabaco en la actualidad. Este valor fue de 25,8% en la Provincia de Buenos Aires. La exposición habitual al humo de tabaco ajeno descendió progresivamente entre los tres relevamientos (de 52% en nación y 50,9% en Buenos Aires en 2005 hasta 36,3% y 36% respectivamente en 2013). La reducción se presentó asimismo tanto en hogares como en ambientes de trabajo, bares y restaurantes.



Resulta evidente cómo las regulaciones han sido efectivas en reducir la exposición al humo de tabaco ajeno. No obstante, una mejora en la prevalencia de tabaquismo evidenciada podría ser intensificada con el incremento del precio relativo del tabaco.

Uno de los temas que surgen como centrales es la prevención y la detección temprana de problemas cardiovasculares y cáncer. Si bien en los niveles de egreso hospitalario, los problemas cardíacos son bajos, los infartos y los ataques cerebrovasculares representan el 32,5% de las muertes que ocurren por año en el país. De los datos presentados sobre la ENFR, se desprende que 6 de cada 10 personas tienen exceso de peso y más de la mitad de los argentinos son sedentarios, por lo que puede entenderse a estas costumbres como elementos que determinan la aparición de enfermedades cardíacas. La hipertensión arterial es responsable del 45% de los infartos y del 51% de los ataques cerebrovasculares, y su principal factor de riesgo es el consumo excesivo de sal. Se trata de tener una vida sana en los términos de los indicadores generales ya analizados y controlar periódicamente los valores mencionados. La reducción de los casos, además de salvar vidas, generará una disminución importante de la presión a la que se ven sometidas las guardias.

En relación a la detección precoz del cáncer debemos decir que según el Instituto Nacional del Cáncer, del Ministerio de Salud, la Argentina está entre los países con incidencia media-alta de esa enfermedad. Se estima que en el país hay una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100 mil habitantes. El más importante de los casos estimados corresponde al cáncer de mama, con más de 18.700 casos nuevos por año (18% del total y 36% del total de casos en mujeres).

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) estudió el grado de detección precoz de casos de cáncer en el país y se encontró con que siete de cada diez mujeres de entre 50 y 70 años se realizaron mamografía en los últimos dos años, mejorando la cifra en relación a 2009 (de 59 % a 65,6%). Los datos desagregados son los siguientes: *Mamografía*: el 65,6% de las mujeres de entre 50 y 70 años se realizaron mamografías en los últimos dos años a nivel nacional, y el 69,9% a nivel provincial, mejorando en ambos casos con relación a 2009. El incremento en la realización de prácticas preventivas en los servicios de salud señala un avance con respecto al mayor acceso por parte de la población al sector salud.

Tabla 8. Principales indicadores ENFR 2005,2009 y 2013. Población de 18 años y más, Buenos Aires y Argentina

Principales indicadores ENFR	Buenos Aires			Argentina		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Salud general mala o regular	18,5%	19,6%	23,3%	19,9%	19,2%	21,2%
Está ansioso o deprimido (*)	19,7%	18,9%	15,7%	22,8%	19,3%	16,3%
Actividad física baja	46,6%	55,6%	56,8%	46,2%	54,9%	55,1%
Promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas	-	2,0%	2,0%	-	2,0%	1,9%
Siempre/casi siempre utiliza sal después de la cocción o al sentarse a la mesa	25,0%	28,7%	20,4%	23,1%	25,3%	17,3%
Exceso de peso (*)	49,8%	54,3%	58,8%	49,0%	53,4%	57,9%
Sobrepeso (IMC ≥ 25 y < 30)	35,4%	35,4%	37,5%	34,4%	35,4%	37,1%
Obesidad (IMC ≥ 30) (*)	14,3%	18,9%	21,1%	16,8%	18,0%	20,8%
Consumo de tabaco (*)	29,5%	28,0%	25,8%	29,7%	27,1%	25,1%
Exposición habitual al humo de tabaco ajeno (entre fumadores) (*)	50,9%	40,8%	36,0%	52,0%	40,4%	36,3%
Exposición a humo de tabaco ajeno dentro del hogar en los últimos 30 días (ocurrido dentro del hogar) (*)	-	36,6%	30,0%	-	33,9%	27,6%
Exposición a humo de tabaco ajeno en el trabajo en los últimos 30 días (población que estuvo dentro del trabajo) (*)	-	35,1%	26,2%	-	34,0%	25,0%
Exposición a humo de tabaco ajeno en bares/restaurantes en los últimos 30 días (población que estuvo en bares/restaurantes) (*)	-	50,6%	22,7%	-	47,2%	23,5%
Control de presión arterial en los últimos 2 años (*)	76,8%	81,0%	92,9%	78,7%	81,4%	92,7%
Prevalencia de presión arterial elevada (entre quienes se controlaron)	34,80%	35,6%	34,5%	34,5%	34,8%	31,1%
Control de colesterol alguna vez (entre mujeres de 45 años y más /varones de 35 años y más)	71,50%	77,1%	78,0%	72,9%	76,6%	77,5%
Prevalencia de colesterol elevado (entre todos los que se controlaron)	25,2%	29,3%	30,4%	27,9%	29,1%	29,8%
Control de glucemia alguna vez	67,3%	78,0%	78,7%	69,3%	57,7%	76,8%
Prevalencia de glucemia elevada diabetes (población total)	8,6%	9,8%	9,8%	8,4%	9,6%	9,8%
Realización de PAP, 2 años (mujeres de 25 a 65 años)	62,2%	70,9%	73,6%	60,7%	68,3%	71,6%
Realización de Mamografía (mujeres de 50 a 70 años) (*)	45,4%	59,9%	69,9%	46,2%	59,0%	65,6%
Realización de alguna prueba de rastreo de cáncer de colon (50 a 75 años)	-	-	24,2%	-	-	25,4%
Consumo de alcohol regular de riesgo	8,9%	10,9%	9,7%	9,6%	10,7%	9,7%
Consumo de alcohol episódico excesivo	9,7%	7,4%	9,4%	10,1%	8,9%	10,4%
Manejó habiendo bebido alcohol (últimos 30 días)	15,0%	12,3%	8,3%	16,8%	13,2%	12,1%
Uso de cinturón siempre (entre quienes anduvieron en auto) (*)	47,4%	64,2%	69,9%	48,0%	63,8%	69,0%
Uso de casco siempre en bicicleta (entre los que anduvieron en bicicleta)	-	-	8,3%	-	-	8,5%
Uso de casco siempre en moto (entre los que anduvieron en moto)	-	-	58,6%	-	-	59,1%

(*) Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: elaboración propia en base a la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), 2013.



Papanicolaou: el 71,6% de las mujeres entre 25 y 65 años del total nacional se hicieron un PAP en los últimos dos años. En la Provincia de Buenos Aires el porcentaje fue de 73,6%.

Cáncer colorrectal: 24,5% personas de entre 50 y 75 años se sometieron a alguna prueba de rastreo de cáncer de colon a nivel nacional. En la Provincia de Buenos Aires el indicador fue del 24,2%.

Lesiones

La principales causas de lesiones y traumatismos detectados en los centros hospitalarios, son provenientes de lesiones viales, lejos en las estadísticas aparecen los accidentes laborales, y por último los domésticos. Los accidentes automovilísticos, de motos y bicicleta, producen politraumatismos (4% de los egresos), traumatismos de miembros superiores e inferiores (3,8%), de cráneo y cuello (3,1%), principalmente.

Seguridad vial: el 69,0% del total nacional, y el 69,9% de la población de la Provincia de Buenos Aires, manejaron o viajaron en auto usando el cinturón de seguridad siempre. Esta proporción fue mayor a la observada en la ENFR 2009 para el total nacional, mientras que para ambas jurisdicciones fue mayor que en la ENFR 2005 (48% y 47,4% respectivamente). El 59,1% de la población nacional y 58,6% de las personas en la Provincia de Buenos Aires que manejaron o viajaron en moto, usaron casco siempre. El 12,1% de la población nacional reportó haber conducido habiendo bebido alcohol. Este porcentaje fue, de manera estadísticamente significativa, menor en la Provincia de Buenos Aires, donde el valor fue del 8,3%. En ambos casos se reportó una reducción con respecto a 2005 (16,8% y 15% respectivamente).

Por último, es importante destacar el cambio de actitud en los conductores en el uso del cinturón de seguridad, uso de casco en la moto y el no consumo de alcohol, gracias a la concientización social, como así también a mayores controles. Esto podría haber incidido en que, los muertos por lesiones en general cayeron del 47,4 del año 2005 a un 40,1 por mil en el 2013.

Las enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, diabetes, respiratorias y algunos tipos de cáncer explican más del 60% de las muertes y están en ascenso en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2012) estima que para el 2020 las ECNT serán causantes del 75% de las muertes. Registran un mayor incremento en países en vías de desarrollo y ocasionan un aumento progresivo en

los costos de los sistemas de salud. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), atendiendo esta problemática, realizó dos cumbres para debatir soluciones.

Los datos que acabamos de aportar muestran que en nuestra Provincia el fenómeno se reproduce, con avances motivados por diversas políticas y también con indicadores de riesgo que no ceden aún. Como vimos, se estabilizó el incremento de los niveles bajos de actividad física lo cual resulta alentador, algo parecido sucede con el bajo consumo general de frutas y verduras. Resulta muy reconfortante también, la reducción del uso de sal. Pero el sobrepeso general persiste.

Se observó una reducción en la prevalencia de tabaquismo que podría ser intensificada con el incremento del precio relativo del tabaco, asimismo resulta evidente cómo las regulaciones han sido efectivas en reducir la exposición al humo de tabaco ajeno y estas también determinaron importantes cambios culturales.

Según las diversas ediciones de la ENFR se observa que ha disminuido la cantidad de muertes por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios, y estómago y más fuertemente donde los controles preventivos han contribuido, como en el caso del cáncer de mama. En contrapartida aumentaron las muertes por cáncer colorrectal, páncreas, hígado y cuello de útero.

Hay que seguir trabajando en las campañas, informando y concientizando, sobre todo para que la temática de la calidad de vida, en lo posible, no sea solo una cuestión de los sectores medios y altos de nuestra sociedad. En lo que hace a lesiones, como ya dijéramos, ha mejorado significativamente el uso de cinturón en auto y casco en moto, aunque se requiere mayor concientización para el uso de casco en bicicletas urbanas.

El sistema de salud parece empezar a acomodarse a este tipo de perfiles de morbilidad aunque hay que seguir invirtiendo. De todos modos, en nuestra región siguen siendo importantes algunas enfermedades transmisibles, muchas vinculadas a los problemas de hábitat siendo también muy importantes las intervenciones por motivos de lesiones. Por eso es fundamental seguir resolviendo las cuestiones que hacen a la calidad de vida: la infraestructura social y la vivienda por un lado, las políticas que tratan de bajar el número de accidentes por el otro; y fundamentalmente el control de las enfermedades no transmisibles, ya que todas las intervenciones que se realicen sobre sus principales factores de riesgo, permitirán

Tabla 9: Población con cobertura solo pública para la Argentina, Buenos Aires, la Región Sanitaria VI, la red El Cruce, y los municipios que la componen. Comparativo 2001-2010.

	Argentina	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Población total con cobertura sólo pública en 2010	14.314.682	5.820.154	1.385.948	789.535	221.448	136.743	208.414	222.930
% de la población con cobertura sólo pública ene 2010	36%	37%	37%	42%	52%	42%	36%	40%
Población total con cobertura sólo pública en 2001	17.441.122	6.747.675	1.773.632	1.036.213	228.007	276.723	254.760	276.723
% de la población con cobertura sólo pública ene 2001	48%	49%	52%	62%	65%	56%	49%	54%

Fuente: elaboración propia con datos del Censo 2001 y 2010.

disminuir el número de enfermos y de tratamientos. El trabajo en esa área recién comienza.

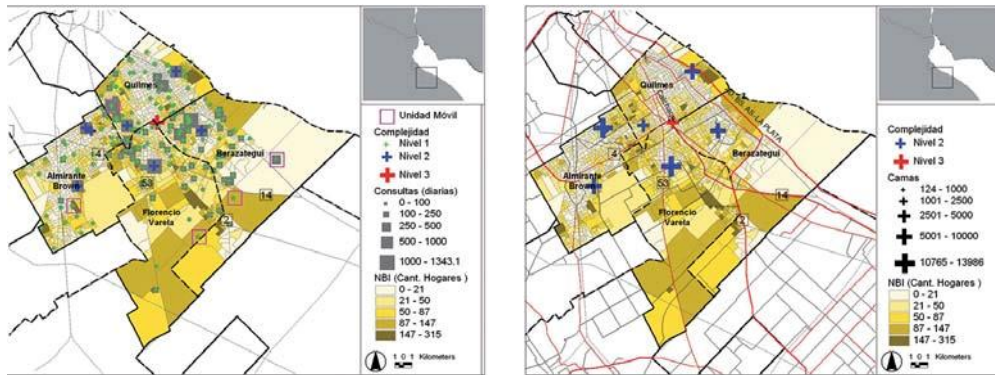
SERVICIOS DE SALUD

El siguiente apartado refleja una caracterización del tipo de cobertura sanitaria y la oferta de servicios de salud que la red posee, detallando indicadores de producción, consultas, egresos, recursos y camas. Como ya hemos dicho, tanto en la Provincia como en la Región Sanitaria VI, el 37% de la población cuenta con cobertura solo pública, en el GBA-24 ese porcentaje es del 42% al igual que en los municipios de la red y se eleva al 52% en Florencio Varela. El dato refleja la presión a la que se ve sometida la oferta pública que será descripta luego y por lo cual ha tenido las dificultades analizadas en el capítulo dos. Las cifras indican que hay una mayor cantidad de personas con obra social o cobertura privada respecto al Censo 2001. Esto es una señal del aumento de la cantidad y calidad del empleo en la Provincia. Hay que tener en cuenta que como ha mejorado la oferta pública de salud, tal vez muchos se siguen atendiendo en los CAPS y hospitales, solo que no hay datos al respecto.

En los cinco hospitales públicos⁸ de la red de los que se tuvieron datos precisos para el 2013, el 86,5% de los atendidos no tenía obra

8.- Hosp. Subz. Esp. de Rehab. Dr. J. M. Jorge; Hosp. Zonal Gral. de Ag. Evita Pueblo; Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. I. Iriarte; Hosp. Zonal. Gral. Ag. Dr. Arturo Oñativia; Hosp. SAMIC El Cruce

Mapa 1. Hospitales y CAPS que componen la red El Cruce por camas y consultas, y el NBI de la región



social, plan de salud privado, mutual, ni plan o seguro público, solo el 11% lo hizo con obra social, y el 2,5% con plan o seguro público. La subregión focalizada en el presente estudio, está conformada por los establecimientos de dependencia municipal de nivel I, los hospitales de dependencia provincial y el Hospital Municipal Subzonal Especializado Materno Infantil Doctor Oller de nivel II; además del Hospital El Cruce de dependencia provincial y nacional con nivel III de complejidad. Los mapas adjuntos muestran que el territorio está bastante bien cubierto por el entramado de la red, hay algo de concentración en el centro, pero la periferia sur, con algo menos de oferta, aún goza de una situación de menor densidad.

CAPS, hospitales y consultas

Lo expuesto sobre la cobertura geográfica se debe a que la red posee un número total de CAPS de 170. Se trata de uno cada 11.094 habitantes. Tiene una relación desfavorable respecto a la observada en el nivel provincial (uno cada 8.741 habitantes) debido a la proporción existente en el interior.

El Municipio de Almirante Brown presenta la situación más desfavorable de todas: un CAPS cada 16.754 personas. En los últimos años ha habido una mejora importante pero aún no es suficiente. En el otro extremo, Berazategui posee un CAPS cada 7.908 habitantes. Florencio Varela también ha mejorado mucho la relación, algo necesario dada la situación socio demográfica en el punto de partida.

Tabla 10. Población y CAPS para la Argentina, Buenos Aires, la Región Sanitaria VI, la red El Cruce, y los municipios que la componen (2012).

	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Población Total 2010	15.625.084	3.747.486	1.886.094	426.005	324.244	582.943	552.902
CAPS (Cantidad)	1.793	354	170	41	46	50	33
Relación CAPS/Habitantes	8.741	10.586	11.094	10.390	7.908	11.646	16.754

Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistemizada (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Las consultas informadas⁹ en la red del 2013 fueron 6.133.283, un 79,7% corresponden al sector público municipal (algo inferior al dato para toda la provincia), mientras que el resto pertenece a los hospitales provinciales que serán analizados luego.

Si lo vemos por municipio, las consultas dependen de la cantidad de CAPS presentes en cada caso. El partido que más consultas registró en el año 2013 al sector público en general fue Berazategui (34% del total de la red) donde se registran más de 6,5 consultas por habitante cuando el promedio provincial es de 3,8; Almirante Brown es el que menos consultas presenta (el 14,5% y 1,61por habitante) y es el que tiene menos CAPS; en ese municipio hay más presión sobre el hospital. Quilmes y Florencio Varela por su parte, tienen un número de visitas de 2,57 y 3,82 por habitante respectivamente. Varela aparece como el caso más equilibrado, con fuerte presencia de los hospitales pero también de los CAPS. El Hospital El Cruce recibe 55.391 de las consultas del municipio (3%). Queda claro que de todos modos la situación aún es difícil, sobre todo porque, como veremos luego, los recursos son insuficientes. Esto se traduce en múltiples problemas –relativos a salarios medios en algunos municipios, provisión de insumos, inversión en laboratorios, equipos para diagnósticos– que junto a las dificultades en la gestión de los recursos humanos atentan contra la capacidad del sistema. La red no resolverá estas cuestiones pero puede permitir un mejor uso de los recursos existentes.

Resulta evidente que a medida que se van creando y fortaleciendo CAPS, cosa que viene sucediendo, se quita presión en términos de

9.- Recordemos que las consultas son una variable que incrementa la coparticipación municipal y las distorsiones informativas que dicho modelo puede generar

Tabla 11: Total de consultas en el sector público. 2013.

	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Total de consultas del Sector Público	59.537.576	13.791.132	6.133.283	1.630.012	2.113.159	1.499.631	890.481
Total de consultas del Sector Público Provincial	10.807.314	3.089.942	1.243.510	411.324	187.143	184.270	460.773
Total de consultas del Sector Público Municipal	48.046.737	10.701.190	4.889.773	1.218.688	1.926.016	1.315.361	429.708
Población Total 2010	15.625.084	3.747.486	1.886.094	426.005	324.244	582.943	552.902

Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistemizada (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

consulta a los hospitales, esta es una política central para la construcción de redes. El HEC y su red es una experiencia muy interesante en este sentido, pero toda la Provincia ha visto mejoras en ese aspecto. Equilibrar a favor de Almirante Brown parece uno de los temas a discutir en la red.

En el caso de las consultas a hospitales, en la tabla 12A del anexo se puede ver que son los servicios de guardia (general, pediátrica y ginecológica) los que mayor cantidad presentan. El Hospital Oller de Quilmes, recibe más de 51 mil consultas en su guardia por año (alrededor de 140 visitas diarias), Mi Pueblo 38 mil, y Evita Pueblo más de 31 mil, mientras que el HEC solo 3.235. El Oller y el Mi Pueblo de Florencio Varela reciben más 52 y 53 mil consultas respectivamente en su guardia pediátrica, unas 145 consultas diarias promedio.

Fuera de las guardias: el Hospital Iriarte (Quilmes) recibe el 78% de los casos de cirugía y buena parte de la ortopedia de la red, y el Oñativia recibe un número importante en cuanto a las terapias intensivas. El Hospital El Cruce recibe el 25% de las consultas oftalmológicas (más de 6 mil), el 25,9% de oncológicas (3.343) y el 12,7% de todas las visitas de endocrinología y diabetes (3.407). Es importante señalar que hay servicios de mayor complejidad en todos los hospitales de la red, eso va a permitir re-equilibrar el modelo de derivaciones. Pero también resulta claro que en los servicios en que el HEC ha decidido especializarse, había un vacío. Por ejemplo, en la neurocirugía, nuestro hospital realiza casi el 75% de las consultas de la red, mientras que alcanza el 100% en las consultas en servicios como miembro superior y microcirugía, neurología infantil, cirugía cardiovascular, miembro inferior (rec. osea), oncohematología, me-

dicina transfusional, cirugía bariátrica, cardiología (preq. adultos), unidad de trasplante, hígado y vías biliares, hemodinamia, electrofisiología, cirugía torácica, cirugía oncológica mamaria, oncología infantil, cirugía laparoscópica, neurointervencionismo, entre otras especialidades de alta complejidad.

La relación entre camas y egresos

A continuación se describe otra relación entre recurso y producción: el número de camas (cantidades, distribución territorial y servicio al que corresponden) y los egresos.

En total, en la Provincia hay 47.313 camas (27.756 públicas y 19.557 privadas). Se trata de 3,03 camas cada 1.000 habitantes. El dato es interesante, porque buena parte de las camas privadas suelen estar ocupadas por personas con cobertura de obra social. Según las recomendaciones de la OMS en la relación camas hospitalarias/población, debería adecuarse, en aquellas poblaciones como las del Conurbano y la red con más de 100.000 habitantes, a 3 camas por 1.000. El promedio aconsejado baja a una cama en poblaciones menores (Navarro e Israilevich, 1995).

En los municipios de la red El Cruce hay un total de 3.825 camas, siendo la relación camas hospitalarias/población de 2,02 por mil. Ese total se distribuye entre 1.314 públicas y 2.511 privadas. Estos datos demuestran que hay una alta proporción de clínicas privadas en algunas comunas. Por otro lado, recordemos que dentro del sector público, según lo desarrollado en el capítulo dos, mientras en el país sobresalían los hospitales provinciales, en la Provincia hay más municipales, pero ese no es el caso de la Región Sanitaria VI ni de la red y esto se refleja en las camas. Dentro de la Región Sanitaria VI el 89% de las camas públicas son provinciales y el resto municipales. Florencio Varela es la jurisdicción que más cantidad posee dentro del sector público, representando un 32% del total de la red. Le sigue Almirante Brown, que cuenta con el 31,5% pero tiene más camas privadas. Quilmes tiene muchas más camas privadas y fuerte escasez de camas públicas. Berazategui, cuenta con apenas 225 camas públicas y 142 camas privadas. En todos los casos, esto es debido a la lógica de inversión de las clínicas privadas. En Quilmes y en Almirante Brown hay centros urbanos históricos con mayor poder adquisitivo y por eso se ubica una mayor cantidad de camas privadas. De todos modos, dicha infraestructura está concentrada en esos centros, si hacemos el análisis por radio censal, las disparidades aparecen en

Tabla 12. Recursos físicos: total de camas para la Buenos Aires, la Región Sanitaria VI, la red El Cruce, y los municipios que la componen (2013)

	Provincia de Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Total de consultas del Sector Público	27.753	3.935	1.308	415	241	244	408
Total de camas del Sector Público Provincial	12.233	3.531	1.170	367	225	172	408
Total de camas del Sector Público Municipal	13.821	404	138	48	16	72	-
Total de camas del Sector Público Nacional	1.747	-	-	-	-	-	-
Total de camas del Sector Privado	19.557	4.480	2.511	152	142	1.335	882

*Año 2010. Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistemizada (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

todos los casos, solo compensadas parcialmente por la presencia de CAPS en lo que hace a la atención primaria.

Según estos datos, en la Provincia –que incluye ciudades con diversas densidades- existen 1,78 camas del sector público cada mil habitantes, sin embargo estos valores caen a nivel de la región a 1,05 y a 0,69 en la red. Si se realiza el cálculo de camas públicas por población considerando solamente aquella sin cobertura, esos datos se elevan a 2,82 camas por mil para el total provincial, y 1,65 y 1,16 para la Región Sanitaria VI y la red respectivamente. Es claro que si bien ha habido inversión, aún falta. A pesar de que se pueda trabajar mucho en los CAPS y en la prevención, la necesidad de camas sigue siendo un tema central. A nivel municipal se ubican en orden de importancia Varela, Berazategui, Almirante Brown y Quilmes. Si el análisis se realiza por tipo de atención surge que en la provincia, un 64,9% es de agudos y el 35,1% de crónicos, pero la mayor parte de estas son para ancianos o rehabilitación.

Si se analizan las camas de los hospitales de la red, prevalece obstetricia (176), las de pediatría – lactantes (94), terapia intensiva neonatológicas (87)- y terapia intensiva (55). Naturalmente el Hospital El Cruce es un caso particular, representa el 42% de camas de Florencio Varela: tiene un total de 151 camas (122 de internación, 25 del hospital de día y 4 sin asignar). Las primeras se distribuyen así: 43 de cuidados intermedios, 26 de terapia intensiva infantil, 16 de te-

Tabla 13. Recursos físicos. Total de camas según sean para enfermedades agudas o crónicas según dependencia (nacional, provincial o municipal), y para el total provincial, de la Región Sanitaria VI, la red El Cruce, y los municipios que la componen (2013).

Establecimiento	Unidades Físicas			Camas cada 1.000 habitantes		
	Total	Agudas	Crónicas	Total	Agudas	Crónicas
Total Provincia	27.753	18.020	9.733	1,78	1,15	0,62
Provincial	12.233	8.491	3.742	0,78	0,54	0,24
Municipal	13.821	8.971	4.850	0,88	0,57	0,31
Nacional	1.747	605	1.142	0,11	0,04	0,07
Región Sanitaria VI	3.935	2.818	1.117	1,05	0,75	0,30
Provincial	3.531	2.462	1.069	0,94	0,66	0,29
Municipal	404	356	48	0,11	0,09	0,01
Red El Cruce	1.308	1.257	51	0,69	0,67	0,03
Provincial	1.170	1.119	51	0,62	0,59	0,03
Municipal	138	138	0	0,07	0,07	0,00
Almirante Brown	408	357	51	0,74	0,84	0,12
Berazategui	241	241	0	0,74	0,74	0,00
Florencio Varela	415	367	48	0,97	0,63	0,08
Quilmes	244	244	0	0,42	0,44	0,00

Nota: Se recuerda que las consultas son declaradas por los municipios. Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistematizada (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

rapia intensiva y 16 de la unidad coronaria; le siguen las camas para servicios de cuidados intermedios pediátricos (10), las 9 de pacientes críticos y 2 de la unidad de trasplante. Asimismo, en el hospital de día¹⁰ hay 10 generales y 15 para hemodinamia y gastroenterología. Mientras los municipios que componen la red registran un total de egresos del sector público en el año 2013 de 71.675, de los cuales el 84,6% representan a establecimientos provinciales y el resto a municipales, los porcentajes difieren en unos 5 puntos en las participaciones relativas de las camas (el 89,6% son provinciales). Se

10.- Como se sabe, es una estructura sanitaria asistencial en la cual el paciente es atendido sin necesidad de abandonar su entorno familiar, son no más de 8 o 12 horas de internación durante las cuales recibe todos los tratamientos especializados (terapias con aparatos, análisis, control posoperatorio, etc.).

Tabla 14. Total de camas por servicio según partido y dependencia (+) (2013)

Partido / Establecimiento	Camas	Partido / Establecimiento	Camas
ALMIRANTE BROWN	357	BERAZATEGUI	240
Provinciales	357	Municipales	16
Hosp. Subz. Esp. de Rehab. Dr. J. M. Jorge	0	Ctro. de Diag. y Trat. Dr. J. A. Sabatto	10
ALCOHOLISMO-DRUGADICCION REHABILITACION		GUARDIA	10
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. Lucio Meléndez	181	Unid. Sanit. N° 11	2
CIRUGIA	20	GUARDIA	2
CIRUGIA Y ORTOPEDIA	12	Unid. Sanit. N° 3	4
CLINICA MEDICA	28	GUARDIA	4
GINECOLOGIA	6	Provinciales	224
GUARDIA	20	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Evita Pueblo	224
OBSTETRICIA MATERNIDAD	33	CIRUGIA	50
UROLOGIA	9	CLINICA MEDICA	40
TERAPIA INTENSIVA	5	GUARDIA	23
NEONATOLOGIA-PREMATUROS	7	TOCOGINECOLOGIA	48
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL	8	TERAPIA INTENSIVA	8
PEDIATRIA-LACTANTES	17	PEDIATRIA-LACTANTES	30
TERAPIA INTERMEDIA RECEN NACIDO	8	TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	25
TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	8		
Hosp. Zonal. Gral. Ag. Dr. Arturo Oñativia	176		
OBSTETRICIA MATERNIDAD	40		
TERAPIA INTENSIVA	9		
PEDIATRIA-LACTANTES	16		
TERAPIA INTERMEDIA RECEN NACIDO	12		
TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	7		
SERVICIO INDIFERENCIADO	92		

Partido / Establecimiento	Camas	Partido / Establecimiento	Camas
FLORENCIO VARELA	373	QUILMES	243
Municipales	0	Municipales	72
Hogar de Ancianos Dr. Salvador Sallares	0	Hosp. Subz. Esp. Mat. Infantil Dr. Eduardo Oller	72
GERIATRIA		GINECOLOGIA	13
Provinciales	373	OBSTETRICIA MATERNIDAD	30
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Mi Pueblo	216	NEONATOLOGIA-PREMATUROS	6
GUARDIA	8	GUARDIA PEDIATRICA	13
OBSTETRICIA MATERNIDAD	39	TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	10
TERAPIA INTENSIVA	7	Provinciales	171
CLINICA GENERAL-MEDICINA GENERAL	63	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. I. Iriarte	171
NEONATOLOGIA-PREMATUROS	6	CIRUGIA	15
GUARDIA PEDIATRICA	14	CLINICA MEDICA	44
PEDIATRIA-LACTANTES	32	GINECOLOGIA	9
TERAPIA INTERMEDIA RECEN NACIDO	23	GUARDIA	5
TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	24	OBSTETRICIA MATERNIDAD	34
Hosp. de Alta Compl. El Cruce	157	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	14
ADMISION PACIENTE CRITICO	9	TERAPIA INTENSIVA	10
TERAPIA INTENSIVA	16	PEDIATRIA-LACTANTES	16
CUIDADOS INTERMEDIOS	43	TERAPIA INTERMEDIA RECEN NACIDO	11
UNIDAD CORONARIA	16	TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	13
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL	26		
CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS	10		
UNIDAD DE TRANSPLANTE	2		
HOSP. DE DIA: HEMODINAMIA Y GASTROENTEROLOGIA	11		
HOSP. DE DIA: SIN ASIGNAR	4		
HOSP. DE DIA: GENERALES	20		

(+) El total de las camas de los establecimientos, puede no coincidir con otros trabajos que involucren este indicador, ya que al ser trabajado por servicio algunos de estos no funcionaron, por distintos motivos, los 365 días del año 2013. Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistemática (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 15. Consultas, egresos, camas disponibles, ocupadas y días de estadía, por establecimientos provinciales y municipales, para la Región Sanitaria IV, la red El Cruce, y los municipios que la componen (2013).

Region Sanitaria Partido	Egresos	Camas disponibles	% Ocupac.	Giro Cama	Días de estadía
Total Región Sanitaria VI	141.834	3.940	72,9	36,0	8,2
Provinciales	118.697	3.536	73,6	33,6	9,0
Municipales	23.137	404	66,9	57,3	4,2
Red El Cruce	71.675	1.314	72,0	55,2	4,8
Provinciales	60.647	1.178	72,3	49,4	5,2
Municipales	11.028	136	67,7	129,3	396,3
ALMIRANTE BROWN	20.292	408	74,3	49,8	5,4
Provinciales	20.292	408	74,3	49,8	5,4
Municipales					
BERAZATEGUI	17.254	241	63,3	71,6	3,1
Provinciales	9.767	225	58,5	43,4	4,7
Municipales	7.487	16	132,2	467,9	
FLORENCIO VARELA	23.421	421	88,8	55,6	5,4
Provinciales	23.409	373	87,7	62,8	4,6
Hosp. de Alta Compl. El Cruce	9.423	157	89,7	60,0	4,3
Municipales	12	48	90,4	0,3	1581,6
QUILMES	10.708	244	62,6	43,9	5,1
Provinciales	7.179	172	68,8	41,7	5,9
Municipales	3.529	72	48,0	49,0	3,6

Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistematizada (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

verifica un promedio del 72% de ocupación y una estadía promedio de 5 días, valor muy inferior a los 8,2 días promedios de la Región Sanitaria VI. Con respecto a los municipios, la mayor cantidad de egresos y camas corresponden a Almirante Brown que lidera cantidad de camas y egresos y tiene días de estadía promedio similares. Florencio Varela es el segundo municipio con mayor cantidad de egresos como de camas. Pero con un promedio de días de estadía más alto que el resto, debido a la influencia en los datos del mencionado Hogar de Ancianos Doctor Salvador Sallares.

El Hospital El Cruce, registró un total de 9.423 egresos, de esos, 3.639 son los que corresponden a todas las internaciones realizadas fuera



del hospital de día. Tuvo un promedio de ocupación de los más altos: 89,7%. Asimismo, los días de estadía llegan a 4,3. El hospital de día es muy importante para reducir este promedio.

Berazategui representa el 24% de los egresos de la red, mientras que Quilmes el 14,9% de las mismas. A nivel camas, ambos cuentan con cantidades similares, 241 y 244 respectivamente, lo que hace que el nivel de estadía sea más corto en Berazategui (3,1 días) con respecto a Quilmes (5,1 días).

Según la OMS (2012), con una ocupación de entre 80 y 90%, la rotación promedio gira en torno a los 8 días. Es decir, que el nivel provincial y de los municipios que componen la red, es menor al promedio mundial, eso se debe a la escasez de camas y la menor atención de enfermedades crónicas. Lo que queda claro en este apartado es que las buenas prácticas en una red, van a depender de la cantidad de CAPS, un factor fundamental para evitar la presión sobre el segundo nivel, luego de la cantidad de camas y la especialidad de las mismas medidas en términos de agudas-crónicas y complejidad. Naturalmente, el nivel de rotación va a depender de la estructura existente y también de la capacidad de planificar y gestionar en cada unidad de la red.

INDICADORES ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

A continuación se describen brevemente los aspectos económicos y financieros que se registran en las jurisdicciones de la Región Sanitaria VI, la red y los respectivos municipios que conforman. Los indicadores utilizados, a través de tablas y gráficos, son: el gasto público en salud, el gasto municipal finalidad salud, el gasto por ubicación geográfica municipal, coparticipación y esfuerzo municipal. Aquí veremos los niveles de las erogaciones y su influencia en las problemáticas adelantadas. A pesar del esfuerzo realizado por los tres niveles, aún debe mejorarse el gasto per cápita. También se podrá ver cómo la fragmentación y la falta de autonomía de los territorios y las unidades de gestión, atentan contra la posibilidad de aumentar los recursos sin afectar el ingreso de las familias.

Gasto público en salud

El gasto público en salud comprende el gasto corriente y de capital, central, provincial y local. En los países desarrollados, según las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud (2014), el gasto en salud para el 2012 osciló entre el 10 y el

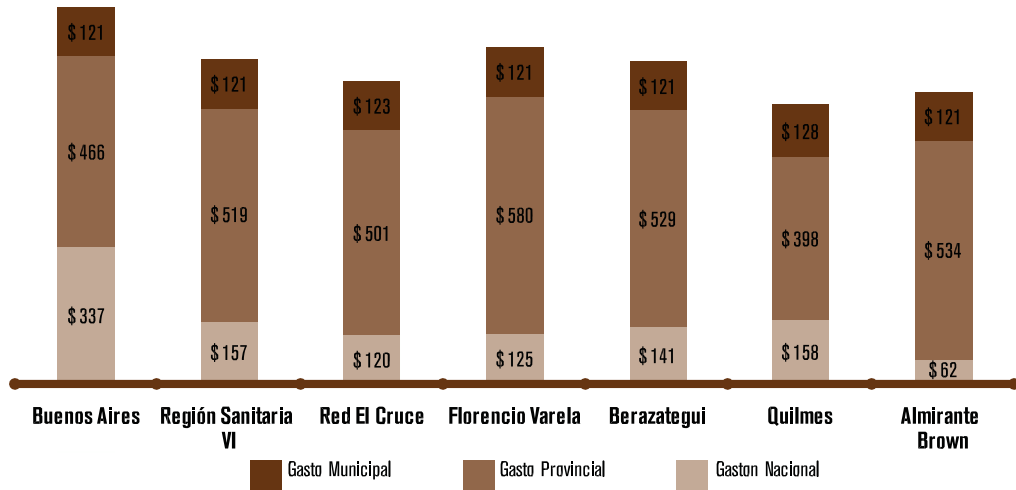
14% del PBI. En la Argentina en el período 2010-2014 el porcentaje ha crecido hasta el 9,6%, por encima del promedio de la región (7,6%). Este gasto está compuesto en nuestro país por las erogaciones del subsistemas público (nacional, provincial y municipal), que representa un 2,7% del PBI y, como se planteó en el capítulo dos y en los párrafos anteriores, cubre al 37% de la población; el de la seguridad social (obras sociales sindicales y PAMI), con un 3,6% y el de las empresas de medicina prepaga con el 3,3% del PBI, que cubren al resto. Además hay un desembolso de las familias de difícil medición. Si se analiza el gasto en salud per cápita los países desarrollados presentan un nivel diez veces superior al de los no desarrollados, Latinoamérica está cerca del doble del promedio de estos últimos y Argentina por encima de Latinoamérica, pero muy lejos de los primeros.

El gasto público ejecutado en la Provincia de Buenos Aires representa cerca del 30% del total de toda la Argentina. El mismo se compone del gasto nacional vía programas (no parece haberse contabilizado el aporte nacional al HEC), el gasto hospitalario y de programas de la Provincia y el gasto municipal. Estas erogaciones han aumentado por encima de la inflación en línea con el resto, pero no tenemos certeza respecto al cambio en la participación relativa en el total del gasto por la redistribución de tareas que ha habido.

Como sucede con la mayor parte de los indicadores relativos a población, el gasto per cápita en la Provincia es uno de los más bajos del país, debido fundamentalmente a las características actuales del régimen federal de coparticipación. Lo mismo sucede si analizamos el gasto ejecutado en los municipios de la red. Solo Florencio Varela tiene un mayor gasto por persona en salud, debido a la presencia del HEC, incluso superior a la Región Sanitaria, con \$ 825 en 2011. Le sigue Berazategui con \$ 791; luego vienen Almirante Brown y Quilmes, por debajo del promedio con \$ 716 y \$ 685 respectivamente. En la tabla 16, se observa que el 36,5% del gasto en la Provincia corresponde a los centros de salud municipales, un porcentaje similar financia los hospitales provinciales (Gasto Hospitalario de la Provincia de Buenos Aires); la Provincia además distribuye fondos por el 15,2% (alcanzando un aporte total de cerca del 50%). Nación aporta un 13,1%.

A nivel de Región Sanitaria (gasto que representa algo más del 20% de lo ejecutado en la provincia), estos valores cambian ya que el GHBA tiene una importancia muy superior: un 47,4% y los municipios

Gráfico 2: Gasto por ubicación geográfica municipal per cápita por jurisdicción. Año 2011



Fuente: elaboración propia con datos extraídos de Unidad de Análisis Económicos en Salud. Subsecretaría de Planificación. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Secretaría de Asuntos Municipales. Ministerio de Gobierno. Ministerio de Economía. Ministerio de Salud de la Nación.

aportan solo el 19,7%. Los datos son similares para la red, aunque el aporte provincial es mayor. En esto influyó en los últimos años el financiamiento provincial al HEC en Florencio Varela y Almirante Brown, también cuenta con una importante participación de Gasto Hospitalario de la Provincia de Buenos Aires (GHBA) (55%), esto es debido a los pocos CAPS con que cuenta el municipio (32), lo que aumenta el peso propio que tienen los hospitales. El caso Quilmes es inverso (37,7% del GHBA), pues tiene un hospital municipal y 49 CAPS. Es evidente que el dato importante es el del gasto per cápita y lo que se observa es cierta homogeneidad, los dos últimos casos, por ejemplo, muestran que con mayor o menor influencia provincial o municipal, la erogación por habitante es baja, en un contexto general en que el promedio es insuficiente. Este sea tal vez el punto central a atender, además de las cuestiones organizativas y relativas a las buenas prácticas en los procesos de trabajo: se requiere un cambio estratégico en el nivel nacional, provincial, municipal y de los hospitales que permita aumentar la recaudación en valores absolutos sin desatender la progresividad del origen de los fondos. En estas cuestiones se ha avanzado mucho en los últimos años pero hay que

Tabla 16. Gasto por finalidad, hospitalario, nacional, provincial y municipal en la provincia de Buenos Aires, la Región Sanitaria VI, la red El Cruce y los municipios que la componen (2011)*

Medición	GFSM [1]	GHBA	GBA distribuido	GN distribuido en Salud en BA [2]	Gasto Público distribuido en Salud en BA por municipios	
BUENOS AIRES	(miles)	5.268.873	5.085.362	2.196.716	1.886.481	14.437.429
	%	36,50%	35,20%	15,20%	13,10%	100,00%
REGIÓN SANITARIA VI	(miles)	587.467	1.414.464	529.879	455.046	2.986.856
	%	19,70%	47,40%	17,70%	15,20%	100,00%
RED EL CRUCE	(miles)	225.421	680.832	264.850	231.741	1.402.843
	%	16,10%	48,50%	18,90%	16,50%	100,00%
FLORENCIO VARELA	(miles)	53.195	187.039	59.892	51.433	351.559
	%	15,10%	53,20%	17,00%	14,60%	100,00%
BERAZATEGUI	(miles)	45.854	125.921	45.585	39.147	256.507
	%	17,90%	49,10%	17,80%	15,30%	100,00%
QUILMES	(miles)	92.350	150.629	81.642	74.406	399.026
	%	23,10%	37,70%	20,50%	18,60%	100,00%
FLORENCIO VARELA	(miles)	34.022	217.243	77.732	66.754	395.315
	%	8,60%	55,00%	19,70%	16,90%	100,00%

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de la Unidad de Análisis Económicos en Salud. Subsecretaría de Planificación. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Secretaría de Asuntos Municipales. Ministerio de Gobierno. Ministerio de Economía. Ministerio de Salud de la Nación. Nota:

GFSM: Gasto Finalidad Salud Municipal.

GHBA: Gasto Hospitalario de la Provincia de Buenos Aires.

GBA distribuido: Gasto provincial en Salud excepto el gasto hospitalario.

GN distribuido: Gasto nacional en Salud en la Provincia de Buenos Aires.

[1] En el ejecutado surge una diferencia.

[2] La distribución de este gasto se hizo por el peso poblacional de cada municipio.

*El clasificador geográfico agrupa los gastos en tres grupos: Erogaciones divisibles: comprenden los gastos que son perfectamente imputables a una determinada jurisdicción política (personal, materiales, bienes de uso, etcétera). Erogaciones indivisibles: comprenden los gastos que no se pueden imputar a una determinada ubicación geográfica (interprovincial, nacional o binacional). Erogaciones no clasificables: incluyen los gastos que no pueden ser identificados con una localización geográfica dentro del ámbito territorial del país. Por ejemplo, los gastos en personal del personal diplomático y agregados militares que se realizan en el exterior.

seguir trabajando. El tema será retomado en los próximos párrafos y en los capítulos cuatro y cinco.

La coparticipación y el gasto municipal

En relación a la coparticipación municipal, ya hemos analizado y cuestionado el sistema actual en los primeros capítulos, y hemos dicho que el mismo genera distorsiones importantes. El esquema vigente depende de tres criterios para distribuir los fondos: el 58% corresponde al régimen general, el 37% al régimen de salud, y el 5% al régimen de acción social. En el primero, la distribución se asigna en un 62% por la población del municipio (que se modificó luego del Censo 2010), un 21% por la inversa de la capacidad tributaria per cápita ponderada,¹¹ y un 15% por la superficie.

El régimen de salud (municipios con establecimientos asistenciales de salud con o sin internación), asigna un 10% por el número de establecimientos hospitalarios sin internación, un 25% al número de consultas médicas en establecimientos con o sin internación, un 10% por número de egresos registrados en establecimientos con internación, un 20% al número de pacientes diarios en establecimientos con internación, y un 35% a las camas disponibles, complejidad y porcentaje de ocupación de las mismas, indicadores que ya hemos abordado. Estos datos se reflejan en declaraciones juradas municipales controladas en la medida de lo posible por el Ministerio de Salud de la Provincia y cambian dinámicamente, donde los fondos recibidos pueden parecer pequeños pero que en un contexto de necesidades crecientes, no debe desdeñarse. Como se mencionara anteriormente, si bien estas partidas tienen asignaciones específicas, los municipios no están obligados a destinar los fondos de ese modo, hay una importante cantidad de comunas que gastan más de lo que reciben por ese concepto y otros gastan por debajo. Aquí se ha trabajado exclusivamente con los municipios de la red.

11.-Este indicador busca compensar las dificultades que enfrentan a la hora de recaudar las comunas en las que hay una menor actividad económica y, por lo tanto, una menor potencialidad de recaudación. Así, los territorios donde se dan estas condiciones se ven en la necesidad de redoblar sus esfuerzos en materia de gastos por concentrar una demanda no solvente, a la vez que no son capaces de recaudar los recursos necesarios para ello. De allí que necesiten de una mayor asistencia provincial bajo la forma de coparticipación. Este criterio resulta pertinente desde el punto de vista conceptual, sin embargo la forma en que está construido en la práctica genera serias dudas acerca de la calidad de los indicadores utilizados.

Las transferencias por coparticipación entre 2009 y 2015¹² crecieron un 413%. Los municipios que más se vieron beneficiados con este incremento fueron General Madariaga, Alvear, Arenales, La Matanza (debido al ajuste en los datos poblacionales), Capitán Sarmiento, Tapalqué, Villegas, Ameguino y Mar Chiquita. En contrapartida, los municipios de Chascomús, Carlos Casares, La Heras, Baradero, Vicente López, Chaves, Guido, San Miguel, Balcarce, Ramallo y Azul recibieron un aumento inferior.

En el período considerado la participación en el coeficiente único de distribución (CUD) de los cuatro municipios de la red disminuyó un 0,027%, pasando de 8,11% en el 2009 a 8,09% en 2015. La población tuvo una incidencia positiva, pero cayó la inversa de la capacidad tributaria per cápita ponderada por población. La coparticipación por el régimen de salud creció por el aumento fuerte en las consultas, en egresos, y en pacientes diarios recibidos.

Solo el municipio de Almirante Brown registró una caída significativa del CUD (-8,6%) en el período analizado, lo que determinó la disminución del coeficiente de la red. Esto se explica por la pérdida relativa registrada a nivel poblacional y también motivada en la caída de la inversa de la capacidad tributaria per cápita ponderada por población; la mejora en los parámetros del régimen de salud no logró compensar la caída del régimen general.

Los restantes municipios (Berazategui, Florencio Varela y Quilmes) mejoraron su coeficiente: Quilmes registró la mayor variación positiva (+7,1%), producto del aumento de la población, mejora en la capacidad tributaria per cápita ponderada por población y mejora de los indicadores de salud, en especial en la cantidad de consultas. Por su parte Berazategui presentó una variación positiva del 2,2% gracias a una mejora en el régimen de salud, que compensó en demasía la pérdida registrada en el régimen general. Florencio Varela permaneció estable entre ambos años, compensando la caída en el régimen de salud con la mejora del régimen general.

Según se aprecia en la tabla 18, en el 2011 el conjunto de los cuatro municipios de la red, recibió 105 millones de pesos menos por el régimen de salud del gasto que realizó, eso significa que usó una parte del régimen general o acción social para financiar la diferencia; Quilmes es el municipio que más recursos aportó con \$ 55 millones por encima de lo recibido; en segundo lugar se encuentra Florencio

12.- Se toma este período punta a punta pero se debe recordar que las variaciones se producen todos los años, excepto en el caso de la población.

Tabla 17: Coeficiente de asignación de coparticipación, desagregado para régimen general, social y acción social, para la Provincia de Buenos Aires, la red El Cruce, y los municipios que la componen (2009-2015)

		RÉGIMEN GENERAL (58%)				RÉGIMEN SALUD (37,12631%)								RÉGIMEN ACCIÓN SOCIAL (31%)	CUD	
		POBLACIÓN (62%)	SUPERFICIE (15%)	INVERSA DE LA CAP. TRIB. PER CAPITA POND POR POBLACIÓN (15%)	COEFICIENTE RÉGIMEN GENERAL	ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN (10%)	CONSULTAS (25%)	EGRESOS (10%)	PACIENTES DÍA (20%)	NIVEL DE COMPLEJIDAD	CAMAS DISPONIBLES	% DE OCUPACIÓN	PRODUCTO RESULTANTE (35%)			COEFICIENTE RÉGIMEN DE SALUD
TOTAL PROVINCIA	2009	15.785.427	304.907	23,00	58,00	1.648	36.732.634	445.923	3.369.499				51.778	37,13	4,87	100
	2015	16.239.349	304.907	23,00	58,00	1.722	53.201.760	546.063	3.651.586				55.945	37,13	4,87	100
	Var. %	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	44,8%	22,5%	8,4%				8,0%	0,0%	0%	0,0%
RED EL CRUCE	2009	1.861.134	632	4,23	6,71	148,00	2.967.928,00	8140,00	39.063,00				416,98	1,34	0,05	8,11
	2015	1.886.094	632	4,09	6,57	165,00	4.798.807,00	11.755,00	47.492,00				438,96	1,47	0,05	8,09
	Var. %	1,3%	0,0%	-3,4%	-2,2%	11,5%	61,7%	44,4%	21,6%				5,3%	9,7%	0,00000	0,2%
ALMIRANTE BROWN	2009	574.977	129	1,52	2,20	21	317.104	0	0	2	0	0%	48	0,13	0,03	2,35751
	2015	552.902	129	1,30	1,98	32	408.785	0	0	2	0	0%	48	0,14	0,03	2,15584
	Var. %	-0,04	0,00	-0,15	-0,10	0,52	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	-0,09
BERAZATEGUI	2009	323.452	221	0,58	1,08	42	1.225.684	4.497	9.151	5	15	83%	68	0,48	0,00	1,55800
	2015	324.244	221	0,54	1,04	44	2.017.440	8.027	17.507	5	16	100%	73	0,56	0,00	1,59185
	Var. %	0,00	0,00	-0,07	-0,04	0,05	0,65	0,78	0,91	0,00	0,03	0,20	0,07	0,16	0,00	0,02
FLORENCIO VARELA	2009	414.945	190	1,36	1,74	39	747.687	10	16.480	3	48	94%	135	0,35	0,00	2,08920
	2015	426.005	190	1,43	1,78	39	950.254	11	16.000	3	48	91%	132	0,31	0,00	2,09168
	Var. %	0,03	0,00	0,05	0,02	0,00	0,27	0,10	-0,03	0,00	0,00	-0,03	-0,03	-0,10	0,00	0,00
QUILMES	2009	547.760	91	0,77	1,69	46	677.453	3.633	13.432	6	68	54%	220	0,39	0,02	2,10421
	2015	1998	91	0,82	1,77	50	1.422.328	3.717	13.985	6	73	53%	230	0,46	0,02	2,25273
	Var. %	0,06	0,00	0,07	0,04	0,09	1,10	0,02	0,04	0,00	0,07	-0,02	0,05	0,19	0,00	0,07

Fuentes:

- Población: Dirección Provincial de Estadística - Datos del año 2009 Proyectados - Datos del año 2015 según último Censo Nacional Disponible
- Superficie: Ministerio de Infraestructura de la Provincia de Buenos Aires – Dirección de Geodesia
- Inversa de la capacidad tributaria:
- 1. ABL: Valuación Fiscal Urbana – Gerencia General de Información y Desarrollo Territorial de ARBA
- 2. Red vial: Valuación Fiscal Rural – Gerencia General de Información y Desarrollo Territorial de ARBA
- 3. Seguridad e higiene: N° de Empleados – Datos de Censo Económico Nacional – Dirección Provincial de Estadística
- 4. Control de marcas y señales: Producto Bruto Ganadero – Datos de la Dirección Provincial de Estadística
- Régimen de salud: Dirección de Información Sistematizada – Ministerio de Salud

Varela con un aporte de \$ 26 millones, seguido por Almirante Brown con una erogación extra de \$ 22 millones (a pesar de la presencia de hospitales provinciales y la menor cantidad de CAPS.) y, por último se sitúa Berazategui con \$1,6 millones más para el sector que lo recaudado por el régimen específico.

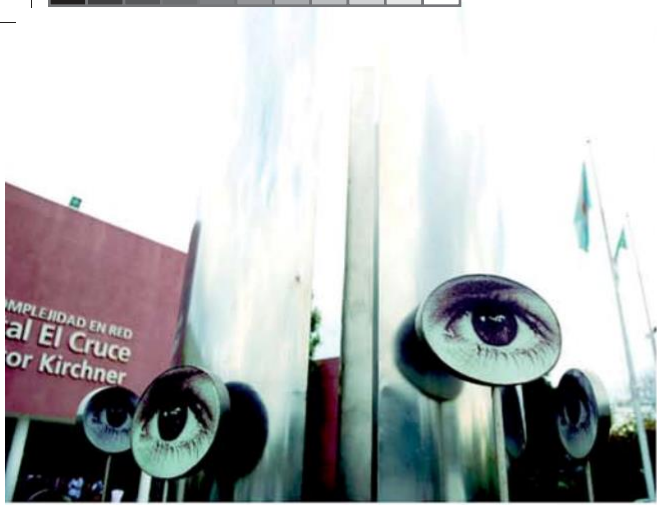
Una de las conclusiones más importantes que surgen de este capítulo es que el sistema público se equilibra en un gasto per cápita insuficiente, estable y no muy heterogéneo, incluso comparando territorios de diverso grado de participación provincial o municipal. También surge que para equilibrar las cuentas, los municipios aportan más que lo recibido por el régimen de salud.

La Provincia puede aportar más si aumenta su recaudación o mejora la participación relativa de la salud en su presupuesto, ambos objetivos difíciles de lograr en el mediano plazo si no hay una mejora del nivel de actividad económica, aspecto completamente exógeno al sistema de salud. Los municipios pueden aportar más si –dado ese nivel de la recaudación provincial y considerando fija la distribución de los ingresos por tasas municipales– ellos mejoran esos ingresos (régimen general) o declaran aumentos en los indicadores del régimen de salud. En este sentido es que se requiere de una estrategia de la red que permita al mismo tiempo aumentar y mejorar coordinadamente las prestaciones. Pero también se requiere de un marco normativo que permita a la red aumentar la recaudación propia y destinar el resultado a las unidades de gestión: hospitales y CAPS, según su propio plan. Durante el próximo capítulo se verá el ejemplo del HEC, y en el capítulo cinco se discutirá conceptualmente esta problemática desarrollando algunas propuestas.

Tabla 18. Comparación entre coparticipación recibida por el régimen de salud y el gasto municipal realizado por la red El Cruce y los municipios que la componen (en pesos, 2011).

	Coparticipación Bruta (2011)	Régimen de Salud (2011)	Gasto en Salud Municipal (GSM)	Comparación entre GSM y Régimen de Salud
Red El Cruce	738.105.192	11,0	12,2	12,8
Alte. Brown	212.410.480	7,2	8,0	8,7
Berazategui	142.941.957	3,7	4,2	4,1
Florencia Varela	192.522.629	7,2	8,0	8,7
Quilmes	190.230.126	3,7	4,2	4,1

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de la Unidad de Análisis Económicos en Salud. Subsecretaría de Planificación. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Ministerio de Gobierno. Ministerio de Economía. Ministerio de Salud de la Nación.





CONCEPCIÓN DE LA RED Y PUESTA EN MARCHA DEL HEC

Hay corrientes del pensamiento que insisten en separar la historia de las instituciones de las historias personales, pero las cosas en general y en Argentina especialmente no funcionan así. La realidad ofrece sobradas muestras de la importancia de los grupos, de las individualidades, en la historia de las instituciones. Este capítulo intenta relatar cómo surgió el Hospital El Cruce, cómo fue el proceso de su estructuración inicial y cómo fueron los primeros momentos después de que abrió sus puertas. Pero también refiere a cuestiones personales de algunos de los que protagonizamos el comienzo de la institución. Allí donde el lector esté leyendo episodios de nuestra historia personal, ha de saber que está leyendo un modo de concebir este hospital. Es que el HEC es una síntesis de decisiones políticas, de los esfuerzos de muchos dirigentes, de demandas populares, de los recorridos individuales de quienes trabajamos en el sanitarismo y, por supuesto, de la voluntad férrea de sus propios trabajadores. Tratemos de retroceder hasta el momento en que registramos que se empezó a hablar de este hospital y llegamos en este capítulo hasta el 2008, momento en que empezaron a circular los primeros pacientes; luego iremos un poco más adelante hasta nuestros días. Advertirá el lector que no es una enumeración cronológica de hechos de la historia del hospital, sino que es un relato donde nos permi-

timos intercalar reflexiones y apreciaciones de las distintas etapas. Intentamos describir la experiencia que se transitaba en esos años, sobre todo los previos al inicio de la construcción del Hospital en el marco de lo que ocurría en el sistema de salud, proceso ya descrito en general en capítulos precedentes. Debe entenderse que el hospital nace en el momento en que el gobierno nacional estaba empezando a restañar las heridas que treinta años de desentendimiento y ajuste habían dejado en el sistema de salud en términos de inversión pública e integración.

Este escrito nos ha permitido revisar el proceso y además nos ha hecho reflexionar sobre distintas lecciones aprendidas. Las mismas van a ser profundizadas más conceptualmente en el capítulo sucesivo.

CÓMO EMPEZÓ TODO, LOS ANTECEDENTES

Los primeros antecedentes del Hospital El Cruce no tuvieron como protagonistas a las personas que trabajamos ahí en la actualidad. Y fue así porque hay que remontarse a finales de los años setenta para encontrar las primeras referencias. Efectivamente, en aquellos momentos se registró el primer hecho tangible protagonizado por los municipios de Florencio Varela, Quilmes y Berazategui que, en forma conjunta, compraron el predio donde está ubicado hoy en día el Hospital. El punto geográfico es una encrucijada donde confluyen esos distritos. Almirante Brown, el otro municipio integrante de la red, limita con dos de los tres distritos. La zona comúnmente es denominada «El Cruce».

A comienzos de la dictadura militar había empezado la construcción de dos hospitales en forma paralela: Hospital Regional del Cruce (popularmente conocido como el Regional) y también el Paroissien de La Matanza. Por razones poco conocidas aún, se termina la construcción de este último mientras que el primero queda como un proyecto inconcluso. A pesar de las numerosas demandas de las autoridades locales durante más de 25 años, tanto al gobierno provincial como al nacional, las obras nunca fueron retomadas.

En el municipio de Florencio Varela funcionó durante muchos años un hospital local de muy poca capacidad instalada, el «Nicolás Boccuzzi», inaugurado en los años cuarenta como una «salita de primeros auxilios». Fue creciendo con una infraestructura edilicia muy precaria, con una capacidad de 64 camas, para una población de 200.000 habitantes.

Durante muchos años, en la sociedad civil surgieron distintas iniciativas para construir un hospital en esa comuna. Tal es así que



se constituyó la Asociación Civil Mi Pueblo, nombre que tomaría el futuro hospital. En el año 1984 el municipio, inauguró, con el apoyo de esta Asociación, los consultorios externos en el lugar donde en la actualidad funciona el establecimiento. Luego, con el apoyo del gobierno provincial, merced a un crédito español, se construyeron el resto de los servicios. En 1990 se trasladaron los equipos de diagnóstico, pediatría con la internación, la guardia y el área administrativa; en 1992 se completó la mudanza. Mucho después, en el año 2004 se iniciaría el proceso que terminaría el 1° de enero del 2005 con su provincialización.

En paralelo al nacimiento de Mi Pueblo, en el año 1994 se inauguró el Hospital Evita Pueblo de Berazategui. Hasta entonces, el único servicio de internación con la que contaba ese distrito era la Unidad Sanitaria N° 1 Doctor Jorge Sábato, que funcionaba inicialmente como maternidad y hoy es un Centro de Atención Primaria (CAP) con múltiples servicios.

Casi al mismo tiempo, en 1996 empezó a funcionar el Hospital Arturo Oñativia de Rafael Calzada, prácticamente en forma conjunta con los hospitales Gobernador Domingo Mercante de José C. Paz, General Mariano y Luciano de la Vega de Moreno (en reemplazo del viejo hospital) y el Doctor C. A. Bocalandro de Tres de Febrero.

Solo Quilmes ya contaba con un hospital provincial desde el año 1925, el Isidoro Iriarte, nombre de quien fue su mentor y primer director. En el año 1981 se inauguró la maternidad de San Francisco Solano, que años después tomaría el nombre de su fundador, el Doctor Eduardo Oller. Este establecimiento repitió historias similares a las mencionadas en cuanto a haber dado respuestas locales a las necesidades que iban surgiendo. Es que, fuera del radio urbano céntrico de este distrito, donde está ubicado el Hospital Isidoro Iriarte, la localidad de San Francisco Solano es, junto con La Florida, una de las más pobres y postergadas del partido.

Estas realidades representaban lo ocurrido en gran parte de los distritos del Conurbano, donde la demanda de servicios de salud, producto de la alta concentración demográfica, sumado a la situación de pobreza estructural de gran parte de su población, ponía al límite las capacidades locales para dar respuesta a esas demandas, con un Estado ausente. Para hacer frente a la precariedad, en modo caótico se iba configurando un esquema compartido por la administración provincial y municipal fundamentalmente, con CAPS dependientes de los municipios, pero hasta comienzos de la década del 2000 este proceso se daba en un marco de desinversión y desintegración, en

el que los municipios con pocos recursos debían responder a las demandas urgentes de salud.

Como se mencionó anteriormente, la zona de influencia del HEC suma casi 2 millones de habitantes, cerca del 21% de total de GBA (Censo, 2010). En lo que hace a los datos sanitarios, la situación descrita es similar a otras del GBA. El descenso de la mortalidad ha sido acompañado por una diferenciación en sus causas mostrando el paso del predominio de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias a enfermedades crónicas no transmisibles. Se destaca que para la zona de la red del HEC, el 78,6% de las causas de muerte definidas corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles; el 15,5% a enfermedades transmisibles y el 5,9% a lesiones. Estos datos son importantes ya que en el capítulo cinco se relaciona la cuestión de la red integral de salud enfocada en las condiciones crónicas para transformar un sistema que prioriza la atención de condiciones agudas. Había que responder al desafío de enfrentar las problemáticas existentes y al mismo tiempo estas modificaciones del perfil de morbilidad verificado en el capítulo tres. Por eso la importancia de un hospital como el HEC

Es interesante reflexionar sobre el proceso de inauguración y puesta en marcha de los nuevos hospitales en ese contexto. Detenernos y considerar esta problemática nos sirve para analizar la puesta en marcha del nuestro. Adelantarnos en el análisis crea las bases para entender mejor nuestra experiencia, en cuanto a las amenazas de los operadores de la opinión pública que suelen transformarse en presiones extras, que en caso de no ser contrarrestadas o de no poder generar los anticuerpos organizacionales adecuados (Michaels, 2004), logran hacer temblar las bases de cualquier proyecto, e incluso pueden instalar durante años daños en la imagen de cualquier institución, que después son «verdades» difíciles de modificar al punto de alterar el propio clima interno y condicionar gravemente las agendas de trabajo.

Y justamente, no se puede soslayar un apremio por el que pasaron la mayoría de las direcciones de estos hospitales y el Ministerio de Salud de aquel entonces: fueron acusados sistemáticamente por grupos políticos opositores y sectores del periodismo, de que esos hospitales eran «cáscaras vacías». Esto significa que se habían inaugurado pero no tenían la capacidad de producir servicios de salud, por falta de equipos, presupuesto y recursos humanos designados. Otra idea que circula es el hecho de que tener el edificio y los equipos es suficiente para incorporar recursos humanos y comenzar a



trabajar. La sola presencia de estos tres factores: edificio, equipos y recursos humanos, parecía suficiente para repetir iguales capacidades de respuesta en distintos contextos.

Por otro lado, en el ideario colectivo, el hospital es cuasi sinónimo de sistema de salud, ese lugar simbólico donde se deben atender en forma real y efectiva todos los problemas de salud que sufran los ciudadanos. Tal es así que la comunidad deposita en él toda la posibilidad de actuar y solucionar todos los problemas, generando una fuerte presión sobre la organización hospitalaria.

Ni del lado de la oferta ni del lado de la demanda se tomaba conciencia del esfuerzo de organización y construcción de equipos que un hospital requiere. La respuesta que daba el gobierno provincial en aquel entonces ante las críticas mencionadas, era continuar las pruebas en vacío, es decir, se ponían a prueba los equipos, la infraestructura, antes de recibir pacientes. Sin dudas esto seguía una lógica de búsqueda de seguridad para los pacientes.

Nos referiremos luego a esta percepción, porque la consideramos una clave en la formulación y puesta en marcha del HEC. Cuando se inauguró nuestro hospital, pasó lo mismo.

En modo similar, tenemos la realidad de hospitales que han ido modificando sus objetivos por diversas presiones. Este es el caso de dos antecedentes importantes para la formulación del HEC: el Garrahan y el Posadas. Era fundamental estar firmes y seguir por la senda planificada, pero como veremos no era fácil.

DESPUÉS DE DÉCADAS DE PEDIDOS, ILUSIONES Y FRUSTRACIONES, NÉSTOR KIRCHNER DECIDE LA CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL

«Donde hay una empresa de éxito, alguien tomó alguna vez una decisión valiente».

Peter Drucker

Siempre parecía que sí, que ya salía, pero nunca se lograba su construcción. Aunque durante esos años, como ya fue mencionado, en la región se construyeron otros hospitales, el regional no se hacía. Las autoridades políticas de la zona insistían con la reivindicación argumentando que la realidad poblacional y social de la zona lo requería, tanto como lo justifica hoy en día. Llegaron las elecciones del año 2003 y resultó electo presidente de la Nación Néstor Carlos Kirchner. El intendente Julio Pereyra le había planteado la necesi-

dad de la obra en la campaña electoral antes de que fuera electo y asumiera como tal. Kirchner se lo había prometido y cumplió ni bien asumió. Parecía que el sueño sanitario del sur del Conurbano empezaba a hacerse realidad.

Fue curiosa la formulación del proyecto, ya que se hizo en forma colectiva, con el aporte de directores de hospitales, secretarios de salud y el director de la Región Sanitaria. Se constituyó así un grupo de trabajo en el ámbito de la Dirección Provincial de Hospitales, que se abocó a la tarea de proyectar un hospital según las necesidades de la región. Por eso, si bien el formato original que se había propuesto era el de un hospital general de agudos con perfil materno infantil, el grupo decidió proponer un hospital de alta complejidad, que pudiese resolver las dificultades que en ese momento existían para derivar los pacientes a La Plata o a la ciudad de Buenos Aires. La estrategia incluía dos apuestas muy fuertes: sostener un hospital exclusivamente de derivación y no organizar un servicio de maternidad, asumiendo el reto de mejorar las maternidades existentes. Esta decisión, como veremos más adelante, signó la puesta en marcha y el desarrollo, pero sin dudas, el hecho de haber surgido de ese grupo de trabajo que representaba a la red, le significó al HEC una fortaleza central desde sus orígenes y lo legitimó, en tanto fueron los propios actores de la red los que planificaron el perfil elegido. Pero debe quedar claro que la clave fue el apoyo de los intendentes de la región, liderados por Julio Pereyra de Florencio Varela, quienes acompañaron y apoyaron la iniciativa, situación esta que fue determinante para su aprobación por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Si bien la obra física y equipamiento, sería financiada por el Estado nacional, originalmente estaba pensado como un hospital provincial, en lo que hacía a su futuro funcionamiento.

El anteproyecto edilicio se originó en el área de recursos físicos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en base a un proyecto médico arquitectónico aportado por la Dirección Provincial de Hospitales. Allí se elaboró el proyecto definitivo para la licitación de la obra «llave en mano» del Ministerio de Planificación Federal del Gobierno Nacional. Así se cumplieron las distintas etapas previas a la adjudicación definitiva de la empresa que sería la encargada de construir y equipar el edificio.



ENTRE EL FINAL DE OBRA Y LA APERTURA DEL HOSPITAL

La obra comenzó en el año 2005 y se realizó en un tiempo aproximado de dos años. A inicios de 2007, meses antes del acto de entrega del hospital, ya Julio Pereyra le había propuesto el cargo de futuro director del Hospital El Cruce al entonces subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires – gestión Claudio Mate- y coautor de este libro, Arnaldo Medina. Ambos se conocían porque Medina había sido director del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.

El futuro director ejecutivo del nuevo Hospital participó de la provincialización en el año 2003 del Mi Pueblo, que cuando funcionaba en la esfera municipal había atravesado una crisis muy profunda, poniendo en peligro toda la estructura económica y operativa del municipio. Ese traspaso fue considerado como exitoso, ya que el Hospital pudo recuperar e incluso incrementar su capacidad de respuesta, e incluso implementar innovaciones administrativas y asistenciales, que le permitieron mejorar notoriamente su imagen pública.

Como subsecretario Medina convocó al primer equipo encargado del diseño y la puesta en marcha del HEC, que estaba integrado además por aproximadamente veinte colaboradores, muchos de ellos actuales responsables de área o jefes de servicio del hospital. Colaboraba con el grupo el ya entonces director de la Región Sanitaria VI, Vicente Ierace.

En esta etapa fue interesante la interacción que comienza a darse entre la empresa constructora y este grupo encargado de la organización del Hospital. Como se imagina el lector, durante este proceso existieron inconvenientes propios de una construcción de esta envergadura. Así se realizó la programación inicial del Hospital y los necesarios ajustes en la definición de los espacios físicos, la construcción y la provisión de equipamiento por parte de la empresa constructora y el organismo financiador (Ministerio de Planificación Federal). Había que hacer infinidad de ajustes: modificar innumerables detalles constructivos originados en necesidades funcionales que iban surgiendo y se requería reformar; se reformularon las necesidades de equipamiento, hubo beneficiosos cambios sobre la marcha.

Era necesario seguir atentamente todas las etapas para que el proyecto no se atrase, pero más importante aún, con las propiedades fundamentales y requerimientos edilicios que necesita un hospital

FRAGMENTO DE DISCURSO DE PEREYRA EN LA APERTURA DE CONSEJO DELIBERANTE 2015

El intendente de Florencio Varela Julio Pereyra es un artífice fundamental del HEC, desde muchos años antes de que este Hospital fuese una realidad. Él insistía con la necesidad de cumplir con ese viejo sueño y lo hizo hasta el hartazgo. Luego sumó a Néstor Kirchner en la aventura y este pasó a ser su gran impulsor.

Ha habido hospitales o universidades que crecieron en el territorio pero al margen del gobierno local. Este no es el caso, junto con los otros intendentes compartió los debates sobre el diseño, apoyó la libertad con la que se trabajó en los inicios, se alegró y fue a saludar al equipo de cirujanos y trasplantólogos que intervinieron en el primer trasplante de corazón, apoyó a la UNAJ desde sus inicios, se entusiasmó cuando le avisaron que llegarían los fondos para el CEMET. Tiene una política sanitaria compatible con el modelo, apoya los CAPS y al Hospital Mi Pueblo, pero sobre todo, sostiene la necesidad de integración de la red. Se exponen aquí fragmentos de sus palabras en la apertura de las sesiones ordinarias del Honorable Consejo Deliberante de Florencio Varela en 2014.

«Saben ustedes que una de mis principales preocupaciones siempre fue la salud de los varelenses, y por eso me propuse hace años tener en Varela un sistema integrado, que es un sistema en red que involucra a todos los niveles de atención de la salud. Y la verdad es que estoy muy orgulloso de haberlo logrado. Uno de los eslabones fundamentales del trabajo en red, y que nos permite darles la mejor atención a nuestros vecinos es el Hospital Néstor Kirchner. Este hospital recibe consultas sobre tratamientos de todo el país, incluidos cada uno de nuestros centros de salud, lo que significa que todos los varelenses se benefician de su calidad profesional».



«Pero además, quiero contarles que un vecino nuestro cuando tiene un problema de salud lo primero que hace es ir al centro de su barrio, donde lo revisan y le hacen los estudios correspondientes. Si es necesario, en el mismo centro de salud le sacan sangre y esa muestra se deriva al Hospital Néstor Kirchner, donde se analiza con la mejor tecnología y vía internet en 72 horas el vecino accede a los resultados en su barrio, y cuando fuera necesario desde el centro de salud le gestionan el turno para atenderse en el hospital que corresponde con el profesional competente.»

«Esto es un verdadero trabajo en red, representa la posibilidad de tener todos los centros de salud del distrito conectados, para que puedan realizar interconsultas y los vecinos no tengan que perder tiempo haciendo colas o esperando semanas para poder hacer una consulta en un hospital»

«Asimismo es un orgullo para toda la nación saber que este año vamos a tener en Varela más de 10 mil alumnos estudiando carreras del campo de la salud, casi 1.000 de ellos en la nueva carrera de Medicina. Esto sin duda que es parte de este enorme crecimiento de Varela; hoy tenemos la carrera de Medicina y un hospital escuela que es el de Néstor Kirchner, donde nuestros alumnos van a aprender con los mejores profesionales y la mejor tecnología»

«Si hace quince años nos hubieran dicho que todo esto iba a suceder en Varela: tener un distrito conectado, una política de inclusión en seguridad, educación, cultura y deportes como nunca la tuvimos, uno de los polideportivos más modernos de la provincia, pasos bajo nivel, UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD y nuevos centros modelos de salud, una UNIVERSIDAD NACIONAL, por nombrarles algunos hechos importantes, ninguno de nosotros lo hubiera creído».

de alta complejidad en red como es el HEC. Y además coordinar los puntos de vista de todos los actores.

A medida que se acercaba el final de los trabajos, estos problemas debían rápidamente sortearse de la mejor manera posible para poder realizar la inauguración tan ansiada. Esta etapa de trabajo conjunto entre empresa constructora y equipo encargado de la puesta en marcha del Hospital, dotó de una gran fortaleza inicial al proyecto. Significó un momento clave en la toma de decisiones muy importantes, que condicionaron el Hospital a futuro. Participaron médicos, intensivistas, enfermeros, ingenieros clínicos y especialistas en calidad, aportando evidencias de cuál era el equipamiento adecuado para la programación que el Hospital requería.

Por entonces, una de las primeras actividades que se pueden mencionar como propias del Hospital, fue la apertura de una escuela de enfermería desde la Dirección de Técnicos de la Provincia de Buenos Aires. Esta escuela estaba destinada a la formación de enfermeros profesionales, específicos para el HEC. Como el Hospital estaba en obra y carecía de espacios físicos adecuados, se gestionó la utilización de parte de las instalaciones de los ex laboratorios YPF, que en ese período estaban en manos de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Este antecedente fue muy importante pensando en la organización futura de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).

Además del equipamiento y los espacios físicos necesarios, la preocupación de ese grupo inicial de trabajo era determinar el perfil general del Hospital, su identidad y el menú prestacional que iba a tener, lo que condicionaría tantas otras decisiones. Estaba claro que se trataría de una institución de excelencia, dedicada a cubrir los vacíos de atención en la región. Pero aquí ingresamos a uno de los dilemas principales, vinculado al concepto de «alta complejidad»: las definiciones de alta, media y baja complejidad. Si bien como se observó hasta aquí, las fronteras son discutibles, el equipo optó por establecer las prestaciones que complementaban a la capacidad existente en otros hospitales de la red, de acuerdo a las necesidades de salud de la población. De esta manera se fue configurando la idea de «menú prestacional» como el conjunto de servicios que el Hospital tenía la responsabilidad de proveer a su red de referencia. En todo momento surgían dudas sobre estas definiciones fundamentales, pero había que decidir y seguir adelante.

A modo de ejemplo se definió que el servicio de traumatología se organizaría exclusivamente con tres posibles emergencias: las frac-



turas inestables de pelvis que comprometen la vida de los pacientes y no son abordadas por ningún otro servicio de la red; los síndromes compartimentales como necesidad interna de aquellos pacientes ya internados; y aquellos traumatismos de pacientes politraumatizados que además tienen traumatismo de cráneo y solo podrían ingresar al Hospital por la presencia del servicio de neurocirugía. Para la actividad programada se definieron aquellos servicios que no estaban presentes o eran débiles en el resto de la red como patologías de la columna vertebral, microcirugía de miembro superior y traumatología pediátrica. De no mediar estas definiciones previas y si se organizaba un servicio de traumatología «tradicional», el Hospital hubiera estado condicionado por un flujo de pacientes que se solaparía con el de otros hospitales de la red, condicionando el potencial desarrollo de la alta complejidad. De todos modos, en cada servicio hubo errores de apreciación que fueron subsanándose día a día, resolviéndose incluso las diferencias dentro de los equipos.

Estos problemas como vimos fueron moneda común en el desarrollo de los hospitales públicos en la República Argentina. Grandes hospitales que fueron programados como centros de referencia para patologías complejas, se vieron condicionados por el flujo de pacientes no complejos o que podían resolverse en otros niveles de atención. Esa es la historia de los hospitales regionales de la Provincia de Buenos Aires, o de los íconos nacionales como el Hospital Alejandro Posadas o el Garrahan. El caso de este último que, como fue explicado, tanta relevancia tiene como antecedente del HEC, muestra cómo una decisión original de sostenerse en una franja de atención pediátrica de alta complejidad, fue torcida por las presiones políticas y sociales. Es así que este hospital, que actualmente está intentando mediante diversos dispositivos, recuperar su planificación inicial, recibe pacientes derivados desde todo el país por patologías complejas, pero también recibe en forma espontánea la demanda de problemas de salud que podrían resolverse en un primer o segundo nivel de atención. Se distraen así instalaciones, equipos y concentración de recursos humanos muy costosos, para resolver problemas solucionables con dispositivos estándar.

Con ese «menú prestacional» se definían las características del hospital de derivación, en el marco del desarrollo de una red de servicios de salud en un territorio específico. Después el ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia lo definiría como un «hospital de hospitales», sintetizando de esta manera toda una apuesta innovadora en la organización hospitalaria de la República

Argentina. Es que hasta entonces existía solo un caso, el Presidente Perón en la Provincia de Formosa, que controlaba sus procesos de admisión de pacientes para garantizar un menú prestacional de alta complejidad para la realidad de esa provincia.

El paso sucesivo fue reconocer la necesidad de contar con una potente estrategia de comunicación social para sostener una identidad basada en la excelencia, pero que no sea vista como distante de los problemas de la gente y al mismo tiempo, contrarrestar las amenazas de una cultura de consulta espontánea y autoderivación a los especialistas.

El staff inicial de puesta en marcha ya contaba con un comunicador social y con su ayuda se definió un título: «alta complejidad en red», que expresaba el ideario planteado y reemplazaba el título de hospital regional que se le habían asignado originalmente hacía más de treinta años. Por supuesto que en la lógica organizativa de la Provincia de Buenos Aires el «regional» implicaba la presencia de un hospital con mayor capacidad de recibir derivaciones. Pero para nosotros ese modelo no servía para presentar el tipo de hospital que estábamos organizando, ya que los hospitales regionales, si bien responden a un hospital de teórica mayor complejidad, en la práctica son utilizados con demandas espontáneas y el margen que queda para recibir derivaciones desde otros centros asistenciales es muy escaso.

Para sostener la idea de cercanía con el territorio, el logo mostraba una imagen abstracta que podía ser interpretada como de una red, con ello queríamos significar que el HEC iba a ser un nodo de esa red, con un rol específico, no un ente aislado. Creemos que no se deben soslayar estos esfuerzos iniciales por construir desde la imagen un ideario distinto respecto al funcionamiento de un hospital en conjunto con otros servicios de salud. Más adelante veremos cómo este mensaje se reforzó con otros que intentaban, en el mismo sentido, delinear un nuevo modelo organizativo. Todo para dejar claro que el HEC daría cumplimiento a su misión asistencial, pero en función de áreas vacantes hasta ese momento, en red y con una estrategia innovadora.

Con la idea de darle al hospital una identidad de organización saludable y amigable, definiendo a la vez con la comunidad una agenda cultural y de eventos deportivos abiertos a la participación popular.

ALTERNATIVAS PARA LA ESTRUCTURA DE PERSONAL

A pesar del esfuerzo y de la ilusión, por entonces, el futuro director ejecutivo y su grupo más íntimo de colaboradores, dudaban de la



existencia de las condiciones necesarias para una buena gestión. El Hospital estaba previsto como provincial, uno más de los 77 hospitales existentes hasta entonces, o sea: el número 78. Se visualizaban con preocupación las dificultades que históricamente presentaba la Provincia para incorporar recursos humanos altamente especializados y el suministro oportuno de insumos complejos y de alto costo, como requería la complejidad de este proyecto. Había que sumarle las condiciones administrativas y financieras necesarias para poder cumplir con la programación de la puesta en marcha y sostener el funcionamiento de un establecimiento de alta complejidad. El personal del nivel requerido resultaba escaso y si la oferta de carrera profesional y salarial era insuficiente respecto a los valores del mercado, se corría el riesgo de tener una gran infraestructura que no podría funcionar adecuadamente. Era fundamental traer a los mejores.

Por otro lado, si bien en algunas etapas históricas se había alcanzado en los hospitales provinciales altos niveles de descentralización administrativa y financiera, esto no había sido posible de concretar en relación a la gestión de los recursos humanos. Además gran parte de los profesionales que prestaban y prestan servicios en los hospitales situados en la Provincia de Buenos Aires trabajan también en el sector privado.

Es por ello que se buscaron antecedentes de experiencias exitosas de descentralización hospitalaria en otras provincias de nuestro país o en otros países y se planteó una estrategia novedosa. La descentralización funcional, como veremos en el capítulo siguiente, es una de las estrategias que con mayor asiduidad se ha puesto en juego en los sistemas de salud en el mundo, con el propósito de lograr mejores funcionamientos. No debe ser confundida con privatización, ni con desentendimiento. La reciente experiencia muestra que en la gestión pública deben combinarse los procesos de centralización y descentralización según el caso. En el capítulo siguiente reaparecen estos conceptos. ¡Recordemos la estrategia de Carrillo!

Así se analizaron como posibles, las siguientes alternativas para aplicar al funcionamiento del hospital, fundamentalmente en lo que hace al ítem de recursos humanos.

ALTERNATIVA UNO: creación de un ente SAMIC (ley 17.102, sancionada en 1966) mediante un convenio entre Provincia y Nación. El Consejo de Administración estaría integrado por un representante de la Provincia, otro de la Nación y cuatro representando a los municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y

FRAGMENTO DEL DISCURSO DE CARLOS TAJER EN LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

El Doctor Carlos Tajer, coordinador del Departamento Cardiovascular del Hospital El Cruce, pronunció un sentido discurso en la apertura del acto académico de diciembre 2013 de la Sociedad Argentina de Cardiología, en su calidad de presidente de la institución, aquí se exponen algunos pasajes (extraídos de la *Revista Argentina de Cardiología*, volumen 8 N° 1, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, febrero de 2014).

«Si pretendemos tener el mejor conocimiento científico sobre las enfermedades cardiovasculares, que causan más de 100.000 muertes por año en la Argentina, es nuestra responsabilidad hacernos cargo o intentar al menos influir en todos los campos posibles para mejorar la salud cardiovascular de la población. Implica garantizar el mejor nivel de formación de los cardiólogos y de excelencia posible en la práctica, en asistencia y prevención, ayudando a crear una sociedad más justa y sana en la Argentina»

«Mi trabajo más complejo es el Hospital El Cruce. Contra la opinión de mis familiares, analistas, y todos salvo Carlos Bertolasi, decidí acompañar un improbable proyecto en construcción de un hospital de alta complejidad en red en Florencio Varela. El Hospital ha crecido en forma exponencial. Tenemos el área cardiovascular mejor equipada tecnológicamente del ámbito público, con resonador, multislice, trasplante, y un grupo médico de excelencia. Me sorprende diariamente la capacidad de la dirección de Arnaldo Medina y la dirección médica de Juan Marini, para mejorar permanentemente los niveles de calidad y gestión. Atendemos pacientes que verdaderamente nos necesitan, y brindamos una medicina cálida, respetuosa y comprometida»



Quilmes. Se establecería un régimen especial de personal similar al del Hospital Garrahan.

ALTERNATIVA DOS: sanción de una ley especial que cree el Programa Piloto de Gestión Hospitalaria Multidisciplinaria y determine objetivos del mismo y una carrera de personal específica para el plan. En cuanto al régimen de personal podría basarse en la utilización de la carrera de personal creada por la ley 11.759, que no ha sido reglamentada. Mediante la modificación de los dos primeros artículos y la elaboración de un decreto reglamentario adecuado a los objetivos propuestos para el funcionamiento del Hospital Cruce.

ALTERNATIVA TRES: tomando el modelo del Hospital Nuevo Milagro de la ciudad de Salta se constituiría una fundación en la que los socios fundadores serían el Ministerio de Salud y los cuatro municipios ubicados en el área de influencia del Hospital El Cruce.

ALTERNATIVA CUATRO: dictado de un decreto que establezca un régimen de compensaciones y bonificaciones por buen desempeño y cumplimiento de objetivos. El personal estaría comprendido en las leyes 10.430 y 10.741.

ALTERNATIVA CINCO: incorporación del personal al sistema de las leyes 10.430 y 10.741. Esta alternativa no produciría ninguna variación respecto al resto de los hospitales públicos provinciales.

ALTERNATIVA SEIS: crear una empresa del Estado mediante la sanción de una ley provincial. Esto requería de una negociación extensa en las cámaras y no parecía muy viable en el marco de un año electoral.

Finalmente la alternativa uno, que creaba un ente SAMIC parecía la más viable para el perfil requerido, sobre todo porque permitiría sostener un régimen propio de contrataciones y recursos humanos. Varias veces nos preguntamos si no hubiese sido mejor la posibilidad de una normativa *ad hoc*, pero al fin nos embarcamos en esta estrategia. En el capítulo anterior se vieron las dificultades por las que aún hoy atraviesa el sistema público, por eso el esfuerzo financiero y de coordinación que se requería hacía que el proyecto fuese más valorable, pero más arriesgado. El desafío era igual muy alentador y todos trabajaron en una misma dirección, con excelentes resultados

LA ENTREGA FORMAL

El día de la entrega formal del Hospital, es decir el acto inaugural, no fue un día más. Programada para el 9 de octubre de 2007, fue una jornada clave en cuanto a algunas decisiones. Además de las emociones propias de ver en acto una obra que había sido reclamada

LOS SAMIC

El Servicio de Atención Médica Integral a la Comunidad (SAMIC) es el modelo de gestión al que responde nuestro hospital. Se inspiró en el Garrahan, que es el caso más representativo y una guía fundamental para cualquier experiencia. La ley 17.102, que da origen al esquema está plenamente vigente y también está probado en Misiones (El Dorado).

El Garrahan se creó a partir del Decreto Nacional 598 del año 1987 con un convenio entre el Estado nacional (a través del Ministerio de Salud) y la ciudad de Buenos Aires. Como todos sabemos se trata de un establecimiento de alta complejidad especializado en pediatría, con atención gratuita y universal, de referencia nacional. Fue creado con la intención de representar una propuesta superadora a los esquemas médicos tradicionales, en base a un modelo descentralizado y ha logrado ampliamente ese objetivo.

Desde sus comienzos la innovación en la práctica y cuidados médicos ha sido fundamental, pero también la capacidad de formar a los recursos humanos. Son ejemplos, la asistencia de alta complejidad en salas polivalentes, la realización en forma pionera de trasplantes hepáticos, cardíacos, de médula ósea, la existencia de corazón artificial, la Terapia Intensiva Neonatal, la implementación de la Oficina Comunicación a Distancia para evitar los traslados innecesarios; el fomento a la investigación que se revela en convenios y *papers* indexados y el desarrollo de programas de formación en modalidades como residencia básica y posbásica.

Pero debe entenderse que es su característica de SAMIC la que le permite tener facultades para la planificación,

por más de treinta años, además de la fiesta popular, también hubo definiciones políticas que moldearon el destino de la institución. Efectivamente, hasta ese día solo se sabía que el Hospital había sido construido íntegramente con fondos nacionales, pero parecía que



administración, asignación de recursos, solo así se puede ser innovador.

El SAMIC es administrado y gobernado por un Consejo de Administración cuyos integrantes son elegidos por las jurisdicciones que dieron origen al ente. A cargo del Consejo está tanto la designación del director médico, ejecutivo y de su consejo técnico asesor, como la redacción y aprobación de los regímenes de personal, de becas, de investigación y la coordinación y aprobación de los planes operativos anuales. Puede tener una asignación presupuestaria de las jurisdicciones, pero también puede trabajar y ofrecer sus servicios como si fuese un establecimiento privado, con un buen sistema de cobro a quienes tienen cobertura, pero abierto a toda la ciudadanía con independencia de su condición económica y social. Esto permite la posibilidad de un sistema de abastecimiento de insumos muy ágil, pero siempre bajo el control y fiscalización de la Sindicatura General de la Nación. Puede suscribir convenios con instituciones públicas y privadas del país y extranjeras por su propia voluntad. Sobre todo el valor agregado del SAMIC está en la libertad de fijar un régimen de personal interesante para la gestión del hospital y altamente atractivo y justo para los profesionales, auxiliares y administrativos, en poder crear sus propios programas de incentivos, compensaciones, investigación, becas y residencias. Cabe aclarar que es una relación de empleo público y que sus aportes son efectuados al sistema provisional del Estado.

iba a funcionar como un hospital provincial más. El equipo encargado de la puesta en marcha, quería como ya vimos, otra cosa, que fuese un Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC), igual que el Hospital Garrahan, se quería esa modalidad

organizativa por que se pretendía disponer de los instrumentos necesarios para gobernarlo clínica y administrativamente. Si bien hasta ese momento, no habían contado con un apoyo formal por parte del gobierno nacional, sí existía la expectativa de conseguirlo a partir de ese día. ¡Y se logró!

El día del acto estaban Néstor Kirchner y la senadora y futura presidenta de los argentinos Cristina Fernández de Kirchner, el ministro de Salud de la Nación Ginés González García, el gobernador de la Provincia de Buenos Aires Felipe Solá, el intendente de Florencio Varela Julio Pereyra, los diputados nacionales y dirigentes de Florencio Varela, Carlos Kunkel y Graciela Giannetasio; y buena parte de los integrantes de los gabinetes nacional, provincial y municipales. Acompañaban el entonces intendente de Berazategui Juan José Mussi y otros intendentes comunales. También participó el entonces candidato a gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli. Previo al acto y cuando se dirigían al escenario, Julio Pereyra, Carlos Kunkel, Graciela Giannetasio y Arnaldo Medina mantuvieron una breve conversación con Néstor Kirchner en la que el presidente definió con gran capacidad de síntesis que: «se dotará al futuro Hospital y a los responsables de gestionarlo, de todas las herramientas administrativas necesarias para que cumpla su misión con eficacia». También manifestó que: «serán Cristina (Kirchner) y Daniel (Scioli) los encargados de mantener este importante Hospital». Estas frases fueron repetidas ante los presentes en medio de una emoción enorme.

Quedo delineado así, por decisión presidencial, el futuro de un hospital que nació en red, que recuperaba el beneficio del financiamiento nacional para ser aplicado a un territorio y que significaba la esperanza de innovar en un contexto dónde hacía muchos años que no ocurría nada nuevo.

EL PERÍODO DE PUESTA EN MARCHA

Al día siguiente del acto de entrega, un sector de los medios de comunicación enfrentados al gobierno titulaba como ya había hecho en otros casos, que el Hospital era una «cáscara vacía» y que se había inaugurado algo que no funcionaba, para hacer propaganda política. Justo al día siguiente, y a pesar de que en el acto se había aclarado —como es obvio— que llevaría un tiempo poner en marcha semejante proyecto, un programa radial matutino, envió un movilero desde muy temprano, para demostrar que el Hospital no funcionaba. En ese mismo programa un año y medio después, cuando el



hospital ya funcionaba a pleno, se repetía todavía lo mismo, que: «en Florencio Varela se había inaugurado un hospital que era una cáscara vacía». Incluso algún político seguía repitiendo esa frase algún tiempo después.

Este inicio, que no era difícil de imaginar de acuerdo a comentarios que ya vertimos anteriormente, tuvo fuerza suficiente para condicionar gran parte de este período. El programa de puesta en marcha tenía previsto un tiempo de un año. Frase esta que repetíamos una y otra vez para aclarar la situación. Un ejemplo que nos resultaba apropiado era el de la puesta a flote de un barco: cuando sale del astillero, se rompe una botella de champagne sobre su cubierta, a partir de allí se inicia un proceso de ajuste: primero ingresa al barco su capitán con muy pocos acompañantes, mientras coordina tareas conjuntas con los trabajadores del astillero. Progresivamente se van incorporando más miembros de la tripulación, mientras se van retirando los del astillero, hasta que se completa la tripulación y se retira totalmente el staff del fabricante, es en ese momento cuando el barco ya está en condiciones de realizar sus viajes en alta mar. Queríamos mostrar la importancia del proceso de puesta a punto y de las tareas conjuntas de ajuste entre la empresa constructora y el encargado de la gestión.

En nuestro caso, podemos confirmar la importancia de esta etapa, que incluyó el cambio de *layout* de distintas áreas administrativas, modificaciones en el instrumental previsto originalmente, sugeridos por los equipos médicos responsables de cada servicio, etc. Estamos hablando de un momento fundamental para hacer pruebas, ajustes, correcciones. Sin embargo había que hacerlo con cuidado para no vulnerar la imagen institucional, ya que nos enfrentábamos todo el tiempo a un imaginario de inicio inmediato de actividades.

Efectivamente en el mes de marzo de 2008 comenzó la actividad asistencial ambulatoria, con la presencia de algunas especialidades en consulta externa (oncología, endocrinología, reumatología etc.), y sucesivamente el inicio de los servicios de diagnóstico por imágenes (tomografía, resonancia, magnética, radiografía y ecografía), y los estudios de laboratorio de alta complejidad. Cuando todas las agendas de los servicios iniciales fueron abiertas a la red, se requirió un gran esfuerzo de coordinación inicial con el resto de los hospitales. No era nada fácil sortear diferencias, desconfianzas, etc. Tal vez faltó tiempo para llegar mejor coordinados.

Un detalle interesante: en esos meses del inicio se aprovechó el Hospital vacío para realizar visitas guiadas a los vecinos. Esto permitió

DE LAS ACUSACIONES DE CÁSCARA VACÍA A LOS RECONOCIMIENTOS INTERNACIONALES

Hay infinitas pruebas de los ataques que sufrió el HEC en los días de su inauguración. Muy hirientes y groseras. No las transcribiremos. En los medios nacionales y en la web, están a disposición de quien quiera verlas. Lo increíble es que todavía al año, todos teníamos que seguir aclarando que el HEC no era una cáscara vacía.

En 2011 *Perfil* seguía en esta línea (Suarez, 2011). En una nota de entonces recordaba el supuesto apuro en inaugurar el HEC, volvieron a hablar de empleados comunales disfrazados con delantales y cosas similares. En la misma nota se aclara que en diciembre 2007 ya recibía pacientes. O tergiversan o no saben lo que significa poner un hospital en marcha con todo.

Hoy pasaron pocos años y ya nadie recuerda ese supuesto «mal inicio». Las muestras de reconocimiento nacional e internacional son permanentes: tal vez uno de los más impactantes fue el brindado durante el 2013, por la directora del OPS Carissa Etienne, quien nos visitó en el marco de un encuentro de ministros de Salud de Argentina y el Caribe. Luego de un recorrido por las instalaciones expresó con fuerte convencimiento que el Hospital era un «modelo para la región», destacó la infraestructura, la calidad de los servicios, el nivel de médicos y enfermeras, etc. Insistía en

beneficiar la imagen institucional y contrarrestar la idea de inmediatez de la puesta en marcha. Se mostraban los equipos que perfilaban un hospital de alta complejidad, que requería de la derivación desde otros servicios asistenciales. Se aprovechó la inactividad de las áreas de internación para que formadores de opinión conocieran y adhirieran al proyecto. Pasaron por las instalaciones colegios, clubes de barrio, organizaciones políticas, organismos públicos, medios de comunicación entre otros.



se llevase el caso de la institución a la sede de la OPS como una experiencia que debía ser divulgada.

Ese mismo año, el especialista Javier Carnicero Gim del Servicio Navarro de Salud destacó en su columna del diario *El País*, el funcionamiento del HEC, el modelo dedicado a la alta complejidad y en red con otras instituciones y el Plan Estratégico «que contempla como parte importante el desarrollo del sistema de información y la utilización de tecnología vinculada a la gestión clínica». Había venido a la 4^o Jornada Internacional de Gestión Sistemas de Información y daba su opinión de lo visto.

Más recientemente, en 2013, la revista *América Economía* ubicó al HEC entre los cinco mejores hospitales de América Latina en un ranking que abarca 190 instituciones privadas y públicas. En 2015 el Hospital ascendió al cuarto lugar. Esta evaluación incluye variables como la seguridad y dignidad de los usuarios/pacientes, la disponibilidad y el acceso a la información, el tratamiento de las infecciones, su control y calidad de atención, trasplantes, además de datos financieros, capital humano, capacidad y gestión del conocimiento y prestigio de los médicos, entre otros. El Cruce es uno de los pocos hospitales de carácter público que ha accedido al ranking.

En paralelo, mientras se gestionaba la constitución del SAMIC, el Hospital funcionó el primer año de manera no convencional. Es decir: se sabía que este no iba a ser un «hospital provincial más», pero en tanto se avanzaba con los actos administrativos necesarios, se dependía de la Provincia. La solución para este período fue transitoria: para los insumos y servicios contratados se utilizó la administración provincial, para la contratación de los trabajadores (la mayor parte de los cuales luego pasaron a planta) y algunos insumos y servicios

críticos se confió en el municipio de Florencio Varela con un régimen de excepción a fin de sortear un encuadramiento tradicional que se cuestionaba. También se contrataron por intermedio de la administración municipal algunos insumos y equipos, como el parque informático y licencias de software, en forma más ágil de lo que hubiera permitido la Provincia. Esta situación no era la ideal para el equipo de conducción y generó innumerables contratiempos, sin embargo era un ajuste necesario hasta alcanzar el objetivo final y estar más conformes.

Mientras se iban organizando las cuestiones administrativas, el Hospital contaba con un apoyo técnico muy importante, la colaboración de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), a través de un programa de asistencia que contaba con presupuesto de la Provincia de Buenos Aires y que consistía en la contratación de algunos especialistas en áreas como calidad, comunicación social, planificación, organización e informática. Duró nueve meses y permitió entre otras cosas, sentar las bases para el primer plan estratégico.

En mayo de 2008 se firma el convenio entre las jurisdicciones que formarían parte del SAMIC. La aprobación definitiva del ente recién se haría en enero de 2009. De esta manera, gracias a la decisión de Néstor Kirchner, se dio comienzo al dispositivo administrativo que en nuestra visión nos facilitaría poder superarnos. La presencia de los dos niveles, la conformación de la red y la autonomía que el convenio permitía, fueron elementos centrales para todo lo que después vino, es tal vez lo más importante de la experiencia. Por eso pensamos que la descentralización basada en este tipo de esquemas permite mejores formas de coordinar las posibilidades y los esfuerzos. Se verá sobre el final que proponemos una estrategia basada en la responsabilidad a nivel territorial, con la red, los CAPS y los hospitales como protagonistas.

Los encargados de hacer operativa esta iniciativa fueron los ministros de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, Graciela Ocaña y Claudio Zin, respectivamente. Fue muy difícil el proceso de lograr la comprensión de los alcances del proyecto entre los distintos interlocutores de los ministerios, a pesar de que la decisión política ya estaba tomada. Sin dudas la experiencia previa del Hospital Garrahan facilitó el camino, ya que este actuó como una especie de tutor de la organización del HEC. Nutrirse de la experiencia de este prestigioso hospital, sirvió para dar pasos firmes en la organización administrativa y asistencial. Debemos hacer una mención especial a la colaboración del ex director ejecutivo, Doctor Juan Carlos



LOS PRIMEROS PACIENTES

El 28 de junio del 2008 llegó al Hospital una beba, con un cuadro de bronquiolitis, proveniente de Ezeiza, fue internada en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Luego de las mejoras en su salud se le dio el alta y fue trasladada a su centro de salud de origen.

El 11 de julio llegó otro niño para ser atendido en la misma unidad, solo que fue recibido como el primer paciente en utilizar el helicóptero. Procedente de Marcos Paz, bajó en el helipuerto del Hospital, entubado y ventilado.

El 8 de septiembre llegó una mujer de 28 años derivada del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela y es la primer paciente en ingresar a la Terapia Intensiva de Adultos. El cuadro de la joven era un tromboembolismo de pulmón, por lo que era fundamental el acceso a cuidados intensivos y de alta complejidad.

Ya en octubre se inaugura la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, con el ingreso de una paciente, también derivada del Hospital Mi Pueblo, con un cuadro de bloqueo AB completo. Luego de los cuidados de urgencia, quedó internada en espera de un marcapasos el que fue colocado en el mismo Hospital.

O'Donnell, por entonces vicepresidente de la Fundación Garrahan. También recordar la cooperación del entonces ex director, Doctor Mauro Castelli, ya que sus aportes permitieron perfeccionar las decisiones normativas, pero fundamentalmente significaron ahorros de tiempo al evitar errores.

Con la firma del convenio se estableció el primer Consejo de Administración presidido por el Doctor Eduardo Munin. Ya con el formato legal definitivo, fueron prioritarias las tareas de selección, administración de contratos y cargos, liquidación de sueldos y otros, a lo que se sumaron cambios de responsables del área. Tal vez por eso se fue postergando el desarrollo de otros aspectos como la promoción y desarrollo de los trabajadores, medición de desempeño, etc.

La organización del área de recursos humanos fue un aspecto clave y requirió de innumerables ajustes, producto de tensiones intrínsecas a esta área. Por momentos era difícil acordarse del espíritu inicial y mantener la brújula: la coyuntura le ganaba a la estrategia y ni nos dábamos cuenta.

Al mismo tiempo, al instalar a pleno los sistemas de información, surgieron distintas dificultades producto de la presencia de un contexto de escaso desarrollo del mercado de estos productos en nuestro país. Por ejemplo, la historia clínica digital europea que se pudo adquirir con fondos adicionales, no pudo instalarse totalmente en los primeros años por problemas de la empresa local que la comercializaba, situación que se subsanó cuando la empresa europea se radicó directamente en la Argentina. Estas dificultades de implementación pudieron resolverse en parte con el desarrollo de módulos clínicos del sistema de gestión de pacientes que era propio. Eran todos problemas que surgían y debían ser enfrentados. El segundo Consejo de Administración presidido por el Doctor Pablo Garrido fue coincidente con los reemplazos de la entonces ministra de Salud de la Nación Graciela Ocaña por el Doctor Juan Manzur, y el del entonces ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Claudio Zin por el Doctor Alejandro Collia. Estos cambios generaron un contexto mucho más propicio, se profundizó el apoyo y el trabajo conjunto.

Desde el primer año, después de la puesta en marcha, se dio inicio al Programa de Residencias Hospitalarias. Esto significó, quizá, un paso que nos reafirmaba el querer ser una institución de calidad. Comenzaron las residencias de anestesia, terapia intensiva de adultos, terapia intensiva pediátrica y diagnóstico por imágenes, luego se fueron agregando otras. Los primeros llamados a concurso de ingreso fueron propios del Hospital, hasta el año 2014 en que se concursó en el examen único nacional. Todos los programas de residencia se cumplieron, aunque en un párrafo aparte debemos considerar el caso de anestesiología, ya que en este servicio el HEC innovó fuertemente generando un sistema propio de formación y un vínculo sistémico con los profesionales.

A mediados de este período comenzaron los programas de trasplantes, que necesitan de la concurrencia de varios factores. Uno y principal es el poder contar con la presencia de un equipo experto, muchas veces difícil de conseguir. Otro es el desarrollo de una *expertise* en la organización y abordaje fundamentalmente quirúrgico del órgano que se va a trasplantar. A modo de ejemplo se puede decir que no se



puede hacer trasplante cardíaco sin haber hecho previamente una cantidad importante de cirugías cardíacas. Deben madurar muchos aspectos, deben funcionar bien muchas cosas, antes de incursionar en esta operatoria.

En 2011 comenzó el programa de trasplante de medula ósea, en 2012 el trasplante cardíaco y de córnea; en el 2013 trasplante hepático y por último en 2014 el de trasplante renal. Todos estos programas mostraron fortalezas propias del desarrollo de cada una de las especialidades y de los liderazgos de quienes estaban a cargo de los mismos, pero fundamentalmente mostraban el grado de maduración, el trabajo en equipo y la capacidad asistencial del hospital.

En paralelo fue incrementándose la derivación de pacientes de prácticamente todo el país. Fue notoria la capacidad de referencia a nivel nacional de distintos servicios, como neurocirugía, cardiología, cirugía cardíaca, entre otros. Esto tiene que ver con el mayor grado de conocimiento que iba adquiriendo el Hospital y su actividad, por la propia capacidad de respuesta y también por la actuación de algunos de sus profesionales que se destacaban en sociedades científicas y ámbitos académicos. En este período se produjeron algunos casos resonantes a nivel mediático, como el de Vanesa, la niña que cayó a un pozo. También fue conocido el Hospital cuando fue seleccionado como centro nacional de derivación para la gripe H1N1. Los trasplantes mencionados generaban fuerte repercusión mediática, fundamentalmente el caso del primer trasplante cardíaco. Esas notas periodísticas mostraron todo lo que hay detrás, desde el punto de vista asistencial y organizativo. La posibilidad de ser referencia a nivel nacional trajo aparejada una serie de conflictos que hubo que enfrentar, por entonces aún mediante decisiones discrecionales que generaban quejas; más adelante se retomará el tema. La cuestión las derivaciones fue mejorando de a poco.

RED, SUBREDES E INSTITUCIONES

También desde el inicio se consolidaron las reuniones de la red. Con el esfuerzo desde la Región Sanitaria y su director, se reunían asiduamente las direcciones de los hospitales y las Secretarías de Salud, que tuvieron un rol muy importante en las etapas iniciales y en todo el período del Primer Plan Estratégico. En los encuentros, por ejemplo, se determinaron listados iniciales de prestaciones y como éstas podrían ser complementarias con las que los hospitales de la red ya venían desarrollando, acordándose modalidades iniciales de derivación.

PRIMER TRASPLANTE CARDÍACO

El 3 de julio de 2012 en el Hospital El Cruce Néstor Kirchner se llevó a cabo el primer trasplante de corazón a un paciente de 38 años que se encontraba en situación crítica por una miocardiopatía chagásica terminal. Se estimaba una sobrevida de seis meses. Había ingresado proveniente del Hospital Paroissien de La Matanza en espera, a finales de mayo, y fue preparado por los médicos hasta que pudieron operarlo. Se trata de un migrante golondrina, proveniente del Chaco llegado al Conurbano en busca de oportunidades laborales. Debido a la enfermedad, la vida en general poco a poco se le fue haciendo cada vez más difícil.

La complejidad de la intervención requirió la participación de más de quince personas, entre los profesionales médicos, técnicos, asistentes, etc., quienes trabajaron durante más de tres horas en la cirugía, que no presentó ningún tipo de complicación.

Esta operación de alta complejidad es un hito, ya que en otro momento, se hubiera tenido que derivar a la ciudad de Buenos Aires y en general iban a centros privados. Hoy el Hospital es el quinto establecimiento en el sistema público de salud nacional que realiza este tipo de prácticas y el único en Provincia de Buenos Aires.

Tal relevancia tuvo este trasplante, que dos días después de la intervención, el paciente recibió la visita de los ministros de Desarrollo Social y de Salud, Alicia Kirchner y Juan Man-

Este esfuerzo se trasladó a distintos grupos de trabajo, generalmente ligados a especialidades médicas, a las que podríamos denominar subredes. Estos grupos tuvieron trayectorias diversas de avance, con dispares resultados. A modo de ejemplo podemos citar a la red de pediatría que logró importantes avances en normalizar procesos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas como los síndromes urémico hemolítico, nefrítico, nefrótico, etc. Para el caso



zur, quienes valoraron el rol que juega el Hospital en el acceso de los sectores populares a la alta complejidad médica. El 22 de agosto y acompañado por el intendente Julio Pereira, el director del Hospital el Doctor Medina, los médicos que realizaron la operación y familiares, el paciente fue dado de alta; obviamente con el compromiso de regresar al Hospital para realizar los controles necesarios. Al momento de su salida, comentaba: «... primero quiero llegar a mi nueva casa y estar con mi familia tranquilo». El trasplante le estaba dando la posibilidad de comenzar una nueva vida.

Al año siguiente, se volvió a festejar, esta vez el primer aniversario del trasplante y el «nuevo cumpleaños» del paciente. La ceremonia estuvo llena de emoción, porque, como resaltaban algunas autoridades presentes, el trasplante no es solo una intervención médica, más bien representa el triunfo de muchas luchas, el triunfo de la salud sobre la enfermedad, y todo esto, no solo expresado en técnicas médicas y conocimientos académicos sino también a través de la atención social, el cariño y efecto que se brindó al paciente. Durante el festejo, el cumpleañosero manifestaba «hoy es mi nuevo cumpleaños y quería festejarlo con ustedes. Estoy muy contento y agradecido con todos por todo lo que hicieron por mí, ojalá que esto siga porque hay mucha gente que lo necesita».

de cardiología puede computarse el desarrollo de un dispositivo de telemedicina con la instalación de electrocardiógrafos digitales en las guardias de distintos hospitales de la red y la transmisión de las señales electrocardiográficas al HEC, de esa manera se benefician cientos de pacientes con enfermedades cardíacas, fundamentalmente el infarto agudo de miocardio. Servicios como enfermería, laboratorio, traumatología, anatomía patológica, cirugía infantil,

gestión de pacientes, entre otros, también se esforzaron en pos de acuerdos concretos. Esta coordinación es de suma importancia para hacer frente principalmente a las condiciones crónicas. En el capítulo tres se expusieron las dificultades que presentan estas enfermedades, que son siempre más importantes como causantes de muerte. En el capítulo que sigue se analiza en forma detallada la relación que existe entre los sistemas integrales de salud y las condiciones crónicas y además la necesaria integración que debe existir para enfrentar estas patologías. De todos modos, todo el tiempo se deben renovar los esfuerzos para avanzar en la planificación de la red y en la mejora de los vínculos entre nodos.

Al mismo tiempo que la red intentaba afianzarse, los trabajadores de cada institución también iban conformando un ideario respecto de su funcionamiento. Es imposible hacer un recorrido lineal en este aspecto, ya que los intereses de los distintos subgrupos, la influencia de los niveles de conducción y la conceptualización imperante respecto a las redes y las derivaciones, no generaban resultados homogéneos en relación a la aceptación de la nueva modalidad organizativa. Se producían dinámicas y flujos de opinión e influencias, a veces contradictorios, alentados por las diversas visiones que convivían y conviven respecto al funcionamiento del conjunto. A esto podemos agregar, en nuestro caso, la percepción de diferencias salariales y disponibilidad financiera a favor del HEC que a veces parece atentar contra la relaciones. Estas cuestiones se han ido solucionando con comunicación, pero aún subsisten.

Y mientras se lograban acuerdos con los niveles de conducción de las organizaciones de salud y el Hospital se hacía conocido, se iban consolidando algunas instituciones del Hospital, entre ellas las reuniones de jefes y responsables de área con la Dirección, que luego se constituiría en el Comité de Gestión Estratégica, con la función de velar por el seguimiento de las tareas y de proponer las acciones necesarias para asegurar su cumplimiento. Este ámbito que funciona desde la puesta en marcha con una periodicidad semanal, con cortos espacios de inactividad programada en los períodos vacacionales, mantuvo una regularidad metódica. Durante el lapso aproximado de una hora, los actores mencionados tienen la oportunidad de compartir, informar y discutir sobre diversos proyectos de carácter estratégico. Un dispositivo de comunicación fundamental que permite la circulación de la información y da una base democrática a la mayoría de las decisiones. Por supuesto que esto no colma las necesidades de la comunicación interna, porque los mecanismos



LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS

El personal del HEC no se cansa de recibir agradecimientos. También hay quejas pero mucho menos. Uno de los coautores de este libro escuchó infinitas veces la frase «este hospital hay que cuidarlo» mientras estaba internado o iba a hacerse los pre quirúrgicos. Podríamos inventar cualquier frase, así que nos limitaremos a las opiniones que aparecieron por algún motivo en los medios.

Uno de los más famosos fue el paciente del primer trasplante de corazón ya mencionado; otra opinión que trascendió fue la de María, madre de cuatro hijos que en el 2013 recibió trasplante de hígado: «Tengo una nueva oportunidad. Este hospital me volvió a la vida, que toda la sociedad sepa de la importancia de ser donante y nosotros somos el ejemplo de que donar órganos es salvar vidas».

La cuestión de la vida, la vida.... La gente habla todo el tiempo de salvar vidas.

Otro comentario para resaltar fue el de Daniel que en el 2014 sufrió un accidente en una fábrica metalúrgica y perdió la mano, gracias al trabajo realizado en el Hospital El Cruce pudo recuperarla, Daniel manifestó:

«Estoy muy emocionado y agradecido porque me salvaron la mano. Me atendieron muy bien desde los médicos hasta los enfermeros, no me alcanzan las palabras de agradecimiento para todos.»

El paciente no sabe que alguna vez hubo que decidirse por especializar a traumatología en ese tipo de cirugías. Que de eso se trata tener un hospital de alta complejidad en Varela. Y ni que hablar de Vanesa, la niña que cayó a un pozo y fue salvada por lo bien que funcionó la red en su conjunto. La familia sigue yendo cada año a agradecer al personal del Hospital. Uno de los hermanitos dice que va a estudiar medicina en la UNAJ; Medina lo está esperando.

de cascada no llegan siempre a los niveles más operativos de la organización, pero los resultados fueron siempre muy positivos.

LOS RECURSOS HUMANOS Y EL LUGAR DE LOS PACIENTES

Paralelamente al proceso de puesta en marcha se fue formulando el primer Plan Estratégico Hospitalario (PEH) 2009-2012. El Consejo de Administración del Hospital El Cruce según el convenio con Nación, debe elaborar un plan estratégico cuatrienal, estructurado en Planes Operativos Anuales (POA) que se constituyen en compromisos de gestión, fijando metas de producción de servicios, de calidad técnico asistencial y de gestión.

El Primer Plan 2008-2012 abarcaba los primeros cuatro años de vida institucional en los cuales el Hospital ya debía estar funcionando en todos sus servicios. Este tipo de instrumentos, como los otros que veremos a continuación son fundamentales para que la red y los hospitales puedan hacerse cargo de niveles mayores de responsabilidad y mejorar y ampliar la cobertura.

El Plan suponía que sobre el final de su implementación, se estarían desarrollando las prestaciones más complejas, como los trasplantes, a partir de la idea de que el tiempo de maduración de un hospital no terminaba nunca, pero hasta el momento que realiza las intervenciones más complejas para las cuales fue programado inicialmente deben transcurrir entre cuatro y cinco años. Se trató de una herramienta de gran poder para seguir en la construcción de la identidad, en la que primaba el mandato político de lograr la excelencia, la innovación y el trabajo en red, y de comunicación hacia afuera y hacia adentro. En ese sentido, tuvo una capacidad invaluable para alinear los objetivos de los servicios con las necesidades estratégicas que se fijó el Hospital; generó un lenguaje común entre directivos, mandos medios y trabajadores, que se tradujo en ideas tendientes a la calidad y la mejora continua.

El conjunto de apuestas estratégicas del Plan combinaba las dirigidas a lograr transformaciones específicas de los procesos prestacionales de incidencia directa en los usuarios y otras más generales que pretendían fortalecer la institución como una organización de excelencia. Se debía poner en marcha el Hospital con una forma de organización novedosa, pero tratando de no replicar los problemas que conocíamos y traíamos de las instituciones públicas y privadas de donde proveníamos.

Justamente este PEH constaba de un FODA en el que los aspectos externos (amenazas y oportunidades) eran bien conocidos, pero los



internos (debilidades y fortalezas) eran más bien una incógnita, porque apenas teníamos recorrido y recién existíamos como institución y como equipo. Por eso primero se problematizó sobre la situación del conjunto del sistema hospitalario, ya que este Hospital no reconocía historia propia y estaba atravesado por una cultura de trabajo imperante en el conjunto. Luego se aprovechó el Plan para avanzar en la generación de una nueva cultura de trabajo, el principal desafío en función de la decisión de centrar la actividad en el desarrollo de la alta complejidad en red, en un modelo de atención centrado en el usuario.

Las mencionadas apuestas estratégicas se descomponían en cuatro: dos dirigidas al desarrollo de servicios de alta complejidad centradas en el usuario y en la excelencia con mejora continua, una orientada a una política de desarrollo integral del recurso humano y otra orientada al modelo de gestión clínica y de los sistemas de información. De estas apuestas se derivaban catorce programas, y cada uno tenía sus diversos Planes Operativos Anuales (POAS).

En la práctica se encontraron dificultades para desarrollar un tablero de mando integral que sirviera para la gestión. Esto requería de la concurrencia de distintas fuentes de información y de un claro concepto acerca de «qué, para qué y con qué» medir las distintas dimensiones de la gestión. Hubo muchas dificultades para la implementación y el seguimiento.

Pero más allá de las buenas intenciones iniciales, ante todo debemos reconocer los problemas que tuvimos para gestionar con las buenas prácticas que recomiendan los manuales. Los conflictos de intereses, las prácticas culturales que cada uno de los actores traía desde otras instituciones y las dinámicas propias de la vida institucional que no respondían a los modelos ideales de performance, son algunas de las cuestiones que desviaron esas intenciones iniciales. En efecto, en el transcurso del primer período se intentaron sin gran éxito instalar muchas de las herramientas de gestión sobre las que reflexionaremos posteriormente en el quinto capítulo.

Si bien el primer PEH definía un eje de «desarrollo integral del recurso humano», este se fue diluyendo en el acontecer cotidiano. Primó en este período un sesgo en lo administrativo y no se pudo cumplir claramente con la función de desarrollo de los trabajadores. La dirección intentaba un estilo contenedor pero no se desplegaron herramientas clásicas como la gestión por objetivos, definición de los perfiles de puestos de trabajo, mecanismos de selección homogéneos y uniformes o evaluación de desempeño en el puesto de trabajo. No

obstante se hicieron mediciones del clima laboral y se promovió la participación de los trabajadores en la definición de la estrategia del hospital. Hasta ahí llegábamos.

En el primer momento, con un Estatuto mínimo y provisorio, las posibilidades además eran acotadas, luego con el definitivo se pudo trabajar mejor ya que allí aparecieron las condiciones de promoción de puestos de trabajo en función de capacidades y esfuerzo. Así se fueron consolidando conceptos claves para el desarrollo como el cumplimiento, el desempeño, la formación y la contribución al conocimiento. Para ello fue necesario lograr acuerdos y criterios consensuados en función de las peculiaridades de esta institución. Paralelamente se inició la actividad gremial en el hospital con el desarrollo de una asociación de profesionales y la concurrencia de dos gremios específicos del área de salud como la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y el gremio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires (SSPP), que ya actuaban a nivel provincial. Este proceso, más allá de garantizar un derecho de los trabajadores, la libertad de agremiarse para defender sus intereses, representó un dinamizador de la participación de estos y de la discusión de las políticas. No exento de algunas dificultades, se fueron consolidando y regularizando estas organizaciones a través de la participación y el voto de sus afiliados.

Ya en una segunda etapa se intenta implementar una idea que la dirección y algunos jefes de servicio tenían desde el inicio de la actividad del Hospital: un programa de incentivos. Entonces aparecieron una serie de debilidades propias y otras típicas de estas experiencias. Nos referimos a los problemas de la propia naturaleza de estos incentivos que no reflejan en su conjunto a la motivación en sí y son solo aspectos parciales y más a corto plazo. Se sabe, por otro lado, y hay evidencias que lo confirman, que los incentivos económicos no son los más importantes o por lo menos los únicos en la motivación de los trabajadores.

Por otro lado están las deficiencias propias en la medición, dado que se necesitaba ser absolutamente transparente y justo a la hora de distribuir incentivos, evitando la tendencia al oportunismo, es decir, las conductas que maximizan exclusivamente el cumplimiento de las áreas medibles dejando de lado otras no tan medibles, pero por ello no menos importantes (ejemplo la proactividad y el compromiso). Pero lo más importante a considerar es que las evidencias en literatura (Fielding, 2004; Singh, 1996) muestran que es muy normal encontrar rotundos fracasos en la instrumentación de estas po-



líticas; parece ser que asociar recompensas y diferenciales en los salarios de los trabajadores, tiende a generar mal clima laboral y desincentiva a la gente, justamente lo contrario de lo que se quiere lograr. Depende del caso.

Debido a los problemas surgidos, se trasladó el tema al Comité de Gestión Estratégica, que durante un año estuvo abocado a conceptualizar y definir esta política, analizar la literatura y experiencias existentes y recomendar o no su aplicación. Si bien el Comité advirtió sobre los inconvenientes de este tipo de políticas, planteó como necesario seguir avanzando, incluso ubicando a estos incentivos como grandes comunicadores de la estrategia general basada en capacidad y esfuerzo. La medida fue apoyada aunque con reservas por los jefes en un contexto favorable debido a la mejora de los salarios que surgía de las paritarias estatales.

Se definieron tres áreas a incentivar: la investigación, la formación y la capacitación; teniendo en cuenta el desempeño y el cumplimiento de objetivos. Sin embargo, persistieron las dificultades asociadas a la medición, a la viabilidad en la aplicación, a la capacidad de gestión. Las discusiones llevaron un año en el período 2011-2012, aunque podría decirse que significaron un gran vector de crecimiento de la conducción, porque se tomó conciencia de la escasez de métrica en la gestión y porque hubo que implementar sistemas visibles de adhesión a actividades estratégicas del Hospital. Finalmente se definieron como primeros incentivos los siguientes: presentación de protocolos de investigación y presentación de Planes Anuales Operativos (POAS). Los primeros eran individuales y colectivos a nivel de servicio y los segundos eran colectivos exclusivamente. Posteriormente se articuló un programa de capacitación obligatorio para todos los trabajadores con algunos componentes optativos que sumaban al programa de incentivos.

Los problemas respecto a las diferencias en las retribuciones y las diversas interpretaciones, subsisten. Una queja constante surge del hecho de que el compromiso que mucho creen tener con la institución, no se refleja en la distribución monetaria. La idea original era poner una bolsa de incentivos de aproximadamente un mes de masa salarial al año, pero desde los comienzos no superó el 20%, un monto no tan significativo, que sin embargo movilizó muchas inquietudes.

EL ÁREA DE CALIDAD Y DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Desde los comienzos la política de calidad ocupó un lugar central desde lo estratégico. La creación de un área específica fue una de las

decisiones organizativas y estratégicas más importantes. El Hospital contó desde el inicio con el Doctor Ricardo Otero, a cargo del área. Profesional de vasta trayectoria en el área de salud pública y gestión de la calidad, reconocido internacionalmente como experto en acreditación de servicio de salud, promovió siempre el trabajo horizontal y en equipo. Se crearon los comités de infecciosas, seguridad del paciente, fármaco-vigilancia, farmacología clínica, entre otros. Se dictaron normas que, al ser publicadas en el sitio web, adquirieron rápida difusión y visibilidad.

Ya antes del comienzo de la actividad asistencial comenzó a funcionar el Comité de Infectología que generó periódicamente informes y dictó normas que permitieron regular el conjunto de la actividad hospitalaria.

El Comité de Seguridad de Pacientes creó un sistema de reporte del error asistencial, que generó información para realizar correcciones, ajustes y nuevas acciones en pos de disminuir las fallas sistémicas que ponían en riesgo la seguridad de los pacientes. Un gran generador de cultura de calidad, en la cual el error no era considerado como un hecho punible sino como una gran oportunidad de mejorar. Las normas surgían de la identificación de una oportunidad de cambio o de la necesidad de estandarizar un proceso para disminuir la variabilidad propia de la actividad asistencial y así disminuir el riesgo de cometer un error. También implicaban la oportunidad de difundir en forma segura una comprobada buena práctica asistencial.

En este marco se iniciaron los preparativos para la certificación de distintos procesos por normas ISO, y para la acreditación una vez cumplidos los cuatro años de funcionamiento. Previamente el Hospital tramitó y obtuvo su habilitación en el área de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Aunque parezca elemental, son muy pocos los establecimientos públicos hospitalarios que cumplen con este trámite, mientras que los establecimientos privados, no pueden funcionar sin él. La ISO 9001 se aprobó en 2014 y en el 2015 se llevó a cabo la prime auditoría. Esta estrategia contribuyó al aumento del prestigio en la comunidad y en los ámbitos profesionales, en los medios y en la política. Era otro elemento que contribuía a la idea de que se trataba de un centro asistencial de calidad.

En paralelo al desarrollo del área de calidad, se implementó la de Evaluaciones e Investigaciones Económicas desde el año 2008. Allí se realiza un trabajo fundamental para el Hospital: la gestión ana-



lítica de costos que vincula estos con la actividad de producción de los servicios. Para eso se ha unificado a los servicios en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD): en cada caso se define la patología atendida y los consumos de recursos, así como los sistemas de medición de la calidad técnica y percibida. Surge la medición del producto hospitalario que constituye el costo del conjunto de servicios producidos en un período de tiempo determinado. El tríptico producción-calidad-costos es el eje de la toma de decisiones.

El resultado es una sumatoria de costos fijos y variables, por producto que es contrastado por el precio que tiene dicha prestación en distintos nomencladores institucionales. Si se define una frontera de producción eficiente correspondiente a la planta física, la tecnología y la dotación de recursos humanos, puede determinarse qué aspecto de los costos fijos sería necesario modificar para extender la «frontera de producción». La meta es lograr el punto de equilibrio, el nivel de producción y la eficiencia que permita igualar el ingreso marginal con el costo marginal y establecer la necesidad, por ejemplo, de disminuir el peso de los costos fijos indirectos si es que se elevan desmedidamente. La idea de fondo es producir de la mejor manera posible, cuidar el presupuesto público y cobrar los servicios cuando corresponda, sobre todo si el paciente tiene cobertura.

Es interesante decir que no se realiza la incorporación de ningún recurso tecnológico significativo sin realizar previamente la evaluación económica de dicha asignación de recursos, ya sea mediante análisis de costo-beneficio, costo-efectividad, o de minimización de costos según el problema al que nos enfrentemos. A modo de ejemplo, la incorporación de equipamiento para la realización de determinaciones de biología molecular se realizó en base al análisis de la oferta posible, según tercerización, comodato o compra del equipamiento, así como de la demanda potencial estimada según tasas de uso en base a datos epidemiológicos, surgiendo del análisis comparativo el impacto económico de las distintas alternativas de acceso a dicha tecnología, permitiendo el uso del concepto de costo-oportunidad para tomar la decisión más eficiente en la adjudicación de los recursos.

LA INVESTIGACIÓN Y LA RELACIÓN CON LA UNIVERSIDAD

La investigación era entendida en el Primer Plan Estratégico como parte del desarrollo integral de recursos humanos a partir de ideas rectoras como la soberanía y la democratización del conocimiento.

LAS NORMAS ISO

El segundo plan estratégico del HEC estableció que el trabajo en equipo y la gestión del conocimiento se tradujeran operativamente en dos programas «gestión por procesos» y «equipos de mejora de procesos», ambos vinculados en la integración de herramientas para el fortalecimiento de la institución. En este marco, la certificación de algunos procesos claves del Hospital por normas ISO 9001, significó un hito importante entre los logros organizativos de estos programas, pero que no hizo más que coronar un ciclo de tres años de trabajo con más de seiscientos trabajadores capacitados y motivados en la mejora de sus conocimientos y prácticas.

La certificación es el resultado del compromiso con la mejora continua de los servicios de salud que el Hospital brinda a la población. Es el fruto del trabajo en equipo y de la gestión integral de los procesos asistenciales y no asistenciales. De esta manera, permite demostrar el compromiso hacia la calidad y la satisfacción del cliente, ganando confianza tanto de los usuarios, proveedores, como así también de los otros integrantes de la red (sistema de salud).

La Norma ISO 9001 2008 enumera una serie de requisitos a cumplir para asegurar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad de una organización, obligando a pensar en las mejores formas de alcanzar objetivos y avanzar hacia la profesionalización de la gestión.

Por otra parte, las auditorías externas regulares juegan un papel primordial, alentando a mantener el equipo de trabajo comprometido con el cumplimiento de los procedimientos que se implementaron.

Por lo anteriormente expuesto se decidió incluir dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) los procesos de:

- Atención Inicial del Paciente Crítico Derivado de la Red
- Estión de Medicamentos y Productos Médicos
- Restaciones de Medicina Transfusional



- Gestión de la Infraestructura
- Gestión de Compras
- Gestión de Turnos

Los mismos resultaron procesos claves del Hospital por:

1. El proceso de Atención Inicial del Paciente Crítico Derivado de la Red, resulta de fundamental importancia para sostener el modelo de atención en red ya que, como resultado del mismo, es posible verificar que el paciente cumpla con los requerimientos de atención que justifican su internación en el Hospital El Cruce y no en otro de menor complejidad.
2. La Gestión de Medicamentos y Productos Médicos se lleva adelante enfocando en el cliente y no en el producto. Se trata de un proceso clave porque, además de referirse a la gestión de insumos críticos, ejecuta el 68% del presupuesto de la partida de bienes de consumo.
3. Las Prestaciones de Medicina Transfusional cobran fundamental importancia ya que deben satisfacer una muy alta demanda, propia del nivel de complejidad que caracteriza al HEC, ser centro de referencia en seis especialidades demanda requerimientos de este proceso para la realización de trasplantes. Este proceso incluye: atención integral del donante, extracción de sangre, traslado de la misma al Instituto de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires y transfusión de hemocomponentes y hemoderivados provenientes de dicha institución.
4. La infraestructura del HEC se caracteriza por reunir todos los requisitos de un «hospital seguro». La gestión enfoca en el mantenimiento preventivo como rasgo distintivo resultando un factor de alto impacto en la satisfacción del usuario. Esto hace que se constituya en una ventaja competitiva del HEC, al lograr un 100% de disponibilidad del parque de equipamiento. A diferencia de la cultura hospitalaria argentina, la

continúa en la pág. siguiente

viene de la pág. anterior

infraestructura y tecnología posee rango de una dirección, dada su criticidad.

5. **La Gestión de Compras es un proceso que centraliza todas las actividades destinadas a proveer recursos al HEC a través de sus centros de compra. Por tratarse de una organización del modelo SAMIC, autónoma y autárquica, las decisiones se toman dentro del propio Hospital y el presupuesto se ejecuta de manera independiente pero bajo el contralor de autoridades provinciales y nacionales. Esto le da al proceso particularidades asociadas tanto del sistema público como del privado, con un 80% de monto total de compras, bajo la modalidad de licitación.**
6. **El proceso de Gestión de Turnos centra sus actividades en la programación de las prácticas asistenciales necesarias para la atención de los pacientes y el desarrollo de prácticas ambulatorias de diagnóstico y tratamiento, procurando la oportunidad de la prestación y el máximo rendimiento de las agendas. La complejidad de este proceso radica en la coordinación de los recursos para satisfacer la demanda dentro del HEC y de la red hospitalaria, en línea con el modelo de atención centrado en el paciente, así brindar una respuesta organizada a la demanda creciente en materia de salud.**

La soberanía porque se pretendía orientar la actividad a las reales necesidades de nuestro país y nuestra región y no a los intereses de la industria multinacional; la democratización porque se tenía la convicción de que todos los trabajadores pueden tener herramientas que aporten al desarrollo del conocimiento y a su vez todos pueden disponer del conocimiento alcanzado.

El primer paso fueron las jornadas científicas que se transformaron en el evento más importante para la estrategia del hospital en materia de investigación. Esta actividad, que como otras también tuvo una notoria regularidad todos estos años, involucra en principio a todos los ámbitos profesionales del Hospital y los invita a mostrar sus avances en el conocimiento. Es que la dirección consideró siempre



que ese conocimiento es el activo más importante de una institución hospitalaria y que son los grupos humanos quienes lo desarrollan y atesoran, por eso se pretendía reconocerlo y estimularlo. Las presentaciones no siempre eran investigaciones en el sentido estricto de la palabra, muchas veces relatos de casos o sistematización de información. La participación de estos grupos fue cada vez mayor. Como actividad diferenciada de las jornadas científicas dos años más tarde, se organizaron las Primeras Jornadas Internacionales de Gestión en Red, con el fin de recrear aspectos sustanciales de la gestión del Hospital y de la red que considerábamos significaban un aporte a la comunidad. Así se abordaron temas como la gestión de la calidad, los sistemas de información de salud, la gestión de las redes entre otros. Estas jornadas contaron con la presencia de destacados especialistas del exterior como Pablo Arbeloa, Carnicero, Eugenio Vilaça Mendes, entre otros.

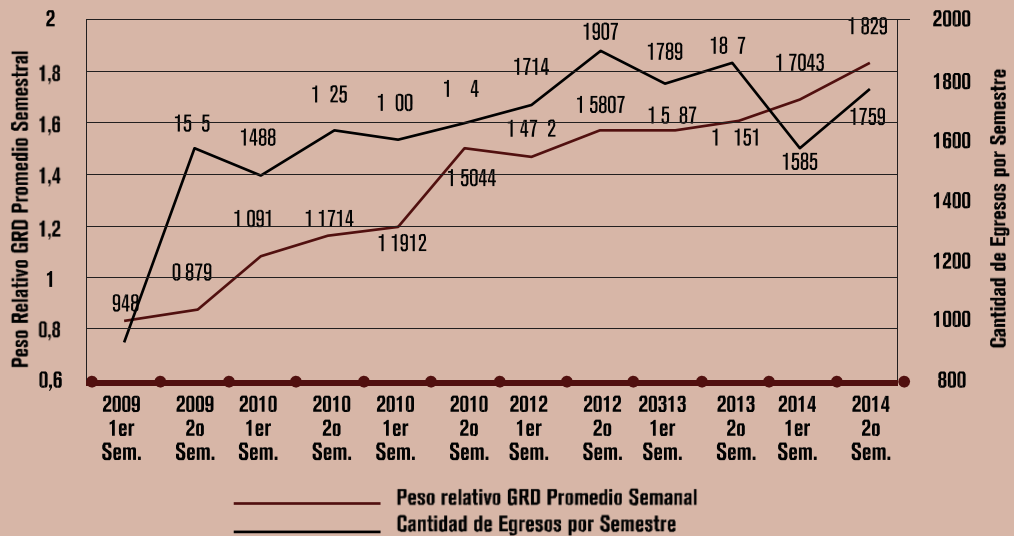
Con toda esta trayectoria recorrida, el área de investigación fue adquiriendo centralidad y para consolidarla se dividió el área de la formación y se designó a cargo a su actual directora, que venía de cumplir esa función en un importante centro privado. En una etapa sucesiva fue necesario contar con la concurrencia de investigadores profesionales, ya sea, clínicos o básicos, para que el hospital progresase y comenzase a tener reconocimiento en esta área.

Lo interesante es que sobre el final de esta etapa fue convergente la estrategia de investigación del Hospital con las políticas implementadas desde el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación (MINCYT). Con la visita del Ministro de Ciencia y Tecnología, Lino Barañao, en las Cuartas Jornadas Científicas del año 2011, el Hospital pasaba a ser un espacio real donde se aplicaban las políticas de ese ministerio. Así se gestó el Centro de Medicina Traslacional (CEMET) con la concurrencia del Doctor Carlos Pirola, investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Pero en el medio, hay un hecho central, la creación de la Universidad Arturo Jauretche, en el año 2009, que fue un hito relevante para todos. Creada junto a otras cinco universidades nacionales con el propósito fundamental de ampliar el derecho de la gente de recibir educación superior, representó un salto de envergadura para el territorio.

En la etapa de organización de la Universidad, el rector interventor Ernesto Villanueva le solicitó al director ejecutivo del HEC, Arnaldo Medina, la organización de un Instituto de Ciencias de la Salud. A partir de allí se produce una importante alianza que posibilita un crecimiento potenciado en ambas instituciones. Este desarrollo in-

EL GRUPO RELACIONADO CON EL DIAGNÓSTICO (GRD)

El GRD es un sistema de clasificación de pacientes en clases clínicamente coherentes y con similar consumo de recursos, que se utiliza para medir la complejidad de los servicios de los hospitales, también sirve para la adecuación del uso de medios y evaluar los resultados (Barrientos, 2003). A nivel mundial se usa para asignar recursos presupuestarios. En el HEC hemos sido pioneros en el desarrollo de esta metodología. Por eso podemos presentar sus resultados. El gráfico adjunto muestra cómo ha aumentado el nivel de complejidad medida por el peso relativo de los servicios complejos respecto a los egresos. El Peso Medio GRD global del Hospital alcanzaba a 1,829 a finales del 2014 cuando en el 2009 era apenas 0,8378. Entre los servicios de mayor peso en el último semestre del 2014 se encuentran el Sistema Nervioso, la UTI Ad, el Hígado, Vía Biliar y Páncreas, Ojos, y Musculo-Esquelético, todos con un peso medio del GRD mayor a 2pts.



Fuente: HEC.



duce a la formulación de un eje estratégico definido de la siguiente manera: «Consolidación del HEC como hospital universitario y de investigación», que da cuenta de la necesidad de convertirse en hospital docente asistencial que garantice campos de práctica de calidad a los alumnos de carreras de pregrado, que asegure buenos posgrados para las distintas especialidades y que también tenga un desarrollo estratégico en la investigación y generación de conocimiento.

COMUNICACIÓN Y COMUNIDAD

Algo que nos seguía y sigue preocupando constantemente es la comunicación social, como vimos, una herramienta fundamental, quizá la más importante para la gestión de las instituciones y una tarea que no es exclusiva de los comunicadores, sino que debe formar parte transversalmente del conjunto de actividades de la organización y debe impregnar toda la gestión.

Rápidamente vimos la fuerte necesidad de contar con planes de comunicación interna y externa. Es que algunos sectores de los medios de comunicación opositores al gobierno seguían instalando títulos negativos para la imagen del Hospital. A esta acción se plegaron algunos sectores sindicales, que querían mostrar la falta de respuesta oficial, ante problemas de salud que aquejaban a la población. Se intentaban instalar títulos como: «La privatización encubierta», «Otro anuncio electoralista». El concepto era mostrar los recursos derrochados y mal utilizados, frente a las necesidades de salud de la población. Con un claro intento de enfrentar a los trabajadores de la salud y a los ciudadanos con este nuevo proyecto, que irrumpía como una nueva forma de gestión hospitalaria en el ámbito público. Era evidente la tensión inicial entre esta amenaza persistente y las necesidades de la gestión. Un párrafo aparte, merecen los medios de comunicación locales, que en general nunca se plegaron a esas críticas. Muy por el contrario mostraban los hechos en forma positiva y daban un crédito al equipo del proyecto.

El Hospital se propuso desarrollar actividades de todo tipo para enfrentar las opiniones adversas y con toda la comunicación posible. Ayudó el reconocimiento público de los Ministerios de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación. Las repetidas menciones de la presidenta de la Nación, Doctora Cristina Fernández de Kirchner, captaron la atención de la opinión pública. Las visitas y las menciones de diferentes personalidades y grupos del quehacer político, social, académico y profesional colaboraron notablemente.

En el ámbito internacional, el Hospital y la red se hicieron conocer a través de la Organización Panamericana de la Salud. Este organismo realizó numerosas menciones al trabajo en red y a las buenas prácticas en el marco de la propuesta de redes integradas de servicios de salud que propiciaba. Así el Hospital fue invitado como un actor importante a diversas reuniones y jornadas a nivel nacional e internacional. En los ámbitos académicos el Hospital y su red empezaron a ser objeto de presentación y de investigación.

En la misma dirección fueron creciendo otros eventos de tipo comunitario. Los eventos culturales y deportivos se incorporaron como baluartes de la imagen corporativa y lograron un rápido prestigio. La Maratón, incorporada desde el primer año de existencia del Hospital, fue ganando en popularidad año tras año. Fue creciendo también el Coro del Hospital, formado en el año 2009 bajo la dirección del maestro Alejandro Orgaz. Este colectivo incorporó integrantes de la comunidad, trabajadores de la red y del Hospital, trascendió los límites de la región ya que dio a conocer su repertorio en variados eventos corales nacionales e internacionales.

Se debe sumar a estas iniciativas, la galería de arte fundada en uno de los pasillos públicos del hospital, donde regularmente cada dos meses se inauguraron muestras pictóricas y escultóricas de artistas preferentemente locales.

En este intento de crear un nexo con la comunidad, merece un comentario aparte el concurso de esculturas que se organizó para honrar la memoria de los trabajadores de la salud desaparecidos durante la última dictadura cívico-militar. La razón del concurso, y según palabras del director del Hospital el día de la presentación, es hacer memoria por todos los desaparecidos y por las consecuencias sociales, políticas, económicas y de salud que dejó la última dictadura. Al mismo tiempo se trata de conectar al Hospital con los ciudadanos, y demostrar el compromiso que el sistema de salud de la institución tiene para con la comunidad fomentando la participación, la educación, y la memoria. Estas actividades deben ser constantes y permanentes para seguir achicando la brecha que siempre se genera entre este tipo de instituciones y los ciudadanos. Esta es una tarea importante pero a la vez ardua y ajena a los que transitamos los hospitales. Por eso tiene altibajos, hay que estar atentos y mantenerlas enérgicamente. El 12 de septiembre de 2012 se premió a la ganadora del primer concurso, la artista Nélide Valdés, quien posee una gran experiencia en la realización de trabajos relacionados con la temática de derechos humanos. Además del



EL HOSPITAL Y EL ESPÍRITU

Es cierto, el Hospital no solo cumple con su misión de prestar servicios médicos con las mejores prácticas, sino que va más allá y tiene como política la creación de espacios culturales para acercarlo a la comunidad.

Desde el año 2008 en que se realizó el primer concierto, con un pesebre viviente y la presentación de la Orquesta Escuela de Florencio Varela y el Coro Canamus de La Plata, no se han detenido las iniciativas para generar estos momentos. Es que ya son más de siete las ediciones de ciclos de música en los jardines del Hospital de forma libre y gratuita desarrollados en el marco del programa «Relación con la Comunidad» y con el apoyo de la Dirección de Cultura y Educación de Florencio Varela.

Han participado reconocidos artistas a nivel provincial y nacional: la orquesta del Teatro Colón, Juan Rodó, Darío Volonté, Laura Beijelis, Ernesto Bauer, Florencia Fabris, Florencia Machado, el tenor Juan Carlos Vassallo y Jorge Fontenla. El mismo sentido tiene el Coro del Hospital El Cruce «Todos podemos cantar» (dirigido por Alejandro Ordás), nacido en 2012, también como complemento de la iniciativa de la música clásica. En sus pocos años de existencia se convirtió en un espacio abierto, con un repertorio variado «popular y académico»; participan activamente médicos, enfermeras y jóvenes de Varela, todos cantan en una sola voz y en pro de la integración. Y ha sobresalido en sus diferentes participaciones provinciales y nacionales.

primer premio, se otorgaron menciones especiales a cinco artistas más participantes del concurso. La obra se llamó «Por la Memoria» e intenta ser un homenaje a los trabajadores de la salud que sufrieron la represión de la dictadura de 1976 a través de la persecución, la desaparición y la muerte.

La escultura se inauguró el 24 de marzo, en el marco de las actividades del Día de la Memoria, la Verdad y la Justicia. La ubicamos en el

parque, justo en el acceso al Hospital, para que este siempre presente y pueda ser valorada por pacientes, vecinos, trabajadores. El acto de emplazamiento contó con la presencia de innumerable cantidad de gente y de autoridades de relevancia. Fue un evento festivo pero también de recuerdo. Como se dijo al inicio, la escultura acompaña diariamente al personal del hospital, es un verdadero testimonio de quienes nos precedieron y de algún modo hicieron posible el nuevo proceso democrático y la actual defensa de la salud pública.

EL SEGUNDO PLAN ESTRATÉGICO

Al cierre de este período se produce un hecho inobjetable de fortaleza en la gestión: se cumplió con la formulación del Segundo Plan Estratégico que abarcaría el período 2013-2017. Se cerró así un ciclo muy intenso que implicó la maduración en lo asistencial y de la gestión. Una señal clara de un Hospital que se instaló como prototipo en la vanguardia de una red de servicios de salud y que pudo dar cuenta del cumplimiento de una programación inicial.

Reconocíamos que el primer plan estratégico fue una importante herramienta de comunicación para transmitir la visión y la estrategia del Hospital, aunque no pudo completarse con una métrica adecuada para el seguimiento, monitoreo y evaluación del impacto. Este segundo plan se encaró sabiendo que se aprende de la experiencia, por lo que los errores y los déficits del primer PEH, fueron desafíos importantísimos para el logro de mejoras. Muchas de las acciones que estaban en el Primer Plan Estratégico, junto a algunas nuevas se reorganizan de otra manera, para buscar más claridad y precisión. Por eso, a partir de la propia experiencia, de encuestas a pacientes y vecinos y de las definiciones de aproximadamente treinta líderes claves, se establecieron niveles de análisis que fueron sometidos a la discusión de la dirección, el ámbito de los jefes de servicios y por todos los trabajadores del Hospital en general. Los problemas ya no estaban centrados en las dificultades de la puesta en marcha, sino en el crecimiento.

Una novedad fue la integración de una comisión de evaluación del plan que tuvo como principal tarea la formulación de los indicadores y la medición de la línea de base para cada uno de esos programas. Es que había una genuina preocupación desde el principio de este nuevo proceso de que el plan fuera más medible.

El formato de la presentación de las Memorias Anuales, que al principio fue muy abierto, comenzó a dar cuenta de la estructura del Plan



MUESTRA PICTÓRICA. LA GALERÍA DE ARTE DEL HOSPITAL

La Galería de Arte del Hospital El Cruce se inauguró en diciembre de 2008, en conjunto con la Secretaría de Cultura y Educación de la Municipalidad de Florencio Varela.

Entre las muestras que se brindaron podemos destacar la de Arte Francés, en la que personas de la tercera edad del municipio exponen sus obras; o la 1ra y 2da Muestra de Artistas de la Región con pintura, vitral, mármol y fileteado. En esa ocasión, por primera vez, un trabajador expuso obras de su autoría y el médico y economista Rafael Kurtzbart (responsable del área de Evaluaciones Económicas del Hospital) mostró sus fotografías, tomadas durante 35 años de trabajo. Otras muestras destacadas fueron la de las artistas Teresa Lascano y Balbina Lightowler, denominadas «Ciudades» y «Bosques», evento organizado en conjunto con el Centro de Política y Territorio de la UNAJ.

Estratégico, los POAs comenzaron a reflejar los mismos programas que el PEH, así comenzaron a alinearse las distintas instancias de evaluación. En paralelo con la formulación de este plan, se desarrolló el tablero de mando integral, como una herramienta de seguimiento. Los ejes establecidos son: consolidación de la red, de la organización interna y del HEC como hospital universitario y de investigación. De estos tres ejes se desprendían trece programas.

El primer eje se refiere a la consolidación de la red, tiene que ver con todo aquello que no es exclusivamente de gobierno propio, sino que se debe compartir con otras instituciones. Precisamente el gobierno de la red es uno de los programas compartidos con toda la red. Aquí se pudo avanzar en la consolidación de grupos de trabajo o subredes que involucraron a todos los hospitales y secretarías de salud, con el logro de resultados específicos. A modo de ejemplo podemos mencionar a la subred de Gestión de Pacientes, que involucró a todas estas áreas (algunas fueron creadas especialmente), y en la que se pueden citar como logros, los acuerdos de derivaciones entre los servicios y

las mejoras en la gestión hacia el interior de cada hospital. Así los servicios extendieron la programación de turnos y las modalidades de gestión telefónica. Aún falta pero se avanzó bastante.

También se pudieron computar mejoras en el grupo de comando o gobierno de la red, integrado por secretarios de Salud y directores de Hospitales. Se avanzó en la explicitación y priorización de agendas y se articularon importantes proyectos. Uno de esos proyectos fue el de laboratorio en red, con la extracción descentralizada de muestras en los CAPS, el procesamiento analítico de esas muestras en el HEC y el envío de los informes por sistema, lo que permite la impresión y entrega en el CAPS. También se comenzó con la extensión del sistema de gestión hospitalaria del HEC a otros hospitales y secretarías de Salud y CAPS de la red.

El centro de referencia nacional, fue otro de los programas priorizados por el Plan en el ítem dedicado a la red. Ya era una realidad la presencia de más de un 30% de pacientes provenientes de otros lugares de nuestro país. Algunos servicios se destacaban por su capacidad de referencia y recibían derivaciones sobrepasando los límites de nuestro territorio. Esto llevó a pensar la red en un sentido más amplio y también a jerarquizar estos servicios, optimizando su capacidad de referencia asignándoles recursos priorizados para la investigación y docencia. Se definieron en este marco los siguientes servicios: neurociencias, oftalmología, cardiología y cirugía cardiovascular, hepatología, trasplantes y enfermedades poco frecuentes. En el caso de la gestión interna, la implementación de una gestión por procesos es el desafío que apela a nuestra capacidad para generar una nueva cultura del compromiso, el cambio y la mejora continua. Es hacia ese cambio que estará orientado el conjunto de nuestros incentivos. Buscamos una cultura de trabajo que nos haga protagonistas por nuestra conciencia alcanzada y por nuestros valores y creencias. Como resultado, la motivación a trabajar en equipo es la única manera de superar los problemas departamentales que requieren de un abordaje y de una visión conjunta de todos los trabajadores que se vean implicados por los diferentes problemas de la organización. Para esto se requiere un tipo de organización más horizontal.

Por eso la consolidación de lo desarrollado en el Primer Plan Estratégico es el desafío que se expresa en la apuesta estratégica conocida como: «Consolidación de la gestión interna». Un único programa denominado «motivación de los trabajadores», intenta expresar todos aquellos aspectos que tienen relación con lo motivacional y



EL LABORATORIO EN RED

El HEC implementó una red que une los centros de atención primaria con el laboratorio del Hospital para llevar a cabo los análisis y muestras de los pacientes. Para eso desarrolló un soporte informático denominado SIGEHOS, Sistema de Gestión de Pacientes. El primer nivel organiza la extracción y el transporte, el HEC devuelve los resultados por internet. Por ahora está en marcha con Varela y próximamente está funcionando con Almirante Brown. El mecanismo permitió duplicar la cantidad de muestras diarias que serán procesadas, brindando un procesamiento automático que da mayor seguridad y confiabilidad a las muestras de sangre porque utiliza códigos de barra para etiquetar y asegurar el traslado desde los CAPS; así se garantiza la trazabilidad de la muestra, además se puede acceder al reporte vía web desde los CAPS sin traslado del mismo en soporte papel reduciendo el tiempo de entrega. Alcanzamos una escala eficiente, reducimos costos y mejoramos la relación con los CAPS y con los pacientes. Pero sobre todo, la atención primaria soluciona un problema que se hacía pesado, por eso el proyecto ha representado una manera muy idónea de unir a los miembros de la red y estimular la mejora del vínculo.

tiene indicadores concretos para su evaluación, entre ellos los que se desprenden del análisis de las encuestas de clima laboral. Un grupo de mejora específico, con la participación de los trabajadores representantes de distintas áreas y las organizaciones gremiales, es el responsable de comandar y regular este programa. Aquí se agrupan diversas actividades y recursos como capacitación, incentivos (actualmente denominados reconocimiento de actividades estratégicas), propuestas de comunicación interna, financiamiento de pasantías y participación en actividades científicas académicas, entre otros.

En general lo que se observa en las organizaciones cuando maduran, es la consolidación de ciertos problemas sistémicos, que ya no son propiedad de un área en exclusiva. Esto genera la necesidad de

nuevos enfoques y políticas. La gestión por procesos es la que los propios trabajadores involucrados controlan el proceso en el que se desenvuelven, resulta ser una herramienta eficaz para la resolución de esos problemas.

Esta iniciativa de gestión por procesos forma parte de uno de los catorce programas contenidos en el Segundo Plan Estratégico. Poco a poco fueron confluyendo distintos grupos de trabajo organizados en función de algún problema sistémico. Así, por ejemplo, se organizaron grupos de proceso como la admisión o entrega de informes correspondientes a la gestión de pacientes, la admisión y la gestión de listas quirúrgicas, el desarrollo y gestión de la información clínica, entre otros. Los grupos de mejoras o gestión de proceso, se han autorregulado internamente, pero de alguna manera han estado propiciados y supervisados por la dirección. Debieron tener sus alcances y objetivos delimitados.

El caso de los equipos de mejora que intervinieron en la admisión y entrega de informes a los pacientes, han significado un claro ejemplo de la potencialidad del trabajo de estos equipos, de descentralización de decisiones y de utilización del talento que reside en los trabajadores. Ellos, que han sido los expertos por la cercanía a la vivencia del problema, propusieron medidas efectivas para la solución de algunos problemas y la mejora. Han trabajado sobre la gestión de las colas, el cambio del *layout* del área, la provisión de frutas como obsequio a los pacientes, la introducción de arreglos florales para mejorar el ambiente de trabajo, impresión de los informes en el *front desk*, entre otros. Estas propuestas, que en algunos casos han sido importantes innovaciones, fueron discutidas y apoyadas por la dirección.

En paralelo, el Hospital continuó ampliando los desarrollos informáticos. En muchos casos eran los propios equipos de mejoras los que completaban sus propuestas con cambios en los sistemas de información o a veces incluso con la incorporación de nuevos programas. Así se agregaron programas para la gestión de colas, se optimizó la historia clínica electrónica y todos sus registros, se cambiaron programas preexistentes como los Sistemas de Información Radiológica (RIS) y los Archivos de Imágenes y Sistema de Comunicación (PACS, por sus siglas en inglés Picture Archiving and Communications System), se incorporó tecnología RFID (Radio Frequency Identification) para seguimiento de equipos y pacientes, se completó la cobertura *wireless* de todo el Hospital y se comenzaron a utilizar tablets para algunos registros, consolidándose el sistema de despido automatizado de medicamentos, entre otros.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

La documentación médica o comúnmente llamada historia clínica, es revisada por los dos millones de pacientes del HEC a través de Internet desde el año 2013; el Hospital con esta medida da cumplimiento con las leyes 26.529 del 19 de noviembre del 2009 y la ley 25.506 de Firma Digital, del año 2001.

Recordemos que estas leyes definen a la historia clínica como el documento «obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.» Las normas dicen algo fundamental: que este documento es propiedad del paciente y el Hospital El Cruce comparte plenamente esa visión, facilitando su acceso.

El software permite verla rápido, puede contar con imágenes digitales, genera recordatorios de prácticas, conecta al cuerpo médico, facilita los trabajos estadísticos y científicos, se evitan las correcciones, raspaduras, agregados, evita el extravío. Y es un excelente inicio en el camino de la historia clínica única, que permitirá unir los diferentes tratamientos del paciente en un único sujeto. Algo fundamental para el enfoque de El Cruce.

Por otro lado, desde el año 2013 se puede acceder al Portal del Paciente, mediante el cual la dirección ejecutiva se propuso garantizar el acceso a la información clínica, ahorrando tiempo y esfuerzo. La idea central es cambiar «la imagen clásica» que todos tenemos de los hospitales: salas de espera repletas, llamadas telefónicas truncas, largas esperas para realizar consultas, etc. Este Portal deberá ir creciendo, ahorrando tiempo de todos, de usuarios, del personal, etc. Ingresando al sitio web del Hospital el Cruce, nos encontramos con el Portal antes nombrado, iniciativa inédita en el país que permite a los usuarios que hayan tenido algún proceso asistencial entrar y consultar resultados de las pruebas médicas que le hayan realizado, al igual que la historia clínica electrónica, utilizar el sistema

de gestión de opiniones de usuarios, y toda la información de las actividades culturales, recomendaciones de vida sana, calendario de vacunación, etc.

Una mención específica merece la opción «su opinión nos importa» en la que un formulario permite al paciente expresar sus opiniones acerca de la atención y realizar sugerencias desde sus experiencias durante la atención en el Hospital. Los pacientes advierten que allí se encuentran con la facilidad de acceder a la información sin tener que llamar por teléfono o ir hasta el Hospital para preguntar algo, sacar un turno o pedir un resumen de la historia clínica. No es perfecto, pero iremos mejorando.

Y últimamente se están desarrollando gracias a todo este soporte los ateneos *on line* que parecen tener gran acogida en muchos médicos de la red, que de otra manera no podrían acercarse al HEC a participar de ellos.

También en el marco de este Plan, la apuesta estratégica de hospital universitario y de investigación se fue consolidando con el trabajo conjunto con la UNAJ y el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Con la UNAJ se fue creando una relación estrecha con la actividad de pregrado, grado y posgrado. Se desarrollaron las carreras de Bioquímica, Enfermería, Kinesiología, tecnicatura en Emergencias; más recientemente Medicina, tecnicatura en Farmacia y tecnicatura en Gestión de Pacientes e Información Clínica; el primer posgrado aprobado y acreditado: Especialidad en Cardiología, y eso llevó a pensar en otros. También se inició una actividad de posgrado a través de diplomaturas, como la de gestión de CAPS o Gestión de Redes y otras. El Hospital participó con la cesión de aulas y espacio para construir un claustro, con la referenciación de docentes vinculados a la actividad asistencial o de investigación, con el centro de simulación. La investigación se consolidó con el comienzo del funcionamiento del CEMET y con la calificación para los PDI clínicos y el PBIT financiados por el MINCYT. También se creó la primera unidad ejecutora del CONICET en convenio con la UNAJ y el HEC, vinculada al área de neurociencias, con la radicación de científicos provenientes de otros centros. En los intendentes y los encargados de la gestión del HEC y la UNAJ, se fue consolidando la idea de integrar en forma más orgánica estas dos instituciones.

Este proceso nuevo, contenido en el Segundo Plan, recién comienza, estamos seguros dará sus frutos, que habrá problemas también, pero esta estrategia servirá para seguir creciendo.



LOS DESAFÍOS A FUTURO QUE SURGEN DE LA EXPERIENCIA

El conocimiento es el principal activo de las organizaciones de salud y se expresa fundamentalmente en la experticia colectiva y en la capacidad de la organización para favorecerla. La gestión del conocimiento en las organizaciones parece ser un concepto adecuado para mejorar el desarrollo, el atesoramiento y el flujo de ese recurso. Seguramente la investigación, la docencia y la gestión de la calidad, son aspectos que se inscriben en la matriz de ese desarrollo. Por ello es imprescindible la implementación de instrumentos que viabilicen estos procesos a la hora de pensar las estructuras organizativas, los sistemas de incentivos, las tecnologías de información y comunicación. De esta manera se podrán asignar recursos, jerarquizar actividades, cuando hablamos de estructura, o se podrán inducir y favorecer conductas cuando hablamos de incentivos.

A modo de ejemplo se pueden mencionar los mecanismos de ascensos y recategorizaciones previstos en la carrera sanitaria (tema este que aún requiere de una discusión interna), que puede incluir créditos para la formación y capacitación o para investigación.

Las redes de servicios de salud representan oportunidades para la integración de los subsectores en el territorio y la circulación de saberes. Es decir que desde esta hipótesis, aquello que históricamente ha sido difícil de integrar a nivel nacional, se podría lograr a nivel territorial regional. De nuestra experiencia con el PAMI y con algunas obras sociales surge que se puede lograr una sinergia entre financiamiento y prestación de servicios, que permite el logro de la inclusión a través de la accesibilidad a la cobertura sanitaria efectiva; también estas alianzas pueden dar lugar a nuevo conocimiento. Para ello es indudable que el financiamiento y la inversión en la oferta pública sumado a la gestión del conocimiento desde el interés público, se transforman en el músculo necesario para el logro de las buenas prácticas.

Es clave considerar a la red sin límites definidos y con distintos planos de abordaje, de manera tal que se puedan compartir recursos y objetivos con diversas organizaciones. Así, deben considerarse las experiencias asociativas con las universidades, los financiadores, organizaciones científicas, organismos privados, ONGs, y otros, de acuerdo a lo ejercitado o a lo potencialmente experimentable. Las posibilidades parecen no tener techo en la medida que se tengan claros los objetivos en el marco de una agenda estratégica de la red. Esta forma de trabajo implica también una nueva tipología de servicios de salud. Las nuevas tecnologías de información y comunicación

reducen los costos de operación. Favorecen la gestión descentralizada de distintas modalidades de atención, a través de la telemedicina o los sistemas de información hospitalaria. En ese sentido las imágenes y las pruebas de laboratorio son un fiel ejemplo de cómo los pacientes no necesitan trasladarse a los centros donde se realiza el proceso central de análisis y diagnóstico, y son las muestras y las imágenes digitales las que pueden ser trasladadas y tratadas en forma remota. También favorecen nuevas modalidades de atención como ambulatorialización de procesos, cuidados domiciliarios, hospital de día, angio intervencionismo, neuroradiocirugía e intervencionismo endoscópico entre otros, sumado a nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, implican nuevos y distintos servicios de salud. En general podríamos hablar de una menor utilización de camas hospitalarias, lo cual abre la posibilidad de nuevos espacios y nueva distribución de los mismos.

También las nuevas expectativas de los usuarios y los cambios culturales, inducen a las organizaciones de salud a introducir nuevas consideraciones para la distribución del espacio. Es así que bancos, centros comerciales, terminales de transporte, servicios en general, forman parte de la nueva tipología de hospitales. Los servicios de salud parecen haber dejado ese lugar de espacios exclusivos y separados del resto de las organizaciones sociales.

El cambio del perfil epidemiológico, con predominio de carga de enfermedad por patologías crónicas, requiere de cambios de enfoque en los servicios. Así se impone el seguimiento telemático y puesta en marcha de protocolos de actuación con el fin de lograr mejorar la contrarreferencia y también obtener mayor colaboración de los pacientes y mejor capacidad de prevención y respuesta ante las complicaciones de la enfermedad. En ese sentido, existen evidencias en el Reino Unido de disminución de hasta un 30% en la utilización de días-camas por parte de estos pacientes, después de aplicar estas modalidades de cuidados.

Por último y a modo de consideración final de lo que nos deja la experiencia en cuanto a los desafíos, se desliza la necesidad de políticas de salud que integren a los territorios. Se pueden considerar así a las políticas de financiamiento territorial, a la descentralización de los servicios sanitarios y de organizaciones de financiamiento como las obras sociales. Estas políticas deben poner en juego las posibilidades de los territorios, por lo que la inversión pública en alta complejidad en aquellos lugares donde es necesaria, puede generar *per se*, como en nuestro caso, las condiciones para una mayor integración.



Sería de gran ayuda poder contar con herramientas que apoyen a la coordinación, como podría ser el financiamiento de tecnoestructuras que estimulen el desarrollo de agendas estratégicas en los territorios y que financien aspectos claves como en nuestro caso: las TICs, la comunicación, la capacitación y la investigación.





TURNOS

nidos
Uinuinirutau
Allin hamusqa kapaychik
Peguahe porâ
Allin hamusqa kapaychik
Bienvenidos



L A S R E F L E X I O N E S S U R G I D A S D E L A E X P E R I E N C I A C O N C R E T A

En este capítulo nos proponemos retomar algunos puntos específicos que surgen de la experiencia y abordarlos en forma conceptual. Partimos del análisis del contexto general que vimos en los capítulos uno a tres; sabiendo cómo influye ese telón de fondo expusimos la experiencia concreta en el capítulo cuatro. En el conjunto sobresalieron temas macro que influyen en el territorio y en la micro de la gestión de la salud, que deben ser revistos a la luz de nuestro caso, el del HEC.

Se trata de revisar la descentralización, la estrategia de redes, las posibilidades organizativas en base a la autonomía hospitalaria, en primer lugar para establecer nuevos objetivos para nuestro Hospital y su red, además para aprovechar la experiencia como ejemplo, y tratar de replicarla como política.

LA DESCENTRALIZACIÓN EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

La descentralización y los problemas del contexto

La descentralización en su concepción amplia, al margen de los distintos enfoques posibles, le ha permitido al Hospital El Cruce, definir y ejecutar con mayor autonomía su estrategia. Sin embargo, el proceso se desarrolló en un contexto en que se intenta revertir el

impacto en la salud que generó la descentralización de la década de los noventa. Por eso vale realizar alguna reflexión al respecto.

Lo que caracteriza a esa etapa que comienza en la década del ochenta es el retiro del Estado y el ajuste, en contraposición, los municipios vieron aumentadas sus responsabilidades, pero sin fondos suficientes. Como vimos en los capítulos uno y dos, se generó un escenario por el cual el nivel local se constituyó –en condiciones no siempre propicias– en el espacio de construcción territorial estratégico para el desarrollo de las redes de salud (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012). La falta de coherencia entre la distribución de las responsabilidades de los distintos niveles de gobierno –nacional, provincial y municipal– y los recursos y capacidades, junto con la ausencia de un perfil prestacional claro, complicó aún más la transferencia. La presión que impuso el propio gobierno nacional para continuar con el proceso determinó la ausencia de mecanismos de coordinación, capacitación y la búsqueda de equidad, algo que debe preverse en un proceso tan complejo.

Las conclusiones a las que llega la bibliografía no liberal se mueven en este tema entre quienes sostienen que las transferencias se realizaron en contextos poco propicios con resultados pobres y aquellos que consideran que –sin desconocer los problemas– la transferencia de funciones al nivel local siempre es beneficiosa como un paso previo para una verdadera descentralización con autonomía, resaltando la búsqueda de legitimidad y la necesidad de acercar las decisiones políticas a la población. De todos modos, la situación fue dura.

La experiencia de la crisis del 2001 ahondó esta problemática y los municipios, ante el quiebre del Estado nacional y provincial, tuvieron que hacer frente en forma directa a las fuertes demandas sociales. Paradójicamente, los gobiernos locales aumentaban su capacidad institucional para atender problemas sociales sin modificar las reglas de juego ni mejorar demasiado sus recursos humanos.

Pero en estos últimos años, con una política nacional comprometida, los municipios se han ido fortaleciendo enormemente. De todos modos tienen aún límites legales para generar alternativas económicas o políticas que reviertan las falencias existentes y subsiste una gran diversidad producto de la coexistencia de unidades de órbitas variadas que operan en sus territorios. Los ámbitos locales se han ido constituyendo en espacios políticos-sanitarios estratégicos con actores dinámicos, lo que permite vislumbrar nuevas experiencias



de red como respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial.

En un contexto que sigue siendo difícil, las redes sanitarias territoriales deben lograr una mayor capacidad de trabajo, la cuestión de la descentralización es fundamental pero con fuerte presencia pública y en el marco de la red y de un hospital que debe ir cambiando.

Los enfoques de la descentralización: del dicho al hecho...

La descentralización es un tema vinculado a la reestructuración promercado del Estado llevada a cabo sobre todo en Europa en la década de los ochenta y en América Latina durante los noventa, luego de la crisis fiscal y en medio del ataque a las capacidades del sector público.

Su origen se encuentra en el neoinstitucionalismo, que parte de la base de que los gobiernos no adoptan estrategias socialmente óptimas. Por el contrario, se plantea que el Estado debe asegurar las condiciones de eficiencia y las metas de equidad decididas, limitadas, respetando las condiciones de la competencia para que los precios o ciertos sucedáneos funcionen como reguladores sociales. Se aconseja abrir la economía, desregular, generar incentivos para reemplazar el rol del Estado por acuerdos de agencia de índole privada. El resto de la economía y la sociedad mejora por el derrame (Narodowski, 2008).

Este enfoque inspiró al Consenso de Washington, y a los organismos internacionales: por un lado, el FMI definía las estructuras macroeconómicas eficientes, mientras que el Banco Mundial y el BID construían el marco institucional capaz de sostener esas transformaciones (Dávalos, 2010).

En esta etapa, conocida como reformas de primera generación (expresión acuñada por el Banco Mundial), aparece con fuerza la nueva gerencia pública, que incorporó recomendaciones micro, profundizando en las estrategias de la reestructuración y reducción del aparato estatal, con un foco en la disminución de las plantas de personal del sector público.

La descentralización se ve en este discurso de los organismos internacionales y de los gobiernos, como un modo de gerencia eficiente en las áreas que siguen estando en la órbita estatal, que no pueden privatizarse. En el discurso, mejoraría la relación de los gobiernos y la demanda, una opción que ofrecía alguna similitud con el libre mercado, produciendo «compradores» (ciudadanos) y «vendedores»

(autoridades descentralizadas), se abriría paso así a la competencia entre distintos proveedores públicos –y en algunos casos privados u organizaciones de la sociedad civil– mejorando la eficiencia (Banco Mundial, 1993). Esto permitiría mejorar la relación entre los bienes públicos que produce el Estado en el nivel local y las preferencias de la población, cuestión aplicable en el sector de la salud (Vilas, 2003). Dentro del debate incluso la socialdemocracia europea propone mecanismos similares diferenciándose por la implementación de una política más gradual con participación popular. Para muchos críticos fue una manera más sutil de aplicar políticas idénticas.

En América Latina el discurso tuvo entre sus principales exponentes a la CEPAL y a uno de sus organismos: el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). En los documentos de la época se retorna la idea de que la descentralización produce una distribución diferente de poder, el receptor social se adecúa al poder cedido por el Estado haciendo más fuertes los lazos entre este y la sociedad que amplía los derechos ciudadanos, generándose un supuesto círculo virtuoso de desarrollo. Para Boisier (1997), el cambio social se produciría con la coordinación en red de la sociedad civil, más allá de la coordinación política o de mercado. Se resalta la descentralización haciendo hincapié en la gobernabilidad, a partir de la flexibilidad y mayor dinamismo que genera y mediante el desarrollo de nichos de competitividad locales gracias a la supuesta nueva autonomía de la que disfruta la sociedad civil. Pero en la práctica, el círculo se reveló vicioso, las estructuras político-institucionales locales no lograron la autonomía deseada; los actores y los gobiernos locales no contaron con capacidades suficientes y los fondos transferidos no alcanzaban; las ONG han sido frecuentemente cooptadas por los viejos mecanismos. La crítica principal a estas perspectivas de análisis gira en torno a las falencias para comprender el origen y evolución de las instituciones como manifestación de relaciones que entrañan poder y conflicto, atadas en general a problemas estructurales del desarrollo y con una sociedad civil débil, resultado de relaciones jerárquicas que ponen en duda la propia democracia participativa y la gobernabilidad (Vergara, 2004).

Estas cuestiones se pueden visualizar como ya vimos en los capítulos uno y dos de este libro en el sector de la salud, cuando la descentralización (fundamentalmente las transferencias de servicios) sirvió como modo de hacer el ajuste y en paralelo para ampliar el campo



de negocios del subsistema privado (arancelamiento, tercerización). Esa política repercutió negativamente sobre la capacidad del subsistema público de brindar cobertura de calidad a los sectores populares, lo que redundó en el fortalecimiento del subsistema privado. Lo hemos visto en el capítulo tres, y eso que en esta década el esfuerzo fue enorme.

En paralelo, no solo el Estado nacional vio reducida su responsabilidad en la prestación del servicio - visión contraria a los ideales de Carrillo - sino que además profundizó la crisis de los municipios para llevar adelante estas tareas debido a la falta de recursos económicos y otras capacidades. Como ya se dijo, la descentralización fue un mero artilugio para facilitar el ajuste macroeconómico en el nivel central, no para fortalecer la participación política a nivel local ni para promover un desarrollo territorial.

Un gobierno popular partirá de otro compromiso, otra concepción del rol del Estado y de otra relación con el gasto. Por eso desde nuestra visión es primordial contar con la capacidad financiera y de dirección estratégica del gobierno nacional y provincial, para eliminar la fragmentación producto de las políticas neoinstitucionalistas y producir un modelo integrado. En ese contexto, se debe empoderar a los sectores populares más dinámicos y comprometidos con la gente y los procesos innovadores, a escala nacional, provincial y territorial, dentro de un modelo de desarrollo basado en el consumo y en la confianza en la intervención estatal, que vaya removiendo problemas estructurales y generando un sistema regulatorio que dé poder al subsistema público en una fuerte alianza con los subsistemas más dinámicos de la oferta de salud.

En lo que hace a la gestión: se requiere de una estrategia basada en las redes integradas por los gobiernos y otros entes locales y con autonomía de los consejos y directores de los hospitales, respaldados por un cuerpo regulatorio meritocrático. Lo local adquirirá otra dimensión, pero esto solo es posible con políticas inclusivas en los tres niveles de gobierno. La autonomía entendida como la capacidad de gestionar de los hospitales dentro de la red, no fuera de ella. Y esta última como lugar de la coordinación de las unidades de gestión, con mayor capacidad financiera y administrativa.

LA RED COMO RESPUESTA A LA DESCENTRALIZACIÓN NEOINSTITUCIONALISTA

Las redes voluntaristas de los enfoques actuales y en nuestro enfoque

En los últimos años han surgido y cobrado importancia los modelos de planificación de las redes de salud, que ponen el acento en el intento de ordenar institucionalmente la oferta y también la demanda. Se basan en la idea de que hay que generar instituciones de calidad, que eso requiere de la planificación estatal en el nivel del gobierno (como vimos, local) para la generación de un contexto competitivo. Estos planteos parecen inspirados en el debate sobre descentralización y sociedad civil que abordamos en las páginas precedentes y también retoma el aporte del evolucionismo, el enfoque económico que más claramente plantea la idea de las redes organizacionales como relaciones no jerarquizadas donde se comparten objetivos comunes entre varios actores, con intercambio de recursos entre sí (Narodowski, 2008). En este contexto teórico, las ventajas de la red se encuentran en la capacidad de aprendizaje, en el funcionamiento de canales de difusión de conocimiento, en la creación de vínculos diversificados entre los nodos (Vilaça Mendes, 2013).

El autor citado realiza un importante relevamiento que nos resultó muy útil para este debate afirmando que cuando estos estudios plantean los problemas a abordar surge la dificultad para una gestión coordinada, la exclusión de actores sociales, la fragilidad de los criterios de participación, así como las cuestiones técnicas vinculadas a la planificación, etc. Menciona a Podolny y Page (1998); Byrnes, Rasmussen, Steinhorn, Connelly, Myers, Lynch, Flannery Austin, Holmes, Strong y Mulvihill (1998); Enthoven (1999); Wan, Blossom, Lin, y Ma (2002); Fleury y Ouverney (2007); Organización Panamericana de la Salud (2010); Molina y Maya Jariego (2010). Se mencionan las experiencias de la década de los noventa en los países europeos y en Estados Unidos con énfasis en soluciones técnicas referidas a la atención hospitalaria, la subcontratación de servicios de apoyo, la reingeniería de procesos, los programas de calidad y los contratos internos, la institucionalización de nuevos puntos de atención como la atención domiciliaria, los centros de enfermería, los hospitales/día y los centros de asistencia social. Cita a Edwards, McKee, Healy, y Harrison (1998) y Erskine (2006).

Son ejemplos interesantes pero desarrollados en contextos muy diversos, difíciles de replicar. Da como ejemplos a Leat, Baker, Hal-



version, y Aird (1996); Girard (1999); Suñol, Abelló, Saura, y Sanz (1999); Micaleff (2000); Hildebrandt y Rippman (2001); Warner (2001); Giovanella (2004); Fernández, (2004); Bengoa (2008).

Y no debemos olvidar que de todos modos, esos sistemas siguen poco integrados (Vargas, Vázquez, Cordech, Colomé, y Vallribera, 2007) y los efectos de las políticas desregulatorias no han sido resueltos con estos mecanismos; en este sentido puede ser considerado un simple diversivo; esto nos parece, sobre todo, cuando leemos trabajos sobre América Latina (Ministerio de Salud de Perú, 1999; Lavandenz, Schab, y Straatman, 2001; Cajigas, 2003; Vázquez y Vargas, 2006).

En síntesis, el enfoque aborda el tema central de la planificación de las redes, con un rol del Estado en términos de promoción de la calidad institucional, la innovación, etc., pero se ven interpretaciones simplistas y voluntaristas, ingenuas, que desconocen las asimetrías de poder y las jerarquías, donde se aborda pobremente la cuestión de los problemas estructurales –entre ellos naturalmente los del sistema de salud– de los países periféricos.

Si bien como vimos, el concepto sistémico de redes, y sus aplicaciones en salud, ha cobrado centralidad, hay muchos puntos de vista. Nosotros hemos elegido ubicarnos en el marco de la teoría de la complejidad, a fin de reflejar la diversidad que coexiste en el sistema y fundamentalmente las interacciones internas entre sus componentes (Morín 1990, 2003; Narodowski, 2008).

El punto de partida es la distinción entre sistema y entorno. Los sistemas están orientados al entorno y la existencia de los primeros depende de la diferenciación con el segundo. La complejidad es la cantidad de posibilidades de elección del sistema y el gobierno de esas posibilidades. Debe saberse que no todos ellos tienen la misma complejidad por eso hay jerarquías, pero estas se determinan endógenamente. La existencia de múltiples soluciones explica la presencia de nuevos ordenes que se alejan del orden del punto de partida (Prigogine, 1997).

Estos conceptos dan cuenta de la fecundidad del paradigma de la complejidad, como aporte al modelo de redes, porque nos posibilita pensarlas como estructuras que se despliegan, configuran y reconfiguran en múltiples escenarios y entrecruzamientos inherentes a los procesos concretos de la sociedad y de la historia. Así se define el campo sanitario (Almeida-Filho, Silva Paim, 1999; Samaja, 2005). También el concepto de rizoma permite desarrollar analogías respecto a las redes de salud. El término proviene de la botánica y hace

referencia a un tipo de tallo horizontal que tiene la característica de producir raíces y a su vez, éstas producen otras, generando así un entramado conectado propio de la red que se intenta implementar. En la teoría filosófica de Deleuze y Guattari (1977), un rizoma es un modelo epistemológico articulado según los principios de conexión y heterogeneidad, y en este sentido, cualquier punto del rizoma puede vincularse a otro, ya que su dinámica remite a la multiplicidad (Díaz, 2007). Y como sucede en el enfoque de la complejidad, el planteo supone autonomía a través del «principio de cartografía», que establece que un rizoma se caracteriza por tener siempre múltiples entradas, en donde cada núcleo produce su significado (su identidad, su rol) y a la vez resignifica al conjunto. Finalmente el modelo garantiza la búsqueda de distintas soluciones. Se trata del «principio de ruptura asignificante», el cual postula que un rizoma puede ser roto, interrumpido en cualquier parte, pero siempre recomienza sin perder la totalidad ni la dinámica del conjunto.

Pensar a la redes en salud desde esta propuesta sistémica y/o rizomática, nos remite a la construcción histórica y territorial de sus modos de organización. Desde una mirada analógica, las redes, como el rizoma, expresan su diversidad de necesidades del territorio y proponen respuestas para sus prioridades, cada parte es el todo y en el todo da cuenta de las partes, en la multiplicidad está la unidad, como plantean sus teóricos (Klijin, 1998).

La relación está dada por las vinculaciones que se establecen entre los actores individuales y colectivos, y que conforman el entramado que sustenta cada nodo de la red y a la vez el mapa complejo de las relaciones que la configuran. El Estado es parte de estas interacciones y su rol será consecuencia de ellas. Los diversos niveles de gobiernos son parte de esta lógica, la reflejan pero a la vez presionan, intervienen, condicionan, impulsan. La red se monta en articulaciones y vínculos preexistentes, a veces contradictorios, el hacedor de política debe descubrir las redes y reconocer su preexistencia, plantear sobre los senderos transitados, los ejes organizadores de la tarea redefiniendo relaciones, según el modelo que intentemos imponer desde nuestros propios intereses y perspectivas (Dabas y Perrone, 1999). Esto significa el rechazo de los enfoques y las prácticas «tecnocráticas», incluso voluntaristas que despojan a los actores (decisores, profesionales, investigadores, ciudadanos) de su visión de la salud, y sobre todo de sus intereses.



La suerte del sistema va a depender de los recursos públicos y privados instalados: disponibilidades asistenciales y tecnológicas de las instituciones de la red, prestaciones y especializaciones y niveles de atención según complejidades, pero también y fundamentalmente, del poder de los diferentes intereses, de cuya lógica también depende endógenamente el gobierno local, esa es la clave del rumbo del sistema.

Pero nuestro enfoque significa un posicionamiento dentro de los complejos intereses en pugna. Por eso nos paramos desde una estrategia inscripta dentro de un modelo político sanitario integrado e integrador (de los derechos a la salud, de los servicios, de los procesos de atención), compatible con los intereses populares y como resultado del conocimiento colectivamente producido en función de dichos intereses. En este sentido el concepto de red es fundamental para coordinar los tres niveles de gobierno. De este modo el territorio se organiza con acuerdos y con autonomía. Luego veremos que esto requiere de un nuevo esquema de financiamiento

Con esto se busca hacer frente al modelo fragmentado de la atención de salud, de la etapa de desregulación, que convalidó graves diferenciales de poder, y el olvido de los sectores vulnerables. La red propuesta busca valorizar los actores dinámicos y comprometidos dentro del sector público y del campo popular y dotarlos de mayor poder para lograr una negociación equilibrada. En paralelo busca empoderar al paciente.

La política y la red

En nuestra concepción respecto a la red, y para el caso particular de los temas sanitarios, el rol de las decisiones políticas es fundamental en un marco de puja de intereses, contra aquellos que sostienen que la conformación de una red solo responde a aspectos técnicos (véase OMS, 2008b y 2008c).

El problema es que los dirigentes políticos tienen incorporada la cuestión sanitaria en un formato tradicional, muy centrado en la óptica médico-paciente. Esto lo hemos visto a lo largo de la historia sanitaria del país, como repasamos en el primer capítulo. En este sentido, quienes animamos por el sanitarismo en Argentina, inclusive naturalmente el equipo fundacional del Hospital, teníamos y aún tenemos el desafío de renovar la discusión sobre las cuestiones de salud pública al interior de la dirigencia política para que se incorporen nuevas dimensiones y nuevas posibilidades de acción.

Obviamente si queremos que aparezcan las regulaciones que deben tutelar estos procesos, el apoyo político es clave.

Pero debe quedar claro que en un enfoque sistémico, la política es el fruto de la acumulación en una determinada dirección. Probablemente los procesos vividos en Argentina desde el 2001 generaron la oportunidad de desarrollar este proyecto. Y en este caso, hubo decisión y acción política; no hubo excusa para no llevar adelante un hospital de excelencia. Era cuestión de aprovechar ese proceso y avanzar con sentido innovador.

Por eso la red propuesta responde al sentido de la integración, el dinamismo y el compromiso, esto significa pugnar por una acumulación institucional que vaya en esa dirección, resolviendo los conflictos de intereses en ese marco, con patrones estables de interrelaciones con una direccionalidad definida (Vilaça Mendes, 2013).

Como vimos, la red de hospitales que integra el HEC está asentada sobre un acuerdo político importante: cuatro intendentes de la zona –Florencio Varela; Berazategui; Quilmes; Almirante Brown– se coordinaron entre sí para construirla y para que El Cruce sea el nodo de alta complejidad de esa red. Otro de los determinantes contextuales para la creación de El Cruce fue la voluntad del entonces presidente Néstor Kirchner que prometió la obra al inicio de su gobierno, en el año 2003 y la entregó antes de cumplir el mandato en 2007. Lo mismo, la voluntad de la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, quien ni bien asumió comenzó a financiar el Hospital y el Ministerio de Salud de la Nación asistiendo el día a día del Hospital permanentemente con nuevas inversiones. El gobierno de Daniel Scioli y el ministro de Salud Doctor Alejandro Collia junto al jefe de la Región Sanitaria VI, Doctor Vicente Ierassi, han sido puntales en el lanzamiento y sostenimiento de la institución. En el nivel local, fue de suma importancia el empuje del intendente de Florencio Varela, el apoyo de los otros jefes comunales y la participación constante de los secretarios de salud municipales. El gobierno promovió así el ejercicio de un derecho en función de una necesidad evidente que había en la región, la accesibilidad de la salud en el territorio.

Es que la política –a través de la vinculación de los tres niveles de gobierno– fue el subsistema principal en la conformación de la red. Desde allí hubo una capacidad fuerte para lograr consenso primero con los hospitales, y poco a poco se fueron incorporando también los secretarios de Salud de los cuatro municipios. Este impulso de los gobiernos locales sirvió para lograr una interacción tal que ha



facilitado que hoy el primer nivel de atención esté cada vez más integrado, al menos en los niveles jerárquicos, lo que se traduce en concreto en la posibilidad de atender a ciudadanos con determinadas patologías que de no haber existido la red, no se sabe qué suerte hubiesen corrido con su salud o, incluso, con sus propias vidas. Un paso que hay que dar es la profundización de estos vínculos en todos los subsistemas, fundamentalmente por especialidades.

En este sentido, resulta difícil pasar del nivel de la política al nivel profesional, no se logra aún que la red se autocordine en un multi-nivel, ya que el Hospital El Cruce tiene referencia nacional-provincial; los hospitales que conforman la red son todos provinciales al igual, por supuesto, que la propia Región Sanitaria VI; y el primer nivel de atención tiene una dependencia municipal.

También debe tenerse en cuenta que El Cruce es una fuente de asimetrías que fortalece por un lado pero conspira por el otro. Hay diferenciales de poder (prestigio, presupuesto, etc.) y problemas de comunicación entre servicios. A modo de ejemplo, la especialidad de pediatría avanzó rápidamente, mientras que el sector de cardiología tuvo un avance más lento, hasta que finalmente se enlazaron los cardiólogos de los distintos hospitales para conformar la subred. El caso de neurocirugía constituye una complejidad mayor. Traumatología también avanzó de manera sólida. Sin embargo, el crecimiento de las subredes es dispar porque las especialidades tienen realidades diferentes.

Finalmente importa decir que hay poca relación con el sector privado, pero la que hay es positiva, ya que se enmarca en torno a casos particulares sobre los que hay que coordinar acciones.

Como se ha contado en el cuarto capítulo, no se han podido formalizar los vínculos tal vez debido a la falta de una norma general. Coinciden instituciones nacionales, provinciales y municipales, y recién ahora hay una coordinación de la red; se trabaja todavía con voluntad a partir de la necesidad de sus propios nodos. Los acuerdos son muchos y la relación es sólida, pero hay que minimizar las diferencias objetivas con el crecimiento de los miembros más débiles, y pasar a una coordinación más formal de autocordinación y multi-nivel. Este paso permitiría ir a un modelo más real de planificación.

La valorización de la heterogeneidad y la identidad de la red

Esa estrategia debe priorizar como ya se dijo, la disminución de las asimetrías que pueden conspirar contra el buen funcionamiento

de la red o su desintegración parcial. Y luego surge la valorización de la heterogeneidad sistémica. Es importante recalcar que los subsistemas tienen diversas funciones y que la interacción real debe permitir un cierto «orden» pero no en un juego de suma cero en cada operación. Esto quiere decir que en cuanto al modelo de referencia y contrareferencia no corresponde entonces entender la cuestión con un sentido transaccional «te lo mando, te lo devuelvo». Hay que pensar que ese usuario está dentro de una red de atención sanitaria, en donde entra en juego el concepto de gestión del paciente en red y que así crecen todos los miembros de la misma. Solo así se puede lograr que el paciente se sienta igual cuando está en el primer nivel de atención y cuando está en el Hospital El Cruce. Y eso se logra con un cambio identitario general.

Esta es una discusión apenas incipiente. Hay que trabajar al menos en dos vertientes: sobre los hábitos culturales de los propios trabajadores de los nodos de la red y sobre la comunidad. La tarea en el primer caso es difícil porque ninguno de los participantes ha estado formado en sistemas cooperativos de gestión, sino en sistemas que han sido competitivos entre sí o tan autónomos que resultan indiferentes de lo que pasa con otras instituciones. Entonces, mientras que el conjunto no se considere parte de una red, será difícil pedirle al usuario, al paciente, que él se sienta parte. Sin dudas uno de los desafíos importantes es crear una comunidad sanitaria entre el personal de todos los nodos.

La otra vertiente sobre la que hay que trabajar es la propia comunidad. Si se logra incidir en el sentido comunitario y que la población advierta que hay una red en salud, ese clima general indudablemente impactará muros adentro de las propias instituciones.

La alta complejidad como construcción sistémica

El paso sucesivo es aplicar lo dicho sobre la heterogeneidad a una red de alta complejidad. La idea nos remite a un conjunto de subsistemas, algunos de los cuales realizan actividades en las que prima la incorporación de conocimiento y la capacidad reflexiva, siendo los límites muy difíciles de definir. Sobre todo en esta especie de reinención de los sistemas sanitarios: el hospital que pierde sus características de planta multiproducto, que a la cura tradicional ambulatoria y las intervenciones quirúrgicas normales, le suma la necesidad de profundizar en la subjetividad del paciente y de mejorar los vínculos con él; el auge de los esquemas preventivos,



a veces complejos, el potente sistema de diagnósticos y los consecuentes procesos de mantenimiento, las nuevas especialidades y el delicado límite con la medicina popular o alternativa; la creciente especificidad y las contraindicaciones de los medicamentos, la cirugía ambulatoria, el nuevo enfoque sobre urgencias y emergencias, etc. Finalmente los nuevos sistemas de proyección económica que permiten decidir sobre la inversión a veces tan costosa.

En lo estrictamente médico debe tenerse en cuenta que como repasamos a lo largo del libro, surge con fuerza la cuestión de la condición crónica. Para Vilaça Mendes (2013) se da una doble fragmentación del sistema de salud: una propia del sistema - profundizada por las políticas de los noventa - y otra referida a la incapacidad de resolver el dilema mencionado.

La nueva importancia de estas enfermedades, que surge claramente para nuestro contexto del capítulo tres, modifica antes que nada la vida de las personas, y además la forma de encarar la relación con la enfermedad por parte del sistema de salud. Se trata de enfrentar enfermedades largas y que pueden ser permanentes, requieren la atención continua y un gasto en medicamentos mucho mayor, extendido en el tiempo y que es el nicho de los laboratorios.

En el mediano plazo debería ir cambiando la estructura misma del sistema. Según los autores que estamos citando, los modelos fragmentados se siguen concentrando en la atención de agudas por su planteo general y porque son el resultado caótico de las capas históricas de los sistemas de salud, que primero atendieron infecciosas y luego agudas (Ham, 1997). Los sistemas integrados apuntan por su propia concepción a enfrentas las condiciones crónicas.

El problema central es que las condiciones crónicas tienen una estrecha relación con la pobreza en un círculo vicioso de difícil solución (Vilaça Mendes, 2013). Es por ello que además de la necesidad de ir hacia un sistema integrado de salud, este debe ser reformado para enfocarse en las condiciones crónicas. La introducción de las redes con fuerte presencia estatal como propuesta alternativa a la descentralización neoinstitucionalista suscitada en los noventa, y con alto nivel de complejidad busca hacer frente a los sistemas fragmentados. No es fácil pero es la única posibilidad de tener una estrategia para los tiempos que corren. Todo lo que venimos planteando va en esa dirección, pero es difícil concentrarse en este tipo de estrategias ya sea por la presión de la coyuntura, la falta de recursos humanos, etc.

A modo de ejemplo, la microcirugía de mano, puede definirse como un servicio de mediana complejidad; incluso posee la característica de ser una cirugía ambulatoria donde el paciente ingresa y se retira a su casa en el mismo día de realizada la intervención. Sin embargo, es difícil de encontrar un médico especializado en este tipo de cirugías, lo que explica que esté considerada de mayor complejidad, debido a la ausencia del recurso humano necesario.

Otro ejemplo que permite graficar lo que aquí se expone, refiere a las patologías de gastroenterología o endoscopía, que en varias partes del mundo no se consideran actividades de alta complejidad, sin embargo, la falta de los aparatos necesarios en buen estado las convierte en procesos complejos. Y ni que hablar de los tratamientos psicológicos requeridos en enfermedades terminales.

En el marco del análisis de la complejidad, más bien lo que sucede es que el concepto queda indeterminado y lo que sobresale es un proceso de nuevas especializaciones dentro de la red, con diferentes complejidades, no siempre jerárquicas. Cada subsistema va definiendo sus incumbencias de acuerdo a necesidades, trayectorias, presupuestos, para balancear el poder en la red. Luego cada uno va tratando de dotar su trayectoria de mayor complejidad, defendiendo su rol y fortaleciéndolo. El tema central entonces es la capacidad de coordinación entre especializaciones, entre el corto y el largo plazo, la coyuntura y lo estructural, y también la capacidad de comunicar estas diferencias y ayudar a la gente a comprender esta lógica en un proceso coevolutivo. Como vimos, esto se relaciona con un sistema integrado de salud capacitado para hacer frente a las condiciones crónicas que tanto afectan a la población, no solo en Argentina, sino a nivel mundial. Solo con un Estado que garantice el fin de las inequidades del sistema y una estrategia en red, con una participación de médicos, pacientes y hospitales puede permitir llevar adelante la transformación necesaria.

Por eso el Hospital El Cruce ha ido redefiniendo –y lo seguirá haciendo continuamente– el concepto en su propio desarrollo con los demás integrantes de la red. Es que, como vimos, en los primeros años de funcionamiento se verificaron algunos excesos por la preocupación institucional de darle volumen a la institución, lo que llevó a atender patologías que no formarían parte luego de la rutina. Estos desbordes se relacionan también con la demanda, ¿cómo la gente iba a percibir que semejante edificio no atendiera la demanda espontánea de todos?



El plan comunicacional implementado con las instituciones representativas de la comunidad entre las cuales se encontraban sociedades de fomento, locales de partidos políticos, sindicatos y agrupaciones gremiales, organizaciones no gubernamentales, establecimientos religiosos, etc., dio resultado y a varios años del inicio se puede afirmar que la comunidad entendió y defiende el modelo de la red y de El Cruce en particular. Este último nunca ha tenido un desborde, una manifestación pública de sectores de la población en situación de queja por ser un hospital de alta complejidad.

Hoy se ha logrado apuntalar las especialidades en las que se conjuga una alta demanda potencial y un vacío pre-existente. Hoy se está planteando la constitución de institutos nacionales de referencia en las cuestiones cardiovascular, hepatología, neurociencias y neurocirugía y oftalmología.

Coevolutivamente hay un fortalecimiento de los niveles de atención primaria a nivel municipal y una mejora importante en el funcionamiento del resto de los hospitales. Aún se debe avanzar en el reequilibrio de la red vía nuevas especializaciones en otros nodos.

LOS MECANISMOS MICRO

La red se verifica en el sentido que se identifica a sí misma y a los miembros, algo que no está completamente logrado; pero además se realiza en la estructura micro que la produce y que produce, para lograr los objetivos para los que fue constituida. Los párrafos sucesivos intentan abordar algunos temas típicos de la gestión micro, siempre en función de la reflexión que genera nuestra experiencia.

La institución como mensaje comunicacional

Como vimos en el capítulo cuatro y en párrafos precedentes, la comunicación fue central desde el inicio del Hospital El Cruce. Cada acto de la dirección era y es considerado un hecho comunicacional. En lo que hace a la estética del lugar, el ingreso, y los pasillos se presentan como austeridad y aseo. La recepción hoy se organiza con escritorios modulares en los que se recibe al paciente que viene de la calle. Los consultorios están planteados para estimular la relación entre médico y paciente. También se presta especial atención el comedor donde se encuentra todo el personal al mediodía, como un espacio de comunicación interpersonal. Los jardines internos están tan cuidados como el resto. Todo se corona con una gráfica particular, que coincide con la propia página web, cada vez más visitada y

con la revista propia. En todos los espacios, se hace hincapié en las campañas preventivas, tan importantes en la reducción de riesgos. Es el propio equipo de comunicación quien también se encarga de la organización de campañas y eventos llevados a cabo por las subespecialidades de la red.

Este planteo comunicacional inicial es compatible con las cuestiones que se están planteando a nivel mundial. En muchos países se están implementando modelos donde se beneficia la interacción entre los médicos, el personal del establecimiento y los pacientes al mismo tiempo y los resultados muestran que se mejora enormemente el proceso (Coe, 1998). Muchos países han aplicado con éxito la comunicación en salud para lograr una cobertura elevada de vacunación y alcanzar otras metas de salud pública.

Claro que de la experiencia surgen inquietudes, por un lado la necesidad de profundizar algo más en el significado de la comunicación (en general se la ha abordado alrededor del contenido de la eficiencia y de la profesionalidad); y el respeto por el usuario. Queda pendiente, como en el debate más global, la discusión sobre el origen y el contenido del mensaje y su relación con el contexto nacional y territorial. Estos temas son abordados por las actuales teorías sobre comunicación en la salud, en todos los casos obviamente se basan en supuestos sobre relaciones humanas, sujeto y poder. Más aún en los últimos años con la irrupción del enfoque sistémico y del posestructuralismo.

Además hay que estar atentos para aprovechar estos instrumentos y jerarquizar a todos los actores de la red y transformarlos a todos –dirección, personal, usuarios, instituciones– en emisores y receptores, para lograr una negociación inteligente que redunde en el fortalecimiento de la identidad del sistema, los subsistemas y los miembros.

Debe quedar claro que la comunicación en todos los niveles –masiva, comunitaria e interpersonal– juega un papel importante en la difusión de información útil pero también en la naturalización de valores y normas sociales; un proceso complejo muy relacionado con los proyectos políticos y de gestión, con intereses y con ganadores y perdedores (Aarva, Haes y Visser, 1997).

En este espacio se dirime la política de salud, ya que ese sistema de relaciones y subjetividades va a impactar en la relación de los usuarios con el sistema, adherencia a regímenes, uso de fármacos, el tipo de campañas de prevención, etc. En los hospitales, en los centros



de salud se presentan textos colmados de significados y representaciones: las paredes, los carteles, los espacios, las conversaciones, los uniformes. Todo comunica con un orden marcado por ese mensaje que se quiere generar, con un fin que no es inocuo; Poccioni (2006) plantea en ese sentido la existencia de una especie de tradición en la que cada servicio define su mensaje, entre otras cuestiones, con el agravante de la falta de trabajo en conjunto. Para la autora se debe generar un ambiente participativo, sin el temor a represalias por parte de los pacientes, en el que la comunicación juega un papel central. Por eso se trata de revertir esta situación y priorizar el modelo de salud junto a la comunicación como un mismo proceso. Desde nuestro enfoque, parece razonable pensar en paradigmas que pugnan por el empoderamiento de los sectores populares, en medio de otros tantos mensajes que intenta cada subsistema, en pos de naturalizar el modelo que le conviene. Aquí se planteará la necesidad de imponer una identidad profesional, comprometida, no jerárquica, integradora y popular, pero con respeto de otras voces de la red y con el fin de lograr una coevolución hacia esa participación que se realice en función de los objetivos antes planteados.

La escala

Ya en un nivel muy operativo, la micro de las redes debe ser pensada con la necesidad de compatibilizar criterios de escala y buenas prácticas, con la capacidad de organización en función del paciente. La tecnología convalida esta estrategia, no la produce.

En la actualidad se concibe este proceso desde la admisión centralizada en cada hospital de la red, lo que permite asegurar la coordinación de la distribución de los pacientes maximizando el uso de la capacidad instalada y minimizando costos de todo tipo. Se trata de establecer un comando centralizado que regule todo el flujo de pacientes con un registro completo de los datos y de su movimiento, la evaluación de lo sucedido, y finalmente la generación de información para mejorar la atención, el vínculo y para llevar adelante la investigación traslacional, sin importar la modalidad de atención que reciba, con el fin de facilitar una accesibilidad sencilla y ágil sobre criterios de equidad y eficacia.

En ese contexto de una admisión coordinada, debe haber un eje puesto en el incremento de la actividad de los centros del primer nivel de atención, que además, siguiendo el criterio de descentralización,

debería estar lejos de los lugares de internación para evitar contagios y con un rol central del primer contacto del paciente con la red.

Lo mismo sucede con la organización de los servicios auxiliares (radiología, ecografía, tomografía, resonancia, laboratorio, hemoterapia y farmacia), de tal manera que sea factible su uso para aquellos pacientes provenientes de consultorios externos y por las personas que se encuentran internadas en toda la red, de un modo coordinado. Y también por motivos de escala y para que no haya duplicaciones, siempre con la intención de agilizar el proceso y favorecer a una utilización adecuada y eficiente de los recursos, se tiende a la centralización de los quirófanos.

Estos objetivos han sido buscados por el HEC y logrados solo en parte. Es en la escala donde se requiere del re-equilibrio de toda la red y de cada hospital. Si no se avanza en este proceso, seguirá habiendo problemas en el buen uso de la capacidad instalada de toda la región. Mientras esto se está escribiendo se inicia un proyecto del HEC con el apoyo del Ministerio de Economía y la asistencia técnica del Consejo Federal de Inversiones que busca analizar y comenzar a ejecutar una estrategia para avanzar en este sentido.

El modelo de atención como organizador

A fin de sostener y completar la comunidad de la que se viene hablando, uno de los desafíos más importantes que se plantearon previo al lanzamiento del HEC, era la de ubicar a los sectores populares que son los destinatarios del servicio, en el centro de la escena de todo el andamiaje institucional. En este sentido ha sido determinante la creación del área de gestión de pacientes como la médula que atraviesa todo el Hospital y condiciona su estrategia organizativa. No es posible encontrar muchas experiencias, tal vez como vimos debido al ajuste que se vivía por entonces.

La idea general era similar a la que proponemos en el Hospital: se conciben las relaciones entre los servicios en tanto nodos interdependientes y sin jerarquías, pero con el paciente como objetivo y en interrelación con él.

El modelo se contrapone al enfoque tradicional (Vilaça Mendes, 2013). Este autor muestra diversos resultados: un trabajo de Braddock, Kelly, Edwards, Hasenberg, Laidley, y Levinson (1999) mostraba en 1.000 casos que los usuarios participaban de las decisiones clínicas solo en un 9%; otro estudio, midió el tiempo de interrupción de los médicos a los pacientes impidiéndoles narrar sus historias inicia-



les (Marvel, Epstein, Flowers y Beckman, 1999); surge cada vez más de los estudios que muchas personas querrían tener la opción de plantear sus opiniones a los médicos (Levinson, Kao, Kuby, y Thisted, 2005) y que las personas tienden a participar más positivamente en la atención de su salud cuando sus médicos los estimulan a hacerlo (Street, Krupat, Bell, Kravitz, y Haidet, 2005).

En el nuevo planteo de clara matriz sistémica, los equipos de salud escuchan y respetan las perspectivas y elecciones de las personas y de las familias, se asegura la participación y se incorporan, en los tratamientos sus conocimientos, creencia, etc. Los profesionales no son prescriptores que monopolizan los conocimientos y los pacientes no son simples receptores despersonalizados. En general, colocan a las personas en una posición de mayor control sobre su salud; los médicos que en la perspectiva tradicional tienen un control pequeño sobre su proceso de trabajo, lo terminan considerando una ayuda. El resultado más interesante se relaciona con una mejora general del proceso y con el bienestar del usuario. Por eso hay tantos buenos resultados en enfermedades crónicas. Pero además, puede haber una disminución de las prescripciones médicas, se puede empezar a romper con la alianza a veces existente entre médico y laboratorios, etc.

La propuesta parece funcionar bien fundamentalmente cuando médico y paciente son de similar nivel sociocultural, el desafío es romper las barreras sociales existentes. En algunos países se usan cartas de derechos y deberes de los usuarios, procedimientos de regulación, etc., pero desde nuestra perspectiva, en buena medida esto depende de la red y principalmente de los sectores populares y su capacidad de participar no jerárquicamente. Se debe trabajar diariamente, apuntalando las acciones con una convicción fuerte y como un desafío cultural de proporciones. En el Hospital la implementación de este esquema ha sido y continúa siendo una tarea ardua, pero con avances notables, en la seguridad de que hay que marchar de cara a los beneficiarios. En la red se ha avanzado en el respeto del paciente pero su generalización aún es una cuenta pendiente.

El uso de las tecnologías de información y comunicación (TICs)

Entre fines de los ochenta e inicios de los noventa como todos saben se produce el inicio de una era que algunos llaman de la sociedad de la información, que nosotros hemos llamado posfordismo, asumiendo que en otros textos se pone de relieve que es un proceso

mundial fuertemente asimétrico (Narodowski, 2008). Por eso, sin pensar que las nuevas tecnologías pueden resolver los problemas sociales o las asimetrías entre países, las mismas representan un cambio fundamental por las potencialidades que tienen y porque exigen un cambio organizacional clave. En realidad, para diversos enfoques superadores como el evolucionismo, lo que importa hoy es la capacidad de aprender y adaptarse (Lundvall, 1992), por eso, la cuestión de la información es entonces un ítem específico del punto de vista que venimos trabajando en este libro, no reemplaza la lógica de las relaciones de poder que hemos abordado, ni la estrategia micro, más bien la acompaña y la refleja. Los temas inherentes al capítulo sobre la comunicación, la escala necesaria, la estrategia de relación con los pacientes, se repiten y aparecen otros específicos. El problema central es que alrededor de las TICs están en juego por un lado la preocupación por la pérdida de fuentes de trabajo y por el otro, la posibilidad de hacer grandes negocios aun a costa de la sobreinversión. Lo cierto es que distintas evidencias vienen demostrando que las TICs permiten reducir los costos, los cuales pueden ser redireccionados al financiamiento de otras actividades dentro del sector, intensivas en empleo. El problema es la planificación y la direccionalidad del sistema en su conjunto.

Se trata de herramientas que tienen un rol clave en los diagnósticos y en los tratamientos y además facilitan la toma de decisiones en distintos niveles, tanto gerenciales como de la relación médico-paciente, en el trabajo de las enfermeras, etc. Son indispensables en la planificación general y en la micro de las unidades.

En una ausencia total de papel, se produce el ingreso del paciente; sirve para el manejo de turnos, gestión de colas, y la dispensación automática de fármacos. Los diagnósticos de laboratorios y de imágenes van directamente a la historia clínica electrónica y pueden ser transmitidas en forma digital a cualquier médico de la red asistencial o fuera de la misma en forma rápida, a través del correo electrónico. Esto permite múltiples intercambios informativos en torno a un paciente. En todos los casos además de facilitarle la vida al paciente y al personal, se genera un mecanismo de planificación y gestión automático que hace a la integración de sistema.

Lo interesante de esto es que en América Latina y particularmente en Argentina, sobre todo debido a las políticas de ajuste, el sistema estatal no había tenido acceso al equipamiento, mientras el sector privado gozaba de grandes posibilidades. Durante estos últimos



años, debido al cambio de modelo, las oportunidades para el hospital público han crecido notablemente.

Es por eso que el HEC desde sus inicios, como una parte central de su puesta en marcha, se propuso y pudo seguir las tendencias vigentes en materia de tecnología. Se trabajó siempre tratando de no montar islas de tecnología en diagnósticos e intervenciones, sino tener a toda la organización vinculada sistemáticamente con procesos apoyados en TICs, integrados además al Plan Estratégico y el tablero de comando. Hoy tiene 24 software funcionando: HIS, que es el sistema de registros clínicos; el LIS que es sistema de laboratorio; el RIS y el PACS que son registros de imágenes. Todos los sistemas a través de protocolo HL7 se comunican con un motor de integración y allí los datos van al repositorio de datos clínicos. Internamente están conectadas distintas áreas: farmacia y dispensación; laboratorio, registro clínico electrónico y diagnóstico por imágenes. Estas áreas representan la esencia del trabajo diario y se combinan con la utilización de tecnologías específicas en el área de diagnóstico y tratamiento a través del fax. Una mención especial merece la gestión de turnos y colas ya que su informatización nos ha permitido reducir tiempos de espera notablemente y aún hay más para sumar en una dirección parecida.

También se está integrando del mismo modo con los centros de salud del municipio de Florencio Varela tanto como con el Hospital Mi Pueblo. En poco tiempo más, cualquier tipo de registro que se realice en cualquiera de los centros asistenciales, estará al alcance de todos los subsistemas y actores de la red.

De lado de la relación con los pacientes y el seguimiento de tratamientos, las Apps (aplicaciones webs) para teléfonos celulares o smartphone, son utilizadas para recordar citas o para la identificación con pulsera, pero más importante es en cuestiones clínicas (telemedicina), como el control de electros o mediante saturómetros de oxígeno para ver cómo están los gases en sangre de oxígeno; se hacen seguimientos para detectar a través de termómetros si los pacientes se movilizan o no, ya que este es un signo temprano de que empiezan a empeorar en sus domicilio. Un interesante ejemplo es el equipo cardiovascular que a través de un catéter en las arterias del paciente, permite hacer una ecografía de la pared arterial de este y llegar a un diagnóstico muy preciso. Esto es fundamental para decidir si aplicar un stent o no, lo cual tiene impacto en la recuperación posterior del paciente. La automatización de los laboratorios

clínicos y la utilización de telediagnóstico también son modos de intervención importantes en el HEC.

Un avance importante es el proyecto «Doctor RED» que implica la utilización del canal del chat para que el paciente no tenga que trasladarse al Hospital, para hacer preguntas al médico, referidas a alguna incidencia que pudo haber tenido de medicación o en su tratamiento.

También hemos crecido notablemente con el Portal del Paciente.

Si bien el grueso de los pacientes del Hospital no tienen cobertura social sin embargo, tienen acceso a Internet (sobre todo los más jóvenes aunque no de forma exclusiva) a partir del programa «Conectar Igualdad», que entregó una netbook a todos los estudiantes y docentes de las escuelas públicas. También los pacientes usan sus celulares.

Pero para proyectar el uso de las TICs hacia el futuro se presentan distintos desafíos: el primero es promover aún más la generación y uso de la información clínica, ya que esto abre una gran expectativa respecto de que el paciente pueda tener información disponible y que lo pueda utilizar cualquier profesional que atiende a ese usuario a través de una clave exclusiva que conoce el paciente mismo. Además, se abren interesantes oportunidades de investigación pública. En el mismo sentido se ha mencionado la necesidad de avanzar con la receta electrónica. El tercer desafío es el seguimiento de los pacientes crónicos.

Sin embargo, el gran objetivo está asociado a la superación de las barreras organizativas y culturales existentes en nuestro medio para incluir este tipo de tecnologías. No es ni siquiera económico, ya que el costo a veces es de bajo impacto en el presupuesto global. La cuestión es lograr la apertura de los actores (profesionales y pacientes) a la circulación e intercambio de información, para que esta se transforme en conocimiento, esto significa lograr una relación menos jerárquica, dotada de un *quantum* superior de confianza. Del lado de los pacientes, la cuestión de la brecha digital aun es importante (Cobo Romaní, 2009). Y estos progresos deben lograrse no solo en el ambiente protegido del Hospital, sino a lo largo de toda la red y con todos los actores que la componen.

La gestión del personal

Como se viene advirtiendo en este capítulo, los objetivos, las funciones, las estrategias de los servicios públicos en general –entre



ellos los sanitarios— están sujetos desde ya hace mucho tiempo en la mayoría de los países a un cambio acelerado que además influye en el sistema de gestión y en el personal (OMS, 1974). En el enfoque neo-institucionalista, aparecieron propuestas fundamentalmente desregulatorias y que producían más desentendimiento y segmentación, así se desarmaron equipos, desarticulaban servicios, etc.

En nuestro enfoque, las condiciones de la práctica profesional quedan fuertemente atadas al modelo organizativo de la atención médica, y para nosotros los recursos humanos, sus capacidades y su compromiso tienen una centralidad enorme. Es evidente que debe existir un equilibrio entre la flexibilidad y la responsabilidad, siempre bajo un marco institucional para que la primera no atente contra los derechos y no genere la tercerización impidiendo la construcción de equipos (Abramzón y Cadile, 2001).

La estrategia desde el inicio se basó en algunas variables: por un lado mejorar las capacidades, en este sentido se logró incorporar profesionales de primer nivel; en segundo lugar evitar las diferencias jerárquicas exógenas entre profesionales o entre profesionales y no profesionales, valorando los diferentes roles. Especialmente se ha valorizado el rol fundamental que tiene la enfermería en el cuidado de la salud. La presencia de un servicio de enfermería único para todo el Hospital, hiperprofesionalizado, no como un apéndice de los médicos es esencial, por eso se ha potenciado el saber de los enfermeros que, en plenitud, son muy importantes no solo para el Hospital si no para las políticas de salud en general. Para ello, la relación de los establecimientos sanitarios con las universidades es primordial.

Por otro lado, se trató de incorporar personal implicado en el contexto o con una fuerte vocación de incorporarse al proyecto, para que se convenciera de estas ideas, que las enriqueciera y que se transformara en multiplicador frente a otros, a fin de crear una comunidad interna; la experiencia ha mostrado que haber trabajado en la zona permite aprovechar los lazos para potenciar el funcionamiento de la red. Por eso es posible hoy en día encontrar un elevado porcentaje de personal que es de la región. Esta estrategia ha permitido conformar una relación positiva con los médicos y, a diferencia de lo que ocurre en otras circunstancias — como surge del capítulo dos— logramos que los profesionales se sientan parte del conjunto.

Otro aspecto que en la experiencia mostró resultados favorables —a pesar de las controversias que presenta el tema y que ya fueron

comentadas— fue la implementación de políticas de incentivos, que sobre todo ayudó a la instalación de hábitos culturales meritocráticos coherentes con el modelo y las prioridades institucionales. Es que sin la acción de los trabajadores nada es posible e indudablemente el gran desafío es la motivación, los incentivos apuntan a ese objetivo.

Ya vimos que en el caso del HEC se trató de un incentivo semestral enfocado a la presentación en tiempo y forma de los Planes Operativos Anuales (POA) y también por la conformación de equipos de investigación. El balance hasta la fecha es positivo, aunque se debe seguir avanzando en el seguimiento debido al riesgo siempre presente del oportunismo y la rutinización, también se deben mejorar los indicadores.

Pero nada reemplaza el espíritu comunitario y la formación permanente del personal, en este sentido, el HEC acompaña económicamente y brindando tiempo para que el personal estudie, facilitando, además, los viajes de los profesionales, evitando así que sea el sector privado el que acapare el rol de formación, investigación y síntesis de las experiencias paradigmáticas.

De a poco se ha avanzado en el proceso de responsabilización y motivación, que es largo y al que la conducción debe atender permanentemente incluso de manera personal, recorriendo los pasillos a diario, conversando con la mayor cantidad de personal cara a cara, comunicando hacia dónde se va, etc. Así se logra y mantiene un sentido de pertenencia que hoy está presente y que es fundamental para el funcionamiento integral del Hospital. En el caso de los profesionales y técnicos se presenta una particularidad: muchos de ellos manifiestan un indisimulado orgullo de estar trabajando en una institución que persigue la excelencia todo el tiempo, pero que es al mismo tiempo es pública y con compromiso. Trabajar en hospital público produce en muchos de ellos una suerte de realización personal que en otros lugares se ha perdido.

Por lo visto, la idea que se tenía de comunidad parece presente, pero el incremento de personal genera el desafío de ir siempre a un proceso de mayor profesionalización pero sin perder pertenencia, un salto que en las organizaciones es siempre problemático. Por otro lado siempre está el difícil objetivo de expandir algunos de estos mecanismos en la red, con las diferencias legales e institucionales existentes. Tal vez una solución para generar este espíritu de comunidad sea partir de la red y desde allí producir una identificación con el resto de sus componentes, para que el Hospital no quede aislado.



LA INVESTIGACIÓN HACE LA DIFERENCIA

En este libro se ha planteado innumerables veces el rol de la circulación del conocimiento en un entorno sistémico. Y efectivamente todo lo hecho está basado y deberá seguir basado en la investigación. Hemos visto como el HEC dio los primeros pasos. Luego se produce la fundación de la UNAJ que generó un nuevo impulso. Hasta ese entonces, solo estaba la UNQ. La UNAJ abre su oferta académica en el año 2011 y tiene cuatro institutos que la componen: Estudios Iniciales; Ingeniería y Agronomía; Ciencias Sociales y Administración, y, finalmente el de Ciencias de la Salud, cuyo director es el director del HEC. Este es además vicerrector de la UNAJ desde su normalización. Allí se dictan las siguientes carreras universitarias: Enfermería, Bioquímica, Kinesiología y Fisiatría, Organización y Asistencia en Quirófanos; y la tecnicatura en Emergencias Sanitarias y Desastres. En el año 2014 se incorporan la tecnicatura superior en Farmacia Hospitalaria y finalmente, la de Información Clínica y Gestión de Pacientes. Desde 2015 hay una carrera de Medicina.

Luego de los primeros pasos de la investigación en el HEC y de los primeros años de la UNAJ, en esta etapa actual se trata de lo más difícil: la generación de espacios ciertos y conducentes de interrelación y transferencia entre organismos científico-tecnológicos, investigadores, actores políticos, equipos de salud y la población implicada. Es obvio que la investigación académica rigurosa solo podría desarrollarse si se articula el ámbito del sistema y los servicios de salud y los problemas del corto o del largo plazo, pero esta coordinación no se produce fácilmente, el modelo de redes que estamos planteando puede ser de gran ayuda porque supone una interacción no jerárquica con una estética de comunidad entre actores directamente involucrados, pero para lograr resultados hay que estar siempre impulsando los proyectos.

En este sentido es fundamental pugnar para que la red se mueva bajo determinados principios compatibles con nuestro enfoque:

- Que la investigación siga una agenda vinculada a problemáticas sanitarias relevantes en nuestras regiones, detectadas por los organismos de planificación, sus servicios de salud, los médicos de la «trinchera», la sociedad civil, etc.
- Que sea resultado de una construcción colectiva e interdisciplinaria.
- Que integre dominios clínicos y dominios de investigación biomédica, investigación básica y clínica.
- Que posibilite la generación palpable y la diseminación de conocimiento.

• Que permita la especialización compleja de cada nodo.

Estos principios tienen su correlato con la vigencia del enfoque sistémico. En ese contexto aparece la investigación traslacional (*bench-tobedside*) como el proceso donde se aplican ideas, nuevos conceptos y descubrimientos generados a través de la investigación básica al tratamiento o prevención de enfermedades humanas. El término *bench-tobedside* lo utiliza inicialmente Osler en 1912, para quien la investigación de métodos terapéuticos avanza más rápido si se la conecta con la práctica clínica, formando un nicho de conocimiento directo. Se trata de crear organizaciones que establecen redes entre la asistencia primaria y especializada, y se eliminan las estructuras jerárquicas que se dirigen hacia (traslación) los pacientes, usuarios y las necesidades de la población (Sampedro Camarena, 2010).

Es el hospital el que ofrece la posibilidad de vincular el problema, identificando nuevas necesidades de investigación y corrigiendo las trayectorias iniciales (Ullastres y Rendo, 2013). En este contexto, la medicina traslacional es generada en los hospitales que funcionan como una red en la cual interactúan las universidades, laboratorios de investigación, la industria farmacéutica, de biotecnología, etc., al tiempo que permiten concentrar en ellos todos los esfuerzos orientados a la mejora del sistema de investigación biomédica y a la atención de los pacientes. De esta manera, el Hospital incorpora médicos, investigadores y pacientes que participan de un proceso donde el conocimiento se produce y actualiza constantemente, generando nuevas líneas de investigación, nuevas hipótesis. Y otro tema central cambia el núcleo generador de la investigación: del laboratorio al hospital.

Debe tenerse en cuenta que este proceso se da en el contexto del desarrollo de la biogenética, que ha permitido un boom de nuevas firmas de diagnóstico y de terapias. Hay una gran disponibilidad de técnicas que exigen trabajo en equipo y una fuerte relación con el medio. Esto da una oportunidad al hospital y especialmente al hospital público.

La relación entre la universidad y los hospitales también cambia, mientras que en el enfoque tradicional, el hospital universitario era la prolongación de un establecimiento para proporcionar entrenamiento (Médici, 1999), hoy esa relación se produce dentro de estos objetivos planteados, se sostiene la especialización de cada uno, pero potenciando las capacidades. Esta alianza permite a los hospitales nutrirse y retroalimentar el conocimiento de las univer-



sidades, sin perder su especificidad: la atención sanitaria (Sampedro Camarena, 2010). En este proceso, va aumentando la calidad de sus saberes e incluso, incorporando nuevas funciones relacionadas con lo académico.

Por eso es que hemos puesto tanto énfasis en este enfoque, porque es completamente compatible con nuestro concepto sistémico de red. Tal vez la prueba más fuerte es la creación del Centro de Excelencia en Medicina Traslacional (CEMET) que funcionará dentro del Hospital El Cruce y apunta a tecnologías de secuenciación, diagnóstico molecular de enfermedades hereditarias tradicionales y enfermedades complejas de alta prevalencia e impacto en la morbilidad; y en el que trabajaran equipos de investigación clínica liderados por investigadores del CONICET con el objetivo de que la sinergia generada entre las instituciones, permita convertir a la institución en el primer hospital universitario público productor de conocimiento completamente orientado a las problemáticas de los pacientes del Conurbano.

Por otro lado, el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche dirigido por el director del HEC coordina el Estudio Multicéntrico «Enfermedades transmisibles en menores de 15 años: análisis territorial de la vulnerabilidad a infecciones respiratorias graves en la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires», junto al propio HEC, el Evita Pueblo (Berazategui), el Doctor Alberto Eurnekian (Ezeiza) y el HIGA Evita (Lanús). Conforman el equipo de investigación docentes del instituto y profesionales de los referidos hospitales, quienes buscan la integración de determinantes sociosanitarios y trazadores moleculares del virus sincicial respiratorio. Este estudio integra dominios de la investigación en epidemiología molecular y de la investigación en salud pública y servicios de salud.

Pero tal vez el mejor ejemplo de este tipo de prácticas se pueda lograr a través del proyecto PBIT de «Epidemiología clínica y molecular de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles en un Hospital de Alta Complejidad de la Provincia de Buenos Aires» integrado por el HEC, la UNAJ, la Universidad de Quilmes (UNQ) y FUNAJ. Representa la etapa más elevada de transferencia bidireccional de conocimiento entre la práctica asistencial y la investigación biomédica en el Conurbano y esto es factible dada la historia de vinculación entre los integrantes del proyecto. A la capacidad del HEC se une el cuerpo de docentes e investigadores en bioquímica

del Instituto de Ciencias de la Salud, en informática del Instituto de Ingeniería y la UNQ, que es pionera en desarrollo, generación de recursos humanos y conocimientos en biotecnología.

Los resultados esperados tienen un plus, ya que se intenta proponer metodología diagnóstica adaptada a nuestra particular genética poblacional y prevalencia de cepas autóctonas. El proyecto contempla la creación de un banco de tumores y la adaptación de un laboratorio para el desarrollo de metodología novedosa orientada al diagnóstico, con potencial producción de baja escala para generación de productos concretos para el laboratorio clínico y el desarrollo de reactivos. También implica la reingeniería del sistema informático hospitalario con el fin de dotar a los grupos de herramientas informáticas institucionales para investigación y una estrategia de formación de profesionales asistenciales en investigación biomédica.

Evidentemente la concurrencia de la UNAJ y el Hospital El Cruce, presentan una perspectiva tan auspiciosa como innovadora. Auspiciosa, porque la cooperación de las dos instituciones ya no solo suma, sino multiplica. Las distancias que tanto preocupaban para la investigación traslacional entre los espacios de formación, investigación y de asistencia sanitaria se acortan notablemente. En este caso una institución que por naturaleza produce conocimiento y forma a la gente, como es la universidad, y la otra que por su naturaleza fundamentalmente asiste a la población, como es un hospital, coinciden desde sus propios orígenes en un trabajo conjunto, en infinidad de áreas donde se complementan.

Esta perspectiva de las dos instituciones también permite pensar un horizonte innovador desde el punto de vista institucional: esta instancia de producción de conocimiento, de formación de recursos humanos y de asistencia empieza a moldear un verdadero complejo sanitario integral e integrado en el sur del Conurbano que no solo apuntalará la red, sino que también mejorará las condiciones de vida de los compatriotas que residen en este territorio.

La experiencia nos marca que el resultado es más que positivo; los procesos de conocimiento funcionan en forma conjunta, multiplicando los desarrollos tecnológicos; la Universidad genera recursos humanos de importante valor para la red, con conocimiento de la misma, sobre cómo funcionan, los roles de cada nodo, etc. De cara al futuro debemos saber sin embargo que el problema principal sigue siendo relacional. Este tipo de dinámicas deben generalizarse a



toda la red y a todos sus actores. El mayor equilibrio entre los nodos permitirá potenciar esta relación y a cada uno de los miembros.

CONSIDERACIONES FINALES

El libro intentó repasar la lógica de nuestras propias reflexiones. No somos gerentes de hospital, 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, específicamente en este caso referidas al sistema de salud. Y están atadas 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. Por eso no se podía contar la experiencia del HEC sin contexto. Eso nos llevó a reflexionar en el primer capítulo acerca de la evolución del sistema de salud argentino y de la Provincia, desde la política fundacional e integradora de Carrillo, hasta la implementación de la fragmentación de las diferentes dictaduras y del gobierno de Menem. También intentamos describir los instrumentos con los que los gobiernos democráticos de 1963, el peronismo de 1973, del retorno a la democracia, del 2000 y los presentes trataron y tratan, de enderezar el rumbo, esta vez definitivamente. Es fundamental rescatar el progreso de estos años en la planificación general y la gestión, pero sobre todo en el nivel primario de la salud. También ha habido una fuerte inversión en los hospitales, sobre todo si se compara con años anteriores.

Sin embargo en el diagnóstico realizado entre los capítulos dos y tres, aparece con fuerza el hecho de constatar que el sistema público se equilibra en un gasto per cápita aún insuficiente, incluso al margen de la participación provincial o municipal en cada territorio. Si a eso le sumamos los problemas referidos a las diversas fuentes de financiamiento y a la manera de asignar recursos, incluso a las dificultades de gestión de los recursos humanos, la fragmentación se torna un hueso duro de roer.

El eje de la propuesta, está puesto en la integración del sistema de salud y en el rol que debe jugar el sector público, el modelo es el del primer peronismo, que aún tienen –modernizado– muchos países desarrollados del mundo. Solo así se podrá enfrentar el grave problema de las enfermedades no transmisibles que aparece como el desafío en los tiempos que corren.

En este sentido es fundamental volver al seguro integrado de salud y ahí se ve que hubo muchos intentos importantes: desde la ley

20.748/74 del segundo peronismo hasta el seguro actual de la Provincia de Buenos Aires que también, como vimos, tuvo sus vaivenes. El esquema tiene que contar con un mecanismo de distribución de fondos, para reducir las diferencias territoriales en coordinación con las provincias y municipios. En el contexto de un seguro de salud universal, los programas se focalizan no en las emergencias, como sucedió tantas veces, sino en ciertas enfermedades, o en ciertas problemáticas, temáticas puntuales que se quieren abordar específicamente.

El problema es que hay una puja en la que juegan los médicos pero sobre todo sus entidades representativas, obras sociales y prepagas que como se ha visto, generan grandes sobrecostos y no ayudan a la integración. Esa puja debe ser resuelta a favor de un esquema que permita la heterogeneidad, pero que no contribuya a la fragmentación y la ineficacia. Lo que vimos en el libro es que buena parte de esa fragmentación descrita se produce justamente por la normativa que desde la ley 17.230 hasta los noventa, generó el crecimiento de las obras sociales y sobre todo del sector privado. La legislación más reciente no ha logrado desbaratar ese poder debido a la estrategia del gerenciamiento. A todo lo expuesto hay que agregar la necesidad de perfeccionar la falta de controles en que aún incurre del Estado en los tres niveles de gobierno.

Hemos planteado en este sentido, impedir por ley el traspaso entre obras sociales, controlar precios, calidades, prestaciones de los tres sectores, además fortalecer al sector público y transformarlo en el gran jugador de esas relaciones, además, eliminando los subsidios del Estado a las obras sociales, pero creando un fondo de emergencia para ser utilizado en proyectos especiales.

En paralelo hemos mostrado el poder de los laboratorios y sugerido una ley que incentive la producción de medicamentos genéricos en los laboratorios estatales, junto un incremento en la provisión de medicamentos por parte del Estado; también hemos hablado de la receta electrónica. Pero hemos dicho que lo fundamental es resolver la falta de control que se tiene sobre los decisores de las compras realizadas por organismos estatales y obras sociales. Este es uno de los temas más preocupantes y los jugadores son muy duros.

Ya dentro del Estado, hemos visto que el proceso de descentralización que empieza en los cincuenta y sigue en la década de los noventa, se llevó a cabo para producir la desresponsabilización. Se trata de



enfoques vistos en el capítulo quinto –el neoinstitucionalismo– que finalmente no producen mejoras y sí un desentendimiento. Generaron finalmente un crecimiento del rol de los municipios y un fortalecimiento de sus capacidades pero a costa de los graves problemas vividos en esos años. Por eso hemos planteado que la descentralización y la autonomía de la atención primaria y hospitalaria deben darse siempre con fuerte apoyo estatal y dentro de un impulso fiscal garantizado y con un criterio de reparto basado en necesidades y méritos.

La descentralización debe ser entendida como una forma de coordinación, de distribución de decisiones y tareas en función de las capacidades y una manera de no repetir el proceso iniciado en la Revolución Libertadora y continuado en la década de los noventa. No es un modo de trasladar la gestión a los municipios desentendiendo los niveles superiores de la responsabilidad en la prestación del servicio de salud, sino que debe buscarse una autonomía que permita una mayor capacidad de gestión, no un aislamiento del sistema. En este sentido, el concepto de red es fundamental para que puedan interactuar el nivel nacional, provincial, municipal e inclusive los hospitales, respetando la autonomía en el territorio para operar en la red.

Por eso debe revisarse la coparticipación municipal actual y en realidad todo el sistema de financiamiento. La cuestión debe ser encarada de un modo integral de acuerdo a nuestra percepción de descentralización, la red y la autonomía del hospital. La propuesta de reforma se basa en primer lugar, en enmarcar la cuestión en las necesidades financieras de la red: esto significa aplicar el modelo tanto al aporte provincial, como de cada municipio. En ambos casos el aporte a la red se debe basar en la utilización –en el marco de un proyecto plurianual– de variables que representen las necesidades ponderadas por riesgo (la cantidad de población corregida por los riesgos a enfermar y las posibilidades de hacer frente a una contingencia en salud, es decir si tiene cobertura o no) y con un esquema de premios y castigos vinculados a los esfuerzos realizados en pos de la ampliación de cobertura, la responsabilidad en la lógica de derivaciones decidida en la red y buenas prácticas. Esta parte del financiamiento se debería definir por producto y costos de productos, para tener parámetros en la asignación coordinada de los gastos.

También deben decidirse estratégicamente de un modo similar las inversiones estratégicas.

Como sucede en muchas experiencias mundiales, las prestaciones deben determinarse con un criterio de agrupamientos relacionados por diagnósticos, aplicables tanto a los CAPS como al segundo y tercer nivel de atención. Ya hay buenas experiencias –acotadas– en nuestro país de sistemas de financiación devolutivos a través de programas sanitarios nacionales (fundamentalmente el modelo es el SUMAR), aquí se propone un salto importante.

Debe tenerse en cuenta que en el esquema es fundamental la formulación de los planes y proyectos de las unidades de gestión y de las redes que las coordinan. Los ministerios deberán seguir teniendo –vía una unidad de evaluación *ex ante* y *ex post*– al menos en la transición, capacidad de veto en los casos en que se detecten inequidades dentro de la red, que solo contribuyen a legitimar desigualdades territoriales y no van en el sentido de resolverlas. Pero los fondos deben ser distribuidos por el territorio que ya los municipios ha mostrado capacidad de hacerlo y sensibilidad. Incluso esto podría permitir una distribución más uniforme de los CAPS en todo el territorio, incluyendo los espacios de reciente ocupación, con alto NBI. Hasta aquí, el marco general, luego entramos en el mundo de la gestión. Y ante todo, debe reiterarse que la descentralización y la autonomía solo son posibles si se quiere mantener la integración, trabajando en red y con buenas prácticas. Hemos visto que eso se debe a razones de escala y de aprovechamiento de sinergias. Pero no impulsamos cualquier red, nosotros pugnamos por una red movilizadora en función de los intereses populares por los actores más comprometidos y dinámicos a la vez.

Se trata de coordinar lo mejor de los tres niveles de atención. Como vimos, coincidimos con todos los esfuerzos realizados para fortalecer el nivel primario, técnicamente y en su relación con el territorio, para que no sea el «socio pobre». El primero, se produjo sobre el final de la dictadura, en la Provincia de Buenos Aires; solo que como ya dijimos era improbable la mejora profesional, y la participación social en un contexto autoritario y con graves problemas económicos. Se debe resaltar el Programa ATAMDOS, en la Provincia, de la época de Floreal Ferrara como ministro de Antonio Cafiero, con un enfoque interdisciplinario y con la figura del médico generalista.



Y las actuales unidades de pronta atención (UPA), en un contexto completamente diferente.

El paso sucesivo debería ser que los CAPS sean la puerta de entrada de una red, como intentamos que suceda en el HEC, con un enfoque de equipo de salud familiar, desarrollando un modelo de prestación centrado en las personas, los factores psicológicos, sociales, etc. Enfoque al mismo tiempo compatible con el rol de sector público en el control de la relación más general del paciente con todo el sistema. Dijimos que así la familia no presiona constantemente sobre el hospital general ahorrándose esfuerzo, permitiendo también un control sobre las demandas, principalmente de medicamentos. Los hospitales también deben comenzar a entenderse como parte de una red. Eso exige un sistema de coordinación de planes prestacionales, derivaciones y referencia - contrareferencia como se analizó para nuestra experiencia en los capítulos cuatro y cinco. Es difícil pero hay que apuntar a ese modelo, sino se pierde en escala y en posibilidades de especialización. Sobre esto hay pocos antecedentes. Ese enfoque de red requiere de hospitales con capacidad de maniobra. Está lleno de antecedentes de intentos pero en un contexto de ajuste estructural y de desresponsabilización; por otro lado, al contrario, los ministerios han demostrado ser celosos de las decisiones del territorio y han intentado limitarlas: en tiempos de Illia la ley de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC), en que se basó el HEC, pero que quedó rápidamente trunca; en la Provincia se mencionó otro ejemplo: el régimen de pago por prestación y hospital abierto.

Hemos mencionado también el decreto 578/1993 que da lugar al concepto de hospital público de autogestión. La ley Nuestro Hospital de 1991 en la Provincia o la 11.759 de 1996, que tenían la dificultad de ser todas normas dictadas en medio de las políticas pro mercado; incluso el SAMO a nivel provincial, que fue el escenario continuo de las pujas entre la necesaria coordinación provincial para reducir las asimetrías territoriales y el objetivo de mayor autonomía.

El problema de fondo es que sin autonomía es imposible gestionar. Se deben generar lineamientos generales desde los ministerios, equilibrar la relación consejos de administración-directores, exigir proyectos sólidos *ex ante*, controlar mediante mecanismos de evaluación consensuados y responsabilidades compartidas, redistribuir una parte de los fondos extras, pero la autonomía es fundamental.

Es la única manera de generar incentivos a la realización de las actividades de planificación, el compromiso de los recursos humanos, la búsqueda de resultados, etc. El modelo SAMIC es un buen punto de partida y nuestro Hospital un buen ejemplo.

Y la autonomía como vimos se asocia a las carreras profesionales y la formación de recursos humanos. La irrupción de Carrillo generó un gran marco fundacional en este sentido, no solo para los médicos sino también para las enfermeras. A lo largo de los capítulos hemos observado cómo los médicos aumentan su *quantum* de poder, por su propia condición y por su capacidad de colegiación y agremiación. A esa cuestión se agrega la existencia de jerarquías muy definidas y de cierto individualismo, características que no son diversas a otras profesiones, pero que aquí importan, porque dificultan la estrategia de red y hacen difícil la tarea de los directores de hospital. La ley 10.471 sancionada en 1986 de Carrera Hospitalaria legitima estas problemáticas, ya que fue realizada en un contexto completamente distinto y por eso debe ser superada. La ley provincial 11.759 que como vimos reemplazó a la 10.471 en 1996 sin ser reglamentada, planteaba un nuevo escalafón, además de que otorgaba atribuciones disciplinarias en manos del director. Obviamente en el contexto en que se vivía, se mezclaban los miedos lógicos del personal, que resistió la medida. En un ambiente más propicio política y económicamente se debe plantear una nueva ley que otorgue derechos, pero incorporando el mérito como disparador fundamental. Además, la nueva normativa debe dar cuenta del progreso del resto del personal, tanto en términos de formación como de roles. La experiencia nos hace valorar el modelo de cuidados progresivos.

Por último quedan los aspectos micro, abordados como experiencia en el cuarto capítulo y como reflexión en el inicio de este. Es que hemos desarrollado nuestro caso, a fin de reflexionar sobre lo que hemos hecho, lo que falta, lo que puede replicarse. Para eso repasamos cada proceso de esa micro que nos desvela, con la necesidad de realizar una gestión pública basada en buenas prácticas, con identidad nacional y popular.

Se describió el inicio: desde esa obra que había quedado trunca, la decisión de retomarla, la formación del grupo inicial, la relación con los ministerios y la coordinación con las secretarías de salud de los otros hospitales, la obra de construcción del edificio, la tecnología y los equipos médicos, la relación con los otros hospitales. Se sigue con la elección de la estrategia SAMIC para lograr autonomía, el menú



prestacional como hospital de alta complejidad, la construcción de la identidad y del mensaje comunicacional, la organización en sí en función del paciente, la puesta en marcha, el jaque de los medios, el aumento de los servicios, los planes estratégicos. Todo con aciertos y errores, virtudes y limitaciones, hasta llegar al día de hoy con grandes satisfacciones y grandes desafíos.

Algunos temas resultan cruciales para la gestión: ya hemos dicho que la descentralización le ha permitido al Hospital funcionar en forma autónoma. Descentralización y autonomía van de la mano, pero funcionan en tanto y cuanto no sean la forma (o la manera de enmascarar) la retirada de las funciones sociales del Estado, como sucedió en casi toda la posguerra y hasta los noventa. Se tiene que entender que un Estado fuerte y presente es fundamental, se debe contar con la capacidad financiera a nivel nacional y provincial que permita desempeñar la prestación de los servicios de salud de la mejor manera.

Y esa descentralización debe producirse hacia una red, no hacia hospitales individuales y separados entre sí. Es la única manera de hacer coherente la autonomía y la integración buscada. Hay que negociar y coordinar con los varios actores, haciendo fuerza del lado de los que ganan con la integración y tienen un perfil comprometido y dinámico. Por eso hemos dicho que es fundamental tener de nuestro lado a la política, para que el Estado y el sector público pugne por este modelo y lo fortalezca. Así sucedió en el caso del HEC y así nos parece se deben encarar las nuevas experiencias.

Sin embargo, para que una red funcione y logren coordinarse y valorarse los diferentes subsistemas y actores, incluso con diferentes complejidades, es fundamental tener una estrategia de re-equilibrio al interior de la misma. Ese es un tema prioritario.

Y ya dentro de los hospitales o las otras unidades, no alcanza con tener afianzada la red y contar con fondos y con poder de decisión solamente. Se trata de gestionar. En este mismo capítulo se han visto cuestiones como lo comunicacional, la escala, el modelo de atención, el uso de tecnologías y el personal, etc. Todos temas fundamentales, vinculados entre sí y sobre los cuales hemos avanzado generando un ejemplo interesante. Finalmente, se ha hecho hincapié en la necesidad de la investigación. Ese es el paso que nos hará independientes como país y sobre el cual hemos crecido primero como Hospital y hoy junto a la UNAJ.



CAPÍTULO 5

En el Hospital se ha avanzado mucho, también se ha avanzado en el nivel primario y en muchos aspectos de la vida de cada hospital, pero en la red se ha trabajado menos. Queda mucho camino por recorrer en el HEC y en la red: ese es el gran desafío que nos espera.



A N E X O E S T A D Í S T I C O

Tabla 1A: Población total y crecimiento intercensal. Total país, total Provincia de Buenos Aires, total de la Región Sanitaria VI, municipios de la red El Cruce y total de cada uno de los municipios de la red. 2001/2010

Censo	Argentina	Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Florencio Varela	Berazategui	Quilmes	Almirante Brown
Población 2001	36.260.130	13.827.203	3.407.415	1.671.227	348.970	287.913	518.788	515.556
Población 2010	40.117.096	15.625.084	3.747.486	1.886.094	426.005	324.244	582.943	552.902
Crecimiento intercensal (%)	10,6	13	10	12,8	22,1	12,6	12,4	7,2

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo 2010.

Tabla 2A: Población en porcentaje (%) por grandes grupos de edad. Total Provincia de Buenos Aires, total de la Región Sanitaria VI, municipios de la red El Cruce y total de cada uno de los municipios de la red. Censo 2010.

Censo	Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce	Florencio Varela	Berazategui	Quilmes	Almirante Brown
0 a 14 años	25%	25%	27%	30%	26%	24%	27%
15 a 64 años	64%	65%	65%	64%	65%	65%	64%
65 y más años	11%	10	8%	6%	9%	11%	9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

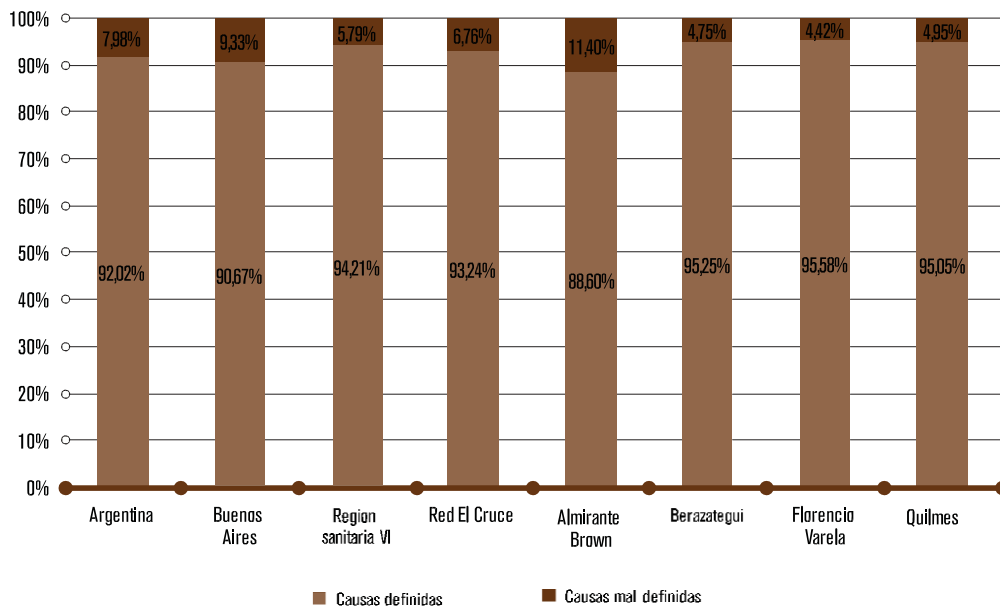
ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 3A: Hogares y porcentaje de hogares con un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Total país, total Provincia de Buenos Aires, total de la Región Sanitaria VI, municipios de la red El Cruce y total de cada uno de los municipios de la red. 2010/2001.

Partido	2001			2010		
	Total Hogares	Hogares con al menos un indicador NBI	%NBI	Total Hogares	Hogares con al menos un indicador NBI	%NBI
Total Argentina	10.075.814	1.442.934	14,3	12.171.675	1.111.622	9,13
Buenos Aires	3.921.455	508.671	12,9	4.789.484	390.389	11,3
GBA			14,1	2.998.867		11,7
Region Sanitaria VI	932.260	142.006	15,2	-	-	8,2
RED EL CRUCE	439.019	78.365	17,9	540.327	61.713	11,4
Florencio Varela	84.958	22.694	26,7	113.135	19.257	17
Berazategui	75.603	12.568	16,6	93.164	9.723	10,4
Quilmes	144.671	21.323	14,7	177.110	16.310	9,2
Almirante Brown	133.787	21.780	16,3	156.918	16.423	10,5

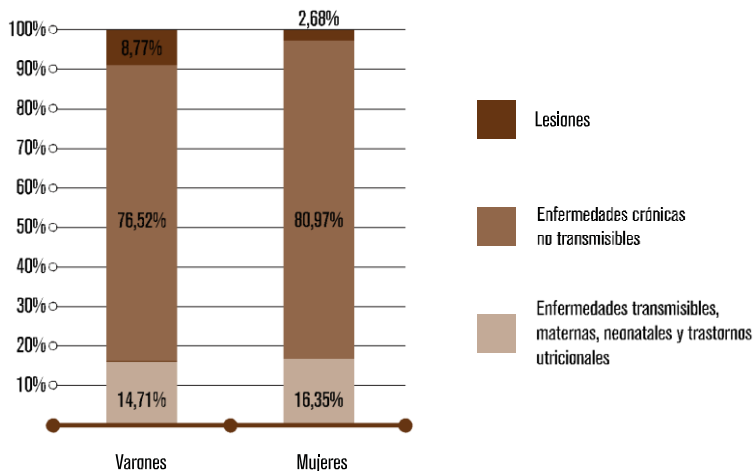
Fuente: elaboración propia con datos del Censo 2010 y 2001.
www.observatorioconurbano.ungs.edu.ar

Gráfico 1A. Calidad de los datos: porcentaje de muertes mal definidas en Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI, municipios de la red El Cruce, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes dentro del territorio 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2A. Distribución porcentual de causas de muerte definidas según sexo en el territorio.
Municipios de la red El Cruce, 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

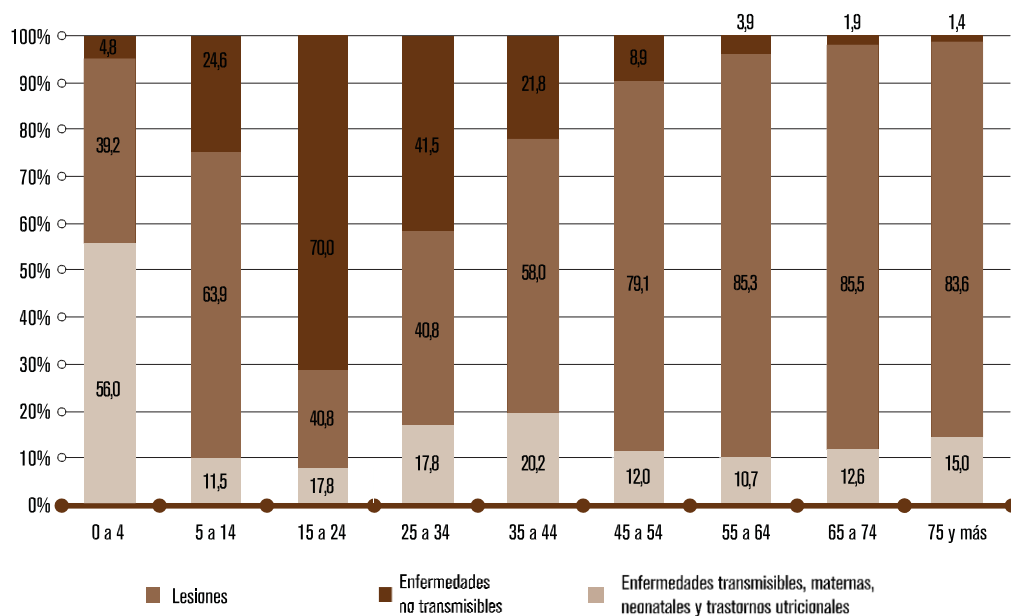
Tabla 4A. Tasa de mortalidad y años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes según causas de muerte definidas en el territorio. Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI y municipios de la red El Cruce, 2013.

	Argentina	Buenos Aires	Región Sanitaria VI	Red El Cruce
Tasa de mortalidad				
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y trastornos nutricionales	1,1	1,1	1,0	1,0
Enfermedades crónicas no transmisibles	5,6	6,1	6,3	5,3
Lesiones	0,5	0,5	0,4	0,4
Años de vida potenciales perdidos (AVPP)				
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y trastornos nutricionales	14,4	14,9	17,3	17,6
Enfermedades crónicas no transmisibles	33,1	35,5	38,1	36,3
Lesiones	16,3	15,7	14,4	13,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación y proyecciones poblacionales del censo 2001, INDEC.

ANEXO ESTADÍSTICO

Gráfico 3A. Distribución porcentual de causas de muerte definidas en el territorios según edad. municipios de la red El Cruce, 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 5A. Tasas brutas de mortalidad por causas de muerte definidas (por 100.000 habitantes) en el territorio.
Municipios de la red El Cruce, 2013.

	2003	2008	2013
Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y trastornos nutricionales	90,9	91,8	105,0
Enfermedades transmisibles	75,8	77,8	
Infecciones originadas en el	13,1	12,9	
Tuberculosis	1	0,5	0,7
Leishmaniasis	0,5	0,5	0,5
Otras infecciones	539,2	533,4	533
Difteria	2,14	252	250,3
Tétanos	41,7	40,2	44
Enfermedad cerebro-vascular		120,9	117,7
Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios		14,0	
Cáncer colorrectal			
Cáncer de mama (femenino)			
Cáncer de páncreas			
Cáncer de próstata			
Cáncer de estómago			
Cáncer de hígado			
Cáncer de cuello de útero			
Cáncer de ovarios			
Otros tipos de cáncer			
Enfermedades no transmisibles			
Otras enfermedades crónicas no transmisibles			
Lesiones de transporte			8,1
Resto de lesiones no intencionales			
Lesiones de intención indeterminada	8		9
Otros lesiones	0,3		0,4
		44	
		713,4	

*Las tasas correspondientes deben interpretarse con precaución ya que el número de muertes es bajo.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad de la Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación y proyecciones poblacionales del Censo 2001, INDEC.

ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 6A: Egresos Hospitalarios en los municipios de la red El Cruce según categorías de mayor frecuencia y su relación porcentual (2012)

ALMIRANTE BROWN			BERAZATEGUI		
Grupo	Total	%	Grupo	Total	%
ENFERMEDADES DEL CORAZON	1.164	30,2%	ENFERMEDADES DEL CORAZON	641	28,3%
TUMORES	531	13,8%	TUMORES	364	16,1%
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	481	12,5%	DEMÁS CAUSAS BIEN DEFINIDAS	358	15,8%
SIGNOS, SINTOMAS Y AFEC. MAL DEFINIDAS	477	12,4%	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	315	13,9%
DEMÁS CAUSAS BIEN DEFINIDAS	469	12,2%	CAUSAS EXTERNAS	129	5,7%
CAUSAS EXTERNAS	185	4,8%	ENF. CEREBROVASCULARES	119	5,3%
ENF. CEREBROVASCULARES	175	4,5%	SIGNOS, SINTOMAS Y AFEC. MAL	115	5,1%
ENF. DEL APARATO URINARIO	82	2,1%	ENF. DEL APARATO URINARIO	54	2,4%
DIABETES MELLITUS	70	1,8%	PERINATALES	36	1,6%
PERINATALES	65	1,7%	DIABETES MELLITUS	33	1,5%
ENF. CRÓNICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	55	1,4%	OTRAS ENF. DEL APARATO CIRCULA	24	1,1%
MALFORMACIONES CONGENITAS	30	0,8%	ENF. CRÓNICAS DE LAS VIAS RESP	20	0,9%
APENDICITIS	18	0,5%	MALFORMACIONES CONGENITAS	19	0,8%
TRAST. MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	17	0,4%	TRAST. MENTALES Y DEL COMPORTA	16	0,7%
CIERTAS ENF. CRÓNICAS DEL HIGADO	13	0,3%	CIERTAS ENF. CRÓNICAS DEL HIGA	12	0,5%
OTRAS ENF. DEL APARATO CIRCULATORIO	11	0,3%	APENDICITIS	8	0,4%
EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	3	0,1%	ATEROSCLEROSIS	2	0,1%
DEFICIENCIAS Y ANEMIAS NUTRICIONALES	2	0,1%	DEFICIENCIAS Y ANEMIAS NUTRIC.	1	0,0%
Total	3.848		Total	2.266	

Flores de Varela			Quilmes		
Grupo	Total	%	Grupo	Total	%
ENFERMEDADES DEL CORAZON	527	22,2%	ENFERMEDADES DEL CORAZON	1.566	30,6%
TUMORES	440	18,5%	TUMORES	862	16,8%
DEMÁS CAUSAS BIEN DEFINIDAS	389	16,4%	DEMÁS CAUSAS BIEN DEFINIDAS	815	15,9%
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	392	12,8%	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	565	11,0%
CAUSAS EXTERNAS	392	7,2%	ENF. CEREBROVASCULARES	273	5,3%
ENF. CEREBROVASCULARES	140	5,9%	CAUSAS EXTERNAS	259	5,1%
SIGNOS, SINTOMAS Y AFEC. MAL	104	4,4%	SIGNOS, SINTOMAS Y AFEC. MAL	248	4,8%
ENF. DEL APARATO URINARIO	76	3,2%	ENF. DEL APARATO URINARIO	137	2,7%
PERINATALES	62	2,6%	OTRAS ENF. DEL APARATO CIRCULA	68	1,3%
DIABETES MELLITUS	38	1,6%	PERINATALES	67	1,3%
CIERTAS ENF. CRÓNICAS DEL HIGA	29	1,2%	DIABETES MELLITUS	62	1,2%
ENF. CRÓNICAS DE LAS VIAS RESP	28	1,2%	MALFORMACIONES CONGENITAS	47	0,9%
MALFORMACIONES CONGENITAS	25	1,1%	ENF. CRÓNICAS DE LAS VIAS RESP	45	0,9%
OTRAS ENF. DEL APARATO CIRCULA	14	0,6%	CIERTAS ENF. CRÓNICAS DEL HIGA	35	0,7%
APENDICITIS	11	0,5%	TRAST. MENTALES Y DEL COMPORTA	31	0,6%
TRAST. MENTALES Y DEL COMPORTA	11	0,5%	APENDICITIS	17	0,3%
ATEROSCLEROSIS	3	0,1%	ATEROSCLEROSIS	17	0,3%
EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	2	0,1%	DEFICIENCIAS Y ANEMIAS NUTRIC.	3	0,1%
Total	2.374		Total	5.120	





Tabla 7A. Primeras causas de egresos hospitalarios del subsector oficial definidos. Buenos Aires, 2011 (Ambos sexos).

Grupos de diagnósticos	Cantidad de egresos	% egresos definidos
Total egresos	751 109	
Total egresos de causa bien definida	97 330	14 4%
Neumonía e infección		
Traumatismos múltiples o de región no especificada		
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal		
Traumatismos de los miembros superiores e inferiores		
Complicaciones del trabajo de parto y del parto		
Otras enfermedades cardíacas		
Calentura y septicemia		
Traumatismos de la cabeza y cuello		
Difteria y bronquiolitis aguda		
Factores que influyen en estado salud y contacto con los ser. vivos		
Enfermedades del sistema urinario		
Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo		
Otras enfermedades sistema respiratorio		
Otras enfermedades del sistema gastrointestinal		
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo		
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo		
Otras enfermedades del sistema digestivo		
Otras enfermedades sistema circulatorio		



ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 8A. Primeras causas de egresos hospitalarios del subsector oficial definidos. Buenos Aires, 2011 (mujeres).

Grupos de diagnósticos	Cantidad de egresos	% egresos definidos
Total egresos	448 978	
Total egresos de causa bien definida	97 330	23 7%
Complicaciones del trabajo de parto y del parto		4 5%
Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo		
Calotitias y adolecitias		
Neumonía e influenza		
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal		
Resto enfermedades del sistema genitourinario		
Factores que influyen en estado salud y contacto con los servicios		
Traumatismos de los miembros superiores e inferiores		
Enfermedades del sistema urinario		
Demás enfermedades cardíacas		
Bronquitis y bronquiolitis agudas		
Traumatismos múltiples a de región no especificada		
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo		
Resto trastornos mentales y del comportamiento		
Resto de enfermedades sistema respiratorio		
Traumatismos de la cabeza y cuello		
Resto enfermedades del sistema digestivo		
Ciertas enfermedades infecciosas intestinales		



Tabla 9A. Primeras causas de egresos hospitalarios del subsector oficial definidos. Buenos Aires, 2011 (varones).

Grupos de diagnósticos	Cantidad de egresos	% egresos definidos
Total egresos	301 679	
Total egresos de causa bien definida		
Traumatismos múltiples a de región no especificada		
Traumatismos de los miembros superiores e inferiores		
Traumatismos de la cabeza y cuello		
Neumonía e influenza		
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal		
Demás enfermedades cardíacas		
Bronquitis y bronqueolitis agudas		
Resto enfermedades sistema respiratorio		
Enfermedades del sistema urinario		
Colitis y colicistitis		
Factores que influyen en estado salud y contacto con los ser vivos		
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo		
Enfermedades del apéndice		
Resto enfermedades sistema circulatorio		
Bronquitis crónica, enfisema y otras enfermedades pulmonares abstractas de crónicas		
Resto enfermedades del sistema digestivo		
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo		
Hernia inguinal y otras hernias		
Ciertas enfermedades infecciosas intestinales		
Enfermedades cerebro vasculares		



Tabla 10A. Egresos en los hospitales de los municipios de la red El Cruce (2013).

Servicios	Brown		Berazategui		Florencio Varela		Quilmes		Totales Hospitales de la Red El Cruce
	Hosp. Zonal de Ag. Dr. Lucio Meléndez	Hosp. Subz. Esp. de Rehab. Dr. J. M. Jorge	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Evita Pueblo	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Mi Pueblo	Hosp. de Alta Compl. El Cruce	Hosp. Subz. Esp. Mat. Infantil Dr. Eduardo Oller	Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. I. Inarte		
OBSTETRICIA MATERIDAD	0	3,873		5,986		2,282	2,544	14,685	
SERVICIO INDIFFERENCIADO		4,495						4,495	
GUARDIA	0	0	1,628	1,792	0	0	603	4,023	
PEDIATRIA-LACTANTES		1,431	0	1,887		0	0	3,318	
TOCOCINECOLOGIA			3,288					3,288	
CIRUGIA	937	0	1,237	0	0	0	845	3,019	
CLINICA GENERAL-MEDICINA GENERAL	2,381	0	0	2,461		0	0	2,461	
PSIQUIATRIA			0	0		0	0	2,381	
MEDICINA LEGAL Y LABORAL	2,269	0						2,269	
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL			1,930		176			2,106	
CLINICA MEDICA	930	0	1,077	0				2,007	
GUARDIA PEDIATRICA	0	0	0	740		367	665	1,772	
CUIDADOS INTERMEDIOS					1,720			1,720	
TERAPIA INTERMEDIA RECEN NACIDO	0	799		567			0	1,366	
ESTIMULACION TEMPRANA (P)	1,348	0						1,348	
CIRUGIA Y ORTOPEDIA	267			0	0	0	962	1,229	
GINECOLOGIA	0	0	0	0		525	490	1,015	
UNIDAD CORONARIA					660			660	
CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS					630			630	

Tabla 11A: Egresos y defunciones por servicio de los municipios de la red El Cruce (2013)

Servicios	Egresos	Defunciones	%
TERAPIA INTENSIVA	276	225	44,90%
ATENCION DOMICILIARIA PROGRAMADA	80	64	44,40%
UROLOGIA	316	195	38,20%
GUARDIA TRAUMATOLOGICA	34	15	30,60%
FISIATRIA INFANTIL	15	4	21,10%
DIETISTA INFANTIL	126	26	17,10%
ADMISION PACIENTE CRITICO	358	65	15,40%
TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA	527	68	11,40%
UNIDAD CORONARIA	660	65	9,00%
GUARDIA	4023	329	7,60%
CIRUGIA Y ORTOPEdia	1229	98	7,40%
UNIDAD DE TRANSPLANTE	29	2	6,50%
SERVICIO INDIFERENCIADO	4495	308	6,40%
CLINICA MEDICA	2007	118	5,60%
OBSTETRICIA PARA ADOLESCENTES	527	30	5,40%
CLINICA GENERAL-MEDICINA GENERAL	2461	91	3,60%
MEDICINA LEGAL Y LABORAL	2269	73	3,10%
CUIDADOS INTERMEDIOS	1720	40	2,30%
FISIATRIA	288	5	1,70%
REHABILITACION PSIC.	61	1	1,60%
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL	2106	33	1,50%
CIRUGIA	3019	25	0,80%
HEMATOLOGIA INFANTIL	270	1	0,40%
ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	306	1	0,30%
PEDIATRIA-LACTANTES	3318	7	0,20%
GASTROENTEROLOGIA	475	1	0,20%
CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS	630	1	0,20%
GUARDIA PEDIATRICA	1772	2	0,10%
TERAPIA INTERMEDIA RECIENTE NACIDO	1366	1	0,10%
PSIQUIATRIA	2381	1	0,00%
OBSTETRICIA MATERNIDAD	14685	3	0,00%

Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistemática (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 12A. Egresos y defunciones en el Hospital El Cruce (2013)

	Egresos	Defunciones	Relación Def./Egresos
ADMISION PACIENTE CRITICO	358	65	15,37%
UNIDAD CORONARIA	660	65	8,97%
TERAPIA INTENSIVA	66	59	47,20%
CUIDADOS INTERMEDIOS	1.720	40	2,27%
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL	176	33	15,79%
UNIDAD DE TRANSPLANTE	29	2	6,45%
CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS	630	1	0,16%
Totales	3.639	265	6,79%

Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistematizada (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tabla 13A: Principales servicios que reciben consultas por hospital de los municipios de la red El Cruce (2013)

Servicios	Brown		Berazategui		Florencio Varela		Quilmes		Totales Hospitales de la Red de El Cruce
	Odon.	Med.	Odon.	Med.	Odon.	Med.	Odon.	Med.	
GUARDIA	0	13,647	0	31,851	0	38,018	0	51,541	176,247
GUARDIA PEDIATRICA	0	4,293	0	827	0	53,096	0	52,615	157,715
GUARDIA TRAUMATOLOGICA	0	45,655	0	0	0	23,890	0	0	86,288
ODONTOLOGIA	28,902		4,550		11,373		0	4,434	57,149
ORIENT. INF.	0		7,890		0	50,325	0	0	50,325
NEFROLOGIA	0	635	0	43,145	0	830	0	359	47,391
GUARDIA GINECOLOGICA	0	2,351	0	25,894	0	12,482	0	6,162	46,889
GUARDIA OBSTETRICA	0	6,693	0	4,455	0	12,576	0	11,381	45,325
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	0	6,633	0	7,238	0	6,768	0	3,859	39,819
PEDIATRIA-LACTANTES	10,472		0		0	1,692	0	15,447	39,462
CARDIOLOGIA	0	8,195	0	4,384	0	8,076	0	3,972	36,374
CIRUGIA Y ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	2,621	0	17,231	9,592
GINECOLOGIA	0	4,386	0	5,290	0	8,320	0	2,437	29,444
OBSTETRICIA MATERINIDAD	7,505		0		0	888	0	2,720	29,032
ENDOCRINOLOGIA-DIABETOLOGIA	0	7,838	0	1,635	0	4,291	0	3,407	28,382
CONSULTORIO ORIENTACION	0		0		0	26,654	0	3,933	26,707
CLINICA MEDICA	0	4,183	0	5,953	0	4,103	0	1,249	26,654
OFTALMOLOGIA	0	1,936	0	2,670	0	7,392	0	6,008	24,227
HEMATOLOGIA	0	15,645	0	1,297	0	2,062	0	463	23,696
NEUROLOGIA	0	1,699	0	2,901	0	10,113	0	1,434	22,895
ALCOHOLISMO-DROGADICCION	0		0		0		0	0	22,744
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	2,444	0	3,462	0	7,238	0	1,241	20,840
DERMATOLOGIA	0	1,936	0	1,738	0	6,579	0	2,176	19,581

CRUJIA	0	2,752	0	3,792	0	3,473	0	3,523	0	534	0	429	0	3,582	18,085
PSIQUIATRIA	0	2,405	0	3,074	0	0	0	3,818	0	0	0	2,679	0	5,318	18,002
CLINICA GENERAL-MEDICINA GENERAL	0	1,088	0	3,012	0	173	0	1,721	0	684	0	2,397	0	8,222	17,625
INFECTOLOGIA	0	2,555	0	2,073	0	506	0	7,936	0	0	0	0	0	0	14,174
FISIATRIA	0	1,392	0	1,854	0	2,905	0	3,175	0	1,184	0	0	0	3,063	13,573
GASTROENTEROLOGIA	0	326	0	4,158	0	1,962	0	691	0	3,343	0	0	0	2,407	12,887
ONCOLOGIA	0	12,003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,003
FLEBOLOGIA - VASCULAR PERIFERICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,836	10,836
DIETISTA	0	10,472	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,472	10,472
ESTIMULACION TEMPRANA (P)	0	5,255	0	4,732	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,987	9,987
MEDICINA LEGAL Y LABORAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,063	0	9,751	9,751
PATOLOGIA CERVICAL	0	0	0	0	0	336	0	1,352	0	0	0	0	0	9,331	9,331
FONOAUDILOGIA Y AUDILOGIA	0	3,476	0	5,775	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,253	9,253
GUARDIA DE CIRUGIA	0	580	0	2,741	0	8,386	0	1,706	0	1,083	0	610	0	826	8,386
TOCONECOLOGIA	0	1,533	0	1,315	0	7,190	0	3,949	0	0	0	0	0	7,190	7,190
CARDIOLOGIA INFANTIL	0	6,693	0	0	0	6,733	0	0	0	0	0	0	0	6,733	6,733
REHABILITACION PSIC.	0	2,555	0	0	0	0	0	3,647	0	0	0	1,416	0	5,063	5,063
NEONATOLOGIA-PREMATUROS	0	875	0	0	0	1,959	0	1,959	0	484	0	0	0	4,998	4,998
TERAPIA INTENSIVA INFANTIL	0	977	0	523	0	2,274	0	2,274	0	637	0	855	0	4,641	4,641
ESTIMULACION ADULTO (P)	0	330	0	0	0	1,640	0	543	0	0	0	688	0	4,371	4,371
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	0	1,424	0	0	0	0	0	861	0	168	0	3,006	0	4,197	4,197
UROLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	2,093	0	3,001	0	0	0	4,082	4,082
NEUMONOLOGIA INFANTIL	0	0	0	0	0	467	0	0	0	0	0	0	0	4,006	4,006
PATOLOGIA MAMARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,891	3,891
PLANIFICACION FAMILIAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,815	3,815
CIRUGIA PLASTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUROCIURGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONTROL DEL NIÑO SANO - MEDICINA ESCOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REUMATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Continúa en la pág. siguiente

Viene de la pág. anterior

NEUMOTISIOLOGIA								0	3,783									3,783
ALERGOLOGIA	0	65			0	941			0	2,321								3,327
NEUROLOGIA INFANTIL	0	278					0	1,015			0	1,924						3,217
DIETOLOGIA Y NUTRICION	0	0			0	2,172	0	0	0	847								3,019
COLUMNA VERTEBRAL									0	970	0	1,803						2,773
CLINICA DE LA ADOLESCENCIA - HEBIATRIA	0	563							0	2,189								2,752
TISIOLOGIA													0	2,704				2,704
CIRUGIA INFANTIL	0	429							0	871	0	1,298						2,598
MIEMBRO SUPERIOR Y MICROCIRUGIA											0	2,126						2,126
TERAPIA INTENSIVA	0				0	0	0	829	0	0	0	0		0	1,271			2,100
CIRUGIA GINECOLOGICA									0	1,008	0	1,081						2,089
NEUMONOLOGIA	0	224			0	889					0	861	0	110				2,084
FISIATRIA INFANTIL	0	0	0	917											0	1,021		1,938
CIRUGIA MAXILO FACIAL	0	1,320									0	399						1,719
OFTALMOLOGIA INFANTIL													0	1,706				1,706
GINECOLOGIA INFANTIL	0	660							0	1,043								1,703
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA INFANTIL	0	655									0	873						1,528
CIRUGIA CARDIOVASCULAR											0	1,315						1,315
MIEMBRO INFERIOR (REC. OSEA)											0	1,301						1,301
HEMATOLOGIA INFANTIL	0	1,273																1,273
ONCOHEMATOLOGIA											0	1,144						1,144
DERMATOLOGIA INFANTIL	0	1,131																1,131
OBSTETRICIA PARA ADOLESCENTES							0	292					0	824				1,116
TOCOGINECOLOGIA INFANTOJUVENIL					0	1,070												1,070
MEDICINA TRANSFUSIONAL											0	1,023						1,023
RESTO DE LAS ESPECIALIDADES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	28.902	209.437	0	30.798	7.890	154.381	4.550	181.982	11.373	344.185	0	45.896	0	218.628	4.434	151.671	1.394.127	

Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Informatización Sistemática (DIS) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En el total de consultas hay una diferencia de 163.746 en relación a la tabla 13, porque en esta tabla se considera al Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Dr. Oller de Quilmes (219.637 consultas más), que en la tabla 13 figura en consultas municipales junto a los CAPS, además en la tabla 13 se consideran las Unidades de Pronta Atención (UPA 24), que representan 55.891 consultas extras.

Tabla 14A. Causas de muerte, según carga de enfermedad. Total País. 2012.

Causas de Muertes	Carga de Enfermedad	Número Total
Enfermedades del corazón	Crónicas	71.614
Tumores malignos	Crónicas	59.518
Enfermedades cerebro-vasculares	Crónicas	18.397
Diabetes mellitus	Crónicas	7.980
Nefritis y nefrosis	Crónicas	7.656
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Crónicas	5.401
Neumonía e influenza	Agudas	20.009
Septicemias	Agudas	10.225
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Agudas	4.068
Accidentes, inclusive secuelas	Causas Externas	11.181
Todas las causas bien definidas		294.270
Signos, síntomas y afecciones Mal definidas		25.269
Demás causas Bien definidas		78.221
Total		319.539

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

Tabla 15A. Causas de muerte, según carga de enfermedad. Provincia de Buenos Aires. 2012.

Causas de Muertes	Carga de Enfermedad	Número Total
Enfermedades del sistema circulatorio	Crónicas	41.085
Tumores	Crónicas	23.481
Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias	Crónicas	15.664
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Agudas	15.022
Enfermedades del sistema urinario	Crónicas	3.394
Diabetes mellitus	Crónicas	2.343
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Agudas	1.537
Enfermedades del hígado	Crónicas	1.535
Trastornos mentales y del comportamiento	Crónicas	1.036
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Crónicas	990
Trastornos metabólicos	Agudas	717
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	Agudas	500
Defunciones de la nutrición y anemias nutricionales	Agudas	170
Meningitis	Agudas	104
Embarazo, parto y puerperio	Agudas	93



ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 16A. Causas de muerte, según carga de enfermedad. Total municipios de la red El Cruce y sus municipios. 2012.

Causas de Muertes	Carga de Enfermedad	Red El Cruce	Alte. Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
Enfermedades del corazón	Crónicas	4.055	1.192	644	671	1.548
Tumores	Crónicas	2.302	545	404	435	918
Enfermedades Cerebrovasculares	Crónicas	655	159	135	118	243
Enfermedades del aparato urinario	Crónicas	335	100	43	79	113
Diabetes mellitus	Crónicas	211	55	38	52	66
Enfermedades Crónicas de las vías	Crónicas	138	41	29	26	42
Ciertas Enfermedades Crónicas del hígado	Crónicas	112	34	15	25	38
Malformaciones congénitas	Crónicas	115	30	17	23	45
Otras Enfermedades del aparato circulatorio	Crónicas	112	14	17	11	70
Trastornos Mentales y del comportamiento	Crónicas	62	10	14	12	26
Aterosclerosis	Crónicas	21	5	3	1	12
Enfermedades infecciosas	Agudas	1.509	429	290	294	496
Perinatales	Agudas	201	60	33	34	74
Apendicitis	Agudas	42	6	4	6	26
Embarazo parto y puerperio	Agudas	15	4		6	5
Desnutrición	Agudas	8	2	2		4
Causas externas		739	183	121	166	269
Signos, síntomas y afeccionemal definidas		1.031	517	86	144	284
Demés causas bien definidas		2.080	497	363	397	842
Total		13.752	3.883	2.248	2.500	5.121



Tabla 17A. Relación población-promedio de camas agudas y crónicas para la Red El Cruce y los municipios que la componen.(2012.)

Partido	Población	Total Camas	Relac. camas por hab.	CD Agudas	Relac. camas por hab.	CD Crónicas	Relac. camas por hab.
Red El Cruce	1 88 094	1 291	1 4 1	1 175	1 05	11	1 259
ro inicial		1155	1 33	1087	1 735	8	27 737
Municipal		13	13 8 8	88	21 433	48	39 294
FLORENCIO V REL	42 005	388	1 098	340	1 253	48	8 875
ro iniciales		340	1 253	340	1 253		
Municipales		48	8 875			48	8 875
BER Z TEGUI	324 244	240	1 351	240	1 351		
ro iniciales		224	1 448	224	1 448		
Municipales		1	20 2 5	1	20 2 5		
QUILMES	582 943	24	2 370	24	2 370		
ro iniciales		174	3 350	174	3 350		
Municipales		72	8 09	72	8 09		
LMIR NTE BROWN	552 902	417	1 32	349	1 584	8	8 131
ro iniciales		417	1 32	349	1 584	8	8 131
Municipales							

Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 18A. Gasto hospitalario provincial y gasto municipal, para la Región Sanitaria VI, la red El Cruce y los municipios que la componen. 2011.

Partido	Provincial	Municipal	Total	% Pcial.	% Mpal.
Región Sanitaria VI	1.414.464.111	587.466.788	2.001.930.899	70,70%	29,30%
Red El Cruce	680.831.448	225.420.666	906.252.114	74,90%	25,10%
Florencio Varela	187.039.083	53.194.634	240.233.717	77,90%	22,10%
Berazategui	125.920.974	45.853.752	171.774.726	73,30%	26,70%
Quilmes	150.628.518	92.349.887	242.978.405	62%	38%
Almirante Brown	217.242.873	34.022.393	251.265.266	86,50%	13,50%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de la Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires





SOBRE LOS AUTORES



Arnaldo Medina. Médico egresado de la UNLP, especialista en Salud Pública de la UBA. Es Master en Gestión y Economía de la Salud de Universidad ISALUD. Actualmente es Director Ejecutivo del Hospital El Cruce Nestor Kirchner, Vicerector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Director y Docente del Instituto de Ciencias de la Salud de dicha universidad. Fue subsecretario de Planificación de la Salud del MSPB y ha ocupado diversos cargos académicos y de gestión.



Patricio Narodowski. Economista, Master en Desarrollo y Doctor en Geografía del Desarrollo. Docente de grado y posgrado de la UNLP y la UNMoreno, Director del Programa de Posgrado de Desarrollo de la FaHCE de la UNLP. Publicó diversos libros, artículos, capítulos de libro; ha ocupado diversos cargos en el sector público y en la coordinación de proyectos ejecutivos. Actualmente es asesor del gabinete de la Ministra de Economía de la Provincia de Buenos Aires.







BIBLIOGRAFÍA

Aarva,P; Haes, W.; Visser, A. (1997). «Health communication research» *Patient Education and Counseling* 30, 1-5.

Abramzon, M.; Cadile, M. (2001). «Recursos Humanos en Salud en Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998». En: *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.

Acuña, C.; Chudnovsky, M. (2002). «El Sistema de Salud en Argentina», *Documento* N° 60, CEDI, Argentina.

AGENHOY (2014). «Gran concierto de Juan Rodó en el Hospital El Cruce» publicado el 30 de noviembre de 2014. Disponible en <http://agenhoy.com.ar/gran-concierto-de-juan-rodo-en-el-hospital-el-cruce>

Aguilar, Mercedes (2008). *Un análisis de la mortalidad según causas de defunción. El caso de la Provincia de Buenos Aires*. CONICET (2008), Argentina.

Alcaray, R. (1999). «La comunicación en salud como disciplina en las universidades estadounidenses», en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3 (5) 192-196.

Almeida, C.; Phang Romero, C.; Fontes Texiera (2001). «Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación en Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay.» En: *Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión*. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur, 75-160.



Almeida-Filho, N.; Silva Paim, J. (1999). «La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica»; *CMS* 75, 5-30.

Almeida-Filho, N. (2006), «Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones», *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2 (2) 123-146, mayo - agosto.

Almirón, L. (2008). «Construcción rizomática del concepto de Salud Mental», *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, año XVII, vol. 14, N° 4, junio, 56 a 65.

Alonso, G. (1999). «Las regulaciones del Sistema de Salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional», INAP, serie III. Políticas Públicas. *Documento* N° 41, Buenos Aires.

Alzugaray, R. (1988). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.

América Económica (2015). Ranking. Disponible en <http://rankings.americaeconomia.com/mejores-clinicas-hospitales-2014/ranking>

Andrenacci, L.; Neufeld, M. R. y Raggio, L. (coord.) (2000). *Elementos para un análisis de programas sociales desde la perspectiva de los receptores: los programas Vida, PROMIN, Trabajar y Barrios Bonaerenses en los municipios de José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno y San Miguel*. General Sarmiento: Documento de Trabajo, Universidad Nacional de Sarmiento.

Aráoz, L. y Bertoia, L. (2009). «Centro Clandestino de Detención Hospital Posadas» en ANRED Agencia de Noticias Redacción publicado el 2 de febrero de 2009. Disponible en <http://anred.org/spip.php?article2822>

Arce, H. (2011). *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.

Banco Central de la República Argentina (2006). *Ramón Carrillo: Primer Ministro de Salud de la República Argentina*. Investigación realizada para la Muestra Numismática, llevada a cabo en la Provincia de Santiago del Estero por el Museo del Banco Central, en el marco del Plan Federal de Exposiciones dispuesto por la Subgerente General de Servicios Centrales, Alejandra G. Naughton. Pp. 8. <http://www.bcra.gov.ar/pdfs/institucional/RamonCarrillo.pdf>

Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 1963). *Reformas institucionales y desarrollo social*. Washington.

Banco Mundial (1993). «Informe sobre el desarrollo mundial», Washington DC.

Banco Mundial (1997). «Informe sobre el desarrollo mundial: el Estado en un mundo cambiante», Washington DC.

Barbieri, N.; De la Puente, C.; Tarragona, S. (2004). «La equidad del gasto público en salud en la Provincia de Buenos Aires». *Gestión en salud*, vol. 3, N° 7 julio de 2004, 13-42.



Báscolo, E. (2008). «Características institucionales del sistema de salud en Argentina y limitaciones de la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población». En Cheresky, I. (ed.). *Las capacidades del estado y las demandas ciudadanas: condiciones políticas para la igualdad de derechos*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Bello, J. (1983). «Política de salud 1976/81. Aporte para la evaluación de un proceso». *Cuadernos Médico Sociales* N° 23, marzo de 1983.

Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Quiroga, H. (1987). *Las Instituciones de Salud en la Argentina Liberal. Desarrollo y Crisis*. Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación.

Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Carnino, M. I. (1988). *Corporación médica y poder en Salud: Argentina 1920-1945*. Buenos Aires: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Carnino, M. I. (1991), «Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960», OPS.http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub27.pdf

Belmartino, S. (2002). «Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina»; en *Cad. Saude Pública*, Río de Janeiro, 18 (4) 1.067-1.076, julio agosto.

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Belmartino, S. (2009), «Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos», presentación en el Quinto Foro del Bicentenario, panel de políticas de salud pública en el siglo XX. Buenos Aires. <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>

Belmartino, S. y Bloch, C. (1994), «El sector salud en Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985», Organización Panamericana de la Salud (OPS), Buenos Aires.

Belmartino, S.; Bloch, C. (1980), «La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo» en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 14.

Belmartino, S.; Bloch, C. (1982), «Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina», *Cuadernos Médico Sociales* N° 22.

Bengoa, R. (2008), «Curar y cuidar», en Bengoa R. y Nuno, R. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: ElsevierMasson.

Bertoia, L. (2013). «La dictadura en el Hospital Alejandro Posadas» en *Aletheia*, revista de la Maestría en Historia y Memoria de la FaHCE, volumen 3, número 6, julio 2013. ISSN 1853-3701. Disponible en <http://www>.



aletheia.fahce.unlp.edu.ar/numeros/numero-6/articulos/la-dictadura-en-el-hospital-alejandro-posadas

Bezzani, R. (2001). «Desafíos para la investigación sobre la reforma en América Latina.» En *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: Reflexiones sobre su contribución al desarrollo de políticas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 167-183.

Bisang, R., Cetrángolo, O. (2009). «La descentralización la equidad, con especial referencia al caso argentino». CEPAL.

Blanco, B. (2010). «La salud es la solución del conflicto» en *Página 12*, lunes 19 de abril de 2010. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>

Blanco, D. (2014). «Medicamentos genéricos: la ley que nació para bajar el costo de la salud y hoy casi no se aplica» en *INFOBAE* publicado el 26 de junio de 2014. Disponible en <http://www.infobae.com/2014/06/26/1576344-medicamentos-genericos-la-ley-que-nacio-bajar-el-costo-la-salud-y-hoy-casi-no-se-aplica>

Bloch, C.; Luppi, I.; Aronna, A. (2003). *Mercado de Trabajo Médico*. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Boisier, S. (1997). «El vuelo de una cometa. Una metáfora para una teoría del desarrollo territorial», en *Revista Eure*, N° 69, PUC/IEU, Santiago de Chile.

Bourdieu, P. (1973). *Cultural Reproduction and Social Reproduction*. IN R. Brown (ed.) *Knowledge, Education and Cultural Change: Papers in the Sociology of Education*. Londres: Tavistock.

Bosoer, F. (2009) «Quién fue Augusto Timoteo Vandor» en *Revista Ñ*, publicado el 21 de noviembre de 2012 en «Días de historia». Disponible en <http://www.diasdehistoria.com.ar/content/qui%C3%A9n-fue-augusto-timoteo-vandor>

Bossio, J.; Arias, S.; Fernández, H. (2012). Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud Colectiva* vol. 8 supl. 1 Lanús nov. 2012

Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Braddock, C.; Kelly, A.; Edwards, M.; Nicole, M.; Hasenberg, M.; Tracy, L.; Laidley, M.; Wendy Levinson (1999), «Informed decision making in outpatient practice». *JAMA*, 282, 2.313-2.320.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Byrnes, J.; Rasmussen, S.; Steinhorn, S.; Connelly, R.; Myers, M.; Lynch, C.; Flannery, J.; Austin, D.; Holmes, F.; Holmes, G.; Strong, L.; Mulvihill, J. (1998). «Disease management, making it work: a study in implementation strategies and results in an integrated delivery system», en Couch, J. *The health*



care professional's guide todisease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg: Jones & Bartlett Learning.

Cajigas, B. (2003). «Política de prestación de servicios de salud». Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud, Secretaría de Salud de Bogotá, Organización Panamericana de la Salud.

Capuano, C. (2014) «Medicamentos, historias y dilemas» en *Página 12* publicado el 18 de febrero de 2.014. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-240070-2014-02-18.html>

Carballeda, A. (1995). «Política Social, Subjetividad y Poder: la acción social de la Fundación Eva Perón», *Revista de trabajo social y ciencias sociales*.

Caro Figueroa, A. (2010). «Las obras sociales sindicales, una amenaza para la democracia» en *Iruya.com* publicado el jueves 25 de febrero de 2010. Disponible en <http://www.iruya.com/iruyart/articulos/politica-gobierno/103315-las-obras-sociales-sindicales-una-amenaza-para-la-democracia-.html>

Carrillo, A. y Carrillo, A. R. (2005). «Ramón Carrillo, el hombre, el médico... el sanitarista». *Electroneurobiología*, vol. 14, 33-65.

Carrillo, R. (1949): «Hacia una mayor precisión en los del hospital y la asistencia médica», en *Política Sanitaria Argentina*, tomo I, Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1949, pág. 26. Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, Vol. IV (3), págs. 198-220

Carrillo, R. (1974a). *Teoría del Hospital*. Buenos Aires: Eudeba.

Carrillo, R. (1951a) Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Secretaría Parlamentaria, Dirección de Información Parlamentaria. *Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958*, Doctor Ramón Carrillo. Pag. 3.

Carrillo, R. (1951b). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Ministerio de Salud pública.

Carrillo, R. (1974). *Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras completas*. Buenos Aires: Eudeba.

Castells, M. (2000).»Sociedad en red». Revista *La Factoría*, Barcelona.

Castro, B.; Casal, A. y Priluka, M. (2005). «Regulación de la medicina prepaga». Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales de la Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires. Argentina

CEDI (2001). «Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino». *Documento* N° 55, octubre. Autores Fabián Repetto, Karina Ansolabehere, Horacio Rodríguez Larreta, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad, Grupo Sophía. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.



CEDI (2002). «El Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal». *Documento* N° 77. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC, 2010). *Experiencias de gestión pública en salud: segundo ciclo*; compilado por Daniel Maceira. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

CEPAL (1963). Décimo Período de Sesiones, Mar del Plata, 1963. 10ma. Sesión, Mar del Plata, 1963.

Cetrángolo, O.; Damill, M.; Katz, J.; Lerner, L.; Ramos, S. (1992), «Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de obras sociales», *Documento de Trabajo* N° 2, Instituto para el Desarrollo Industrial, Buenos Aires.

Cetrángolo, O.; Devoto F. (1998). «Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad», en *Serie de Estudios* N° 27, CECE, Buenos Aires.

Cetrángolo, O.; Devoto F. (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo: CEPAL.

Cetrángolo, O.; Devoto, F. (2002). *Organización de la Salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Montevideo: CEPAL.

Cetrángolo, O.; Gatto, F. (2002). «Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado». Documento presentado en el seminario «Desarrollo Local y Regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores», organizado por ILPES y el Gobierno de la Provincia de Pichincha, Ecuador, julio 10-12.

Cetrángolo, O.; Lima Quintana; San Martín (2007). «Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado», mimeo.

Chiara, M. (1998). *Los municipios del Conurbano bonaerense y las políticas sanitarias. Una reconstrucción histórica (1987-1996)*. General Sarmiento: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Chiara, M. (2000). «Los municipios del Conurbano Bonaerense y las políticas de salud. Una reconstrucción histórica» en Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Cravino, C. y Catenazzi, A. «La gestión del subsector público de la salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense». *Serie Informes de Investigación*. Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento. San Miguel.

Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010). «La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)», *Salud Colectiva*, año 6, vol. 6, N° 1, marzo, 345-362.



Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Moro, J. (2012). «Dilemas de la gestión local de salud: Aportes de los estudios de caso», en Chiara (comp.) *Salud Política y Territorio en el Gran Buenos Aires*, General Sarmiento. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Cobo Romaní, J. (2009), «El concepto de tecnologías de la información. Benchmarking sobre las definiciones de las TIC en la sociedad del conocimiento», *ZER*, vol. 14, N° 27, 295-318.

Coe, G. (1998). «Comunicación en Salud», *Revista Chasqui* 63, disponible en: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>

COFA (2015). «Doctor Ginés González García: reflexiones sobre la vigencia y cumplimiento de la ley 25.649 de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico» en Confederación Farmacéutica Argentina. Disponible en <http://www.cofa.org.ar/?p=10408> publicado el 15 de enero de 2015.

Cohen, D. et. al (2004). «Resource effects of training general practitioners in risk communication skills and shared decision making competences», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10:439-445.

Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires (2015). «Nuevo acuerdo sanitario y social: en respaldo a la sustentabilidad de las farmacias y revalorización del rol profesional del farmacéutico». Disponible en <http://www.cofarma.org.ar/Lists/Anuncios%20Cofarma/DispForm.aspx?ID=161>

Cormick, H. (1997). «Algunos problemas de gobierno y gestión en los municipios del Conurbano bonaerense», en García Delgado, D. (comp.). *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y Sociedad Civil en Argentina*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.

Cormick, H., et al, (1992). «Descentralización de la Gestión Municipal. El Caso de la MCBA». Ponencia 26 presentada en el IX Congreso Nacional de Administración Pública. Mendoza, noviembre.

Crojethovic, M.; Ariovich, A. (2008). «La autogestión hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas», en *Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín*, año 2, N° 4, Buenos Aires.

Cultura Argentina (2015). Museo Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón. Disponible en <http://www.cultura.gob.ar/museos/instituto-nacional-de-investigaciones-historicas-eva-peron/instituto-nacional-de-investigaciones-historicas-eva-peron>

Dabas, E.; Najmanovich, D. (2005), «Una de muchas redes itinerarios y afluentes del abordaje en redes», mimeo.

Dabas, E. y Perrone, N. (1999). «Redes en Salud», en *Viviendo Redes*. Buenos Aires: Editorial CICCUS.



- Dabas, E. y Perrone N. (1999). «Redes en Salud. Parte II», documento inédito.
- Danani, C. (1996). «Crisis de atención de la salud, crisis de reproducción social: procesos de reforma en la atención de la salud y grupos familiares en el Conurbano bonaerense. Un estudio comparado, 1983-1996», en Programa de investigación para el tema: reforma de los sistemas de organización de las políticas sociales, modelos, evolución y principales estrategias», mimeo. Universidad de General Sarmiento.
- Danani, C. y Grassi, E. (2008). «Ni error ni omisión. El papel de la política de Estado en la producción de las condiciones de vida y de trabajo. El caso del sistema previsional, Argentina 1993-2008». En: Lindenboim, J. (comp.). *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires: Eudeba.
- Dávalos (2010). «Neoinstitucionalismo y reforma estructural» ALAI, América Latina en movimiento, mimeo.
- Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 septiembre de 1978. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- Decreto 565/90 (1990). La Plata, 9 de marzo de 1990 disponible en <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/90-565.html>
- De Fazio, F. (2013). «Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político», en *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 9 (3) 301-315, septiembre - diciembre.
- Dekker, L. (1988). «Changing health care in the Netherlands». *The Hague*. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
- Del Campo, H. (1983). *Sindicalismo y peronismo. Los comienzos de un vínculo perdurable*. Buenos Aires: CLACSO.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1977). «Rizoma». *Mil Mesetas*. Valencia: Editorial Pre-textos.
- Desaparecidos (2015). Documentos. Trabajadores del Hospital Posadas detenidos- desaparecidos. Disponible en <http://www.desaparecidos.org/arg/victimas/listas/posadas.html>
- Di Gropello, E.; Cominetti, R. (comp.) (1998). «La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana». CEPAL.
- Díaz, E. (2007). *Entre la tecnociencia y el deseo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.





Díaz Langou, G.; Fernández, F.; Forteza, P. y Potenza Dal Masetto (2011). «Los principales programas de protección social de la Provincia de Buenos Aires». *Documento de trabajo* N° 70, CIPPEC.

Edwards, N.; McKee, M.; Healy, J. y Harrison, A. (1998). «Changing hospital systems», en Saltman, R. (editors). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

El Ojo con Dientes (2011). «Ramón Carrillo: solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si son accesibles al pueblo» publicado el 11 de marzo de 2011. Disponible en <http://eljocondientes.com/2011/03/07/ramon-carrillo-solo-sirven-las-conquistas-cientificas-sobre-la-salud-si-son-accesibles-al-pueblo>

El Sol (2012). «Muestras pictóricas de la UNAJ» publicado el 19 de junio de 2012. Disponible en <https://www.google.com.ar/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.elsol-quilmes.com.ar%2Fnotas%2F12214-muestras-pictoricas-de-la-unaj&ei=CkxVf6ED4SrogSDg4CgDg&usg=AFQjCNF0Zy55feXd5Web17rjjj6QmA8dg&sig2=92MP4oPcsnMxGrT5JIJO0w>

Enthoven, A. (1999). «A reconstructionist's view of managed competition. Integrated health delivery systems». Duke Private Sector Conference.

Epstein, R. et. al., (2005). «Patient-centered communication and diagnostic testing». *Ann. Fam. Med.* 3: 415-421.

Erskine, J. (2006). «Future vision of regional healthcare. European Union», *Network for Future Regional Healthcare*.

Escudero, S. (compilador) (1983). *Arturo Illia, pensamiento y acción*. Córdoba: Justo Páez Molina.

Estébanez, M. y Korsunsky, L. (2003) «Medición de actividades de vinculación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos». Buenos Aires: Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT): El Estado de la Ciencia.

Fernández, J. (2004). *Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias*. Barcelona: Gestión y Salud.

Fielding, J. (2004). Using Evidence to Improve Public Health Infrastructure. Disponible en: www.publichealth.pitt.edu/supercourse/SupercoursePPT/17011-18001/17731.ppt

Fleury, S. (2002). «El desafío de la gestión de políticas públicas», *Revista de Institucionalidad y desarrollo* N° 12-13; 222-247. Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya. Barcelona.

Fleury, S. y Ouverney, A. (2007). *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Río de Janeiro: Editora FGV.



Florencio Varela Municipalidad (2012). «CONTINÚA LA MUESTRA DE ARTE FRANCÉS EN EL HOSPITAL EL CRUCE» publicado el 28 de diciembre de 2012. Disponible en http://varela.gov.ar/prensa/nota.aspx?not_id=15730

Florencio Varela Municipalidad (2012). «Julio Pereyra entregó premios del concurso de escultura» publicado el 14 de septiembre de 2012 disponible en <http://www.varela.gov.ar/users/boletin/articulo.aspx?id=3109>

Flores, W. y Ruano, A. (2009). «Atención primaria en salud y participación social: análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes» en *Cuaderno de investigación del CEGSS* N°2. Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. Disponible en http://cegss.org.gt/documentos/cuaderno_no_2.pdf

Foro Ramón Carrillo (2011). «Producción pública de medicamentos». Disponible en <http://fororamoncarrillo.blogspot.com.ar/2011/06/normal-0-21-false-false-false.html>

Frenkel J. (1992). *La nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Ciencia para Todos.

García, J. (2015). «Las enfermeras de Evita»; entrevista a Marcelo Goyeneche en *Cinestel* publicado el 17 de marzo de 2015. Disponible en <http://www.cinestel.com/enfermeras-evita-documental-goyeneche>

Garriga, M. y Sanguinetti, P. (1995). «Coparticipación a municipalidades de la Provincia de Buenos Aires». En *Cuadernos de Economía* N° 10.

Giovanella, L. (2004). «Redes integradas, programas de gasto de clínica y clínica general: reformas recientes en el sector ambulatorio en Alemania», Escuela Nacional de Salud Pública. InstitutfurMedizinischeSoziologie.

Giovanella, L. (2013). *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Río de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud.

Girard, J. (1999). «Experiencia de Canadá: desarrollo y planificación de redes de atención en los servicios de salud», Santiago de Chile, Seminario Internacional de Desarrollo de la Red Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile.

González García, G.; De la Puente, C.; Tarragona, S. (2005). *Medicamentos: salud, política y economía*. Buenos Aires: ISALUD.

Gray, M. (2009). *Evidence-based healthcare and public health*. Edimburg: Churchill Livingstone Elsevier, 3ra edición.

Governa, F. (1997). *Il milieu urbano : l'identità territoriale nei processi di sviluppo*, presentazione di Giuseppe Dematteis, Milano: Franco Angeli.

Governa, F. (2001). *Il territorio come soggetto collettivo? Comunità, attori, territorialità*, Bonora (ed), Quaderno Slot: BaskervilleUniPress.



Griffiths, C. et. al. (2004). «Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma». *British Medical Journal* 328, 144.

Grol, R. et. al (2000). «Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison». *British Journal of General Practice* 50, 882-887.

Gumucio-Dagron, A. (2004). «El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social». *Investigación y Desarrollo* N° 12 (1), 2-23.

Ham, C. (editor) (1997). *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham: Open University Press, citado por Vilaça Mendes, Eugênio. *Las redes de atención de salud*; edición en español. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, 2013.

Hernández, A. (1984), «Perspectiva histórica del Municipio argentino», en *El Municipio*. Buenos Aires: Ciudad Argentina.

Hildebrandt, H. y Ripmann, K. (2001). *Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective*. Barcelona: WHO Integrated Care Meeting. http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub40.pdf Hutchinson MK, Sandall SR. Congenital TORCH infections in infants and young children. *Top Early Child Spec Educ* 1995.

Ilari, S. (2004). *La reformulación estratégica de los programas sociales. Del Plan Vida al Más Vida. Provincia de Buenos Aires, Argentina*. Washington: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

INDEC (2014). «La industria farmacéutica en Argentina»; informe de prensa 10 de junio de 2014.

Isuani, E.; Mercer, H. (1988). *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Jaureche, E.; Eichelbaum, C.; Feinmann, J. (2015). «Cámpora al gobierno, Perón al poder» en NAC&POP red nacional y popular de noticias. Disponible en http://nacionalypopular.com/index.php?option=com_content&task=view&id=3290&Itemid=1#_LA_HORA_DE_C%C3%81MPORA

Jaureche, Ernesto (2015). «Aquel 11 de marzo» en NAC&POP red nacional y popular de noticias Disponible en http://nacionalypopular.com/index.php?option=com_content&task=view&id=3290&Itemid=1#_AQUEL_11_DE_MARZO

Johnson, B. et. al. (2008). *Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices*. Bethesda: Institute for Family-Centered Care.

Katz, J.; Muñoz, A. (1988). *Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: CEPAL.



- Klijn, E. (1998). «Policy Networks: An Overview» en Kickert, W. J. M. y Koppenjan, J. F. (editores) *Managing Complex Networks*. Londres: Sage.
- Laurell, A. (2011). «Dos décadas de reformas de Salud: una evaluación crítica»; Séptimo Congreso internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, junio.
- Lavandenz, F.; Schab, N. y Straatman, H. (2001). «Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia», *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 9: 182-189.
- Leat, P.; Baker, G.; Halverson, P. y Aird, C. (1996). «Integrated delivery systems: has their time come in Canada?». *Canadian Medical Association Journal*, 154, 803-809.
- Levinson, W.; Kao, A.; Kuby, A. y Thisted, R. (2005). «Not all patients want to participate in decision making». *J. Gen. Intern. Med.*, 20, 531-535.
- Ley 11.405. «Ley de medicamentos». Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/LEY-11405.pdf>
- Ley 25.649 (2002). «Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico». Disponible en http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Ley_Medicamentos_Genericos_25649.pdf
- López Delgado, F. (2008). «La Ley de Genéricos y los tribunales», *Revista Médicos, Argentina*.
- Lundvall, I. (1992). *National Systems of Innovation. Toward a theory of innovation and interactive learning*. Londres: Pinter Publishers.
- López, S. (2006). *El Sistema de Salud Argentino*. La Plata: Medicina Social, Facultad de Trabajo Social, UNLP.
- Maceira, D. (2003). «Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino». CEDES, <http://www.danielmaceira.com.ar/FinancEquidad-Arg-Doc.pdf>
- Maceira, D. (2003). «Instituciones sanitarias en un país federal: las obras sociales provinciales en contexto». Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Argentina.
- Maceira, D. (2004). «Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso de Argentina». Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Seminario VI,
- Maceira, D. (2006). «Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino», en Flood, C. *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*. Buenos Aires: Editorial La Colmena.
- Maceira, D. (2008). «Sistema de Salud en Argentina», en Barten, F.; Flores, W. y Hardoy, A. *La inequidad en la salud. Hacia un abordaje integral*. Buenos Aires: IIED-AL.



Maceira, D. (2010). «Seguro Social, Descentralización y Eficiencia en la Organización de los Servicios de Salud. Aportes para una Comparación entre Sistemas».

Maceira, D.; Cejas, C.; Olaviaga, S. (2010). «Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino». CIPPEC, *Documento de Trabajo* N° 49, agosto.

Maxit, M. (1994). «Hospitales de la reforma: utopía y desencanto.» en *Revista Hospital Privado de Comunidad* N° 213, www.hpc.org.ar/images/revista/213-v4p94.pdf

Margalef, R. (1995). *La ecología entre la vida real y la física teórica. Investigación y ciencia*. Barcelona: Prensa Científica.

Martínez, A. (2015). «Ramón Carrillo: fundador de la medicina social» en REDNAC&POP red nacional y popular de noticias. Disponible en http://nacionalypopular.com/index.php?option=com_content&task=view&id=10283&Itemid=1

Mases, E. (2015). «La llamada burocracia sindical» en *Río Negro on line*. Disponible en <http://www1.rionegro.com.ar/diario/tools/imprimir.php?id=15223>

Martín, G. (2015). Cómo quedó el nuevo calendario de vacunación 2015. *Revista Día a día, Tu Salud*. N° 2176, año 5.

Marvel, M.; Epstein, R.; Flowers, K. y Beckman, H. (1999). «Soliciting the patient's agenda: have we improved?». *JAMA*, 281, 283-287.

Médici, A. (1999). «Los hospitales universitarios: pasado, presente y futuro», *Cuadernos Médico Sociales* N° 79, 119-128.

Medina, A. (2013). «Sobre la necesidad de contar con legislación adecuada para la utilización de la historia clínica digital». Publicado el 23 de abril de 2013. Disponible en <http://direccion.blogs.hospitalelcruce.org/tag/historia-clinica-digital>

Medina, A. (2008). «El rol de los municipios en la Gestión en Salud»; en *Gestión local: conceptos y experiencias*. Buenos Aires: USAM.

Medina, A. y Hernández A. (2013), «Las TICs en la red, interna y externa, del Hospital El Cruce», en Álvarez, M. (coord.). *Gestión municipal y gobierno electrónico, experiencias en salud, tramas productivas y turismo*. CABA.

Mera, J. y Bello, J. (2003). *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina. Una introducción*. Buenos Aires: OPS, Buenos Aires. 1ra Edición. En http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub56.pdf

Micallef, J. (2000). «Apports des réseaux en santé publique: conditions de mise en place et de fonctionnement en clinique et en recherche». *Thérapie*, 55, 541-545, 2000.



- Michaels, E. (2004). *The Warfor Talent. McKinsey Quarterly*. Editorial Norma.
- Mignone, J. (1990). «Dr. Ramón Carrillo. Planificación en Salud: un antecedente». *Salud y Sociedad*, N° 23.
- Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2013). *El sector salud. Informe final Estudio de la gestión pública en la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: CFI.
- Ministerio de la Salud de Perú (1999). «Redes de servicios de salud». Lima, Ministerio de la Salud.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). «Información sobre el VIH/sida. Situación en Argentina» *Boletín Epidemiológico de Sida 2012*, de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS)
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Estadísticas vitales. Información básica*. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/>. Acceso 25-01-2015.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2013). «Comienzan los Conciertos de Música Clásica en el Hospital El Cruce-Néstor Kirchner» publicado el 28 de noviembre de 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/1720-manana-comienzan-los-conciertos-de-musica-clasica-en-el-hospital-el-cruce-nessor-kirchner>
- Ministerio de Salud Presidencia de La Nación (2013). «Directora del OPS señaló que hospital El Cruce Néstor Kirchner es un modelo para toda la región» publicado el 28 de junio de 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/articulos/lista-de-slide-de-destacados/1371-directora-de-la-ops-senalo-que-hospital-el-cruce-nessor-kirchner-es-un-modelo-para-toda-la-region>
- Ministerio de Salud Presidencia de La Nación (2013). «Primer trasplantado cardíaco en el Hospital El Cruce Néstor Kirchner» celebró su «nuevo cumpleaños» publicado el 1 de julio de 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/1378-primer-trasplantado-cardiaco-en-hospital-el-cruce-nessor-kirchner-celebro-su-nuevo-cumpleanos>
- Ministerio de Salud Presidencia de La Nación (2013). Portal para pacientes del Hospital El Cruce – Néstor Kirchner permite acceder a historias clínicas por internet publicado el 11 de octubre de 2013. Disponible en http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=1616:portal-para-pacientes-del-hospital-el-cruce--nessor-kirchner-permite-acceder-a-historias-clinicas-por-internet&catid=1:noticias1616
- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires (2014). «Amplio acuerdo en la Provincia a favor de la prescripción de medicamentos por nombre genéri-



co» publicado el 15 de diciembre. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/amplio-acuerdo-en-la-provincia-a-favor-de-la-prescripcion-de-medicamentos-por-nombre-generico>

Molina, J. y Maya, Jariego, I. (2010). «Elementos para el trabajo en red. Apuntes desde el análisis de redes sociales». *REDES*, volumen especial, diciembre.

Montoya S. y Willington M. (1999). *El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis de las alternativas para Argentina*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Moratal Ibáñez, L.; Carli, A. y Kennel, B. (2006). *Mal de Chagas. La enfermedad de la pobreza. Casas de fuego*. Buenos Aires. Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

Morgerstern, M. (2012). «Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados partes del MERCOSUR: República Argentina». *Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud*.

Morin, E. (2003). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasilia: UNESCO.

Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Morrison, S. (2007). *Self management support: helping clients set goals to improve their health*. Nashville: National Health Care for the Homeless Council.

Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes*. Buenos Aires: Biblos.

Narodowski, P. (2008). *La Argentina pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad. El desarrollo visto desde el margen de una periferia de un país dependiente*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.

Narodowski, P. (2008b). «El problema de las políticas sociales y de empleo en los países subdesarrollados. Incertidumbre e instituciones donde prolifera la pasividad» en Toledo, F. y Neffa, J. *Interpretaciones heterodoxas de las crisis económicas en Argentina y sus efectos sociales*. Buenos Aires. Miño y Dávila.

Narodowski, P. (2008c). «Los problemas para el desarrollo de las políticas públicas urbanas. Una crítica al neo-institucionalismo desde Edward Soja», paper presentado en INFOHAB, diciembre 2008, UNGS.

Narodowski, P. (2013). «El problema de la estructura económica: un análisis a tres escalas»; en *Revista Cuestiones de Sociología* 2013 (9) en www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=arti&d=Jpr5891

Narodowski, P. (2014). «Jerarquías de ciudades en el post-fordismo. Las especificidades de la red de ciudades de la periferia» en Coraggio y Muñoz. *Economía Urbana*. General Sarmiento: UNGS.



Navarro e Israilevich (1995). Citado por Sarghini, E.; Menéndez, L. «Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires». *Cuaderno de Economía* N° 63. Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires. 2002. <http://www.ec.gba.gov.ar/Prensa/Archivos/Cuaderno63.pdf>

Neri, A. (1982). *Salud y política social*. Buenos Aires: Hachette.

Neri, A. (2009), «Gestión preventiva de salud pública» disertación en el Cuarto Ciclo de Formación de Dirigentes para una Argentina Productiva, 13 de octubre. Movimiento Productivo Argentino.

OMS (2004). *Informe Mundial Sobre la Investigación Sanitaria a nivel global*. Washington DC: OPAS/OMS.

OEA (1963). I Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo sobre la Alianza para el Progreso 5 al 11 de mayo de 1963. Bogotá, Colombia.

OPS (2010). *Innovando el papel de la atención primaria en las redes de atención de salud: resultados del laboratorio de innovación en cuatro capitales del país*. Brasilia: OPAS/OMS.

OPS/OMS. (1991). «Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud», en *SILOS 10*, resolución XV-XXXIII Consejo Directivo OPS-OMS.

Ordóñez, Marcos A. (2004). Ramón Carrillo, el Gran Sanitarista Argentino». Publicado en la *Revista Electroneurobiología* 12 (2), pp. 144–147.

Organización Mundial de la Salud (2008a). *2008 - 2013. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (datos 2005)*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/en/index.html

Organización Mundial de la Salud (2008b). Integrated health services –what and why? *Technical Brief* N° 1. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Organización Mundial de la Salud (2008c). *Policybrief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?* Copenhagen: WHO

Organización Mundial de la Salud (2009). *Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS)*. Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la Organización Mundial de la Salud y la División de Programa, Sección Salud, del UNICEF. Está disponible en Internet en: <http://www.who.int/immunization/givs>

Organización Mundial de la Salud (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*.

Organización Panamericana de la Salud (2012). «Argentina». Diponible en www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=18&option=com_content



Organización Panamericana de la Salud (2011). «Residencias médicas en América Latina» – Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Washington, D.C.: OPS, 2011. (Serie: *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* N° 5).

Otero, R. (2015). «Experiencia del Área Calidad en un hospital en red» en blogs.unlp.edu.ar/practicafarmaceutica/2015/05/05/experiencia-del-area-calidad-en-un-hospital-en-red

Paganini, J. M. (1990). *Introducción a los sistemas locales de salud, conceptos, métodos, experiencias*. Washington: OPS.

Paganini, J. M. (1999). «Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud» en *Declaración de Organización Panamericana de la Salud*, Washington.

Parlamentario.com (2002). «Fue sancionada la Ley de Medicamentos Genéricos» publicado el día 29 de agosto de 2002. Disponible en <http://www.parlamentario.com/noticia-1707.html>

Passaglia, I. (2010). «Políticas de salud ante la crisis: nuevas estrategias para la administración de los recursos en la provincia de Buenos Aires», en Daniel Maceira. *Experiencias de gestión pública en salud: segundo ciclo*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2010.

Pérez Blanco, M. (2014). «Medicamentos *made in Argentina*» en *Multiplificando ideas*. Disponible en <http://multiplicandoideas.com.ar/Medicamentos-made-in-Argentina>

Pérgola, F. (2004). *Historia de la salud social en la Argentina* (tomo I). Buenos Aires: Editores Argentinos Asociados.

Pérgola, F. (2012). «Evita y la salud pública: la escuela de enfermeras y el tren sanitario» en *Hitos y protagonistas*. Disponible en <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen12/47-48.pdf>

Pérgola, F. (2013). «Arturo Oñativia sanitarista de fuste». *Revista Argentina de Salud Pública* Vol. 4 N° 14, marzo.

Perrone, N.; Teixidó, L. (2007). «Estado y salud en la Argentina», *Revista de la Maestría en Salud Pública*. Año 5, N° 10.

PNUD (2011). «El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros»; investigadores principales: Gabriela Catterberg y Rubén Mercado; consultores investigadores principales: Oscar Cetrángolo (coordinador), Mariano San Martín, Ariela Goldschmit y Laura Lima Quintana.

Poccioni, M. T. (coord.) (2006). *Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.



Poldony, J. y Page, K. (1998). «Network forms of organization». *Annual Review of Sociology*, 24: 57-76.

Porcasi, X.; Catala, S.; Hrellac, H.; Scavuzzo, M.; Gorla, D. (2006). Infestation of rural houses by Triatomainfestans (Hemíptera: Reduviidae) in southern area of Gran Chaco in Argentina. *J. Med Entomol* 43:1060-1067.

Porter, M. y Teisberg, E. (2007). *Redefining Health Care: creating value-based competition on result*. Harvard: Harvard Business Press.

Posadas Hospital Nacional (2015). «Ex CCD El Chalet. Cronología Histórica» disponible en http://hospitalposadas.gov.ar/equipo/ddhh/contenido/chalet_ccd.php

Prigogine, I. (1997). *¿Tan sólo una ilusión? Una exploración del caos al orden*. Barcelona: Tusquets.

Quintana, B. y Piani, L. (2009). *El mercado de medicamentos en Argentina, un componente excluyente en el sistema de salud*. Rosario: Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario.

Ramacciotti, K. y Valobra A. (compiladoras) (2004). *Generando el peronismo. Estudios de Cultura, Política y Género (1946-1955)*. Buenos Aires: Proyecto Editorial.

Recasenss, M. y Juárez, R. (2004). «El hospital moderno: crisis y reivindicación de la organización del futuro». En Oteo, Luis Ángel. *Gestión clínica: Gobierno Clínico*. Madrid: Díaz de Santo, 233.

Repetto, F. (2004). «Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina» en *Documentos de Trabajo del INDES*, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, julio. Serie Documentos de Trabajo, 15-29.

Revista *Todo es historia* (1977). Nro. 117. Febrero 1977, pag 17.

Ríos Hernández, I. (2011). «Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos», *Perspectivas de la comunicación*, Vol. 4, Nº 1, Santiago de Chile.

Rodríguez, Alcides L. (2004). «El planteamiento ideológico de Alma-Ata» en *Escuela Nacional de Salud Pública*. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm

Rossi, M. T.; Rubilar, A. (2007). «Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad», Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.

Rovere, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Rovere, M. (2004). «La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto», en revista electrónica *La Esquina del Sur*, mayo.



Sabignoso, M.; Silva, H. y Curcio, J. (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. «Argentina: el Plan Nacer». Editado por Giedion, U.; Tristao, I. y Bitrán, R. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Sabsay, F. (2000). *Fron diza, Illia, Alfonsín*. Buenos Aires: Universidad del Salvador.

Samaja J. (2005). *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Salud y Fármacos (2013). «Debate genéricos» Nota de los editores. Disponible en <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/abr2002/debate/#TOP>

Sampedro Camarena, F. (2010). «La gestión del conocimiento y el *empowerment* en un hospital universitario del siglo XXI», *Revista de Administración Sanitaria, Siglo XXI*.

Sánchez, D. C. (2011). «Los derechos y deberes de médicos y pacientes desde la vigencia de la ley 26.529 », [en línea], *Prudentia Iuris*, 70, 165-186.

Sánchez Jiménez, F. (2010). Saber de salud.

Santarsiero, L. (2008). *Algunas reflexiones en torno a las reformulaciones del Plan Más Vida, desde el análisis de documentos*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Say, L.; Doris, Ch.; Gemmill, A. y Tunçalp, Ö. (2014). *Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis*. Lancet, 2014.

Sayles, L. R. (1957). «The Impact of Incentives on Inter-Group Work Relations-A Management and Union Problem», pp. 483-490.

Sbatella, J. (1994). *Estudio sobre finanzas municipales del Conurbano bonaerense*. Buenos Aires: CFI.

Secretaría de Comunicación Pública. Presidencia de la Nación (2013). «La Presidenta celebró el posicionamiento Internacional del Hospital El Cruce» publicado el 22 de julio de 2013. Disponible en <http://prensa.argentina.ar/2013/07/22/42638-la-presidenta-celebro-el-posicionamiento-internacional-del-hospital-el-cruce.php>

Secretaría de Comunicación Pública. Presidencia de la Nación (2013). «El Hospital El Cruce Néstor Kirchner, entre los más destacados a nivel internacional» publicado el 23 de julio de 2013. Disponible en <http://argentina.ar/2013/07/23/pais-20615-el-hospital-el-cruce---nestor-kirchner-entre-los-mas-destacados-a-nivel-internacional.php>

Secretaría de la Mujer. Partido Justicialista Santa Fe (2015). Profesora Roxana Latorre Senadora de la Nación «La Fundación». Disponible en http://www.secretariamujer-pjsantafe.com/imagenes_so.php/



- SEPA ARGENTINA. Un lugar para el Arte y la Cultura (2014) «Doctor Ramón Carrillo, ejemplar médico argentino (1906-1956)». Disponible en http://sepaargentina.com.ar/?p=1971#__RefHeading__Toc132633208
- Serra, Laura (2002). «Crece el debate por los remedios genéricos» en *La Nación* publicado el 15 de agosto de 2002. Disponible en <http://www.lanacion.com.ar/422617-crece-el-debate-por-los-remedios-genericos>
- Singh, A. (1996). «El Plan, el mercado y la transición gradual en China», *Revista de Estudios Asiáticos*, 3, pp. 55-80.
- Sonis, A. (1989). *Investigación en Servicios de Salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Sotelo, R. (2009). *Coparticipación Municipal de la Provincia de Buenos Aires*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Sotelo, Rodrigo (2009). «Coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires». Trabajo de Tesis para la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales.
- Souza Minayo; Soimone Goncalvez; Ramos Souza (2005). *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Starfield, B. (1994), «Primary care: is it essential?», *Lancet* 344, 1.129-1.133.
- Stevenson, F, et. al. (2004). «A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance» *Health Expectations*, 7 235-245.
- Stoker, R. (1989). «Un marco de análisis para el régimen de implementación» en Aguilar Villanueva, Luis (ed.). *La implementación de las políticas*. México DF: Porrúa.
- Stolkiner, A. y Bang, C. (2013). «Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes», en revista *Ciencia, Docencia y Tecnología*, año 24, N° 46, 123-143.
- Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (2011). «Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina», en *Ciencia y Salud Colectiva*, N° 16 (6) 2.807-2.816.
- Storino, R. y Milei, J. (1994). *Introducción. Enfermedad de Chagas*. Buenos Aires: Mosby-Doyma.
- Street, R.; Krupat, E.; Bell, R.; Kravitz, R. y Haidet, P. (2005). «Patient participation in medical consultations», *Med. Care*, 43, 960 969.
- Suárez, A. (2011). «El simulado «imperio» político del intendente favorito de los Kirchner» en *Perfil.com* publicado el 14 de diciembre de 2011. Disponible en <http://www.perfil.com/politica/El-simulado-imperio-politico-del-intendente-favorito-de-los-Kirchner-20111214-0032.html>



Suñol, R.; Abelló, C.; Saura, R.; y Sanz, C. (1999). «Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model». *Med. Clin.*, 112, 97-105.

Tafari, R. (1997). *Reforma al Sector Salud en Argentina*. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo 53.

Tajer, Carlos (2014). Carta del presidente de la SAC. Discurso del Acto Académico SAC 2013. *Speech at the 2013 SAC Academic Ceremony* en *Rev. argent. Cardiol.* Vol.82 N° 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires febrero 2014. Disponible para consulta en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482014000100013&script=sci_arttext consultado el 04 de mayo de 2015.

Tapscott, D. (2011). «La inteligencia está en la red». San Pablo. *Revista Veja* n° 15.

Tarragona, S. y De La Puente, C. (2003). «La Política Nacional de Medicamentos: ¿qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?». Unidad de Análisis Económico en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tcach, C. y Rodríguez, C. (2006). *Arturo Illia: un sueño breve. El rol del peronismo y de los EEUU en el golpe militar de 1966*. Buenos Aires: Edhasa.

Télam (2012). «Alicia Kirchner y Manzur visitaron al primer trasplantado del corazón en el hospital El Cruce» publicado el 6 de junio de 2012. Disponible en <http://www.telam.com.ar/nota/30675>

Télam (2013). «A 40 años de un triunfo popular plasmado en la consigna «Cámpora al gobierno, Perón al poder» en Télam publicado el 13 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.telam.com.ar/notas/201303/9968-a-40-anos-de-un-triunfo-popular-plasmado-en-la-consigna-campora-al-gobierno-peron-al-poder.html>

Télam (2014). «Manzur celebró el nuevo logro del Hospital «El Cruce-Néstor Kirchner» publicado el 29 de enero de 2014. Disponible en <http://www.telam.com.ar/notas/201401/49747-manzur-celebro-el-nuevo-logro-del-hospital-el-cruce-nestor-kirchner.html>

Télam (2015). «Lanzan un portal para pacientes del Hospital El Cruce- Néstor Kirchner» video disponible en <http://www.telam.com.ar/multimedia/video/2375-lanzan-un-portal-para-pacientes-del-hospital-el-cruce-nestor-kirchner>

Testa, M. (1997). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tiempo Argentino (2010). «La milicia sanitaria de Eva Perón, una historia silenciada por la intolerancia». Investigación histórica con documentos y fotografía inéditas. Publicado el 25 de julio de 2010. Disponible en <http://tiempo.infonews.com/nota/66736/la-milicia-sanitaria-de-eva-peron-una-historia-silenciada-por-la-intolerancia>



- Tobar, F. (2000a). «Políticas de descentralización de servicios de salud», mimeo, Buenos Aires.
- Tobar, F. (1998). «Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina», en *Revista Medicina y Sociedad*, Vol. 21 N° 1, septiembre, 29-40.
- Tobar, F. (2000b). «Herramientas para el análisis del sector salud», Buenos Aires, mimeo.
- Tobar, F. (2001). *Economía de la reforma de los seguros de salud en Argentina*. Buenos Aires: Isalud.
- Tobar, F.; Olaviaga, S.; Solano, R. (2011). «Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino». CIPPEC, *Documento de Políticas Públicas*, N° 99, diciembre.
- Tobar, F. (2006). *La red pública de atención primaria de la salud en Argentina*. Buenos Aires.
- Tribuna de Salud (2005). «Se va el PRESSAL, paso al gerenciamiento privado». Noviembre 2005, Volumen 4, N° 10.
- Ullastres, C. y Rendo, D. (2013). *Investigación traslacional: aprendiendo a escuchar*. Fundación Gaspar Casal.
- UNICEF (2015) «Atención primaria de la Salud: 30 años después de Alma-Ata». Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.2-ESP.pdf>
- Universidad Nacional Arturo Jauretche (2015) «Conciertos de música clásica en Hospital El Cruce». Disponible en <https://www.unaj.edu.ar/index.php/noticias/242-conciertos-de-musica-clasica-en-hospital-el-cruce>
- Valderrama, L. J. et. al. (2009). «Vinculación y transferencia de conocimiento de los investigadores de Sonora: un enfoque basado en la importancia de los factores individuales». *Región y sociedad*, México volumen 21, N° 45. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>
- Van der Kooy, E.; Lima Quintana, L. y Pezzela, H. (2013). *Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencia contenida en el programa médico obligatorio (PMO)*. Buenos Aires: USAL.
- Varela al día (2012). «El ministro Zin dijo que el Hospital del Cruce Varela no es una cáscara vacía» publicado el 14 de febrero de 2012. Disponible en <http://www.varelaaldia.com.ar/archivos/articulo/9807/el-ministro-zin-dijo-que-el-hospital-del-cruce-varela-no-es-una-cascara-vacia>
- Varela al día (2012). «Nace el Coro del Hospital El Cruce Todos podemos Cantar» publicado el 14 de febrero de 2012. Disponible en <http://www.varelaaldia.com.ar/archivos/articulo/4583/nace-el-coro-del-hospital-el-cruce-todos-podemos-cantar>



Vargas, I.; Vázquez, M.; Cordech, J.; Colomé, L. y Vallibera, P. (2007). «Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña», en Vázquez y Vargas. *Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.

Vázquez, M. y Vargas, I. (2006). «Redes integradas de servicios de salud: solución o problema?» *Ciencias de la Salud*, 4, 5-9.

Vergara, M. (2004). *La democracia en América Latina*. PNUD.

Veronelli, J. C.; Testa, A. (editores) (2002). *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Veronelli, J. C.; Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública Argentina*. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud, Tomo I y II.

Vilaça Mendes, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, Brasil.

Vilas, C. M. (2003). *Descentralización de las políticas públicas: Argentina en la década de 1990*. Buenos Aires: INAP.

Vilosio, J. O. (2013). «Argentina tiene un Seguro Nacional de Salud», *El Consultor de Salud*, N° 561 y 562. <http://inclusionosalud.org/2013/08/23/argentina-tiene-un-seguro-nacional-de-salud/>

Von Korff, M. et. al, (1997). «Collaborative management of chronic illness», *Annals of Internal Medicine*, 127, 1097-1102.

Wan; Thomas T.; Blossom, Y.; Ju Lin y Allen, M.(2002). «Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery system». *Journal of Medical Systems*, 26, 127-143.

Warner, M. (2001). *Integrated care developments in Europe*. Barcelona: WHO Integrated Care Meeting.

Whyte, W. F. «Economic Incentives and Human Relations,» *Harvard Business Review* (March-April, 1957), pp. 73-80, en Belcher, D. W. (1974) *Compensation Administration*. p. 308.

Zelayeta, A. (2008). «Gestión local en salud: conceptos y experiencias», en Medina, Miraglia y Chiara (coord.). *Gestión social en salud: conceptos y experiencias*. General Sarmiento: Universidad Nacional de General Sarmiento.



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.edicionesimacomundi.com