

El Servicio de Admisión Centralizada y su Sala de Gestión del Usuario

Innovación organizacional y equidad en la administración de la salud pública bonaerense



*Emmanuel Ortiz**

Resumen

El presente ensayo analiza las transformaciones organizacionales recientes en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, enfocándose en la implementación del Servicio de Admisión Centralizada (SAC) y la Sala de Gestión del Usuario (SGU). Históricamente, la administración de turnos y camas ha estado fragmentada, generando ineficiencias operativas y barreras. La creación de estas estructuras busca democratizar la demanda mediante herramientas digitales, como los turnos web y la Historia de Salud Integrada, junto con la articulación mediante los nodos de integración y regulación regional. Sin embargo, la transición tecnológica plantea un doble desafío. Por un lado, el riesgo inminente de instaurar una barrera digital externa que excluya a la población habituada a la demanda presencial. Por el otro, la necesidad de superar las deficiencias internas en la capacitación del personal administrativo. Frente a este escenario, se propone el principio de equidad progresiva, exigiendo que las SGU actúen como dispositivos de traducción sociosanitaria e institucionalicen espacios de educación permanente. Se concluye que la innovación tecnológica debe subordinarse a una política integral de cuidados que garantice la coexistencia equitativa de accesos y el empoderamiento de los equipos.

* Graduado de la Tecnicatura Universitaria en Informática Aplicada a la Salud (Departamento de Ciencias de la Salud y el Deporte, UNPAZ). Estudiante de la Licenciatura en Tecnologías Digitales (Universidad de la Ciudad de Buenos Aires). Actualmente, se desempeña en la Sala de Gestión del Usuario del HZGA Gdor. Domingo Mercante y como implementador de Sistemas de Información en Salud (SIS) para la DGSISAN de la Ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave: gestión organizacional - administración pública - equidad progresiva - sistema de información en salud - redes intrainstitucionales

Dinámicas organizacionales en el sistema de salud público: de la fragmentación a la integración

La administración y gestión de las organizaciones de salud pública en la República Argentina, y muy particularmente en la provincia de Buenos Aires, atraviesa un período de transformación paradigmática sin precedentes en su historia reciente. Para comprender la magnitud de esta reforma, resulta indispensable realizar una retrospectiva sobre las lógicas fundacionales que estructuraron los efectores sanitarios. Históricamente, el modelo de atención hospitalaria ha estado profundamente fragmentado y compartimentalizado, organizado casi de manera exclusiva en torno a las especialidades médicas. Esta lógica organizativa, con una innegable herencia del positivismo médico del siglo XIX y principios del XX, se basó en la premisa epistémica de que la comprensión detallada, aislada y ultraespecializada de cada patología específica conduciría indefectiblemente a mejores resultados clínicos, operativos y administrativos. Sin embargo, la evidencia empírica y la gestión diaria demostraron que, en la práctica, esta forma de organización feudal generó una profunda desarticulación en la gobernanza institucional. Los objetivos generales del hospital público terminaron siendo parcelados y, en muchos casos, subordinados a los intereses particulares de cada servicio médico o jefatura de sala especializada.

Si analizamos los hitos de la planificación sanitaria nacional, podemos observar que la centralización como herramienta de equidad no es un concepto novedoso, sino un ideal largamente perseguido. Durante la gestión del sanitarista Ramón Carrillo, expresada magistralmente en el Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958, se puso un énfasis categórico en la construcción de una infraestructura que contemplase las transformaciones demográficas, los problemas prevalentes de salud y la distribución equitativa de camas en el territorio nacional. Su *Teoría del Hospital* de 1951 estableció una concepción integral del hospital como una unidad funcional viva dentro de una red sanitaria jerarquizada y de ninguna manera como un simple edificio aislado o una mera sumatoria arquitectónica de servicios independientes. La planificación hospitalaria de aquella época articulaba el saber médico, la técnica arquitectónica y la administración racionalizada con el objetivo supremo de orientar los efectores bajo los principios de equidad, eficiencia y universalidad. No obstante, las sucesivas interrupciones democráticas, el desfinanciamiento crónico y la hegemonía del modelo médico hegemónico terminaron por desvirtuar aquella visión integradora, devolviendo a los hospitales a una dinámica de compartimentos estancos.

Desde un análisis teórico y organizacional contemporáneo, debemos asumir que el sistema de salud no es un ente neutro, aséptico ni puramente técnico, sino que funciona como un campo dinámico atravesado por complejas y constantes relaciones de poder. Como señala el sanitarista Mario Rovere, el modo en que las ciudadanas y ciudadanos logran —o no— resolver sus problemas de salud depende de un intrincado entramado institucional marcado por tensiones y opacidades que terminan por con-

solidar inequidades estructurales. Rovere describe estas lógicas como verdaderas “bombas de fragmentación” institucionales. En el modelo tradicional, la gestión fragmentada de turnos y la apropiación de las camas otorgaban un poder hegemónico a los servicios sobre sus propias agendas. Al descentralizar el control directivo, se generaron barreras informales de acceso, agendas ocultas y filtros burocráticos que atentaban sistemáticamente contra la equidad territorial y la eficiencia de la administración pública. Las principales consecuencias de este modelo han sido la utilización inapropiada de los escasos recursos públicos, una deficiente e inflexible gestión de camas frente a picos epidemiológicos y la conformación de un sistema burocratizado y expulsivo donde el paciente pluripatológico debía enfrentarse a un incesante peregrinaje entre distintas ventanillas para intentar coordinar su propia atención.

Para dar respuesta a esta grave problemática organizacional y superar las limitaciones impuestas por la fragmentación histórica, las actuales políticas sanitarias del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, enmarcadas en el Plan Quinquenal, han impulsado un viraje estratégico hacia un modelo de gestión por cuidados progresivos. Este enfoque disruptivo exige reorganizar el hospital desde un gobierno matricial y horizontal. Se trata de distribuir el poder de decisión de forma equitativa, jerarquizando los cuidados de enfermería y la mirada clínica integral y centrando los procesos puramente en las necesidades del sujeto de cuidado. Esto implica, en términos prácticos, desarticular la histórica “máquina de especialidades” para volver a centrar a la institución como un espacio de cuidados compartidos y longitudinales. Es exactamente en este contexto de reingeniería administrativa profunda donde emergen dos dispositivos organizacionales fundamentales para la recuperación de la rectoría y la gobernanza sobre el flujo de pacientes: el Servicio de Admisión Centralizada (SAC) y su brazo territorial, la Sala de Gestión del Usuario (SGU).

El Servicio de Admisión Centralizada (SAC): nuevo eje rector de los procesos institucionales

La implementación formal del Servicio de Admisión Centralizada (SAC) en la estructura orgánica hospitalaria constituye una verdadera disrupción administrativa, diseñada meticulosamente para reorganizar de manera integral los flujos institucionales. De acuerdo con el Manual de Funciones y Procesos establecido por la Dirección de Políticas de Atención de la Salud bonaerense, el objetivo primario de este servicio es integrar y cohesionar los procedimientos administrativo-asistenciales que comprenden los consultorios externos, la guardia de emergencias y las áreas de internación. Al unificar estas vías de ingreso y tránsito, el SAC permite la generación de un registro único, nominalizado y completo de información sobre la trayectoria de las y los usuarios dentro del efector de salud, erradicando la duplicación de historias clínicas y la pérdida de datos vitales.

Bajo la dependencia directa de la dirección ejecutiva del hospital, el SAC se posiciona jerárquicamente como el eje rector operativo del modelo de cuidados progresivos. La altísima complejidad de esta nueva organización matricial origina la necesidad imperiosa de articular estructuras de gestión que mantengan en todo momento el principio básico de eficiencia en la utilización de los recursos del Estado.

Esta centralización de la gestión garantiza la cohesión de todo el establecimiento frente al proceso asistencial, evitando de manera definitiva los funcionamientos estancos, autónomos y desregulados que caracterizaban al modelo parcelado. El SAC asume la responsabilidad ineludible de que cada paciente ocupe el lugar asistencial acorde a su complejidad clínica real y a sus necesidades específicas de enfermería, optimizando la capacidad institucional y la continuidad de los tratamientos en la red.

Para materializar esta directriz macrororganizacional, la estructura del SAC se divide estratégicamente en áreas funcionales claramente delimitadas, destacándose tres grandes jefaturas de sala con responsabilidades específicas y complementarias. En primer lugar, la jefatura de sala de internaciones viene a proponer un cambio cultural drástico: elimina la propiedad exclusiva de la cama por parte de los servicios médicos tradicionales. En este nuevo esquema, se gestiona una internación indiferenciada que se clasifica estrictamente por niveles de cuidado –mínimos, intermedios e intensivos– y no por la patología de base o el órgano afectado. Esta flexibilidad es especialmente valiosa en situaciones de contingencia, como epidemias o picos estacionales de enfermedades respiratorias, donde la rigidez del modelo anterior provocaba el colapso del sistema. Además, esta jefatura coordina los llamados “pases de sala” multidisciplinarios, instancias formales para gestionar transiciones y disponibilidad en tiempo real.

En segundo lugar, encontramos la jefatura de sala de cuidados ambulatorios y hospital de día, la cual centraliza el manejo de toda la demanda que no requiere pernocte hospitalario. Las tareas de esta unidad son amplias y estratégicas: desde la supervisión y dirección del personal interdisciplinario (médicos, enfermeros, terapeutas y apoyo administrativo) hasta la planificación y programación rigurosa de turnos para asegurar que los recursos físicos y tecnológicos estén disponibles de manera oportuna. Esta jefatura también participa activamente en el desarrollo de guías de práctica clínica, estandarizando los protocolos de tratamiento basados en la mejor evidencia disponible, y gestiona el aseguramiento continuo de la calidad de la atención médica y terapéutica proporcionada, velando por el cumplimiento de las normativas vigentes.

Finalmente, la jefatura de Sala de Gestión del Usuario (SGU) constituye el nexo fundamental, irremplazable e indispensable entre las áreas netamente asistenciales y las áreas no asistenciales. Esta sala asume la responsabilidad directa de administrar la demanda ciudadana y ordenar el flujo de los pacientes en cada punto de interacción con la institución, convirtiéndose en el rostro humano y administrativo del hospital frente a la comunidad.

La Sala de Gestión del Usuario (SGU) como desprendimiento estratégico del SAC

Resulta fundamental comprender, desde una perspectiva de diseño organizacional moderno y de políticas públicas, que la Sala de Gestión del Usuario (SGU) no es un ente aislado ni un anexo secundario ni mucho menos una simple y pasiva mesa de entradas o ventanilla de recepción de trámites. La SGU se desprende directamente de la estructura orgánica del Servicio de Admisión Centralizada y se cons-

tituye como un ámbito de gobernanza dinámico, territorial y altamente resolutivo. Mientras el SAC establece la directriz política macro de los flujos del hospital en diálogo con la dirección ejecutiva, la SGU es el dispositivo operativo táctico que materializa, traduce y ejecuta esta articulación en la labor diaria de la atención ambulatoria, la gestión de camas y la interacción comunitaria.

La misión ineludible de la SGU es coordinar centralizadamente todos los procesos administrativos necesarios para posibilitar y garantizar el acceso efectivo a la atención médica. Actúa como un puente vinculante que busca romper con la fragmentación sistémica, con el objetivo explícito de reducir los tiempos de espera y mejorar cualitativamente la experiencia ciudadana. Organizacionalmente, la SGU consolida bajo un mismo mando a tres unidades operativas encargadas de ordenar la demanda, cada una con un rol específico en la deconstrucción de las barreras de acceso históricas que han alejado a la población del sistema de salud.

La unidad de gestión de camas administra de manera centralizada la asignación de la totalidad de las plazas del hospital. En el modelo hegemónico anterior, la disponibilidad de camas solía manejarse de manera sumamente informal, dependiendo del conocimiento personal entre profesionales, mediante llamadas telefónicas, cruzadas de pasillo o registros en papel dispersos y desactualizados. Actualmente, la institucionalización de esta unidad aporta una imagen precisa y un mapa de calor en tiempo real de la disponibilidad hospitalaria. Esto permite prever y evitar la saturación en áreas críticas como las guardias, coordinar derivaciones ágiles intra y extramuros y facilitar la accesibilidad. Se transforma en una herramienta clave para gestionar tanto las intervenciones planificadas (como las cirugías programadas) como las internaciones espontáneas derivadas de la red de emergencias.

Por su parte, la unidad de central de turnos concentra la agenda ambulatoria de toda la institución y coordina directamente con las jefaturas médicas la disponibilidad real de la oferta de atención. Esta centralización combate frontalmente una de las prácticas más inequitativas del sistema tradicional: las “agendas ocultas” o turnos reservados discrecionalmente por los profesionales. Mediante la utilización estratégica y obligatoria de sistemas de información en salud (SIS), como la Historia de Salud Integrada (HSI), esta unidad ordena el tránsito de las y los usuarios, reduciendo la necesidad de que los pacientes deban deambular por el hospital buscando al especialista adecuado.

Por último, la unidad de atención a la comunidad recepciona la experiencia integral del usuario a lo largo de todo su trayecto por el efector. Lejos de ser un mero buzón de quejas, esta unidad tiene la responsabilidad de transformar las sugerencias, inquietudes, incidentes y reclamos ciudadanos en datos estadísticos e indicadores de calidad insoslayables para la mejora continua de los procesos institucionales. Es el termómetro social del hospital, permitiendo a la dirección tomar decisiones basadas en la experiencia real de la comunidad que transita sus pasillos.

La implementación de la SGU no ha estado exenta de resistencias institucionales, dado que implica una redistribución directa del poder. Las narrativas y experiencias de gestión en hospitales provinciales ilustran perfectamente este proceso. En el Hospital Especializado Dr. Rodolfo Rossi de La Plata, la SGU se consolidó sobre la base de ordenar procesos fragmentados y crear dispositivos específicos,

como los “turnos protegidos”, para personas con graves dificultades de accesibilidad, logrando reducir drásticamente los tiempos de espera en pacientes oncológicos. En el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez, la formalización de la SGU permitió integrar las unidades estratégicas, mejorando la articulación y reduciendo el ausentismo, aunque requirió un arduo trabajo de consenso para superar las reticencias de los servicios médicos que veían amenazada su autonomía histórica. En el Hospital Zonal General de Agudos Gdor. Domingo Mercante, nuestra propia experiencia ratifica que el rol de las y los coordinadores de la SGU es vital para sostener la operatividad diaria. En estas trincheras de gestión, se evidencia que centralizar no significa simplemente acumular funciones, sino redistribuir poder para garantizar derechos, tal como lo impulsaba la visión originaria de Ramón Carrillo.

La problemática administrativa: transformación tecnológica, brecha digital y sistemas de información en disputa

El despliegue territorial del SAC y su SGU en los efectores bonaerenses se inscribe en el ambicioso marco del Plan Estratégico de Implementación del Programa de Salud Digital Bonaerense (2023-2027). Esta política pública de gran escala incorpora herramientas tecnológicas disruptivas diseñadas para modernizar el Estado, tales como el módulo de regulación de la Historia de Salud Integrada (HSI), la receta electrónica bonaerense, la digitalización del certificado de defunción y el desarrollo de una robusta red de imágenes interconectada. Asimismo, y como soporte organizativo de estas tecnologías, se han impulsado los nodos de integración y regulación regional (NIRR), cuyo objetivo primario es ordenar la intrincada red asistencial, gestionar derivaciones con agilidad y garantizar el acceso equitativo a prácticas de alta complejidad en las diferentes regiones sanitarias de la provincia, mitigando las desigualdades geográficas.

Sin embargo, el análisis empírico desde la gestión territorial diaria, sustentado en el trabajo operativo dentro de efectores de alta demanda como el Hospital Mercante, revela que la transformación tecnológica enfrenta un desafío insoslayable que se manifiesta en una doble dimensión: una externa, enfocada en la ciudadanía y sus condiciones materiales de existencia, y otra interna, intrínsecamente vinculada a la gobernanza de los propios sistemas de información en salud (SIS) y a las dinámicas formativas de los planteles de trabajo hospitalarios.

Analizando la dimensión externa, resulta evidente que al digitalizar de manera acelerada el acceso a los turnos –con el loable objetivo de agilizar la gestión administrativa y erradicar la indigna imagen de las largas filas nocturnas en las veredas de los hospitales–, la política pública corre el riesgo latente y peligroso de instaurar una nueva e invisible “barrera digital”. Como bien documentan las investigaciones cualitativas recientes en el ámbito latinoamericano, un porcentaje muy significativo de las ciudadanas y ciudadanos que asisten históricamente a buscar turno de forma presencial carecen de la conectividad adecuada, no poseen los dispositivos tecnológicos necesarios o, simplemente, adolecen de la alfabetización digital indispensable para competir en igualdad de condiciones por la oferta de

turnos *online*. Estudios sociosanitarios, como los realizados por Caballé, Hernández, Bertona y Bustos Moreschi (2024) sobre las vivencias de las personas mayores, evidencian de manera contundente que, frente a las deficiencias de infraestructura y la brecha generacional, la virtualidad implementada de forma compulsiva genera una profunda pérdida de autonomía, frustración y exclusión en las poblaciones más vulnerables.

En este sentido, caer en el determinismo tecnológico –la falsa e ingenua creencia de que la simple instalación de un software de gestión resolverá por sí sola el déficit histórico de accesibilidad y la falta de oferta médica– es un error administrativo grave. Si los accesos digitales compiten negativamente contra la demanda presencial, acaparando la limitada oferta de turnos en segundos a través de portales web y desplazando a quienes acuden físicamente al hospital, el modelo fracasará estrepitosamente en su intento de ser verdaderamente inclusivo y universal. La tecnología no genera equidad *per se*; requiere de una conducción política orientada a la protección social.

Por otro lado, al adentrarnos en la dimensión interna de las instituciones, es imperativo reconocer que los sistemas de información en salud poseen, al menos, tres dimensiones inseparables que determinan su éxito o fracaso: una dimensión técnica (hardware, software, conectividad), una dimensión estratégica (planificación, uso de datos para la toma de decisiones) y una dimensión profundamente política. Los SIS no son artefactos neutros; están atravesados por un juego de tensiones donde, en reiteradas ocasiones, la fragmentación de la información es operada deliberadamente como una herramienta de retención de poder por parte de actores corporativos. Tal como se analiza en los cuadernos de formación del Equipo ATE Socio Sanitario e IDEP, la transformación del sistema de información oficial choca frecuentemente con la estructura “dura” del sistema de salud estatal, caracterizada por carencias edilicias, falta de equipamiento y resistencias culturales al cambio y a la transparencia.

Nuestra experiencia territorial demuestra que las y los agentes administrativos que sostienen las ventanillas suelen recibir una capacitación inicial estandarizada sobre el uso del nuevo software, pero adolecen de un acompañamiento técnico continuo y situado para resolver las complejas dudas operativas que surgen en la vorágine diaria. Esta situación de orfandad institucional se agrava drásticamente durante las rotaciones de personal, los cambios de turno o el ingreso de nuevos agentes a las unidades de central de turnos o gestión de camas. Al no contar con una inducción formal, protocolizada y exigible, el personal se vuelve cautivo del aprendizaje informal –el clásico y defectuoso “boca a boca” transmitido entre compañeros en los escasos minutos de relevo–, lo que, inevitablemente, perpetúa prácticas desactualizadas, viciadas o incompletas.

Esta alarmante falta de formación institucionalizada y sistemática genera un estancamiento real y cuantificable en la adopción de los nuevos módulos digitales que el Estado provincial desarrolla. A nivel operativo, esto se traduce en errores persistentes en los registros clínicos, la carga de datos inconsistentes y, lo que es más grave, en bloqueos sistémicos de las agendas médicas debido a malas configuraciones. Paradójicamente, el sistema informático que fue diseñado con el loable propósito de agilizar la atención, termina construyendo nuevas y frustrantes barreras administra-

tivas internas que ralentizan los procesos y vulneran de facto el derecho al acceso a la salud de la comunidad que espera ser atendida.

Hacia una administración inclusiva: equidad progresiva, educación permanente y traducción sociosanitaria

Frente a las profundas tensiones y contradicciones descritas, resulta evidente que la simple digitalización de los procesos no basta para garantizar el derecho a la salud. Coincido plenamente con los análisis prospectivos sobre la gobernanza latinoamericana, como los planteados por la Dra. Roxana Mazzola (2026), quien sostiene que, en la era digital, la innovación tecnológica debe formar parte indisoluble de una nueva estatalidad garante de derechos y no limitarse a la importación acrítica de modelos corporativos de eficiencia. La postura que debe adoptar la gestión hospitalaria bonaerense se fundamenta ineludiblemente en el principio ético y organizativo de la equidad progresiva. Este principio rector dicta que la transformación tecnológica debe subordinarse en todo momento a una política integral de cuidados. Garantiza que los modelos tradicionales (presenciales, analógicos, comunitarios) y los modelos digitales de acceso coexistan de manera armónica durante una transición que debe ser planificada, extensa en el tiempo y profundamente respetuosa de las realidades heterogéneas locales.

Para materializar esta convivencia y sostener la eficiencia del modelo de cuidados progresivos, el rol de la Sala de Gestión del Usuario (SGU) debe trascender lo estrictamente burocrático y administrativo. Sus trabajadores –tanto el personal administrativo como los profesionales de apoyo– no deben operar como simples operarios alienados en la carga automática de datos (*data entries*) frente a una pantalla, sino que deben erigirse como verdaderos dispositivos de traducción, contención y soporte sociosanitario. La SGU debe ejercer una absorción presencial activa y empática. Esto implica captar al ciudadano que, sorteando barreras geográficas y económicas, acude físicamente al hospital de madrugada y gestionar su turno directamente dentro del sistema HSI. Para lograr esto sin que compitan en desventaja con los turnos web, la SGU debe administrar “agendas protegidas” o cupos presenciales innegociables, manteniendo así la centralización y unicidad de la información, pero garantizando sin fisuras el acceso de las poblaciones más vulneradas y desconectadas de la virtualidad.

No obstante, para que la SGU logre operar con esta eficiencia y humanidad hacia la comunidad, es un imperativo categórico transformar de raíz sus dinámicas organizacionales internas, apoyándonos firmemente en los paradigmas de la educación permanente en salud. Tal como ha sostenido históricamente la Organización Panamericana de la Salud, la formación en el ámbito sanitario no puede reducirse a eventos esporádicos o capacitaciones descontextualizadas. Las estructuras de salud no pueden democratizarse hacia afuera si mantienen matrices autoritarias, punitivas o de absoluto abandono formativo hacia adentro. Entender la formación del equipo administrativo y técnico como una responsabilidad de gestión indelegable y prioritaria es el primer paso para empoderar a las y los trabajadores que sostienen la primera línea de atención.

En este sentido, como propuesta superadora surgida de la metodología de programación participativa en el territorio, proponemos la institucionalización inmediata de circuitos obligatorios de inducción formal en servicio. Estos circuitos deben abarcar no solo a cada nuevo integrante que ingresa al hospital, sino también a quienes roten internamente de puesto o cada vez que se despliegue una actualización crítica de los módulos de la Historia de Salud Integrada. Es obligación de la gestión hospitalaria garantizar horas institucionales y espacios físicos protegidos de capacitación dentro del horario laboral regular. Se debe desterrar por completo la precarización que supone depender del aprendizaje informal voluntarista, dotando al personal de guías de consulta rápida, estandarizadas y avaladas institucionalmente, que delimiten con precisión los procesos administrativos correctos dentro del SIS.

Asimismo, resulta esencial aplicar el concepto sociológico de “redes” al interior de la propia institución sanitaria. Como sostiene el marco teórico de la medicina social, las redes no operan únicamente hacia el exterior del hospital (entre municipios o regiones sanitarias); es perentorio e inaplazable construir redes intrainstitucionales que rompan con los silos históricos que aíslan a los departamentos entre sí (por ejemplo, sistemas, admisión, médicos, enfermería). Una estrategia organizativa concreta y probada consiste en la creación de dispositivos como las “rondas conjuntas” de seguimiento territorial. En estas rondas, el equipo técnico implementador de sistemas informáticos (frecuentemente aislado en áreas de *back-office*) recorre quincenalmente los puestos de atención directa de la SGU junto a las jefaturas. Esta articulación humana y directa permite relevar necesidades, resolver las demandas operativas *in situ*, desplazar el soporte técnico desde las frías oficinas centrales hacia el calor de la trinchera territorial, y consolidar la figura de “referentes HSI” entre los propios trabajadores en cada turno. De este modo, se propicia un ambiente de aprendizaje organizacional continuo que impacta directamente en la fluidez de las agendas y en la reducción del malestar laboral.

De manera complementaria, la articulación territorial externa mediante los nodos de integración y regulación regional (NIRR) debe afinarse para superar los desafíos cotidianos de la contrarreferencia. La experiencia narrativa de coordinadoras de la red (como el caso de Gabriela, documentado en las memorias de la provincia) advierte sobre la dificultad de derivar pacientes complejos, estabilizados, pero altamente dependientes de tecnología (con sondas, traqueotomías o requiriendo internación domiciliaria), hacia un primer nivel de atención municipal que aún presenta limitaciones estructurales. Aquí, la telesalud y las interconsultas virtuales administradas por la SGU emergen como herramientas invaluable para sostener el acompañamiento médico a distancia, equilibrando la demanda, liberando camas de agudos y garantizando la continuidad del cuidado sin abandonar al paciente en su domicilio.

Finalmente, toda innovación organizativa y tecnológica en el ámbito público debe sustentarse en una rigurosa gestión por indicadores. Debemos superar el predominio de las mediciones meramente productivas (cantidad de turnos dados) para incorporar indicadores cualitativos, de resultados y de equidad. La implementación de auditorías mensuales sobre la calidad de los registros de la HSI permite objetivar los problemas operativos, abandonando la lógica de la queja informal. Medir con datos reales la tasa de cobertura de las inducciones del personal, la disminución progresiva de los errores administrativos y la tasa de resolución de bloqueos, nos permite direccionar los esfuerzos formativos. Como

enseñaba magistralmente el sanitarista Floreal Ferrara, la salud no se limita a cuestiones biológicas, sino que es una construcción eminentemente social, política y totalizadora, ligada indisolublemente a las condiciones de vida y de trabajo del pueblo. Desde esta perspectiva irrenunciable, la modernización de los sistemas de información en el Estado y la conformación de espacios de trinchera como la SGU solo adquieren valor genuino y legitimidad pública si su cacareada eficiencia operativa se traduce, de manera constatable en el territorio, en una mayor equidad distributiva, un empoderamiento real de sus trabajadores y la inclusión innegociable de toda la ciudadanía.

Conclusiones

La reconfiguración profunda de las dinámicas organizacionales en los hospitales bonaerenses, traccionada estratégicamente por la creación del Servicio de Admisión Centralizada y la consolidación táctica de la Sala de Gestión del Usuario, representa uno de los mayores, más audaces y necesarios avances en la administración pública sanitaria contemporánea de la República Argentina. Al desarticular el poder hegemónico de las históricas ventanillas fragmentadas y superar los tenaces resabios del modelo feudal hospitalario heredado del siglo pasado, el Estado provincial recupera la rectoría integral sobre los flujos institucionales. Se logra, así, centralizar la toma de decisiones a base de criterios científicos de complejidad clínica, necesidad comunitaria y, fundamentalmente, equidad distributiva, desplazando a la discrecionalidad y el privilegio como ordenadores del acceso a la salud.

No obstante los indudables avances normativos y estructurales, el análisis crítico y situado de los procesos de implementación en el territorio demuestra, sin atenuantes, que la simple instalación de un software moderno, la distribución de computadoras o la digitalización nominal del acceso resultan completamente estériles –e, incluso, contraproducentes– si se aplican desde una visión tecnocrática que ignora deliberadamente el contexto material, social y humano de nuestras comunidades y de nuestros propios hospitales. La administración pública moderna enfrenta el deber ineludible y ético de conducir la transformación digital operando simultáneamente y con igual jerarquía sobre dos frentes inseparables. Hacia afuera, debe garantizar a través de la equidad progresiva y las agendas protegidas que ninguna persona usuaria, especialmente nuestras personas mayores o aquellas vulneradas por la pobreza estructural, quede marginada del derecho inalienable a la salud a causa de la brecha tecnológica. Hacia adentro, debe asegurar imperativamente que ningún trabajador o trabajadora de la salud quede excluido del dominio crítico de sus nuevas herramientas de labor a causa de la desidia institucional o la ausencia de políticas serias de educación permanente en servicio.

Al concebir a la Sala de Gestión del Usuario no como una simple oficina de tipeo de datos, sino como un verdadero espacio de gobernanza integral que articula las redes asistenciales externas mediante los nodos de integración, al mismo tiempo que teje sólidas redes de soporte, contención y aprendizaje intrainstitucional, se logra materializar en hechos concretos el verdadero objetivo de la política socio-sanitaria. Solo a través de equipos de trabajadores empoderados, formados orgánicamente, respetados y acompañados presencialmente en su territorio, los sistemas de información en salud dejarán de ser

meros aplicativos técnicos de control gerencial o registro burocrático para convertirse, de una vez por todas, en genuinos instrumentos emancipadores, puestos enteramente al servicio de la salud concebida, defendida y garantizada como un derecho humano inalienable y universal.

Referencias bibliográficas

- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Modelo de Gestión por Cuidados Progresivos: del Modelo de Atención Centrada en el Servicio al Modelo de Atención Centrada en Niveles de Cuidados*.
- Argentina, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Salud Digital. (2023). *Plan Estratégico: Implementación del Programa Salud Digital Bonaerense (2023-2027)*.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2023). *Los Cuidados Progresivos en la Reforma Hospitalaria Bonaerense: Hitos, experiencias y narrativas sobre la implementación de un modelo de gestión y atención*. Ediciones DIPS.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2022). *La gran oportunidad de la salud digital en América Latina y el Caribe*. BID. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/La-gran-oportunidad-de-la-salud-digital-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Caballé, M. d. R.; Hernández, M.; Bertona, C. y Bustos Moreschi, D. (2024). “Salud digital y autonomía”. Las brechas digitales desde una perspectiva de cuidados y vivencias de personas mayores Córdoba Argentina 2023. *Revista Archivos De Medicina Familiar Y General*, 21(3), 20-30. Recuperado de <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/download/282/278/>
- Equipo ATE Socio Sanitario - IDEP. (s.f.). *Financiamiento de la Salud Poblacional en Argentina. Sistemas de Información en Salud. Cuaderno 2*.
- Hinostroza-Robles, N. M.; Rodriguez-Lazaro, L. B.; Luna-Campos, L. E.; Prado-Espinoza, A. N. y Castelo-Collado, R. A. (2025). Salud digital en la eficiencia y la calidad de los sistemas de salud latinoamericanos: Una revisión de la literatura. *Más Vida*, 7(4), 151-166. Recuperado de doi.org/10.47606/ACVEN/MV0300
- Lornzoni Macchi, E. A. (coord.). (2023). *Implementación de la transformación digital en la salud pública: Mejoras a través de la tecnología*. Universidad de la Punta. Recuperado de <https://naos.net.ar/AdjuntoVer.aspx?Id=69>
- Mazzola, R. (2026). *Nueva estatalidad para América Latina en la era digital*. FLACSO Argentina. Recuperado de <https://politicaspublicas.flacso.org.ar/archivos/16110>
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). *Educación Médica y Salud. Gestión de la educación permanente* 27(4).
- Rovere, M. (2016). *El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades*.