

Reforma hospitalaria bonaerense: hacia un modelo de cuidados progresivos

Entrevista a Nicolás Kreplak

Hospital reform in Buenos Aires: towards a model of progressive care Interview with Nicolás Kreplak

Nicolás Kreplak

Médico clínico, sanitarista y actual ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires

Entrevista, transcripción y edición realizadas por:

Analís Escapil, Pablo Barrenengoa, José Eduardo Moreno, Maximiliano Salvio

Rs

RESUMEN

En el año 2023 en la provincia de Buenos Aires se inició un proceso de transformación del modelo de atención y gestión en salud fundamentado en los principios de los cuidados progresivos e impulsado por los lineamientos estratégicos establecidos en el Plan Quinquenal de Salud 2023-2027. En este contexto, resulta fundamental la elaboración de narrativas que documenten y reflexionen sobre las políticas, estrategias y experiencias implementadas desde el Ministerio de Salud provincial. Estas narrativas no solo permiten registrar las proyecciones y los acontecimientos, sino también construir sentidos que refuercen el compromiso con la defensa de la salud de nuestro pueblo. Con este propósito, se propuso la realización de una serie de diálogos con trabajadores y trabajadoras del sistema de salud. La primera de estas conversaciones tiene como protagonista a Nicolás Kreplak, trabajador de la salud, médico clínico y actual ministro de Salud de la provincia. La entrevista, que se extendió por dos horas, trascendió el guión inicial de preguntas, permitiendo un intercambio dinámico y enriquecedor. Si bien los cuidados progresivos ocuparon un lugar central en la discusión debido a que el equipo de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud ¹ llevó adelante la entrevista, también emergieron como temas clave la reforma hospitalaria y el Plan Quinquenal, entendidos como pilares esenciales para la materialización de este nuevo modelo de atención y gestión en los efectores de salud de la provincia de Buenos Aires.

Palabras clave: Gestión Hospitalaria; Atención Dirigida al Paciente; Servicios públicos de Salud; Argentina

Ab

ABSTRACT

In 2023, the province of Buenos Aires initiated a process of transformation of the health care and management model, based on the principles of progressive care and the strategic guidelines outlined in the Five-Year Health Plan 2023-2027. In this context, it is of paramount importance to draft narratives that document and reflect on the policies, strategies, and experiences carried out by the provincial Ministry of Health. Not only do these narratives allow recording the projections and events, but they also help construct meanings that strengthen the commitment to protecting the health of our population. To this end, a series of dialogues with healthcare workers was planned. The first of these conversations centres on Nicolás Kreplak, healthcare worker, physician, and current Minister of Health of the province of Buenos Aires. The two-hour interview went beyond the initial questions, thus allowing a dynamic and enriching exchange. Although progressive care played a central role in the discussion, since the interview was conducted by a team from the Directorate of Health Care Policies, other key issues also emerged, such as the hospital reform and the Five-Year Health Plan – considered essential pillars for the implementation of this new care and management model in health institutions of the province of Buenos Aires.

Keywords: Hospital Administration; Patient-Centered Care; Public Health Services; Argentina

¹ La Dirección de Políticas de Atención de la Salud se creó en el año 2020, y entre sus líneas de trabajo se encuentra la implementación de los cuidados progresivos en los hospitales provinciales.

Entrevistadores/as (ES): ¿Por qué cuidados progresivos en la provincia de Buenos Aires?

Nicolás Kreplak (NK): Cuando comenzamos esta gestión, los cuidados progresivos formaban parte de nuestro proyecto inicial. Los hospitales públicos en nuestro país, como en gran parte del mundo, se fueron formando basados en la lógica de los médicos. Nuestra capacitación como médicos depende de la tecnología. Es decir, el que usa determinada herramienta se transforma en especialista de eso. Esta lógica de funcionamiento termina siendo incluso superior a la propia lógica de la fisiología, de separarlo por órganos: separamos más por tecnología que por órganos, los órganos nos importan más en la medida que haya una tecnología ².

Los servicios se organizaron por el enorme poder médico dentro de la problemática de la salud en función de la oferta. Cada especialidad médica tiene su servicio: traumatología, cirugía, terapeutas, clínicos, pediatras, etc. Así, los problemas de los pediatras los discutís con los pediatras, los problemas de los cirujanos los discutís con los cirujanos. Estas formas, este modelo, está basado en las perspectivas del conocimiento que había desde el inicio de la modernidad que supone que la verdad pura de los procesos se encuentra en la esencia de ese proceso. Mientras más pequeño y chiquitito uno pueda sentarse a mirar ese proceso, más podrá encontrar su conocimiento. Esta es la razón por la que hay subespecialidades. Para atender a una persona con un problema, necesitas un profesional que se dedica solo a eso y que tenga un aparato que pueda mirar eso. Sin embargo, desde los años 60, sabemos que esta visión es insuficiente. Los procesos de salud están condicionados por múltiples factores relacionales y contextuales, lo que nos obliga a adoptar una lógica de complejidad. Por eso, es imposible resolver los problemas de salud desde una subespecialidad que solo mira una parte del todo. La estructura organizacional de los hospitales, diseñada en función de esta fragmentación, reproduce este enfoque limitado. Necesitamos un cambio profundo, y los cuidados progresivos son una respuesta a esta necesidad.

ES: ¿Cuáles son las principales tensiones entre lo instituido y lo instituyente en la implementación de los cuidados progresivos?

NK: La primera de todas es el modelo médico hegemónico, la perspectiva médica biologicista, tan preponderante a la hora de la toma de las definiciones. En la propuesta de cuidados progresivos empieza a haber marco para

Los hospitales de la provincia de Buenos Aires, como la gran parte de los hospitales públicos, son enormes hospitales pabellonados, con salas especializadas en función de las tecnologías. En muchos hospitales es el servicio el que tiene “la llave” del consultorio, de la sala y, a su vez, la llave la tienen solo los médicos. También, cada servicio tiene secretaría, y muchas veces su propio sistema de información. Todo eso hace que el funcionamiento sea algo perimido que no permite abordar la complejidad de los problemas.

La reforma hacia los cuidados progresivos no es nueva. De hecho, debería haberse implementado en los años 80, pero las condiciones políticas y económicas no lo permitieron. Hoy, en un contexto de restricciones presupuestarias y ajustes neoliberales, es aún más difícil, pero también más necesario.

En el sector privado este modelo ya se ha implementado con éxito. Los sanatorios y clínicas más modernas han adoptado una lógica de cuidados progresivos, organizando sus servicios en función de los niveles de complejidad y la capacidad de atención de cada área. Esto les ha permitido ser más eficientes y ofrecer una atención más integral.

En el sector público, sin embargo, seguimos luchando contra una estructura fragmentada y centralizada en la tecnología, en lugar de estar centrada en las personas. Por eso, esta estrategia es una prioridad para nuestra gestión. En este camino, una de las políticas que impulsamos en el año 2020 fueron los SAPS ³. Cuando los creamos, no imaginábamos el impacto que tendrían. Estos servicios son naturalmente interdisciplinarios y están diseñados para garantizar la continuidad de los cuidados entre el hospital y el territorio. Uno de nuestros planteos iniciales fue que los SAPS no debían reemplazar a los centros de salud, sino vincularse con ellos para transformar el hospital. Esto implicó un cambio cultural profundo, que lleva años de trabajo y que aún no está completo.

comenzar a pensar jefaturas posibles donde puede que no sea un médico el jefe. Eso para mí es una de las resistencias principales. La otra es que nos faltan clínicos y entonces, si no logramos una transformación cultural

² Por tecnologías sanitarias entendemos a todos los recursos que se utilizan con el objetivo de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de las personas sanas o enfermas, tales como medicamentos y procedimientos médicos, modelos organizativos y sistemas de apoyo empleados, entre otros. (OMS, 2006)

³ Los SAPS, son servicios hospitalarios creados a partir del año 2020. Buscan fortalecer y construir redes hacia el interior de los establecimientos y hacia afuera articulando con otros efectores de salud provinciales, con instituciones barriales y organizaciones sociales presentes en el área programática de cada servicio. El trabajo de los SAPS se organiza en 3 líneas: asistencia, formación y gestión. Se trata de un servicio conformado, desde el inicio, como un equipo interdisciplinario (primera experiencia en la estructura hospitalaria tradicional de efectores provinciales) que articula la agenda de las instituciones hospitalarias con las problemáticas de la comunidad. En la actualidad, nuestra provincia cuenta con 54 SAPS creados en distintos hospitales provinciales y Unidades de Pronta Atención.

suficiente sobre quiénes son los responsables de los cuidados progresivos y el acompañamiento de esos cuidados progresivos -quiénes son los interconsultores, los especialistas, cómo se interrelacionan los especialistas con los que llevan los cuidados- tenemos un riesgo de mucha carga sobre los servicios de clínica en particular y también en enfermería. Vos no le podés pedir a enfermería que se ocupe de los cuidados progresivos si no los jerarquizamos en la toma de decisiones. Van a estar en todo el proceso de cuidado, y ¿vos no los vas a escuchar para saber qué está pasando? ¿qué opinan de lo que está pasando? Es muy difícil.

Es importante discutir la mercantilización de la salud. Muchas veces se reproduce, incluso en el sector público, la práctica del trabajo vinculado con la tecnología, que tiene mucho que ver con la rentabilidad que hay en el sector privado. En el hospital público vos le pagas lo mismo al subespecialista del trasplante de córnea que al que hace la guardia los lunes. Pero ¿por qué razón en el hospital

público reproducen esa lógica de la tecnología? Porque en el sector privado se paga mucho más, entonces por un lado nosotros tenemos que lograr que el sector privado empiece a financiar los problemas reales de la gente, porque después el problema que tenés en el sector privado es que no conseguís turnos con los especialistas. El 90% de los especialistas ven hoy cuestiones que nada tienen que ver con su trabajo, ellos dicen "veo todos pacientes sanos". Y sí, porque a vos te va a ver una persona que tiene un problema y se le ocurre que hay que ver, por ejemplo, a un gastroenterólogo, y en verdad necesita ver a otro médico, un médico clínico o generalista, que te vea durante un tiempo y te diga "No, vos lo que tenés..." Ahora si vas a ver por síntomas a los pacientes vas a estar viendo todo el tiempo a pacientes sanos. Bueno, ¿qué haces? El flujo de atención debería organizarse al revés, priorizando un modelo de cuidados continuos. Si vos le pagas más al subespecialista que al clínico, al generalista o al pediatra, los médicos por lógica van a querer subespecializarse.

ES: ¿Cuáles son los desafíos para pensar la formación de grado en el marco de los cuidados progresivos?

NK: Existen antecedentes claves para pensar esto: las carreras de la Salud en la Universidad Nacional del Sur, la Universidad Nacional de La Matanza, la Universidad de Nacional de Mar del Plata, la Universidad Nacional Arturo Jauretche, la UNPAZ ⁴, la Universidad Nacional de Chaco Austral, la UNICEN ⁵. Hay muchas universidades en la provincia y en todo el país que tienen una lógica de progresividad, de etapas de la vida, de planes de estudio organizados en aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante y en la problemática de la población, no por especialidades o subespecialidades o de las ciencias biológicas. No por casualidad, la mayor parte de los que se graduaron en estas universidades, que son nuevas, eligen especialidades vinculadas con los cuidados más integrales como medicina general, clínica o pediatría. Argentina tiene un modelo universitario muy virtuoso, muy dinámico, en medicina en particular, único, no hay ningún lugar en el mundo con un sistema de estudio con la masividad y con el dinamismo que tiene. A veces, las universidades más tradicionales acompañan, pero el sistema universitario en salud es mucho más complejo y grande que eso.

Los servicios pabellonados emulan la lógica de las Facultades. Pero ahora hay dos modelos de universidades. Tenemos un modelo de universidad por departamento y un nivel de universidad por Facultades. Las más

"modernas", las del conurbano, son por departamento, entonces el director del departamento de ciencia de la salud no tiene ejecución presupuestaria propia, depende de una universidad, un rector. En cambio, las Facultades más tradicionales tienen Facultades con un decano y tienen una lógica hacia adentro que reproducen la misma lógica de los servicios pabellonados.

Muchos sistemas, muchos hospitales reproducen esa misma lógica. Cada servicio tiene un jefe de servicio, que es un patriarca, obviamente varón y médico, siempre médico. Aunque podría no serlo. Pero siempre médico. Y reproduce la misma lógica. Tienen la llave, definen los horarios de trabajo. Nosotros aplicamos la reforma de reglamento de residentes donde ya no pueden trabajar con guardia 24 horas, pero ahora se les ponen al día siguiente. Como si no importara que es una ley. Tenés que luchar contra eso. ¿Cómo hacés con una dirección que no puede ni definir los turnos porque las turneras las tienen la secretaria de cada jefe de servicio y allí se define qué turno se les da a los pacientes, los sistemas de información los tienen ellos y las camas las manejan ellos? Vos no sabés cuántas camas hay, tienen que llamarlo al de cardio y que el de cardio te diga, "No tengo camas/tengo camas." Entonces, hoy el sistema de red de emergencias, el SIES ⁶ de toda la provincia, no sabe si tiene una cama de unidad coronaria en un

⁴ Universidad Nacional de José C. Paz

⁵ Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires

⁶ Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria.

hospital o no. Si no se le pregunta al jefe de servicio, el tipo te puede decir sí o no, tenga o no tenga cama, puede ser que tenga cama y no te quiera recibir. El primer punto de cuidados progresivos es discutir mucho para sacar la turnera de consultorios externos, hablar, hablar y hablar hasta sacar las turneras y tener una centralización de asignación de turnos. Ahí podrás decir “Bueno, ahora doy turnos por internet”, “Doy turnos y armo una admisión centralizada”. Podés tener triage, podés empezar a trabajar interdisciplinariamente. Hay una parte que la van a ver los médicos, pero hay una parte que la pueden ver otros trabajadores de la salud, con otra expertiz. Y lo que nos pasa a nosotros es que, según lo que vos sabés hacer, si sabés usar un martillo, todos los objetos son clavos, básicamente. Bueno, hay muchas cuestiones de complejidad social, de los procesos que los médicos vemos menos que otros trabajadores del sistema de salud. Y entonces tiene un sesgo eso, un sesgo que además es muy tecnologizante, muy costoso. Entonces bueno, ¿cómo armás un sistema donde haya otros roles a la hora de ver a una persona, a una comunidad? Necesitás poder trabajar interdisciplinariamente. Para eso tenés que poder decidir cómo debe transitar un paciente por el hospital. Nosotros teníamos que lograr una vieja cosa que decía Carrillo también en una época, en Teoría del Hospital⁷, vos no tendrías que tener pacientes caminando dentro del hospital, libremente. Necesitás tener un sistema. Esto pasa todo el tiempo: “vaya al servicio de” y cuando llegás al servicio y hablás con la secretaria del servicio, nadie más te pudo decir cuál es el problema. Nosotros tenemos que poder organizar eso, de manera tal que una persona que llega al sistema salud-que es tan complejo y difícil-, una persona te tiene que recibir en la puerta y decirte cuál es tu flujo. Entonces, para eso los hospitales no tenían áreas de pacientes, no tenían centralizados turnos o la admisión de la internación. Y esto ocurre sobre todo en el sector público, salvo en algunos hospitales más modernos como El Cruce y en el sector privado, que se fundan con esa área y con direcciones de enfermería con cargo jerárquico. Porque otra de las características de los cuidados progresivos es que están centrados en el paciente y no en la tecnología. Me refiero a la tecnología en sentido amplio, para resumir algo. Si sos neurólogo, usás un resonador. Porque la tecnología que hay, condiciona esa oferta. Si los hospitales están ordenados en función de la tecnología y de quienes utilizan esas tecnologías, es un problema. Ahora, si el hospital está centrado en la continuidad de los cuidados, en verdad se centra en el ciudadano, en las personas, en el paciente, y si vas a centrarte en los pacientes tenés que tener un diálogo fuerte con

enfermería, porque son los que están más cerca, son los que están más en la cotidiana, los que por diversas razones es muy probable que se enteren de muchas más cosas que los médicos, que tienen intervenciones puntuales y concretas. Ahora, el que está, te abre y te acompaña, tiene que estar jerarquizado para capacitarse mejor y porque tiene que poder tomar decisiones. Los ateneos de los servicios médicos no cuentan con enfermería. Los pases de sala no cuentan con enfermería. Nosotros, los médicos, discutimos los casos de los pacientes sin enfermería. Cuando terminamos de discutir los pacientes, nos vamos y el que se queda es el enfermero. Es ridículo y absurdo, deberíamos tener la discusión con los enfermeros, tendríamos que intercambiar “mirá que ayer me dijo esto”. Te cambia el diagnóstico, el proceder. Entonces hay que jerarquizar las áreas de enfermería, hay que jerarquizar las áreas de gestión, y por eso debe tener una centralización. Todo esto es un proceso que es contracultural. Lo que es peligroso es que sea tomado como una agresión “contra los médicos”. Porque, además, esto es al revés, le soluciona un montón de problemas operativos y organizativos a los médicos ¿En qué sentido? Si vos sos un cirujano que le gusta operar córneas, lo mejor que podés hacer es entrar a un quirófano, tener una córnea en buenas condiciones, un quirófano en buenas condiciones y operar. Si a ese mismo especialista lo ponés a que haga compras, a que se fije la limpieza del servicio y otras tareas, los procesos internos del servicio se tergiversan, salvo que se trate de una persona a la que efectivamente le interese la gestión. Por eso es necesario lograr tener una dirección fuerte y que pueda conducir los procesos internos, procesos transversales del hospital. Esto no solamente mejora la potencia del hospital y de la dirección, sino también la capacidad resolutive y la felicidad del proceso de trabajo de cada especialidad. Incluso las especialidades médicas. Si tenemos a un neurocirujano de jefe del servicio, por ejemplo, y tiene que trabajar cuestiones administrativas de la lista quirúrgica o de solicitud de estudios ¿por qué no ponemos a alguien administrativo que haga de soporte y se encargue de esas tareas?, y ponemos al jefe de neurocirugía a mirar la imagen y decidir cuál es la mejor vía de abordaje quirúrgico, seguramente sean más felices ambos. El equipo administrativo puede tratar eso adecuadamente y entiende cómo funciona eso, mientras el neurocirujano interviene muchísimo mejor abocado a otro proceso. Estamos empezando a transitar ese proceso. Nos tomamos mucho tiempo, no soltamos nunca la discusión, cada vez que hablamos esto fuimos hablando de que había que hacer la reforma de cuidados progresivos.

⁷ En 1949, Ramón Carrillo escribió “Teoría del Hospital”. Allí desarrolló la primera teoría sistemática del hospital en Argentina, buscando que el mismo dejara de ser una estructura aislada y caótica. También, propone claves respecto a la planificación sanitaria, la función social del hospital, criterios de estandarización técnica y la integralidad. Carrillo criticaba fuertemente el desorden en la circulación interna y proponía regular de manera funcional y sanitaria. A partir del concepto de “circulación diferenciada”, el hospital debía funcionar como una máquina perfectamente sincronizada, donde cada movimiento (de pacientes, personal, visitas, materiales y desechos) estuviera planificado, no solo para mejorar la eficiencia, sino también para evitar riesgos sanitarios y optimizar los recursos humanos y materiales.

ES: Durante la pandemia, se implementaron cambios significativos en la organización de los hospitales, ¿cómo influyó esta experiencia en la estrategia de cuidados progresivos?

NK: Tuvimos un momento con la pandemia que aprovechamos el impulso e hicimos todas salas indiferenciadas⁸ por tipo de cuidado. Se hacía foco en una sola patología. Bueno, entonces, las salas de los servicios de traumatología, de clínica, de cirugía... eran cuidados mínimos, intermedios y críticos, según complejidad: la capacidad de tener oxígeno, monitores, respiradores y enfermería adecuada. Pasó algo muy interesante: como estaban todos haciendo lo mismo, diferentes especialistas se encontraban ahí, trabajando en conjunto. Y encontrarse entre ellos les pareció interesante, encontraron compañeros para pensar sobre los mismos problemas. Entonces es evidente que esa subspecialización había llevado a una práctica cotidiana muy aislada entre unos y otros. La pandemia apuntó, eso ayudó. En algún que otro hospital lograron sostener las salas indiferenciadas, pero la mayoría volvió a la "normalidad", es decir, a una lógica de intervención por servicio. Pero tenemos el antecedente por el cual podés volver a retomar la idea de estos cuidados, y empezó a pasar y está pasando en hospitales muy tradicionales y grandes. Creo que lo que se empezó a generar son instancias de trabajo interdisciplinario que son gratificantes, porque son resolutivas.

Actualmente transitamos una época de enorme insatisfacción en muchos aspectos de la vida, pero puntualmente una enorme insatisfacción también laboral. Hace 10 o 15 años hablamos del burnout, de cómo nos quemamos, muy específico del sistema de la salud. No es que sea exclusivo, pero es muy particularmente nuestro, la intensidad es mucho mayor. Pero lo que me parece que lo que nos termina comiendo la cabeza es la fragmentación de nuestro propio nivel de trabajo, ir a laborar a 10 lugares distintos y la falta de comprensión de las cosas, la frustración en los procesos del laburo. Entonces, si uno empieza a tener espacio de trabajo con otros en donde no está todo fragmentado, sino que hay otros saberes que a vos te nutren continuamente, no estás repitiendo mecánicamente lo que hacés todo el día; sino yo opino una cosa, pero viene un psiquiatra y me dice "Ché, pero mirá esto otro". Eso ya te empieza a dar otro dinamismo en el laburo. Creo que eso empieza a funcionar, a darle una perspectiva, un funcionamiento, pero estamos en un proceso que me parece que nos dificulta mucho la situación económica. Con políticas ahora en la provincia estamos logrando retrotraer una caída en la ocupación de las residencias, pero llegamos a más de 10 años de una pérdida continua de cargos como en clínica médica.

ES: En la actualidad, ¿cómo entendés que están impactando estos procesos de transformación hacia los cuidados progresivos?

NK: Creo que las experiencias que estamos teniendo hasta ahora son todas positivas. Todas positivas. Incluso, el trabajo que me compartían desde la Dirección de Políticas de Atención realizado en el marco de las Becas Lanteri sobre estadía de los pacientes, de la incorporación de dispositivos alternativos a la internación para que la gente pueda atenderse evitando internaciones innecesarias que pueden resolverse de manera ambulatoria. También, empezamos a resolver problemas de servicios que tenían dificultad de llenar sus planteles, porque eran equipos muy poco jerarquizados dentro de la relevancia

de los hospitales. Empiezan ahora a cambiar su propia percepción, el resto de los servicios saben que finalmente pasa por ahí la cosa, entonces empiezan a tener una evaluación interna nueva y empiezan a volver profesionales a querer hacerse cargo de esos servicios. Nos estaban faltando médicos, estaban faltando clínicos en los hospitales y es muy difícil pensar en un hospital sin clínicos, porque si los cuidados de la cama del hospital los va a terminar haciendo una persona cuya preparación es resolver problemas quirúrgicos o diagnósticos, no acompañar un proceso de curación o atención de un paciente, tenés un agujero de calidad.

⁸ Por Salas Indiferenciadas entendemos un tipo de organización de la internación en salas de los/as usuarios/as por tipo de cuidado (mínimo, intermedio e intenso) y no por patología.

⁹ Las Becas Julieta Lanteri de Buenos Aires son un programa del Ministerio de Salud bonaerense destinado a fortalecer la formación de profesionales de la salud con perspectiva de género y compromiso social. Buscan promover la investigación y el desarrollo de proyectos que aporten a la equidad y los derechos en el sistema de salud pública. Una de las investigaciones financiadas por esta beca analiza la implementación de un Hospital de Día Clínico y una Unidad de Diagnóstico Rápido en un Hospital Interzonal General de Agudos de la provincia de Buenos Aires. En el período analizado, los dispositivos permitieron evitar 49 internaciones y favorecer 61 altas precoces en sus primeros ocho meses de funcionamiento. El ahorro económico estimado por paciente fue de \$452.602,52. Además, el 96,8% de los pacientes calificó la atención como excelente y el 64,5% prefirió los dispositivos alternativos a la internación convencional. Estos resultados destacan la efectividad del modelo para optimizar recursos y mejorar la experiencia del paciente. Para más información sobre este trabajo, sugerimos consultar: Matteozzi JP, Covatti AV, Rapretti MV y Tessone M. (2023) Evaluación del impacto de la creación de un Hospital de Día Clínico y una Unidad de Diagnóstico Rápido en un Hospital Interzonal General de Agudos de la provincia de Buenos Aires.

ES: Lo que estamos observando en la implementación son algunas resistencias de las especialidades que se encargan del cuidado más general y transversal de los pacientes como, por ejemplo, clínica médica, que no quieren quedar subordinadas a las especialidades quirúrgicas.

NK: Sí, y eso se tiene que discutir. Tiene que estar explícito. El asunto ese sería: si ya no va haber una sala exclusiva de traumatología, entonces el jefe del servicio de traumatología no le va a poder decir al R1 de traumatología "andá y ocupate de hacerle los análisis del paciente". Ahora, si la forma que tienen de verlo no es cuidado progresivo, sino que, si todo es clínica, entonces, pasa el traumatólogo y dice "Y habría que hacer una placa" y te pasa la orden y se va esperando que el clínico agarre al paciente y se lo lleve a hacer la placa. Bueno, eso es, cuando vos en vez de tener cuidado progresivo, lo que tenés es una enorme sala de clínica con interconsultores. Pero bueno, esa es la discusión que tenemos que lograr tener a nivel de la cultura. Porque, insisto, la Facultad donde nos formamos la mayor parte de nosotros está pensada de esa manera. Y esto es un cambio cultural.

¿Qué sucede en el sector privado? Hay todo un sistema de otros trabajadores del sistema que se ocupan, hay camilleros, hay enfermeros, hay extraccionistas, hay técnicos en imagen, toda gente que hace parte de su laburo. Entonces, en verdad, eso lo tenemos que lograr. Insisto, es muy difícil hacerlo en situaciones de restricción económica, pero no hay ningún elemento negativo, no hay ninguna de las cosas que nosotros podamos ver que la transformación sea para peor. Lo único que sabemos es que si tuviéramos más recursos lo haríamos más rápido. Pero no hay ninguna cosa que digas "No, pero si yo hago esto, rompo la calidad de atención". No hay ningún elemento que nosotros tengamos en el radar, al menos en mi experiencia, que diga "pero che, mirá que si hago esto se van a ir los traumatólogos, se van a ir los clínicos". Nada.

ES: Desde la perspectiva del usuario, ¿cómo le mejora la atención?

NK: La mayoría de las personas que se atienden en el hospital no saben si están bajo un modelo de cuidados progresivos o uno tradicional. Pero hay un dato concreto y documentado: este modelo reduce el tiempo de espera para acceder a la atención. Si el sistema funciona mejor y más rápido, ese es un beneficio claro y tangible. Es objetivo y concreto. Pero nosotros, otra cosa que venimos trabajando desde el principio tiene que ver con la violencia institucional. El sistema de salud es un sistema, es una estructura muy dura, donde el sujeto está muy susceptible a lo que vaya a pasar ahí adentro. Uno podría decir que si yo voy a comprar algo a la verdulería y el tipo de la verdulería me trata mal, no vuelvo a la verdulería. Capaz que no le digo nada al verdulero. Ahora, si vos vas al médico, y el médico te trata mal te produce una gran angustia, probablemente no te dé para decirle nada, pero te hace muy mal, si estás internado y la enfermera te trata mal, es una posición muy compleja desde ese lugar. Si vos lo que tenés es una lógica de separación, subespecializada en función de las tecnologías como prioridad, como valor moral superior, el saber técnico que organiza tu institución, todos los saberes blandos, todas las cuestiones de subjetividades, tienen menor importancia. No te importa que el paciente tenga subjetividad, si vos necesitás saber cómo está su riñón. Está lleno de grandes hospitales sin servicios de salud mental. Ahora los agregamos, los pusimos en todos los hospitales, pero no pensaban en la subjetividad de los pacientes, y aun cuando atendemos su salud mental pensamos en la patología de la salud mental como primera instancia, no en la subjetividad de los pacientes. Deberíamos avanzar hacia ese lugar, si queremos contemplar la dimensión de la salud mental en todos los procesos de las personas. Si lo que organiza al sistema, al

hospital, son los cuidados, y ser el que cuida tiene un rol jerarquizado, entonces la atención sobre las subjetividades es mucho mayor. Si los enfermeros no solamente reproducen y ejecutan órdenes, sino que pueden tomar decisiones, si el servicio de clínica o de medicina hospitalaria puede tomar decisiones. Caso contrario, en un hospital tradicional si vas a la sala de neurocirugía y está el paciente acostado con infección urinaria, no le importa al neurocirujano la infección urinaria. También pasa mucho que en esos hospitales tenés un paciente que llega con una neumonía y no hay cama, entonces lo interno en traumatología, y ¿quién lo ve? El traumatólogo, si a la sala de traumatología van los traumatólogos y ¿qué sabe de neumonía? Nada. Tenes que llamar al clínico para que venga, pero el clínico está viendo a sus pacientes primero, cuando termine, y si le sobra tiempo irá a ver y al revés, tenés un paciente que tiene un pie diabético, lo internás en clínica para abordar su metabolismo, pero ese pie hay que operarlo. El traumatólogo ve pacientes de otros servicios los martes, y es miércoles, entonces hasta la semana que viene no lo puede evaluar. Entonces, si el paciente está en una sala que es de todos, a los pacientes los pueden ver todas las especialidades.

Por otro lado, hay miles de derivaciones de los cuidados progresivos que creo que son superiores. Son superiores a la hora de asignar y utilizar recursos, no solo por la estadía sino porque muchas veces son recursos muy costosos los de la salud. Si yo no sé nada de evaluación neurológica y estoy en la sala y no tengo acceso al neurólogo en la sala de neurología, le hago una resonancia a un paciente ante una cefalea. Ahora, si viene el neurólogo y te dice que esto es normal, te vas a ahorrar de hacer una resonancia.

ES: Mencionaste en varias oportunidades los sistemas de información, ¿cómo se abordan los mismos en este proceso?

NK: Creo que no se puede hacer hoy en el siglo XXI una reforma de cuidados progresivos sin sistemas de información. Son las dos formas de abordar el problema de cómo discutir la gestión de los hospitales. Y la gestión de los hospitales nos permite discutir la atención del sistema de salud, porque en los centros de salud está bien, podemos con un centro de salud, ponerle más medicamentos, menos medicamentos. Ahora, si el hospital va a considerar que el centro de salud es un lugar de menor importancia y no lo va a recibir como parte de su sistema de salud, no le podemos pedir nada más al centro de salud. Más que contener, acompañar. Ahora, si estás laburando en un centro de salud y tenés una situación social compleja, pero sabés que tenés a tu espalda la terapia intensiva del hospital, entonces te podés preparar a bancarte una situación complicada. Si no, tenés que decir "Yo no puedo hacer esto, hago un papelito y que se ocupe otro de tu problema". En medicina es muy común -digo medicina más que en salud en general- particularmente, sacarse problemas de encima. A la guardia le mandan los pacientes, y los de la guardia dicen que el que los mandó no sabe nada, el terapeuta dice que le mandan los pacientes de la clínica, no saben nada. Todos le echan la culpa al otro que le manda laburo. Y eso es porque no hay una lógica organizacional sobre qué le corresponde a cada uno y cómo se dirige en qué lugar tiene que estar cada uno de los pacientes. Eso también se resuelve en las cuestiones interdisciplinarias, poner parámetros. El paciente no es de un servicio o de otro, es el paciente del sistema y todos tenemos una responsabilidad sobre el

sistema. Por eso, lo que para mí es muy importante -que son los objetivos de este año de trabajo- es poder definir concretamente los objetivos de cada hospital hacia adentro, y dentro de cada área, de cada servicio, de cada sector. Y para poder medir, necesitamos información para tomar decisiones. Y obviamente yo solo como ministro no puedo decir cuáles son los objetivos del Ministerio, yo me tengo que sentar con todos para que me digan lo que piensan. Si lo defino yo solo, soy un delirante. Entonces lo mismo le tiene que pasar en cada servicio, tiene que sentarse con todos sus equipos y decir, "Che, y este año, ¿qué hacemos? Bueno, estamos operando 300 pacientes y tenemos una lista de espera de 300, tenemos que lograr bajarla a la mitad, operar 450." Bueno, objetivo y concreto: "aumentar un 50% la cantidad de cirugías, tenemos 12 meses". Entonces para eso necesitamos el sistema de información, una herramienta para la toma de decisiones. Hoy estamos en esta instancia, empezando por primera vez a definir así los objetivos de los hospitales. Hasta el momento, todo es una cuestión de sensación -" lo veo bien, mal, hay dificultades-, pero esto en muchos países del mundo está resuelto hace mucho tiempo. ¿Todo se resuelve con parámetros y con datos? No, por supuesto que no, porque hay muchas cuestiones más cualitativas, más blandas, que son necesarias, pero es indispensable lo otro también. No podemos sentarnos a ver cómo nos sentimos nosotros y dejamos a los pacientes de lado, afuera. Porque también es un problema típico del sistema de los hospitales que pueden cerrar la puerta, adentro estar cómodos y afuera qué sé yo.

ES: ¿Cómo imaginás un hospital en Argentina dentro de 20 años en el marco de los cuidados progresivos?

NK: Argentina tiene un sistema de salud y fuerza laboral de excelencia. De hecho, de toda la región vienen a estudiar acá. Lo que nosotros no podemos permitir es que cuando el mundo está avanzando hacia un lugar, el sistema de salud retroceda al abandono. No solo en abandono porque no se tomen decisiones, sino que no podés llevar la lógica del progreso que está teniendo la sociedad -aún con las características que tiene- a un sistema que no tiene gobierno, que es permeado continuamente. Las decisiones las van a terminar tomando la industria farmacéutica, sobre qué vas a hacer y eso no es eficiente, ni le das soluciones a la gente.

La transformación de los hospitales no depende solo de la tecnología, sino también de su fuerza laboral. Estoy convencido de que los trabajadores son los protagonistas del cambio. Incorporar herramientas como inteligencia artificial para el diagnóstico es importante, pero la clave sigue siendo lo humano.

Lo que no podemos permitir es que, mientras el mundo avanza, nuestro sistema de salud quede rezagado por falta de decisión política. La salud no puede depender de un modelo fragmentado y desarticulado, porque eso genera respuestas ineficientes y perjudica a la población.

ES: Pensando a futuro, ¿cómo puede la experiencia bonaerense aportar a la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud?

NK: Estamos en un momento muy complejo, siempre hay flujos y reflujos en las cosas, pero hace mucho tiempo está

faltando un proyecto para reformar el sistema de salud. Casi todas las discusiones de reforma del sistema de salud

piensan en el sector privado y el sector de prepagas particularmente, y algo de la seguridad social. Si uno se sienta con quien tiene a cargo la seguridad social, te dicen que lo que hay que hacer es una agencia de tecnología y reducir los gastos en los medicamentos, lo cual es cierto, pero tenemos un gasto de medicamentos muy grande, y no piensan nunca en los cuidados de los pacientes. Hay un gran nivel de fragmentación a la hora de la disputa de los intereses del sistema de salud, no hay un norte. Nos sentamos a discutir en el COFESA (Consejo Federal de Salud), y jamás discutimos modelo de atención, en todo caso discutimos problemas sanitarios verticales, patologías, y cómo se eficientiza. Jamás se discute sobre esto, por esa falsa idea de que la federalización hace que la salud sea provincial cuando sabemos que eso no existe, no hay límites internos en el país, y no debiera haberlos.

Argentina en materia sanitaria es un país ejemplar, hay muy pocos lugares en el mundo con sistemas de salud como el nuestro, por la cantidad, o por lo grande, por la cantidad de profesionales, por la historia de su formación. En toda Latinoamérica no hay un sistema sanitario comparable con el argentino, ni por los resultados, en términos de equidad, ni por la universalidad del acceso, pero igual en esas condiciones tenemos muchísimo para mejorar, sobre todo en términos de desigualdad. El verdadero sostén del sistema argentino ha sido siempre el sector público, con el apoyo complementario de la seguridad social.

Si no se plantea una estrategia integral, el sistema corre el

riesgo de retroceder, sobre todo ante los desafíos que impone la innovación tecnológica. Ahora bien, si querés hacer eso, el motor es la provincia de Buenos Aires. No por un “bonaerense-centrismo”, sino por su escala. Si vos querés que la Nación piense en que es posible hacer una reforma en cuidados progresivos en algún lugar del país para poder mejorar las condiciones de atención -sobre todo en el interior esto es muy importante porque quizás faltan especialistas- uno no tiene que abogar por especialistas, tiene que lograr tener niveles de atención articulados en red. No podemos armar una red si los hospitales sienten que se acaban en sí mismos, que son el universo completo. Para poder armar redes asistenciales, tenemos que pensar en hospitales que no estén compartimentados. Ahora, eso puede pasar a nivel nacional, se puede hacer de arriba para abajo. Pero si uno tiene un ejemplo exitoso en la provincia de Buenos Aires, bueno, hay sobre qué pararse. Entonces, yo creo que esto que estamos haciendo acá, más allá de la resistencia del sistema nacional, tiene que hacerse bien, y tiene que dar las bases de una reforma estructural, que tenemos que empujarla sobre la experiencia, viene bien la comunicación de la experiencia por ese lado. Y un elemento sobre el que tenemos que trabajar es ver cómo se instituye lo que estamos haciendo, cómo se constituye en la cultura próxima la discusión, y sobre eso hay que poner un ojo, hay que decidirlo y hay que hacer todos los procesos posibles, como decíamos antes, con objetivos concretos. Bueno, un objetivo concreto es cómo se instituyen tanto los sistemas de información como la reforma de cuidados progresivos.

ES: ¿Cómo se puede blindar esta estrategia, este modelo, teniendo en cuenta esos vaivenes y la historia política?

NK: Nunca nada se puede blindar, pero lo que hay que hacer es, primero, mucha discusión. Es muy importante que los directores no nos tapen el ingreso al hospital, que no nos digan “sí, sí, cuidados progresivos” y adentro no reproduzcan la discusión. Tienen que abrir los espacios de discusión, discutir con todos los trabajadores, tienen que haber redes, espacios de discusión, tiene que ser algo que atraviesa la vida cotidiana de los hospitales. Todavía eso no está logrado, yo voy a un hospital y hablo de cuidados progresivos y la mitad no sabe de lo que estoy hablando, como si fuera tema del director. No está popularizada la

discusión entre todos. Esto tiene que empezar a suceder para que pase esto de que los pibes se quieran quedar en el sistema. Empezar a hacer los cambios en las estructuras orgánicas funcionales en los hospitales, dar un recorrido a esos roles, priorizar que le mejore la capacidad de atención a la persona, por eso la medición. ¿Qué estamos haciendo? Midamos, y busquemos resultados. Demos dos años con resultados positivos con una reforma de estas características y digamos “Che, esto es mejor, vos sos más feliz, das mejor atención para la salud”. Nada está blindado nunca. Todo es política.

Analís Escapil

Profesora en Ciencias de la Educación y Especialista en Educación en Géneros y Sexualidades. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Investigadora, extensionista y profesora de grado en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Pablo Barrenengoa

Doctor y Licenciado en Psicología. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Investigador, extensionista y profesor de grado y posgrado en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

José Eduardo Moreno

Doctor en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata, Argentina, y Universidad Nacional de Avellaneda, Argentina. Integrante de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Maximiliano Salvioli

Médico. Especialista en Clínica Médica. Diplomado en Gestión estratégica de servicios de salud. Diplomado superior en redes de salud. Director de Políticas de Atención de la Salud en la Dirección de Políticas de Atención de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Cómo citar este artículo:

Escapil A, Barrenengoa P, Moreno J E, Salvioli M. Reforma hospitalaria bonaerense: hacia un modelo de cuidados progresivos. Entrevista a Nicolás Kreplak. Salud Publica [Internet]. 2025 Sept [fecha de consulta]; 4. Disponible en: URL del artículo