

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Teleconsultas asincrónicas: una estrategia de coordinación para el acceso a alta complejidad. Experiencia de una Oficina de Comunicación a Distancia en un hospital de tercer nivel de referencia nacional en la Provincia de Buenos Aires (2024 - 2025)

Tesista: María Constanza Rossi

Directora: Dra. Ariovich Ana

Buenos Aires, 30 de octubre del 2025

Teleconsultas asincrónicas: una estrategia de coordinación para el acceso a alta complejidad. Experiencia de una Oficina de Comunicación a Distancia en un hospital de tercer nivel de referencia nacional en la Provincia de Buenos Aires (2024 - 2025)

PALABRAS CLAVES:

Teleconsulta asincrónica - Sistemas de Referencia - Acceso a la atención de alta complejidad - Redes de salud - Coordinación Asistencial

RESUMEN:

La incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al ámbito de la salud, también denominada telesalud, supone avances hacia un sistema integrado, con mejor cobertura, calidad y continuidad en los cuidados de salud.

En la Provincia de Buenos Aires (PBA), la fragmentación y segmentación del sistema se traduce en una inadecuada articulación entre niveles. Esto obstaculiza, en el subsector público, el acceso efectivo de pacientes a la atención especializada para consultas, estudios y procedimientos diagnósticos.

Esta tesis buscó analizar la implementación del dispositivo institucional de teleconsultas asincrónicas de la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) del hospital Posadas, indagando en sus atributos como modalidad de atención y en sus potencialidades y/o limitaciones para mejorar el acceso de la población a servicios de alta complejidad y para facilitar la coordinación en el sistema sanitario.

La teleconsulta se destaca como una herramienta estratégica que integra prestaciones asistenciales en sistemas fragmentados, optimizando recursos y mejorando el acceso oportuno a la atención. Su consolidación, no obstante, exige fortalecer marcos institucionales, capacidades de gestión e interoperabilidad, además de avanzar en procesos que promuevan el trabajo en red intra e interhospitalaria.

ABSTRACT:

The incorporation of Information and Communication Technologies (ICTs) into healthcare –commonly referred to as telehealth– represents a significant step toward an integrated system with improved coverage, quality, and continuity of care. In the Province of Buenos Aires (PBA), systemic fragmentation and segmentation hinder coordination across levels of care, limiting patients’ effective access to specialized consultations, tests, and diagnostic procedures within the public sector.

This study analyzes the implementation of the asynchronous teleconsultation program developed by the Remote Communication Office (Officine de Communication a Distance, OCD) at Posadas Hospital. It examines its characteristics as a care modality, as well as its potential and limitations in enhancing access to high-complexity services and improving coordination within the healthcare system.

Findings highlight teleconsultation as a strategic tool for integrating healthcare delivery in fragmented systems, optimizing resource use, and ensuring more timely and equitable access to care. However, its consolidation requires stronger institutional frameworks, management capacities, and interoperability mechanisms, alongside efforts to promote intra- and inter-hospital networking.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

- I.I Planteamiento del problema, justificación y propósitos del estudio
- I.II Estrategia metodológica
- I.III Estructura y organización del documento de tesis

II. CONTEXTUALIZACIÓN

- II.I Estructura y organización del sistema de salud en Argentina y sus particularidades en la Provincia de Buenos Aires
- II.II Hospital Nacional Alejandro Posadas: un caso de teleconsultas asincrónicas
- II.III Desarrollo normativo y organizacional de la Telesalud y la Red de Oficinas de Comunicación a Distancia (OCD)

III. ANTECEDENTES Y APORTES DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE TELESALUD Y TELECONSULTAS ASINCRÓNICAS

IV. CLAVES CONCEPTUALES DE LA INVESTIGACIÓN

- IV.I Acceso a alta complejidad y coordinación asistencial: bases para el análisis
- IV.II La Telesalud como eje de articulación entre niveles de atención: bases institucionales y procesos de gestión e implementación
- IV.III Conclusiones

CAPÍTULO V: CIRCUITOS DE GESTIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE TELECONSULTAS: IMPLICANCIAS Y DESAFÍOS PARA EL ACCESO A PRESTACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD

- V.I Dinámica operativa en los servicios: circuitos, actores responsables y trazabilidad de los registros
- V.II Uso estratégico de la información para la toma de decisiones: selección de criterios, valoraciones y planificación de la respuesta
- V.III Conclusiones

CAPÍTULO VI. ARQUITECTURA DE LA REFERENCIA: QUÉ HABILITA Y QUÉ CONDICIONA LA VÍA ASINCRÓNICA DE LA OCD

VI.I La calidad de la información clínica y los vínculos de confianza en los procesos de referencia: percepciones y experiencias de los equipos intervinientes

VI.II La condición clínica del paciente y el soporte tecnológico-informático como condicionantes de los procesos de referencia en la implementación del dispositivo

VI.III Conclusiones

VII. EL PAPEL DE LA TELECONSULTA ASINCRÓNICA EN LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y CONDICIONANTES DE LA OCD

VII.I La organización del acceso a la alta complejidad y la articulación de servicios a través de la OCD

VII.II Desafíos para la coordinación: barreras institucionales y del sistema

VII.III Conclusiones

VIII. CONCLUSIONES GENERALES

VIII.I Institucionalización del acceso y reconfiguración de las prácticas organizativas

VIII.II La referencia asincrónica como espacio de mediación clínica y de articulación interinstitucional

VIII.III La teleconsulta asincrónica como dispositivo de transformación del modelo asistencial

VIII.IV Valor estratégico, efectos y retos de la teleconsulta asincrónica

IX. BIBLIOGRAFÍA

X. ANEXOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En un sistema público de salud atravesado por altos niveles de fragmentación y segmentación, esta tesis examina el derrotero de la implementación de un dispositivo de teleconsultas asincrónicas de un hospital de tercer nivel de atención emplazado en el Conurbano Bonaerense. En este marco, y desde la mirada de los equipos involucrados en la implementación, pone el foco en cómo los circuitos de gestión desarrollados ordenan la referencia y articulan procesos de coordinación asistencial, develando efectos en el acceso de la población a la alta complejidad.

I.I Planteamiento del problema, justificación y propósitos del estudio

En muchos países latinoamericanos la fragmentación de los sistemas de salud constituye uno de los principales obstáculos para la coordinación asistencial, generando resultados poco efectivos en la atención de la población (Artaza Barrios et al., 2011; Fitzgerald, 2023; Maceira, 2014; OPS, 2010). Se destacan las dificultades en el acceso a las instituciones de salud, una baja calidad asistencial, discontinuidad en la atención e ineficiencia, especialmente en el cuidado de pacientes con enfermedades que requieren la coordinación de múltiples profesionales (Miranda-Mendizábal et al., 2021; Terraza Núñez et al., 2006; Vargas et al., 2021). Asimismo, los estudios realizados en el entorno regional evidencian graves problemas vinculados a la duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, falta de seguimiento a los pacientes y desarrollo de largas listas de espera para la consulta con el especialista (Miranda-Mendizábal et al., 2020; Vázquez et al., 2009; Vázquez et al., 2017).

La Provincia de Buenos Aires presenta importantes barreras en el acceso efectivo a los servicios de salud, también debidas a los problemas de segmentación y fragmentación que expresa su sistema. En éste, la provisión de servicios está a cargo de una variada gama de instituciones, que cuentan con diferentes mecanismos de financiamiento, regulación y provisión. Dichas instituciones se encuentran bajo la órbita del subsector público, el de la seguridad social o el subsector privado. Dentro del subsector público, a su

vez, los territorios tienen efectores de diferentes niveles de atención que dependen de Nación, Provincia y/o de los Municipios (Cetrángolo et al., 2011). Sus equipos de salud requieren con frecuencia referenciar pacientes ambulatorios hacia efectores de mayor complejidad, para consultas con especialistas y/o estudios o procedimientos diagnósticos. Ese tránsito entre niveles enfrenta limitaciones persistentes, asociadas a un mapa sanitario multijurisdiccional y con una amplia diversidad de actores, que complejiza la coordinación entre efectores para los procesos asistenciales (Cetrángolo et al., 2011; Cetrángolo, 2014; Chiara, 2018; Maceira et al., 2010; Tobar et al., 2012).

Paralelamente, la oferta prestacional de alta complejidad que existe parece ser insuficiente en relación a la demanda. La inadecuada organización de dicha oferta vuelve aún menos equitativo el acceso a estas prestaciones, afectando principalmente a la población sin cobertura formal (Ariovich y Crojethovic, 2020; Cohen, 2023; Pierini, 2019). Se generan listas de espera con importantes demoras para algunas especialidades y/o estudios diagnósticos, con la consecuente demanda insatisfecha de los usuarios, y una sobresaturación de los servicios especializados (López-Vázquez et al., 2021; Palacios y Maceira, 2014; Tobar et al., 2012). Además, la articulación entre los efectores de mayor complejidad y otros actores del sistema de salud, muchas veces se produce a través de circuitos de información y comunicación poco institucionalizados (Palacios y Maceira, 2014).

Cabe destacar, que hay poca evidencia sobre el desarrollo de iniciativas institucionales acordadas entre las distintas autoridades sanitarias, orientadas a trabajar en el armado de redes de servicios o en la implementación de mecanismos de coordinación asistencial (Ariovich y Crojethovic, 2020; Palacios y Maceira, 2014).

En ese entramado de vínculos institucionales débiles y arreglos poco formalizados al interior del sistema de salud, el Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas opera como centro de referencia nacional y nodo clave para prestaciones de alta complejidad. Es en este marco que el dispositivo de teleconsulta asincrónica gestiona las referencias de pacientes desde centros

de baja y mediana complejidad para la atención especializada. Sin embargo, la existencia de reglas heterogéneas y prácticas informales tensiona los intercambios cotidianos entre servicios y entre profesionales, y se expresa, entre otros planos, en la coexistencia de modalidades diversas de ingreso al hospital (no siempre adecuadas). En la práctica, persisten referencias “a la antigua” (órdenes en papel y concurrencia al hospital) y circuitos basados en redes interpersonales entre profesionales (llamadas, WhatsApp, contactos). A su vez, los servicios especializados enfrentan alta demanda y reciben con frecuencia referencias de baja pertinencia: en las consultas con especialistas se ocupan turnos con situaciones que podrían resolverse en otros niveles de atención o requerir otra especialidad; y, en los estudios y procedimientos diagnósticos, llegan pacientes sin la preparación previa necesaria. Las suspensiones y reprogramaciones que se desprenden de estos desajustes tienden a reducir la productividad y pueden deteriorar la calidad de la atención de alta complejidad.

Es amplio el consenso en la literatura sobre la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación en salud (telesalud), y en particular la teleconsulta asincrónica, para impulsar redes más integradas y, con ello, mejorar el acceso, la coordinación entre niveles y la continuidad de la atención (CEPAL, 2013; OPS, 2017). No obstante, persisten vacíos de evidencia empírica sobre su implementación y sus efectos organizativos en contextos complejos como el de la Provincia de Buenos Aires. Este es, precisamente, el campo problemático en el que se inscribe esta investigación. La tesis analiza la implementación de teleconsultas asincrónicas gestionadas por la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) en un hospital de tercer nivel del conurbano bonaerense. Sobre esa base, se incorpora la perspectiva de jefaturas de servicio, profesionales de planta y referentes administrativos para describir los circuitos de gestión, precisar los criterios con que se tamizan y priorizan las solicitudes y delimitar las condiciones en que la teleconsulta asincrónica fortalece la coordinación entre niveles y el acceso oportuno a la alta complejidad. De este modo, se realiza una indagación empírica orientada a comprender condiciones de implementación, efectos organizativos y

alcances de la teleconsulta asincrónica como herramienta de gestión de la política pública.

A partir de lo expuesto y ante la necesidad de ampliar la evidencia sobre tecnologías orientadas a mejorar el acceso y la coordinación asistencial en el subsector público, esta tesis se propone responder a los siguientes interrogantes: *¿Qué características presenta la implementación de un dispositivo de Teleconsultas asincrónicas en un hospital de tercer nivel de complejidad del conurbano bonaerense?, ¿De qué manera este dispositivo organiza tales procesos?, ¿Cómo ha influido la implementación de este dispositivo (llevada a cabo por la Oficina de Comunicación a Distancia) en la capacidad de los equipos especializados para priorizar y gestionar los pedidos que llegan desde otros niveles de atención?, ¿Cómo permiten facilitar el acceso a prestaciones de alta complejidad?, ¿Qué particularidades presentan los procesos de referencia llevados a cabo a través del dispositivo de teleconsultas?, ¿Cuáles son los aportes de las teleconsultas asincrónicas para la coordinación asistencial entre niveles de atención?, ¿Cómo contribuyen al trabajo en red entre servicios de salud?*.

En esta tesis se sostiene la *hipótesis* de que la implementación de la teleconsulta asincrónica, gestionada por la OCD, funciona como un mecanismo institucionalizado de referencia que centraliza el ingreso, estandariza la información clínica requerida y deja trazabilidad del intercambio entre profesionales, con efectos positivos sobre la coordinación asistencial entre niveles y el acceso a la alta complejidad.

A continuación, se presentan el objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo:

Objetivo General:

Analizar la implementación del dispositivo institucional de teleconsultas asincrónicas de la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) del hospital Posadas desde los actores involucrados, indagando en sus atributos singulares como modalidad de atención y en sus potencialidades y/o limitaciones para mejorar el acceso de la población a servicios de alta

complejidad y para facilitar la coordinación asistencial entre distintos niveles sistema sanitario (2024-2025).

Objetivos específicos:

1. Describir los circuitos de gestión que demanda la implementación del dispositivo de teleconsultas, explorando las implicancias y los desafíos que esos circuitos plantean en el acceso a prestaciones de alta complejidad.

2. Reconstruir y caracterizar los procesos de referencia de pacientes realizados a través del dispositivo, tomando en cuenta cuales son los criterios y valoraciones con los que se organizan, se tamizan y se priorizan las derivaciones a los especialistas.

3. Identificar los aportes del dispositivo al trabajo en red y a procesos de coordinación asistencial entre niveles de atención al interior del subsistema público.

Es importante señalar que, si bien el Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas es un efector de dependencia nacional y recibe solicitudes y referencias desde diversas jurisdicciones del país, en la práctica más del 85% de la demanda y de los casos gestionados a través de la Oficina de Comunicación a Distancia proviene de la Provincia de Buenos Aires (PBA). En consecuencia, este estudio prioriza la contextualización y el análisis en la PBA, prescindiendo de un desglose por procedencia de las solicitudes. Esta precisión no desconoce el alcance federal de la institución ni la posible transferibilidad de los hallazgos, pero orienta el recorte analítico para interpretar con mayor profundidad los procesos de acceso a la alta complejidad y de coordinación asistencial en el subsistema público bonaerense.

I.II Estrategia metodológica

La investigación se enmarcó en un diseño cualitativo, de tipo descriptivo e interpretativo, pertinente para indagar en profundidad la perspectiva de actores clave directamente involucrados en la implementación de las teleconsultas asincrónicas. Este enfoque resultó adecuado para comprender

percepciones, experiencias y valoraciones de profesionales y referentes administrativos sobre las dinámicas organizativas del circuito gestionado por la OCD en las teleconsultas.

En términos metodológicos, el análisis cualitativo permite construir conceptos de manera inductiva a partir de la interacción con los datos empíricos (Corbin, 2009; Glaser y Strauss, 1967) y articular categorías teóricas preexistentes con aquellas que emergen del proceso analítico (Freidin y Najmias, 2011; Timmermans y Tavory, 2012). En este estudio, esa lógica orientó el análisis del dispositivo de teleconsultas asincrónicas del Hospital Posadas, atendiendo a sus atributos como modalidad de atención y a sus potencialidades y límites respecto del acceso a la alta complejidad y la coordinación asistencial entre distintos niveles.

La tesis contempló la realización de 18 entrevistas. Fueron semiestructuradas y en profundidad, realizadas entre septiembre de 2024 y enero de 2025 a informantes clave seleccionados por su participación directa en el circuito de gestión de las teleconsultas asincrónicas de la OCD del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas (jefes y jefas de servicio, médicos y médicas de planta y referentes administrativos de áreas diagnósticas de alta complejidad). La cantidad de entrevistas se definió conforme a los principios del muestreo teórico y se llevaron a cabo hasta alcanzar la saturación de los ejes analíticos¹ (Glaser y Strauss, 1967). Como instrumento de recolección, la entrevista se reconoce en la literatura como una técnica válida para producir descripciones e interpretaciones de significados desde la perspectiva de los agentes sociales, recuperar su punto de vista y profundizar en sistemas de representación, creencias, valores y sentidos (Fontana y Frey, 2005; Kvale, 1996; Patton, 2002; Taylor y Bogdan, 1986; Valles, 2000).

Para garantizar los derechos de los entrevistados, y brindar al mismo tiempo conocimientos sobre los propósitos de la investigación, se firmó con cada uno un consentimiento informado². Paralelamente, se les certificó confidencialidad y anonimato. Además, el trabajo fue evaluado por el Comité de ética en investigación del Hospital Prof. Alejandro Posadas, obteniendo la

¹ Ver guía de entrevistas en Anexos.

² Ver Consentimiento informado en Anexos.

aprobación del proyecto. En la misma línea, las citas de las entrevistas se identificaron con el rótulo E N^o, acompañado del rol y tipo de servicio. El cuadro siguiente presenta la distribución de las entrevistas según rol y tipo de servicio.

N.º de entrevista	Rol del informante	Tipo de servicio
1	Médico/a de planta	Quirúrgico
2	Jefe/a de servicio	Clínico
3	Jefe/a de servicio	Clínico
4	Referente administrativo/a	Diagnóstico
5	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
6	Referente administrativo/a	Diagnóstico
7	Médico/a de planta	Clínico
8	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
9	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
10	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
11	Médico/a de planta	Clínico
12	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
13	Jefe/a de servicio	Clínico
14	Jefe/a de servicio	Clínico
15	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
16	Médico/a de planta	Clínico
17	Jefe/a de servicio	Quirúrgico
18	Médico/a de planta	Clínico

En relación con el ámbito de realización, las entrevistas se efectuaron fuera del espacio laboral y del horario de trabajo para garantizar un entorno cómodo y adecuado para los participantes.

El análisis cualitativo se desarrolló mediante análisis de contenido temático. Todo el material se transcribió textualmente y se codificó con apoyo

de Atlas.ti, organizando la información en categorías derivadas tanto del marco teórico como de los conceptos que emergieron del trabajo con las entrevistas (Andréu, 2000; Corbin, 2009). Desde un enfoque inductivo, asentado en la interacción con los datos, se articularon nociones teóricas orientadoras con categorías conceptuales que fueron surgiendo durante el proceso analítico (Freidin y Najmias, 2011; Timmermans y Tavory, 2012); Maxwell, 1996; Freidin y Najmias, 2011). El resultado se sistematizó en matrices de análisis³ que se incluyen en el anexo metodológico.

Cabe destacar que, como profesional de la salud, formo parte de la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD). Esta pertenencia, si bien facilitó el acceso al trabajo de campo, me impulsó a sostener a lo largo de todo el desarrollo de la investigación que dio lugar a esta tesis, un proceso de reflexividad constante (Denzin y Lincoln, 2008). Esta experiencia implicó reconocer mi rol dentro del contexto de investigación y comprender las implicancias de mi participación; a la vez, me permitió cuestionar mis propios enfoques y asumir una postura más crítica respecto de las dinámicas en las que estoy involucrada.

En suma, el diseño cualitativo propuesto (muestreo teórico de informantes claves, construcción de evidencia empírica a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad y análisis de contenido temático con apoyo de Atlas.ti) permitió reconstruir las dinámicas organizativas de la modalidad asincrónica gestionada por la OCD, así como sus potencialidades y límites en relación con el acceso a la alta complejidad y la coordinación asistencial. Este encuadre sostiene la validez interpretativa de los hallazgos y habilita su articulación con los objetivos de la tesis.

I.III Estructura y organización del documento de tesis

En los capítulos siguientes se presentan los elementos necesarios para contextualizar, fundamentar y analizar la investigación. El Capítulo II caracteriza el sistema de salud argentino (con foco en la Provincia de Buenos Aires) y el Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, e incluye la descripción

³ Ver matrices en anexos.

de la Oficina de Comunicación a Distancia y el marco normativo de la Telesalud. El Capítulo III revisa los antecedentes de otras investigaciones sobre la telesalud, la telemedicina y las teleconsultas, mientras que el Capítulo IV expone el marco teórico que orienta el análisis y la interpretación de los resultados.

Por otra parte, el recorrido analítico de los resultados se organizó en tres grandes capítulos. El Capítulo V reconstruye el circuito de gestión dentro del hospital y describe cómo se organiza el flujo entre la solicitud y la respuesta por subespecialidades (roles, tiempos y registros). El Capítulo VI identifica y analiza los elementos de la teleconsulta asincrónica que intervienen en la referencia (por ejemplo, estandarización de la información, evaluación previa, criterios de pertinencia y priorización) y recupera, desde la voz de los equipos, qué componentes habilitan o condicionan ese proceso. El Capítulo VII examina los aportes específicos de la teleconsulta asincrónica a la coordinación asistencial y a la articulación entre niveles (preparación de casos, acuerdos clínicos a distancia, trazabilidad institucional) e identifica qué aspectos de la vía formal fortalecen la coordinación y qué barreras del sistema limitan su alcance respecto del acceso a la alta complejidad. Un último capítulo (VIII) sistematiza y articula los principales hallazgos derivados de la investigación, retomando e interpretando de manera integrada los resultados expuestos en los capítulos precedentes. Posteriormente se incluye la bibliografía y los anexos metodológicos.

CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZACIÓN

II.I Estructura y organización del sistema de salud en Argentina y sus particularidades en la Provincia de Buenos Aires

El sistema de salud argentino se estructura en tres subsectores que coexisten y se superponen en los territorios: el sector público, el de la seguridad social y el privado. Esta arquitectura presenta segmentación (por lógicas de aseguramiento y financiamiento) y fragmentación (organizacional, territorial y de financiamiento) (Cetrángolo, 2014; Cetrángolo y Goldschmit, 2012, 2018; Chiara, 2018), lo que redundo en desigualdades de acceso y cobertura entre jurisdicciones y grupos sociales. El subsector público está compuesto por el Ministerio de Salud de la Nación y los 24 ministerios provinciales con sus organismos dependientes centralizados y descentralizados y 2.172 Municipios (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). En la organización federal argentina, al Ministerio de Salud de la Nación le corresponde la conducción del sector mediante el dictado de normas, el diseño de programas y la ejecución de acciones. Sin embargo, dada la autonomía provincial en materia sanitaria, los lineamientos nacionales tienen carácter indicativo, por lo que la mayor parte de las responsabilidades de provisión de servicios recae en los gobiernos provinciales (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

Para comprender la configuración actual es necesario recuperar la trayectoria de la descentralización. Los primeros trasposos de establecimientos públicos desde la órbita nacional hacia provincias y municipios datan de fines de los años cincuenta, se profundizan en los sesenta y setenta (incluida la Ley 21.883 que transfirió hospitales a varias jurisdicciones) y culminan en los noventa con la transferencia de los últimos hospitales nacionales a sus jurisdicciones de asiento, facultada por la Ley de Presupuesto 24.061/1991, manteniéndose en la Provincia de Buenos Aires bajo órbita nacional el Hospital Profesor Alejandro Posadas y la Colonia Montes de Oca (Chiara, 2018). La reforma constitucional de 1994 no definió con precisión la distribución de responsabilidades en salud entre niveles de gobierno, consolidando un escenario de competencias difusas y

dependencias fiscales asimétricas. En ese marco, muchas transferencias se realizaron sin mecanismos de compensación financiera que garantizaran su sostenimiento, aliviando el presupuesto nacional, pero dejando a las provincias con responsabilidades incrementadas y capacidades dispares para sostener la provisión (Chiara, 2018). El resultado fue una descentralización administrativa con resultados heterogéneos según la capacidad financiera, técnica y de gestión de cada territorio.

El financiamiento refleja y amplifica esas tensiones. En el subsector público, los recursos provienen de presupuestos anuales (Nación, provincias y municipios) y de crédito externo. “El reparto de recursos que surge de la coparticipación federal de impuestos no incorpora ningún componente relacionado con la situación de la salud en las distintas provincias y/o municipios” y “tampoco existe ninguna norma legal que establezca metas de porcentaje de gasto en salud en relación al producto a nivel nacional o provincial (como es el caso de la Educación)”; por ello, las erogaciones quedan sujetas a prioridades políticas de cada gobierno, lo que se traduce en fuertes diferencias en la proporción de recursos asignados y “grandes disparidades” en los servicios brindados (Cetrángolo y Goldschmit, 2018, p. 27). La única excepción en el país es la Provincia de Buenos Aires, donde la coparticipación municipal incluye un distribuidor de salud atado a indicadores sanitarios (Ley 10.820/1989); sin embargo, este esquema ha sido cuestionado por problemas de equidad y eficiencia en su distribución (Cetrángolo y Goldschmit, 2018; Chiara, 2018).

En paralelo, la seguridad social cubre a trabajadores formales y sus familias mediante obras sociales nacionales y provinciales, mientras que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI atiende a jubilados y pensionados; además, un segmento accede a medicina prepaga y existe desvío de aportes desde obras sociales hacia seguros privados. Esta superposición de coberturas, con paquetes de prestaciones y lógicas de gestión diferentes, potencia la segmentación y complejiza la coordinación clínica y administrativa entre subsectores (Cetrángolo, 2014; Cetrángolo y Goldschmit, 2018). No sorprende, entonces, que el país destine una proporción elevada de sus

ingresos a salud y, aun así, los resultados no sean acordes con ese nivel de gasto, cuestión atribuible más a la falta de coordinación efectiva de políticas que a su ausencia (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

En este contexto general, la PBA exhibe particularidades que la distinguen. Es el distrito más poblado y combina, en un mismo espacio político-administrativo, realidades socioeconómicas y sanitarias muy heterogéneas tanto entre el Gran Buenos Aires (GBA) y el interior como dentro del propio GBA entre sus 24 partidos. Esa heterogeneidad se expresa en desigualdades de necesidades sociales, niveles de aseguramiento y patrones de uso de servicios, de modo que algunos partidos concentran una mayor demanda sobre los efectores públicos, mientras que otros registran una mayor derivación hacia la seguridad social y el subsector privado. Esta configuración condiciona la organización territorial de la oferta y tensiona los mecanismos de coordinación entre niveles de atención. En este marco, entre 1990 y 2001 las consultas en establecimientos estatales casi se duplicaron, señalando un desplazamiento de la demanda hacia el subsector público en un contexto de crisis y reconfiguración del aseguramiento (Chiara, 2018).

En lo organizativo, la PBA se caracteriza por una fuerte municipalización del primer nivel de atención y por la multijurisdiccionalidad de la red hospitalaria. A inicios de los 2000, casi la totalidad de los centros de atención primaria estaba bajo órbita municipal y una proporción relevante de los hospitales también dependía de los municipios, mientras que el resto se distribuía entre la provincia y, en menor medida, la Nación. Esta distribución no es uniforme: varía entre partidos y responde a decisiones y omisiones acumuladas del nivel provincial que se plasmaron de modo desigual en los territorios (Chiara, 2018). La consecuencia es un mosaico de sistemas locales con capacidades dispares de gestión, dotación de servicios y resolutivez, especialmente visible en el Conurbano.

En lo financiero, la PBA presenta dos rasgos centrales. Primero, el elevado peso municipal en el gasto sanitario: hacia 2013, aproximadamente 42 % del gasto público en salud correspondía al nivel local, 44 % a la provincia y 16 % a la Nación (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Segundo, la existencia de un régimen de coparticipación provincial con un “distribuidor de salud”

(único en el país) establecido por la Ley 10.820/1989, que asigna una fracción de recursos a los municipios según cinco indicadores: egresos, pacientes-día, producto resultante por número de camas-complejidad-ocupación, establecimientos sin internación y consultas. Si bien este esquema introduce criterios explícitos de reparto, la literatura ha señalado limitaciones: insuficiencia de la masa coparticipable, rigidez de la fórmula con porcentajes fijos, incentivos a la hospitalización por sobre la promoción y la prevención, riesgos de sobredeclaración y sobre equipamiento, así como escasa consideración de necesidades locales (por ejemplo, población sin cobertura) (Chiara, 2018; Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Además, al no estar condicionadas de manera estricta al uso sanitario ni alineadas con una conducción provincial fuerte, estas transferencias no siempre contribuyen a la planificación en redes integradas ni a la coordinación entre niveles.

Mirada en conjunto, la combinación de federalismo y descentralización sin compensaciones plenas, la segmentación de coberturas y los esquemas de financiamiento desalineados con las necesidades sanitarias dificultan construir circuitos previsibles y equitativos de acceso. En los territorios conviven efectores nacionales, provinciales y municipales con lógicas administrativas distintas y sin instancias permanentes de coordinación que aseguren la continuidad del cuidado entre niveles (Cetrángolo, 2014; Chiara, 2018; Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

En este marco, según planteamos en esta investigación, resulta pertinente impulsar estrategias de coordinación clínica y administrativa que ordenen flujos entre niveles y jurisdicciones, estandaricen la información y hagan trazable la gestión de referencias. Estas estrategias pueden mejorar la pertinencia del acceso a prestaciones de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica y atenuar, al menos parcialmente, los efectos de la fragmentación sobre los usuarios.

En síntesis, el sistema argentino (organizado en tres subsectores y atravesado por una trayectoria de descentralización y reglas de financiamiento no alineadas con necesidades sanitarias) configura un escenario de desigualdades territoriales derivadas de arreglos institucionales poco integrados y de una coordinación limitada entre niveles y jurisdicciones

(Cetrángolo, 2014; Chiara, 2018; Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Este marco contextualiza la especificidad de la PBA y orienta el enfoque de este capítulo.

II.II Hospital Nacional Alejandro Posadas: un caso de teleconsultas asincrónicas

Se trata de un hospital dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, descentralizado e incluido en el régimen de Hospitales Públicos de Autogestión, es una Institución de Referencia Nacional (IRN) para el tratamiento y derivación de patologías que requieren de alta complejidad, además de ser un centro de formación profesional para diversas especialidades de salud y referentes en investigación clínica.

Este hospital tiene un área estimada de influencia de 6.000.000 de personas. Al ser un hospital Nacional no tiene un área programática definida. Cuenta con capital humano especializado y recursos tecnológicos para estudios y/o procedimientos diagnósticos de alta complejidad, algunos de los cuales no se encuentran disponibles dentro de la oferta prestacional sanitaria regional del subsector público.

Con el propósito de ilustrar el alcance y la envergadura de la institución se presentan algunos datos del área asistencial considerando las estadísticas hospitalarias promedio de los últimos 10 años; se registran 558.149,2 consultas ambulatorias anuales (2.222,6 atenciones diarias programadas y 544,2 atenciones diarias en guardias). Con un promedio de 17.818,7 egresos anuales (33,1% corresponden a pacientes pediátricos y neonatales) y 3.370,7 partos/año. El promedio anual de cirugías registradas es de 14.135,6 realizadas en 12 quirófanos. Además, cuenta con 9 Hospitales de Día, 24 equipos de atención interdisciplinaria, servicio de Hemoterapia y banco de sangre propio con medicina transfusional.

Si bien recibe y asiste a pacientes de todo el país, tiene un anclaje territorial muy importante, de acuerdo a los egresos 2023⁴, el 95,9% de los pacientes provienen de la Provincia de Buenos Aires (PBA) y el 91.5% corresponde los municipios del área de influencia directa (Moreno, Merlo, La

⁴ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/memoria_anual_hospitalaria_2023.pdf

Matanza, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Tres de Febrero, José C. Paz, San Miguel, San Martín, Marcos Paz, Gral. Rodríguez, Pilar, Malvinas Argentinas, Tigre). Según el último censo 2022⁵, el 37,9% de las personas que viven en dichos municipios cuentan con la cobertura del sistema público de salud como única cobertura.

En el hospital, las primeras experiencias relacionadas al trabajo en Red con otros efectores de la región fueron en el año 2007 desde el servicio de Pediatría, que en el marco de la contingencia de Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB), comenzó a trabajar la contrarreferencia⁶ de pacientes a los municipios para continuar los cuidados una vez superadas las instancias más complejas de los cuadros clínicos presentados. Otra experiencia previa fue alrededor del año 2009 con la conformación del corredor sanitario materno infantil diseñado entre el servicio de Neonatología del hospital, el Hospital Mariano y Luciano de la Vega y la Maternidad Estela de Carlotto, ambos ubicados en el municipio de Moreno. Con el objetivo de poder derivar a los pacientes de acuerdo a las necesidades de complejidad que fueran presentando, asegurando una continuidad en los cuidados de salud entre los centros participantes.

El marco institucional que permitió formalizar la necesidad del hospital de trabajar en Red comenzó a partir del Plan Estratégico Institucional (P.E.I) 2014-2016, elaborado durante la primera mitad de 2013. Este plan define como misión: "Somos un Hospital Público Nacional que opera en red y ofrece la mayor complejidad. Nos comprometemos con el cuidado integral y humanizado de la salud de la población en todas las etapas de la vida, garantizando accesibilidad, equidad, atención segura y calidad en la asistencia, investigación, formación y cuidado del capital humano". Entre las Apuestas Estratégicas del P.E.I se destaca la creación de una oficina de Telesalud, referencia⁷ y contrarreferencia, así como comunicación a distancia.

⁵ <https://censo.gob.ar/>

⁶ La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

⁷ La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

Esta iniciativa fundamentó la creación en 2014 de la Dirección General de Redes en Salud y, bajo su órbita, la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) y la Oficina de Referencia y Contrarreferencia.

Si bien, esta dirección comenzó a cumplir sus objetivos funcionalmente a partir de abril de 2014, el Ministerio de Salud de la Nación, lo formaliza mediante el decreto 1096/2015⁸ a través de la creación de la Dirección General de Redes en Salud.

Asimismo, se continúa en el P.E.I 2022-2025⁹ con la línea estratégica de potenciar el trabajo en red como parte del objetivo fortalecer el desarrollo de la Alta Complejidad.

Las actividades que se desarrollan en la OCD comenzaron en junio del 2014 y se enmarcan en el desarrollo de Telesalud como estrategia de trabajo en Redes de Salud mediante el uso de las TIC; se gestionan teleconsultas¹⁰ (sincrónicas y asincrónicas)¹¹, propuestas de teleeducación y se administran procesos de telegestión. Propone nuevas modalidades de atención, de educación y de gestión, complementarias a la atención asistencial tradicional (ambulatoria-internación).

Este trabajo de investigación se centrará en las *Teleconsultas asincrónicas*. En este sentido, la OCD ofrece a través del uso de las nuevas TIC, herramientas de comunicación con el objetivo de poner al alcance de los profesionales y equipos de salud de otras instituciones públicas del país, los recursos tecnológicos y de capital humano con los que cuenta nuestra institución a través de un sistema de comunicación que formaliza las diversas solicitudes/consultas que realizan los profesionales de otros centros.

Los profesionales de los equipos de salud de todos los centros del subsistema público nacional pueden solicitar consultas con especialistas y pedir estudios o procedimientos diagnósticos mediante dos herramientas

⁸ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1096-2015-248213/texto>

⁹ <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/05/pei2022-2025.pdf>

¹⁰ Según la RESOL-2023-3316-APN-MS Teleconsulta se define como el proceso de atención sanitario que como tal implica la interpretación de información médica y la toma de decisiones, brindado a través de las tecnologías de la información y comunicación que se produce entre dos o más profesionales de la salud, así como entre el equipo de salud y la persona que recibe atención sanitaria.

¹¹ Según la RESOL-2023-3316-APN-MS la teleconsulta puede ser sincrónica (transcurre en tiempo real) o asincrónica (tiempo diferido, con transferencia de contenidos desde un punto a otro con su procesamiento o interpretación en un tiempo y su devolución en otro).

digitales: la plataforma ComDis-HNAP y la plataforma de Telesalud en el marco del Plan Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación. En ambas, el profesional solicitante completa los datos personales y de su institución, los datos filiatorios del paciente y el estado actual (internado o ambulatorio), incorpora el consentimiento informado y describe el cuadro clínico con estudios realizados, diagnóstico o sospecha diagnóstica y los adjuntos pertinentes (por ejemplo, resumen ampliado de historia clínica, informes, orden médica). Finalmente, explicita el motivo de la consulta o del pedido.

El equipo médico-administrativo de la OCD recibe las solicitudes y realiza una evaluación inicial de pertinencia clínica. Cuando la información resulta insuficiente, puede requerirse ampliación (historia clínica, exámenes complementarios u otros documentos) antes de articular con el área o servicio hospitalario correspondiente. A partir de esa evaluación se emite una respuesta a través de las mismas plataformas y se remite al profesional solicitante.

Cuando la evaluación concluye en la necesidad de otorgar un turno, la OCD coordina con el servicio o área correspondiente y asigna la fecha y hora. Los turnos gestionados por esta vía incluyen estudios o procedimientos diagnósticos y consultas con especialistas. La respuesta al solicitante detalla fecha, hora, sector del hospital, profesional o servicio interviniente y, cuando corresponde, las indicaciones de preparación para estudios.

Todas las gestiones realizadas por la OCD, incluidos los turnos otorgados, se registran en la historia clínica digital del hospital para su acceso por los equipos intervinientes. Con posterioridad, se verifica la asistencia o la no concurrencia del paciente a través del mismo sistema.

II.III Desarrollo normativo y organizacional de la Telesalud y la Red de Oficinas de Comunicación a Distancia (OCD)

Este apartado presenta el marco normativo y organizacional de alcance nacional para la Telesalud y para la Red de OCD. El Hospital Nacional

Alejandro Posadas se rige por esta normativa nacional y desarrolla la teleconsulta asincrónica a través de su OCD conforme a dichos lineamientos.

Desde principios de la década del 2010, el Estado argentino comenzó a diseñar iniciativas orientadas a reducir las brechas de acceso a la salud mediante el uso de tecnologías digitales. La primera experiencia formal se denominó Cibersalud y tuvo como objetivo crear una red federal de colaboración entre establecimientos sanitarios públicos, para facilitar la formación de equipos de salud, gestionar programas nacionales y brindar asistencia clínica a distancia mediante videoconferencias. Esta red, sostenida inicialmente por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Modernización y el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, sentó las bases organizativas y técnicas para lo que años más tarde sería institucionalizado como Telesalud (Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

En este hospital comenzó a funcionar la primera OCD, una unidad funcional médico-administrativa, con respaldo legal, que surge como una respuesta Institucional a la necesidad de establecer un nexo permanente, simple y eficaz con profesionales de todo el país, con el objetivo de facilitar la gestión de consulta y seguimiento de pacientes, así como abrir un espacio de reflexión conjunta a través del intercambio académico (Carniglia et al., 1999)

La transición conceptual y administrativa de Cibersalud a Telesalud se formalizó con la Resolución Ministerial N.º 1825-E/2016, que modificó la denominación de la Dirección de Cibersalud por la de Dirección de Telesalud. Este cambio no fue meramente nominal, sino que respondió a una progresiva ampliación del enfoque, pasando de una red orientada a la conectividad y capacitación hacia un modelo más complejo que incorporaba la atención médica a distancia como parte de una política pública de salud digital.

La consolidación normativa se produjo con la aprobación de la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018–2024, mediante la Resolución N.º 189/2018. Este documento reconoce la necesidad de implementar sistemas interoperables, basados en estándares comunes, con capacidad de integrar información longitudinal de los pacientes y articular entre los niveles y subsistemas del sistema de salud argentino (Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2018). En ese marco, la telesalud fue definida como una

de las líneas estratégicas de acción, comprendiendo no solo la telemedicina, sino también dimensiones como la teleeducación, la telegestión y la teleinvestigación.

Como consecuencia, se aprobó el Plan Nacional de Telesalud 2018–2024 a través de la Resolución N.º 21/2019, que formalizó una arquitectura federal en red, sustentada en la creación de nodos jurisdiccionales e institucionales conectados mediante TIC. El plan se estructuró sobre tres ejes: gobernanza federal, gestión operativa del plan y desarrollo de programas asistenciales y educativos, proponiendo estándares de calidad y lineamientos para la ampliación progresiva del acceso remoto a servicios de salud (Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

Según el Plan Nacional de Telesalud, las OCD representan un modelo de articulación entre niveles de atención y regiones geográficas, reduciendo barreras administrativas y potenciando la continuidad de los cuidados.

Este modelo refleja una apuesta concreta por superar los desafíos que imponen la fragmentación y segmentación del sistema sanitario argentino, fortaleciendo las capacidades locales y promoviendo una atención equitativa y eficiente.

En este marco, las OCD emergen como un dispositivo estratégico para implementar la telesalud, articulando instituciones de salud a través de herramientas tecnológicas. Estas oficinas buscan facilitar la comunicación entre profesionales y mejorar el acceso de los pacientes a servicios especializados de alta complejidad, garantizando atención oportuna y adecuada a las necesidades individuales.

La Primera Recomendación para el uso de la Telemedicina, elaborada por el Grupo Asesor de la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud y aprobada como anexo de la Resolución N.º 21/2019, define lineamientos sobre el uso seguro, ético y legal de las teleconsultas. Establece que la relación profesional de salud-paciente puede sostenerse mediante múltiples herramientas tecnológicas, siempre que se garantice la calidad, el consentimiento informado y la protección de datos (Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

La pandemia de COVID-19 funcionó como catalizador para acelerar estos procesos. La Red Federal de Telesalud se expandió e incorporó nuevas funcionalidades, incluyendo la atención sincrónica mediante plataformas móviles, especialmente a través del programa Tele-COVID¹². En este marco, la Resolución N.º 581/2022 aprobó un Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta, elaborado con participación de las 24 jurisdicciones, sociedades científicas y asociaciones de pacientes. El texto enfatiza la necesidad de estandarizar procesos, establecer protocolos y asegurar la calidad asistencial en entornos digitales (Argentina, Ministerio de Salud, 2022).

Asimismo, el documento destaca que uno de los principales aportes de la teleconsulta es su potencial para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, permitiendo que profesionales de atención primaria consulten a especialistas de manera sistemática, sin necesidad de derivaciones inmediatas ni traslados físicos de los pacientes. Esto representa una oportunidad concreta para reducir derivaciones innecesarias, optimizar tiempos de respuesta y mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Sin embargo, también se advierte que la efectividad de estas herramientas depende de condiciones materiales aún desiguales entre jurisdicciones, tales como la disponibilidad de infraestructura, la capacitación del personal y la interoperabilidad de los sistemas informáticos.

En suma, el marco normativo argentino¹³ en materia de telesalud ha avanzado significativamente en la última década, pasando de una iniciativa piloto denominada Cibersalud a un sistema federal formalmente estructurado. No obstante, la implementación efectiva de las herramientas de teleconsulta se encuentra todavía en una etapa de desarrollo desigual. Si bien la normativa identifica correctamente las potencialidades de estas prácticas para mejorar

¹² El Programa TeleCOVID fue una estrategia de adaptación del Plan Nacional de Telesalud implementada durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Consistió en la incorporación de un módulo específico en la Plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia —un entorno web para el registro, seguimiento, almacenamiento y envío de consultas a distancia— destinado a la atención remota tanto de personas con síntomas leves o sospecha de COVID-19 como de pacientes que requieren seguimiento por patologías crónicas. La iniciativa, basada en criterios de la Organización Panamericana de la Salud, permitió sostener la atención sanitaria sin traslados, reducir riesgos de contagio y garantizar la confidencialidad mediante sistemas que cumplen con estándares internacionales de ciberseguridad (Argentina, Ministerio de Salud, 2020).

¹³ Este marco normativo es sobre el que se asienta el dispositivo que se estudia en este trabajo.

la articulación entre niveles del sistema, todavía queda un amplio camino por recorrer en términos de ejecución, evaluación y consolidación como práctica sostenida.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES Y APORTES DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE TELESALUD Y TELECONSULTAS ASINCRÓNICAS

El desarrollo de la telesalud en las últimas décadas ha estado acompañado por una creciente producción científica orientada a evaluar su eficacia, su potencial organizativo y sus implicancias en el acceso a los servicios de salud. Dentro de ese campo, la teleconsulta asincrónica (también conocida como e-consulta o consulta electrónica) se consolidó como una herramienta relevante para fortalecer la articulación entre niveles de atención y reducir barreras geográficas, administrativas y de disponibilidad de especialistas. Este capítulo revisa los principales antecedentes internacionales, regionales y nacionales que permiten situar la experiencia analizada en esta tesis en un marco comparativo más amplio, identificando los enfoques predominantes, las limitaciones recurrentes y los aportes que orientan el análisis posterior.

Uno de los mayores beneficios de la telemedicina radica en su capacidad para facilitar el acceso a la atención tanto entre pacientes y profesionales como entre equipos de atención primaria y especialistas (Daniel y Sulmasy, 2015). En términos globales, el uso de la telemedicina ha tenido un crecimiento sostenido, aunque con marcadas diferencias entre países de altos y bajos ingresos. Según la Organización Mundial de la Salud, los países desarrollados presentan altos niveles de adopción de servicios digitales de salud, mientras que en los países en vías de desarrollo persisten limitaciones tecnológicas que ralentizan su expansión (García-Cuyás et al., 2018).

Actualmente, la telemedicina abarca una diversidad de modalidades que van desde las aplicaciones móviles centradas en el paciente hasta complejas interacciones entre profesionales en hospitales de tercer nivel. En ese contexto, las consultas electrónicas (eConsult) se han difundido ampliamente tanto en su alcance geográfico como en la variedad de especialidades en las que se aplican (García-Cuyás et al., 2018). Diversos estudios subrayan que estas herramientas contribuyen a mejorar el acceso y la eficiencia de la atención, aunque advierten que sus impactos a largo plazo deben seguir evaluándose, particularmente en materia de seguridad del paciente, costo-

efectividad y resultados clínicos (Daniel y Sulmasy, 2015; García-Cuyàs et al., 2018; Liddy et al., 2016; Liddy et al., 2019).

Uno de los principales desafíos identificados en la literatura internacional es la integración de las tecnologías digitales a la práctica institucional. Se señala la resistencia a sostener las experiencias piloto y la persistencia de dificultades vinculadas con la privacidad, la seguridad y los marcos legales. También se reconoce la necesidad de análisis de costo-beneficio más sólidos, ya que la variabilidad de los estudios y la falta de criterios homogéneos para definir éxito o efectividad dificultan la comparación entre experiencias (García-Cuyàs et al., 2018).

En su revisión sistemática, Vimalananda et al. (2015) describen las e-consultas como un modelo de comunicación asincrónica entre profesionales de la salud, generalmente integrado a la historia clínica electrónica o a entornos web seguros. En este modelo, el médico de atención primaria remite la consulta a un especialista, quien puede responder, solicitar información adicional o indicar la necesidad de una evaluación presencial. El estudio, que analiza 36 experiencias implementadas en distintos países de altos ingresos, concluye que las e-consultas constituyen una estrategia viable para mejorar el acceso a la atención especializada, especialmente en contextos de alta demanda o escasez de especialistas. Los autores destacan que estas teleconsultas asincrónicas racionaliza el uso de los recursos y reduce los tiempos de respuesta, aunque subrayan la necesidad de investigaciones más amplias que midan sus efectos en la calidad de la atención y los resultados clínicos (Vimalananda et al., 2015).

Liddy et al. (2016) aportan evidencia complementaria a partir de una revisión sistemática sobre la prevalencia y el impacto de las e-consultas en la atención al paciente. Sus resultados muestran una amplia difusión de estos sistemas en países de altos ingresos, con variaciones significativas en su diseño y alcance. En la mayoría de los casos, se registran tiempos de respuesta breves y una reducción considerable de las derivaciones presenciales innecesarias. La investigación también señala la necesidad de continuar evaluando su sostenibilidad y su impacto en distintos contextos institucionales y poblacionales. Posteriormente, Liddy et al. (2019) ampliaron

este análisis a 106 programas de teleconsultas asincrónicas, reafirmando la factibilidad de la teleconsulta asincrónica y su potencial para mejorar la comunicación entre niveles asistenciales. Los autores subrayan la satisfacción profesional tanto de quienes solicitan como de quienes responden las consultas, pero advierten que la evidencia sigue siendo heterogénea respecto de los resultados clínicos y del uso de recursos (Liddy et al., 2019).

En conjunto, estas investigaciones coinciden en que la teleconsulta asincrónica ofrece un canal formal, documentado y eficiente de intercambio clínico, que permite optimizar el acceso a especialistas y fortalecer la continuidad asistencial. Sin embargo, la efectividad de su implementación depende de la integración con los sistemas de información sanitaria, de la existencia de protocolos claros y de recursos humanos capacitados para sostener la práctica (Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2016, 2019).

En el ámbito latinoamericano, Brasil constituye el referente más consolidado en materia de telesalud. El programa Telesalud Brasil Redes, y particularmente la Red de Telesalud de Minas Gerais (TNMG), ha logrado institucionalizar la teleconsulta asincrónica como herramienta de fortalecimiento de la atención primaria y de articulación con servicios especializados. Marcolino et al. (2020) describen cómo la TNMG desarrolló un sistema de evaluación sistemática de las consultas basado en indicadores de oportunidad, adecuación y resolución, garantizando la trazabilidad y el registro de cada interacción. La red universitaria de Telemedicina (RUTE), por su parte, extendió la cooperación interinstitucional en docencia y asistencia, promoviendo la integración entre hospitales y universidades (CEPAL, 2013). Estas experiencias muestran que el éxito sostenido de la telesalud depende tanto de la infraestructura tecnológica y el respaldo normativo como del desarrollo de competencias profesionales que permitan sostener las prácticas en el tiempo.

Asimismo, investigaciones multicéntricas desarrolladas por Vázquez et al. (2015, 2017) en el marco del proyecto EQUITY-LA II analizaron los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles de atención en distintos países de América Latina. Sus hallazgos evidencian deficiencias estructurales en los procesos de referencia y contrarreferencia, fragmentación de la

información clínica y dificultades en la comunicación entre equipos, factores que debilitan la continuidad asistencial. En paralelo, Henao Martínez et al., (2009), a partir de estudios realizados en Cataluña, identifican que la confianza entre profesionales, la claridad de roles y la existencia de espacios de comunicación estructurados son elementos clave para garantizar la coordinación entre niveles. En conjunto, estos trabajos refuerzan la importancia de contar con mecanismos institucionales estables que formalicen la comunicación y reduzcan la fragmentación del sistema.

En América Latina se han impulsado herramientas digitales para fortalecer redes y atención primaria, pero su avance convive con heterogeneidad organizativa y brechas territoriales que condicionan la articulación y la continuidad del cuidado (Freire et al., 2023); por ello, la efectividad de las teleconsultas asincrónicas no depende solo de la tecnología, sino de su integración en estrategias de gestión, financiamiento, registro y coordinación clínica dentro de las redes de servicios (Bagolle et al., 2022; García Saisó et al., 2022; OPS, 2023).

Entre los estudios más recientes sobre la telesalud en Argentina, resulta especialmente relevante el trabajo publicado en *Salud Colectiva* que analiza la incorporación de la teleconsulta en la atención primaria mediante un abordaje cualitativo centrado en relatos de profesionales durante y después de la pandemia de COVID-19 (Ganiele et al., 2024). La investigación identifica que la emergencia sanitaria actuó como un punto de inflexión que aceleró la adopción de modalidades mediadas por tecnologías digitales, en un contexto urbano de primer nivel de atención (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y con fuerte dependencia de las condiciones locales de infraestructura y conducción institucional. En ese marco, la teleconsulta se consolidó como herramienta para sostener la continuidad del cuidado y mantener la comunicación entre profesionales y pacientes cuando los circuitos presenciales se vieron interrumpidos. El estudio subraya que la implementación en el primer nivel implicó un proceso de aprendizaje organizativo en el que los equipos redefinieron rutinas, roles y criterios clínicos para adaptarse a nuevos formatos de comunicación. Entre los hallazgos, se destacan tanto la valoración positiva por su capacidad para mantener el vínculo con la población

y facilitar la articulación con el segundo nivel, como las dificultades vinculadas con la falta de estandarización, los límites normativos y las diferencias en la capacidad tecnológica de los efectores. Estos resultados organizativos resultan pertinentes para la teleconsulta asincrónica analizada en esta tesis, si bien el artículo no la desagrega específicamente (Ganiele et al., 2024). Al tratarse de un estudio cualitativo orientado a prácticas y organización, no reporta resultados clínicos ni costos, pero aporta claves sobre condiciones de implementación, decisiones institucionales que afectan la sostenibilidad pospandemia y la integración de la teleconsulta en las prácticas cotidianas (Ganiele et al., 2024). En continuidad con esa perspectiva, en hospitales y servicios específicos se reportan transformaciones en la relación entre consultas programadas y mensajería asincrónica en portales de pacientes (Herrera et al., 2023), así como evaluaciones de la experiencia de uso de la teleconsulta en un hospital pediátrico durante la pandemia, con implicancias para la experiencia de cuidadores y equipos (Sbruzzi et al., 2024). En conjunto, esta producción reciente sugiere que la efectividad de las teleconsultas asincrónicas depende tanto de la integración organizativa (protocolos, formularios, roles y seguimiento) como del soporte tecnológico (conectividad, equipamiento y asistencia técnica) y de un encuadre normativo que fija estándares de calidad y responsabilidades (Argentina, Ministerio de Salud, 2022; Herrera et al., 2023; Sbruzzi et al., 2024).

En suma, el recorrido realizado por las investigaciones revisadas permite situar la teleconsulta asincrónica dentro de un campo de estudio en expansión que combina la dimensión tecnológica con la organizativa. Mientras que los estudios internacionales destacan su efectividad para reducir tiempos de espera, evitar derivaciones innecesarias y fortalecer la continuidad del cuidado (Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2016, 2019), las experiencias regionales subrayan la importancia de la articulación interinstitucional y del trabajo en red (Marcolino et al., 2020; Vázquez et al., 2015, 2017). En el plano nacional, el proceso de institucionalización de la telesalud refleja una política pública en consolidación, pero aún con desafíos pendientes en su integración efectiva a los procesos asistenciales cotidianos.

Persiste la necesidad de estudios que indaguen, desde la perspectiva de los equipos, cómo se implementa la teleconsulta asincrónica cuando se institucionaliza en hospitales de alta complejidad, fuera del contexto de emergencia. Interesa documentar los procesos concretos de organización, los ajustes de reglas y rutinas que demanda en la práctica cotidiana y sus efectos sobre la vida institucional y el desempeño de los servicios.

En este marco, la tesis aporta una lectura situada de la implementación de la teleconsulta asincrónica en un sistema de salud segmentado y fragmentado (por lógicas de aseguramiento y financiamiento, y por desarticulaciones organizativas y territoriales) (Cetrángolo, 2014; Cetrángolo y Goldschmit, 2012, 2018; Chiara, 2018). El análisis se centra en la práctica organizativa y recupera la perspectiva de los actores involucrados (jefaturas, profesionales de planta y referentes administrativos) para comprender cómo se configura y sostiene el circuito en el día a día. Se examina el funcionamiento de la OCD como dispositivo institucional que formaliza circuitos de gestión, centraliza y estandariza información clínica y ordena las referencias hacia la alta complejidad. Más que una innovación tecnológica, la teleconsulta asincrónica se aborda como herramienta organizativa que reconfigura la relación entre servicios y ajusta procedimientos y criterios de acceso. La evidencia empírica documenta efectos sobre la organización hospitalaria, los tiempos de respuesta y la articulación clínica, y aporta elementos para discutir su sostenibilidad y su potencial para fortalecer la coordinación asistencial en el subsector público bonaerense (Henry y Gugliamelli, 2024). Además, se considera la inserción del hospital en un subsector público compuesto por el Ministerio de Salud de la Nación, 24 ministerios provinciales y 2.172 municipios, lo que contextualiza los márgenes de acción institucional (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

Desde esta perspectiva, la investigación aporta un análisis situado sobre el papel de la teleconsulta asincrónica en un hospital nacional de referencia, que recupera la perspectiva de los actores involucrados y contribuye a comprender cómo las innovaciones digitales pueden transformarse en estrategias de coordinación y acceso efectivo a la alta complejidad en el marco del sistema público argentino.

CAPÍTULO IV: CLAVES CONCEPTUALES DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo expone el andamiaje conceptual que orienta la interpretación de una experiencia de gestión vinculada a un dispositivo de teleconsultas, diseñado para mejorar el acceso a servicios de alta complejidad y la articulación asistencial en el subsistema público de salud. En este marco, el primer apartado comienza presentando la noción de acceso a la salud no solo como un principio orientador de los debates contemporáneos en políticas sanitarias, sino también como un criterio clave para evaluar la oportunidad, pertinencia y calidad de las intervenciones. Sobre esta base, se examinan los niveles de atención y complejidad como dimensiones estructurantes del sistema que inciden directamente en las posibilidades efectivas que tiene la población para el acceso a la salud. Posteriormente, se analizan los mecanismos de referencia y contrarreferencia que regulan los flujos entre niveles, destacando su relevancia en la articulación de la atención y, en la misma línea, se abordan los conceptos de coordinación asistencial y redes integradas de servicios de salud.

Por otra parte, el capítulo también incorpora aportes teóricos para abordar el análisis de la Telesalud, principal foco del estudio. Particular atención recibe la modalidad de teleconsulta asincrónica, concebida como un mecanismo de intercambio clínico entre profesionales, cuyas implicancias organizativas se examinan a partir de su implementación en un hospital de alta complejidad.

Finalmente, se propone una reflexión acerca de las singularidades de los contextos institucionales y de los procesos de gestión implicados en la puesta en marcha del dispositivo de teleconsultas asincrónicas. Paralelamente, se interroga la noción misma de implementación, buscando aportar miradas que permitan comprender las condiciones reales en que esta implementación se produce y los alcances que puede asumir.

IV.I Acceso a alta complejidad y coordinación asistencial: bases para el análisis

El acceso a la salud constituye un eje ordenador del debate actual sobre sistemas y políticas sanitarias. En la Estrategia para el acceso universal a la

salud y la cobertura universal de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el acceso como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). A su vez, por servicios integrales de salud se entiende aquellas “acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad [...] y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios” (OPS, 2020).

A partir de esta definición, la literatura suele distinguir entre “acceso”, “accesibilidad” y “disponibilidad”. En esta investigación, optamos por emplear acceso en sentido amplio (equivalente a “accesibilidad”) y reservar disponibilidad para aludir específicamente a la existencia de recursos y servicios.

La literatura discute si el acceso debe entenderse como un atributo de los recursos, de la población o, más bien, como una relación entre ambos (Frenk, 2014). En esa línea, y de acuerdo con Donabedian, el acceso va más allá de la simple disponibilidad; remite a las características de los servicios que facilitan o dificultan su uso por parte de los potenciales usuarios (Donabedian, 1988, como se citó en Frenk, 2014). Frenk (2014) retoma esta idea y propone concebir el acceso como el “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos a lo largo del proceso de búsqueda y obtención de atención. En ese ajuste intervienen obstáculos (o “resistencias”), por ejemplo, demoras para conseguir turnos y tiempos de espera, ubicación de los servicios y costos, y también las capacidades de las personas y comunidades para superarlos, siempre en el contexto de los recursos disponibles en una zona. Desde este enfoque, como advierte el propio Frenk, la disponibilidad por sí sola no implica utilización, porque entre la capacidad de producir servicios y el uso efectivo median fenómenos organizacionales y sociales que pueden habilitar o bloquear el contacto con la atención (Frenk, 2014).

El mismo autor introduce una distinción sobre el alcance del concepto de acceso. En un sentido acotado, el acceso se refiere al tramo que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, y focaliza en los factores que facilitan u obstaculizan la obtención del cuidado durante un episodio (Frenk, 1985, como se citó en Ballesteros, 2014). En un sentido amplio, el acceso incorpora los antecedentes de la búsqueda (percepciones de necesidad, creencias, confianza, información y experiencias previas) y también sus consecuencias (continuidad y resultados) (Frenk, 1985; Travassos y Martins, 2004; Levesque et al., 2013, como se citó en Ballesteros, 2014). Coherente con esta ampliación, los modelos de Aday y Andersen distinguen factores predisponentes (demográficos, estructura social, creencias), capacitantes (recursos individuales y comunitarios para usar servicios) y necesidades (percibidas y evaluadas); además, diferencian acceso potencial (recursos que habilitan el uso) y acceso realizado (utilización), e incorporan las nociones de acceso efectivo y acceso eficiente para vincular uso con cambio en salud (Aday y Andersen, 1974; Andersen, 1995; Levesque et al., 2013, como se citó en Ballesteros, 2014).

En suma, estos marcos ofrecen un lenguaje operativo que permite analizar el acceso más allá de la mera disponibilidad, atendiendo tanto a los determinantes previos como a los procesos y resultados posteriores al contacto inicial.

En contextos federalizados, segmentados y fragmentados como el argentino, la disponibilidad de servicios no se traduce de manera lineal en utilización; median configuraciones organizacionales y territoriales que actúan como barreras durante el proceso de búsqueda y obtención de atención (Frenk, 2014; Ballesteros, 2014). La literatura nacional describe un panorama de heterogeneidad de oferta entre subsectores y jurisdicciones, con desigualdades territoriales que condicionan las trayectorias de atención y generan flujos de pacientes desde áreas periféricas hacia centros de mayor complejidad, como sucede entre el Conurbano bonaerense y la Ciudad de Buenos Aires (Maceira et al., 2006; Lago et al., 2012; Stolkiner et al., 2003, como se citó en Ballesteros, 2014). En este escenario, el lugar de residencia y los arreglos organizacionales locales inciden en la experiencia de acceso a

través de obstáculos como demoras para conseguir turnos y tiempos de espera, ubicación de los servicios y costos, así como por las capacidades diferenciales de las personas y comunidades para sortearlos (Frenk, 2014; Ballesteros, 2014). Desde la perspectiva de nuestra investigación y considerando el marco de acceso (Frenk, 2014) y las barreras organizacionales y territoriales descritas (Ballesteros, 2014), se vuelve necesario orientar las intervenciones hacia la coordinación asistencial entre niveles y mecanismos de referencia y contrarreferencia que optimicen el “ajuste” entre población y recursos en el acceso a prestaciones de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.

En otros términos, vincular acceso y coordinación implica pasar de la definición general a los dispositivos concretos que hacen posible ese ajuste (Frenk, 2014): circuitos de referencia y contrarreferencia con criterios clínicos claros; información estandarizada y completa para decidir; priorización por urgencia y pertinencia; y tiempos y roles definidos para reducir demoras y trámites. En coherencia con la OPS, entendemos el acceso como la capacidad de utilizar servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad cuando se necesitan, y los servicios integrales como un conjunto de acciones apropiadas en términos culturales, étnicos y lingüísticos, con enfoque de género, a lo largo del curso de vida (OPS, 2020). Desde este marco, en esta investigación sostenemos que la coordinación asistencial entre niveles de atención, incluidos los sistemas de referencia y contrarreferencia, es una condición organizativa para que la oportunidad, la adecuación y la calidad del cuidado no dependan del territorio ni del subsector (OPS, 2020; Frenk, 2014; Ballesteros, 2014). En particular, el acceso a prestaciones de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica no puede reducirse a la disponibilidad de camas y equipamiento; requiere capacidad para ordenar flujos entre niveles, priorizar por criterios clínicos, estandarizar información y reducir tiempos de espera y trámites que operan como barreras en el proceso de búsqueda y obtención de atención.

Luego de situar el acceso como la capacidad de utilizar servicios integrales, adecuados y oportunos, resulta necesario precisar el andamiaje institucional que lo condiciona. En este sentido, la organización por niveles de

atención y complejidad ofrece la arquitectura sobre la que se despliegan las trayectorias de cuidado.

En relación con estos conceptos, Vignolo (2011) realiza un aporte significativo que resulta relevante retomar. Según el autor, los niveles de atención constituyen la forma en que el sistema organiza y estratifica sus recursos con el objetivo de responder a las necesidades de salud de la población, en función de los problemas que se busca resolver. Es decir, no se estructuran en torno a los servicios que prestan, sino en relación con las problemáticas que abordan.

La caracterización de los niveles de atención es coincidente en la mayoría de la bibliografía consultada (Van der Stuyft & De Vos, 2008; Ministerio de Salud, Resolución 900-E/2017, 2017). El primer nivel de atención es el más próximo a la población y constituye la puerta de entrada al sistema de salud. En este nivel deberían resolverse aproximadamente el 85 % de los problemas de salud de la comunidad.

El segundo nivel corresponde a instituciones que cuentan con servicios de internación en áreas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y psiquiatría. De acuerdo con Vignolo, entre el primer y el segundo nivel deberían resolverse el 95 % de los problemas de salud.

Por último, el tercer nivel representa el ámbito de mayor complejidad, orientado a la atención de patologías que requieren tecnología avanzada y personal altamente especializado. Este nivel debería concentrar solo el 5 % de los casos (Vignolo, 2011).

La complejidad refiere al volumen de tareas diferenciadas y al grado de desarrollo técnico–organizativo de una unidad asistencial; no es un atributo aislado, sino que está condicionada por el nivel de atención en el que esa unidad opera (Vignolo, 2011). Así, el primer nivel concentra resolución básica y generalista; el segundo integra especialidades con capacidad diagnóstica y terapéutica ampliada; y el tercero reúne subespecialización e infraestructura intensiva. Más que listar servicios, interesa subrayar el principio de correspondencia: cada nivel debe disponer del nivel de complejidad apropiado para los problemas que atiende y derivar lo que excede su capacidad, de

modo de sostener continuidad, oportunidad y uso eficiente de recursos en la red (Terraza Núñez et al., 2006; Vázquez et al., 2009; Vignolo, 2011).

De acuerdo con lo planteado por distintos autores (Van der Stuyft & De Vos, 2008; Terraza Núñez et al., 2006; Vázquez et al., 2009; OPS, 2017), se reconoce ampliamente que, para asegurar la continuidad del cuidado, la eficiencia y el adecuado funcionamiento del sistema, es fundamental garantizar la coordinación entre los distintos niveles. Varios estudios coinciden en señalar que los procesos de referencia y contrarreferencia son herramientas clave para articular los servicios de salud en sistemas organizados por niveles de atención. Según Vignolo et al. (2011), la referencia es el proceso mediante el cual un paciente es derivado desde un nivel de menor complejidad a otro de mayor complejidad, con el objetivo de acceder a servicios especializados o diagnósticos no disponibles en el nivel de origen. La contrarreferencia, por su parte, consiste en el retorno del paciente al nivel de origen, una vez resuelta la consulta especializada, con instrucciones claras para su seguimiento y continuidad del cuidado.

Desde una perspectiva global, los sistemas de referencia y contrarreferencia han sido reconocidos como instrumentos esenciales para la planificación regional de los servicios de salud y la articulación de los niveles de atención. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), así como documentos clave como la Declaración de Montevideo (OPS, 2005) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (OPS, 2007), subrayan la necesidad de fortalecer estos sistemas y optimizar los mecanismos de información, con el fin de garantizar una atención integral y oportuna.

No obstante, tal como advierten Palacios y Maceira (2014), en el contexto argentino estos mecanismos enfrentan dificultades recurrentes vinculadas a la ausencia de protocolos claros, la falta de informatización y los desafíos derivados de la descentralización del sistema.

En este marco, los procesos de referencia y contrarreferencia se consolidan como mecanismos fundamentales para asegurar la continuidad y eficiencia en la atención. No solo permiten organizar adecuadamente el flujo de pacientes entre los distintos niveles del sistema, sino que también

fortalecen el rol de la Atención Primaria de la Salud (APS) como eje articulador de las redes de atención (Rovere, 2006). Sin embargo, la efectividad de estos mecanismos depende de la existencia de protocolos claros y tecnologías que faciliten el intercambio de información (Vignolo et al., 2011; Terraza Núñez et al., 2006; Vázquez et al., 2009).

Los procesos de referencia y contrarreferencia no operan de manera aislada, sino como parte de estrategias deliberadas de coordinación asistencial. Por ello, corresponde delimitar el concepto de coordinación, sus dimensiones y mecanismos, a fin de comprender cómo se armonizan las decisiones clínicas y administrativas a lo largo del continuo asistencial.

La coordinación adquiere sentido pleno cuando se inscribe en dispositivos organizativos capaces de integrar servicios en territorios y subsectores diversos. En este punto, las redes integradas de servicios de salud ofrecen el marco para articular funciones, responsabilidades y estándares de desempeño en poblaciones definidas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en sus resoluciones sobre el acceso y la cobertura universal en salud, destaca la necesidad de fortalecer o transformar los sistemas sanitarios mediante modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades. Estos modelos deben estar fundamentados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y articularse a través de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (OPS, 2010, 2014, 2017). Según esta misma organización, las RISS se definen como “un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2017). A pesar de los avances orientados a reorganizar virtuosamente los servicios de salud, sigue existiendo una necesidad continua de desarrollar metodologías para analizar la capacidad de los cambios implementados para cumplir con los objetivos (Vázquez et al., 2009; Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2006).

Como complemento de estas definiciones, la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008) define los servicios

de salud integrados como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”. Este enfoque pone de relieve la importancia de una articulación fluida entre los niveles de atención, de modo que se garantice una atención continua, coordinada y centrada en la persona a lo largo del tiempo.

Como profundización de lo anterior, Rovere (2006) propone una lógica de construcción de redes que no busca homogeneizar los servicios, sino organizar las heterogeneidades propias del sistema. El autor distingue entre una red de establecimientos y una red de servicios, subrayando que estas últimas desestructuran el modelo piramidal tradicional. Desde esta perspectiva, se promueven flujos de reciprocidad y complementariedad entre instituciones, que pueden desempeñar roles de emisoras o receptoras de pacientes según sus capacidades en diferentes especialidades. Esta lógica de red contribuye a una mayor capacidad resolutive y a la conformación de un sistema más flexible y adaptativo.

Para Palacios y Maceira (2014), el documento de Redes Integradas de Servicios de Salud ofrece una base conceptual robusta para reorientar y fortalecer los sistemas bajo el paradigma de la APS; advierten, sin embargo, que su efectividad depende de reconocer barreras locales y diseñar estrategias adaptadas a cada territorio.

Asimismo, resulta relevante para nuestra investigación retomar la propuesta de Vázquez et al. (2009), quienes plantean la necesidad de un marco conceptual que permita analizar el rendimiento de las redes integradas de atención en salud (IHNs, por sus siglas en inglés). Este marco considera tanto los procesos internos desarrollados por las redes como el contexto en el que operan. Se incluyen resultados intermedios (como la coordinación, la continuidad de la atención y el acceso) y finales (equidad y eficiencia) para evaluar su desempeño. La coordinación se define como la articulación armónica de los diversos servicios requeridos para brindar atención a un paciente a lo largo del continuo asistencial, con el fin de alcanzar un objetivo

común sin conflictos. Mientras que la integración representa el grado más elevado de coordinación, la continuidad se refiere a cómo los pacientes perciben dicha articulación e integración; es decir, constituye el resultado de la coordinación desde la perspectiva del usuario (Vázquez et al., 2009; Henao Martínez et al., 2009).

Como aporte complementario, Terraza Núñez et al. (2006) proponen un análisis de la Coordinación Asistencial (CA) a partir de un enfoque teórico basado en la teoría organizacional. Su aporte incluye definiciones conceptuales y una sistematización de los distintos mecanismos e instrumentos utilizados, así como indicadores para medir las dimensiones de la coordinación. Este enfoque permite analizar las estrategias adoptadas para superar las barreras derivadas de la fragmentación, y brinda herramientas conceptuales y operativas para evaluar su efectividad. Según los autores, el fortalecimiento de la coordinación asistencial constituye una prioridad para los sistemas de salud, especialmente frente al manejo de enfermedades crónicas que demandan la intervención de múltiples servicios y equipos profesionales

Desde esta perspectiva, las redes bien articuladas tienen el potencial de mejorar significativamente el acceso a los servicios, mediante la optimización de recursos disponibles y la conexión eficiente entre los distintos componentes del sistema (Ariovich y Crojethovic, 2020).

En síntesis, el acceso a la alta complejidad se sostiene en la arquitectura por niveles, en la coordinación asistencial entre niveles (operada por mecanismos de referencia y contrarreferencia) y en el trabajo en red; con esta base, abrimos el análisis de la Telesalud y, en particular, la teleconsulta asincrónica como estrategia de articulación entre niveles.

IV.II. La Telesalud como eje de articulación entre niveles de atención: bases institucionales y procesos de gestión e implementación

Bajo el paraguas de la Telesalud, la teleconsulta asincrónica entre profesionales concentra el interés de esta investigación, dado su potencial para ordenar la referencia, priorizar por criterios clínicos y brindar trazabilidad a los intercambios asistenciales (acá poner referencia bibliográfica). En

términos generales, la Telesalud se presenta como una respuesta organizativa sustentada en tecnologías de información y comunicación que promueve cobertura, calidad y continuidad (acá poner alguna referencia), con efectos positivos para reducir barreras de acceso en contextos de segmentación y desigualdades territoriales (CEPAL, 2013). Este enfoque permite releer los desafíos de acceso y coordinación desde herramientas concretas de articulación.

Las búsquedas para contrarrestar la segmentación de los servicios, como el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud, también han dado origen a la Telesalud. De hecho, el desarrollo de las Redes está estrechamente vinculado a la evolución y la incorporación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Este avance comenzó con las telecomunicaciones básicas que dieron origen a la telemedicina, y posteriormente se expandió hacia la telesalud, un concepto más amplio e integral (Bashshur et al., 2011; CEPAL, 2013).

La Telesalud emerge, entonces, como una estrategia innovadora para mejorar la coordinación asistencial y facilitar el acceso a servicios de alta complejidad, buscando avanzar hacia un sistema integrado con mejor cobertura, calidad y continuidad en los cuidados (Cabrera Mendoza, 2023; OPS 2016; Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2018). Sus contribuciones no solo refieren a la posibilidad de disminuir distancias territoriales y brechas de oportunidades, sino que también dan cuenta de beneficios que aportan de cara a los desafíos que atraviesa el sector salud frente a los cambios sociodemográficos (como por ejemplo el aumento de la demanda por el envejecimiento de la población, crecimiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles) (Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2018; CEPAL, 2013; García-Cuyás et al., 2018; OPS 2016; OPS 2017; Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile, 2018). Además, la telesalud permite optimizar los recursos disponibles en los sistemas sanitarios, particularmente en contextos de alta complejidad y demandas crecientes de coordinación entre niveles de atención (Argentina, Ministerio de Salud, 2022; OPS 2017; Terraza Núñez et al., 2006; Vázquez et al., 2009).

Mientras que la telemedicina ha sido definida como la prestación de servicios de atención de la salud por parte de profesionales que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación (OMS, 2009), la telesalud, constituye un conjunto de acciones que utilizan las TIC para la prestación de servicios de salud, la educación sanitaria y la gestión -facilitando la equidad, accesibilidad y calidad de la atención- (OPS, 2016). A diferencia de la telemedicina, que se centra en la interacción asistencial entre el médico y el paciente, la telesalud abarca una gama más amplia de actividades que incluyen desde la prevención hasta la práctica curativa, así como la educación, la investigación y la gestión sanitaria a distancia (Bashshur et al., 2011). En palabras del propio Bashshur, “la telesalud se relaciona con la telemedicina de la misma manera que la salud lo hace con la medicina” (Bashshur et al., 2011), lo que enfatiza su carácter integral y sistémico.

Si bien el desarrollo de la telesalud no ha ocurrido sin barreras, saltos y retrocesos, la pandemia de COVID-19 brindó una oportunidad única para superar algunas de estas barreras, acelerando la adopción de las TIC en el ámbito de la salud. Este impulso ha posibilitado avanzar en modelos de teleasistencia, telegestión y teleeducación, que permitieron, entre otras cosas, la continuidad en la atención de pacientes con patologías crónicas durante un periodo crítico. De acuerdo con la OPS (2022), durante la pandemia de COVID-19, el uso de las TIC en salud se intensificó significativamente, consolidando a la telesalud como un mecanismo esencial para garantizar la continuidad de la atención y la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud.

Como se mencionó, la telesalud comprende, principalmente, actividades de teleasistencia, teleeducación, teleinvestigación y telegestión. Dentro de éstas, la teleconsulta se concibe como una de las modalidades posibles de prestación de servicios de teleasistencia, y puede ser entendida como el proceso de atención que implica la interpretación de información médica y la toma de decisiones, realizado a través de tecnologías de la información y comunicación, y llevado a cabo entre dos o más profesionales de la salud

(Argentina, Ministerio de Salud, 2022). Específicamente, en esta investigación se abordarán las teleconsultas asincrónicas. Es decir, aquellas que se realizan en tiempo diferido, mediante la transferencia de contenidos desde un punto a otro, para su procesamiento, interpretación y/o posterior devolución. Tal como lo señalan Vimalananda et al. (2015), constituyen formas de comunicación asincrónica entre profesionales de la salud, realizadas a través de una historia clínica electrónica compartida o mediante una plataforma web segura. En este proceso, el médico de atención primaria envía una consulta dirigida a un especialista, quien puede responder directamente, solicitar información adicional o bien coordinar una cita presencial.

Las teleconsultas asincrónicas han demostrado ser viables en diversos entornos, con una aplicación flexible que facilita el acceso oportuno al asesoramiento especializado. Ofrecen un canal de comunicación ágil, directo y con registro formal entre profesionales de atención primaria y especialistas. Por lo tanto, posee el potencial de brindar una atención más eficiente a los pacientes, al tiempo que mejora el acceso a la atención especializada y fortalece la coordinación entre los distintos niveles de atención. De este modo, se perfilan como una alternativa innovadora para promover un uso más racional de los servicios de salud. Sin embargo, su implementación efectiva varía considerablemente, ya que depende tanto de la infraestructura tecnológica disponible como de los procesos organizativos definidos en cada institución o servicio (Argentina, Ministerio de Salud, 2022; Vimalananda et al., 2015).

Dado que la teleconsulta asincrónica no es solo una herramienta tecnológica sino un dispositivo organizativo, su adopción implica cambios institucionales. Corresponde entonces examinar cómo estas transformaciones se procesan en reglas, rutinas y sentidos profesionales dentro de los servicios de un hospital de alta complejidad. En este marco, cabe recuperar los aportes de Vergara (2001) quien nos plantea que las instituciones pueden ser comprendidas de manera complementaria como reglas, como rutinas organizacionales y/o como paradigmas cognitivos. Esta perspectiva sobre el accionar de los marcos institucionales, es clave para

comprender por qué una iniciativa diseñada para mejorar la coordinación asistencial puede mostrar, al mismo tiempo, avances visibles y resistencias.

Como punto de partida, la noción de instituciones como reglas permite ubicar la OCD dentro de un marco de políticas que formaliza procedimientos. Esas reglas orientan el comportamiento y estructuran incentivos para la cooperación y el intercambio (Kalmanovitz, 2003). En particular, buscan reducir costos de transacción entre efectores al ofrecer un canal institucional para la gestión de solicitudes de prestaciones de alta complejidad; dichos costos comprenden, entre otros, la información disponible, la medición, la definición de términos del intercambio y el cumplimiento de los acuerdos, tal como sistematiza Tijerina al exponer el enfoque de North (Tijerina, 2008). En los hallazgos empíricos, este plano aparece cuando se valora la formalidad del circuito, el registro de la prestación, el marco legal. No obstante, Vergara (2001) advierte que modificar reglas es condición necesaria pero no suficiente; su efecto se procesa a través de rutinas preexistentes. Por eso, la incorporación de la teleconsulta asincrónica no sustituye de inmediato las vías previas (informales por conocimiento personal o por vías informales de acceso: telefónicas, WhatsApp), sino que convive con ellas y las reordena gradualmente.

Es precisamente en ese terreno intermedio donde la perspectiva de instituciones como rutinas organizacionales ofrece el lente principal para este estudio. Siguiendo a Vergara (2001), los cambios en las reglas activan procesos de adaptación de rutinas más que sustituciones inmediatas. En nuestro caso, la implementación de la OCD genera adaptaciones concretas en la organización del trabajo con la integración de la teleconsulta asincrónica a los procesos habituales. A la vez que emergen tensiones previsibles en toda transformación institucional: tiempos y espacios para la tarea de atender las teleconsultas asincrónicas, integración de esta nueva modalidad a la carga asistencial habitual, variaciones en la calidad de la información enviada y persistencia de arreglos informales. Este patrón adaptativo, disparado por transformaciones en el entorno organizacional, es el mecanismo por el cual una innovación se institucionaliza en la práctica (Vergara, 2001). Además, estas trayectorias están atravesadas por racionalidad e información limitadas

y por dinámicas de “dependencia de la senda” que tienden a anclar prácticas a arreglos heredados, rasgos que Tijerina enfatiza en su exposición del neoinstitucionalismo de North (Tijerina, 2008).

En suma, la lectura de las instituciones como conjunto de reglas, rutinas y marcos cognitivos (Vergara, 2001), permite situar a la OCD como un cambio normativo cuyo impacto se juega en la adaptación de las prácticas y los roles, con sentidos profesionales que pueden facilitar o demorar ese proceso. Este enfoque dialoga con la idea propuesta por Tijerina (2008) de una matriz institucional compuesta por normas formales y culturales que estructuran incentivos y costos de transacción, en la que se diferencia entre instituciones y organizaciones (actores colectivos que operan dentro de esas reglas

Parece oportuno en este punto mencionar que las innovaciones organizativas pueden mostrar diferentes desempeños no sólo según las características de los servicios en los que se implementan y de los contextos institucionales que los albergan, sino también en función de las particularidades que revisten los procesos de gestión involucrados. Son estos procesos los que permiten articular recursos (humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos) entre múltiples agentes públicos y privados para ofrecer bienes y servicios que atienden necesidades concretas, tanto colectivas como individuales (Chiara y Di Virgilio, 2009). Vista así, la OCD muestra una capacidad para articular tecnologías, documentación e información clínica y trabajo clínico y administrativo a fin de ordenar la referencia hacia servicios de alta complejidad. Paralelamente, entendemos a la gestión como lugar donde se construye la demanda: las necesidades y prioridades no aparecen solas, se definen en la interacción entre el aparato estatal y la sociedad (Coulomb, 1993). Desde esta segunda entrada, las teleconsultas asincrónicas no sólo canalizan pedidos, también reordenan cómo los equipos especializados definen los problemas, jerarquizan urgencias y acuerdan criterios de pertinencia, lo cual es recuperado en la mirada de los profesionales a partir de las entrevistas realizadas.

Finalmente, cabe destacar que durante mucho tiempo la implementación se consideró una mera aplicación del diseño de una política, programa o

dispositivo, y que los problemas suscitados en el devenir de este tipo de intervenciones estatales se atribuían a desajustes con el plan o a fallas de formulación. El giro analítico que revaloriza la implementación como momento clave, desplaza el foco desde el “diseño decisivo” hacia los procesos políticos que transforman intenciones en resultados, atravesados por arreglos entre actores y por condiciones institucionales específicas. Por eso las dificultades responden con frecuencia a la complejidad que tienen las rutinas, actividades e interacciones cotidianas involucradas en los procesos de implementación (Aguilar Villanueva, 1996; Cortázar Velaverde, 2007). Desde este encuadre, la eficacia de una política, o de una intervención, depende tanto del diseño como de los cambios que se introduzcan en el proceso mismo de su implementación por parte de la organización que deba ponerla en marcha, y de cómo ésta procesa objetivos e intereses de múltiples actores y de entornos institucionales complejos. En este plano cobran especial relevancia las burocracias de primera línea, integradas por operadores que interactúan directamente con la población en la prestación de servicios (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo asistencial, etc.). Son las decisiones y acciones cotidianas de estos actores, las que imprimen discrecionalidad e inciden en el desenlace de la política (Ariovich, 2024).

Desde esta perspectiva, los equipos especializados entrevistados (jefes de servicio, profesionales de planta y referentes administrativos) son actores clave porque definen, en el día a día, cómo se traduce la teleconsulta en prácticas: qué información consideran suficiente, cómo priorizan, cómo resuelven y devuelven respuestas y con qué grados de coordinación lo realizan. Nos interesa caracterizarlos por lo que hacen y deciden: sus tareas formales y arreglos informales, el ámbito donde actúan (dentro del hospital y en red), los objetivos que se proponen, los recursos reales con los que cuentan y el margen que tienen para usarlos. Con esa lente, y siguiendo a Chiara y Di Virgilio (2009), leemos las dificultades que aparecen en la implementación del dispositivo de teleconsultas como resultado de tensiones y acuerdos que surgen de interacciones concretas entre diferentes actores, más que como fallas individuales o de ejecución).

IV.III Conclusiones

Este capítulo fijó las claves conceptuales para analizar e interpretar la experiencia de un dispositivo de teleconsultas asincrónicas en un hospital de alta complejidad: i. el acceso como capacidad de uso oportuno y adecuado de los servicios asistenciales; ii. la arquitectura por niveles y los mecanismos de referencia y contrarreferencia como ordenadores de flujos; iii. la coordinación y el trabajo en red como condiciones para la continuidad del cuidado, sobre todo en prestaciones de alta complejidad; y iv. la complejidad de los entornos institucionales y de las interacciones entre los actores en los procesos de implementación. Este andamiaje desplaza el foco de la mera disponibilidad de servicios hacia los procesos organizacionales que habilitan o bloquean el contacto efectivo con la atención, e introduce el encuadre para situar a la Telesalud (en particular, la teleconsulta asincrónica) como dispositivo de articulación asistencial entre niveles orientado a mejorar el acceso a la alta complejidad e integrar el sistema

En coherencia con el rumbo analítico trazado, los capítulos VI, VII y VIII analizarán la implementación del dispositivo institucional de teleconsultas asincrónicas de la OCD del Hospital Posadas, y examinarán sus rasgos como modalidad de atención, así como las condiciones que potencian o limitan su aporte al acceso oportuno a prestaciones de alta complejidad. La indagación empírica recuperará la perspectiva de los equipos de salud para seguir los circuitos de gestión que demanda la práctica, comprender cómo se configuran las referencias (sus criterios, valoraciones, tamizajes y prioridades) y reconocer los modos en que el dispositivo aporta al trabajo en red y a los procesos de coordinación asistencial al interior del subsistema público.

CAPÍTULO V: CIRCUITOS DE GESTIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE TELECONSULTAS: IMPLICANCIAS Y DESAFÍOS PARA EL ACCESO A PRESTACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD

Este primer capítulo de resultados presenta cómo funciona, en la práctica, el dispositivo institucional de teleconsultas asincrónicas mediado por la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) dentro del hospital. Reconstruye el recorrido que va desde el ingreso de la solicitud hasta la respuesta y detalla las condiciones que lo hacen posible en la cotidianeidad: quiénes participan y cómo se coordinan en cada etapa (equipo de la OCD, servicios clínicos y áreas administrativas), qué canales se utilizan para el intercambio (plataforma de consultas de OCD y correo institucional), cómo se gestionan los tiempos de tramitación a lo largo del circuito (desde la recepción y el triage hasta la devolución) y de qué modo se registran las acciones para asegurar trazabilidad y cierre.

A partir de entrevistas con jefaturas, profesionales de planta y referentes administrativos, se muestra cómo la lectura inicial de los casos ordena y prioriza las solicitudes y cómo, desde allí, se prepara la consulta presencial y se orienta el recorrido intrahospitalario. En conjunto, el capítulo ofrece una lectura operativa y situada: cómo se organiza el circuito, qué habilita en la práctica cotidiana y qué definiciones institucionales requiere para sostener y escalar sus aportes.

V.I Dinámica operativa en los servicios: circuitos, actores responsables y trazabilidad de los registros

El circuito de teleconsultas asincrónicas mediado por la OCD se implementa con variaciones y ajustes propios de cada servicio, en un escenario donde persisten resistencias y faltan encuadres institucionales claros (tiempo protegido, roles, normativa), lo que impacta en la dinámica de la modalidad.

En la mayoría de los casos, las solicitudes ingresan por el correo institucional de cada servicio. A partir de ese ingreso, la comunicación entre la OCD y el servicio se despliega por distintas vías según la complejidad del

caso o la necesidad de precisar información; conviven el correo, el teléfono, los mensajes por WhatsApp y los contactos presenciales.

“En general es por correo electrónico, pero tenemos todo, las líneas telefónicas, los WhatsApp (...) O presencial vamos a la OCD y hablamos” (E N° 13, Jefa de servicio clínico).

Del análisis de las entrevistas surge que los tiempos de tramitación son heterogéneos entre servicios. En los espacios donde la teleconsulta asincrónica está incorporada a las rutinas (con revisión sistemática de correos y circuitos claros) la interacción con la OCD fluye y la respuesta se acelera; en cambio, cuando el uso es esporádico o las responsabilidades no están definidas, el intercambio se demora y el personal de la OCD debe insistir para sostener el avance de la solicitud. Esta variación depende menos del diseño del circuito que del grado de organización interna de cada equipo. Pese a las diferencias entre servicios, la resolución clínica se organiza por subespecialidades. En los servicios grandes, la respuesta la emite el especialista del área afín al motivo de consulta.

“Yo soy referente de cardiología fetal, entonces cada vez que hay un pedido de evaluación de una gestante me llegan a mí (...) pueden llegar otros pedidos y yo hago la derivación a la gente de (...) arritmias u otras subáreas” (E N° 15, Jefa de servicio clínico).

“No hay uno para todo, sino que como está dividido por secciones, cada uno da la respuesta de su área” (E N° 7, Médico de planta, servicio quirúrgico).

La recepción y el manejo inicial de las solicitudes varían entre servicios. En ausencia de una norma común, se activan márgenes de discrecionalidad de la primera línea (Ariovich, 2023): los propios equipos definen (por usos y costumbres o bien, voluntades) quién abre el correo, quién realiza la primera lectura clínica y cómo se distribuyen los casos. Esto es implementación en acción: decisiones cotidianas que traducen lineamientos en prácticas, condicionadas por un régimen de implementación con dimensiones funcionales, materiales y políticas (Chiara & Di Virgilio, 2009) y por un

entramado de reglas y vínculos (formales e informales) que se reconfigura al implementar (Danani & Chiara, 2000; Chiara & Di Virgilio, 2009).

“...la que se ocupa mucho de eso soy yo (...) la que abre siempre el mail soy yo. Lo que me fijo es si es una consulta que puedo responder yo; la respondo en el momento, y si es de otra patología, se las doy a mis compañeros. La filtro” (E N° 11, Médica de planta, servicio clínico).

“La puede responder cualquier persona, sí, cualquier persona que reciba esa derivación de OCD.” (E N° 1, Médica de planta, servicio quirúrgico).

En ese marco, definir un responsable y contar con apoyo administrativo visible aparecen como variables críticas para dar ritmo y previsibilidad al circuito, lo cual es coherente con la necesidad de definir responsables y registros operativos en los circuitos de teleconsulta (Argentina, Ministerio de Salud, 2022). La experiencia de pandemia muestra que, cuando el rol de coordinación estuvo explícito, las respuestas se aceleraron; con el retorno a la presencialidad y la pérdida de ese rol dedicado, el proceso perdió dinamismo. Además, cuando existe personal administrativo que ordena agendas, gestiona turnos y sostiene la comunicación (teléfono, correos, documentación), disminuye el riesgo de extravíos y retrasos y se estabiliza el flujo entre la OCD y los servicios. Desde una clave organizacional, formalizar un responsable con funciones y tiempos definidos convierte la “regla” en rutina operativa y reduce la ambigüedad en la ejecución (Vergara, 2001). Convergente con este diagnóstico, las Buenas Prácticas para la Teleconsulta recomiendan explicitar roles, protocolos y registros para asegurar trazabilidad y calidad (Argentina, Ministerio de Salud, 2022).

“Es bueno dejar asignado a alguien (...) en pandemia teníamos a alguien que manejaba la atención telefónica y coordinaba, y es cierto que no se diluían tanto las responsabilidades” (E N° 3, Jefe de servicio clínico).

“Hay que tener un administrativo que pueda coordinar esto (...) manejar todo el tema de turnos o la agenda de teleconsulta” (E N° 3, Jefe de servicio clínico).

A su vez, la ausencia de un responsable dedicado enlentece la respuesta, en línea con los riesgos de dilución de responsabilidades cuando los roles no están formalizados (Vergara, 2001).

“El único inconveniente, y por ahí le quita un poco más de prontitud (...) que quizás no hay asignada una persona que esté pendiente de las derivaciones.” (E N° 5, Jefe de servicio quirúrgico).

En el balance, los equipos valoran el circuito como eficiente en lo operativo: el intercambio es ágil, la OCD ayuda a recuperar información faltante cuando es necesario y recuerda solicitudes pendientes por múltiples vías, lo que sostiene la continuidad del trámite y evita demoras innecesarias.

“Nunca hemos tenido ningún problema (...) es eficiente el circuito” (E N° 10, Jefa de servicio clínico).

Los modos de resolución que se activan a partir de este circuito son diversos y dependen del problema y de la calidad de la información disponible.

Ante la necesidad de estudios o decisiones de alta complejidad, o frente a solicitudes imprecisas, la respuesta predominante es la citación presencial.

Si el caso puede resolverse en el efector de origen, se formulan recomendaciones diagnósticas o terapéuticas para que el equipo de origen las implemente localmente, evitando el traslado del paciente.

En situaciones que requieren mayor especificidad clínica, se habilita un intercambio directo entre profesionales (llamada médico a médico o videoconferencia), que puede canalizarse por la OCD dentro del circuito formal o iniciarse por vías informales y luego formalizarse.

Estos modos de resolución no son excepciones sino expresiones típicas de la teleconsulta asincrónica entre profesionales descritas en la literatura: el especialista produce recomendaciones accionables, puede solicitar información adicional para completar la evaluación y, cuando corresponde, convoca a una valoración presencial como parte de un proceso escalonado de atención (Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2019).

“Por lo general la respuesta, y sobre todo cuando no se entiende la pregunta, es que asignamos un turno... para que vengan con el médico tratante” (E N° 10, Jefa de servicio clínico).

“...la respuesta más habitual suele ser (...) decirles qué estudios de diagnóstico hacer, o seguir tal tratamiento o de seguimiento.” (E N° 9, Jefa de servicio clínico).

“Casi siempre pedimos la consulta telefónica de médico a médico, porque ahí terminamos de definir al paciente” (E N° 2, Jefe de servicio).

Los informantes clave describen un escenario sin tiempo asistencial protegido ni normativa específica para la implementación de la teleconsulta asincrónica en los servicios. En ausencia de un marco institucional, el dispositivo se apoya en arreglos locales y en iniciativas individuales; por eso las diferencias entre servicios responden sobre todo a su organización interna (presencia de referentes, rutinas de revisión del correo y apoyo administrativo) y no a lineamientos comunes ni a tiempos asignados. Esta variabilidad es propia de la implementación: en el tramo operativo, las burocracias de primera línea toman decisiones cotidianas con márgenes de discrecionalidad que traducen el dispositivo en prácticas concretas según recursos, culturas de servicio y patrones locales de gestión (Ariovich, 2023; Chiara y Di Virgilio, 2009).

Para expandir la modalidad, resultan necesarias dos definiciones a la vez: lineamientos claros de funcionamiento y tiempo asistencial reconocido en agenda para revisar y analizar las solicitudes.

“Se puede seguir creciendo... en la medida en la que uno lo pueda reglamentar y no sea el tiempo que te sobre para contestar” (E N° 11, Médica de planta, servicio clínico).

“Lo más complicado es no tenerlo en una normativa, un horario, un tiempo (...) Quizás tiene que haber un espacio dado desde la institución. Porque así me parece que también es mejor recepcionado desde este lado.” (E N° 11, Médica de planta, servicio clínico).

“Para que vos puedas crecer, el hospital tiene que tener una política que apoye estas teleconsultas, estas consultas a distancia.” (E N° 16, médico de planta, servicio quirúrgico).

Los relatos de los entrevistados ponen de relieve que la implementación avanza y coexiste con resistencias iniciales y con cambios culturales en los equipos. Las resistencias tienden a ceder cuando los beneficios se vuelven visibles y cuando la teleconsulta se incorpora a las rutinas de trabajo. Este proceso de adopción gradual, con aprendizajes que sedimentan en nuevas rutinas, es consistente con la perspectiva neoinstitucional de cambio orientado por reglas que se estabiliza en prácticas (Vergara, 2001).

La carga asistencial y la familiaridad tecnológica modulan esa adopción: en contextos de alta presión de demanda, la teleconsulta puede percibirse como tarea adicional; en equipos con mayor dominio de TIC, su uso resulta más natural. En este escenario, la capacitación aparece como requisito para ordenar prácticas y reducir reparos, particularmente en quienes no se formaron con estas herramientas. También se observan variaciones entre áreas y perfiles profesionales: hay servicios más receptivos que otros y, dentro de cada servicio, posturas diversas según trayectorias y responsabilidades. A esto se suma un sesgo generacional señalado por los equipos: las cohortes más jóvenes, familiarizadas con TIC en su trabajo cotidiano, adoptan la teleconsulta con mayor naturalidad, mientras que en cohortes mayores suele requerir más acompañamiento. En conjunto, la valoración compartida es que la teleconsulta asincrónica simplifica el trabajo cuando se usa bien, y su aceptación mejora cuando se alinea con procesos claros y con el soporte organizativo ya señalado, en particular tiempo dedicado y lineamientos institucionales.

“Los médicos tenemos que abrir nuestra cabeza a esta modalidad porque es la que se vino en un contexto de contingencia pero (...) se quedó para seguir...” (E N° 10, Jefa de servicio clínico).

“Depende muchas veces de la edad (...) las generaciones jóvenes lo van a aceptar porque están todo el día relacionadas con (...) medios

electrónicos y tenés que instruir a las generaciones más grandes” (E N° 16, médico de planta, servicio quirúrgico).

“Entre mis colegas es bien aceptada porque somos un grupo de médicos jóvenes que tenemos incorporada la tecnología” (E N° 9, Jefa de servicio clínico).

Los aprendizajes de la pandemia aparecen como un catalizador de la apropiación de la teleconsulta asincrónica de teleconsulta: se generalizaron el teléfono, el correo y las videollamadas, y se fortaleció el papel de la OCD para gestionar turnos, seguimiento y comunicación con colegas del interior. Ese impulso permitió conocer la herramienta y sostener su uso en la pospandemia, aunque con apropiaciones desiguales entre servicios. La aceleración de estos aprendizajes durante la pandemia y su persistencia posterior han sido documentadas como impulsores de la telesalud en la región (OPS, 2022).

“Se está utilizando mucho más (...) pre-pandemia todo era presencial; ahora lo tenemos incorporado” (E N° 14, Jefa de servicio clínico).

“Esto sirvió para darle impulso al método (...) y ahora se sigue implementando” (E N° 5, Jefe de servicio quirúrgico).

Desde una perspectiva vinculada a las prácticas cotidianas, algunos profesionales señalan un beneficio indirecto en la experiencia del paciente: la posibilidad de comunicarse a distancia, mostrar estudios y recibir indicaciones sin acudir de inmediato reduce la ansiedad y evita urgencias innecesarias en la puerta del servicio.

“Bajamos la ansiedad; el paciente está tranquilo (...) no tiene que venir urgente a golpear la puerta; utiliza otras vías para mostrar estudios (...) esto es teleasistencia” (E N° 13, Jefa de servicio clínico).

Con ese trasfondo, ciertas jefaturas proyectan un uso mayor de la modalidad, asociado al crecimiento del servicio y a su consolidación como centro de referencia.

“Que se haga por esta vía y que se conteste por esta vía sería fantástico (...) que lo hagamos por estas consultas asincrónicas” (E N° 17, Jefa de servicio clínico).

La teleconsulta asincrónica se instaló como circuito operativo apoyado en la articulación con la OCD y en la respuesta por subespecialidades. No hay tiempo asistencial protegido ni normativa específica; su crecimiento requiere lineamientos claros y tiempo en agenda reconocido como trabajo clínico. Mientras tanto, el trabajo se sostiene en los arreglos propios de cada servicio y las diferencias entre estos obedecen a su organización interna. La adopción sigue siendo heterogénea; para consolidar la teleconsulta asincrónica se necesitan un marco de funcionamiento y tiempo asistencial con igual prioridad.

V.II Uso estratégico de la información para la toma de decisiones: selección de criterios, valoraciones y planificación de la respuesta

La instancia de evaluación que media entre la solicitud y la respuesta organiza el curso de acción: clarifica el motivo del pedido, ordena la información disponible y define si corresponde asesoramiento al equipo tratante, citación presencial o articulación entre profesionales. En esta lectura intervienen criterios clínicos y valoraciones situadas de los equipos (trayectorias compartidas, confianza en el remitente, calidad del resumen y de los adjuntos), que permiten priorizar urgencias, anticipar estudios y convocar subespecialidades cuando hace falta. El resultado es un encuentro más focalizado y previsible, con menos traslados innecesarios y un recorrido interno mejor orientado.

Este tipo de preparación previa funciona como un mecanismo de coordinación clínica que mejora la “continuidad” del proceso asistencial al articular intervenciones entre momentos y niveles de atención (Vázquez et al., 2009; OMS, 2008). Esta anticipación vuelve más previsible el turno y optimiza el encuentro presencial, concentrando el tiempo clínico en la toma de decisiones y no en reconstruir información, con impacto directo en la organización cotidiana de los equipos. En términos organizativos, responde al mecanismo de referencia: ordenar qué problemas escalan de nivel, en qué momento y con qué información, siguiendo criterios clínicos (Vignolo, 2011; Terraza Núñez et al., 2006).

“...es parte de la calidad del servicio que vas a dar, si estás esperando un paciente que sabés por qué viene (...) tenés idea de qué se trata,

viste algún estudio. O decir, bueno, necesitás que esté tal colega, entonces vení tal día (...) terminás atendiendo mejor, optimizando los tiempos.” (E N° 18, profesional de planta).

“nosotros evaluando le decimos falta tal y tal cosa, el paciente se lo hace y posteriormente lo puede traer (...) eso es muy beneficioso.” (E N° 3, jefe de servicio clínico).

“...una cosa es que vengan con un resumen, o que yo mismo haya escrito el resumen, que leí del que me mandan. Y otra cosa es cuando vienen y no saben ni por qué vienen. Es un ovillo que tenés que desenroscar. (...) muchas veces no sé por qué vienen. Un paciente no siempre sabe por qué lo mandan...” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

Respecto del recorrido interno del paciente en el hospital, la teleconsulta asincrónica mediada por la OCD facilita los trámites y orienta la circulación dentro de una institución compleja, ya que la instancia previa deja definido el itinerario del paciente: fecha y hora del turno, sector (piso y consultorio), servicio o profesional, e indicaciones para estudios y documentación. En términos de acceso, estas acciones operan sobre atributos del servicio (claridad, oportunidad, comprensibilidad) que facilitan el uso, más allá de la mera “disponibilidad” (Frenk, 2014).

Ese encuadre simplifica el circuito dentro del hospital, reduce confusiones y evita derivaciones o traslados innecesarios, sobre todo en instituciones grandes. Como señala Frenk (2014), la disponibilidad por sí sola no implica utilización; entre la capacidad de producir servicios y el uso efectivo median fenómenos organizacionales y sociales que pueden habilitar o bloquear el contacto con la atención.

Además, permite concentrar prestaciones en una sola visita cuando es posible y evita desplazamientos previos solo para gestionar turnos. En algunos circuitos (por ejemplo, resonancias con anestesia o esquemas de evaluación por áreas) esta coordinación ya opera de manera sistemática, lo que reduce la cantidad de veces que el paciente debe concurrir, ahorrando tiempos, especialmente para quienes viajan desde lejos. Esta concentración

de prestaciones y pasos administrativos incide sobre barreras organizacionales, espaciales y temporales del acceso, mejorando el “ajuste” entre necesidades y recursos (Frenk, 2014) y contribuye a una atención oportuna, de calidad e integral (OPS, 2020).

“Muchas veces también el tema de venir tiene que ver con la solicitud de exámenes complementarios que ellos no tienen y que también la oficina (OCD) se encarga de coordinar. Vengan que hacemos como una especie de hospital de día de Neurología donde se les resuelve si necesitan un electroencefalograma, una neuroimagen y terminamos resolviéndolo así.” (E N° 10, jefa de servicio clínico).

“...todo eso también se encarga la oficina de OCD (...) el paciente viene ese día, se realiza ya el electro, la interconsulta con el anestesista y viene al servicio con el prequirúrgico. De hecho, todo eso en el día. Digo, para evitar que el paciente que viene de muy lejos tenga que venir siete veces.” (E N° 4, referente administrativa).

“...antes se tenían que acercar a sacar el turno, volver. Me parece que agiliza, evita malos entendidos, o que te mandaron a un consultorio que no es. A veces (...) son pacientes de bajos recursos o que tienen problemas, que no entienden qué es lo que tienen, qué es lo que tienen que hacer, de bajo nivel intelectual, entonces es como que ya vienen más orientados y vos ya sabés quién es o viene con la hojita [respuesta de OCD impresa].” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

La gestión a distancia y la resolución anticipada de estudios en el centro de origen acortan los tiempos de espera y disminuyen traslados innecesarios: se reordenan pasos antes del turno y se evitan idas y vueltas cuando la indicación se redefine en el intercambio previo. La reducción de desplazamientos y tiempos de espera es consistente con la evidencia regional sobre telesalud como herramienta para disminuir barreras territoriales en contextos segmentados (CEPAL, 2013; OPS, 2016).

En esa misma dirección, en varios casos el intercambio previo permite evitar estudios y traslados innecesarios cuando se reorienta la indicación o se descarta lo solicitado por no corresponder. La literatura sobre teleconsultas

entre profesionales señala que los intercambios asincrónicos aceleran el consejo especializado y evitan derivaciones presenciales innecesarias, contribuyendo a reducir tiempos de resolución (Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2019).

Este efecto se percibe con mayor fuerza en relación a la atención de pacientes que viven lejos o dependen de acompañantes, pero también mejora la eficiencia del encuentro para el conjunto de los casos.

“...me parece que agiliza los tiempos (...) si vive lejos en todo lo que es el traslado (...) también que el familiar deje de trabajar por acompañar, (...) es una manera que súper rápido se puede resolver (...) le podemos decir, mirá, primero que se haga este estudio (...) entonces (...) ya viene todo estudiado, acá se resuelve todo mucho más rápido y también no tiene que ir y venir...” (E N° 18, médica de planta, servicio quirúrgico).

“Le da una respuesta más rápida ya sea a hospitales regionales, en sí al paciente. Se le da una respuesta rápida, se evita mucho el tema de los turnos, el tema de estudiar al paciente.” (E N° 7, médico de planta, servicio quirúrgico).

“...muchas veces se evitan estudios innecesarios, se evitan traslados innecesarios a veces desde hospitales que están bastante lejos...” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

Estos aportes conviven con cuellos de botella propios de algunos servicios o algunas prestaciones. Una vez aprobado el turno, el caso ingresa en los mismos circuitos y capacidades operativas que el resto de la demanda. En esas prestaciones, la teleconsulta permite el acceso y otorga el turno, pero no modifica los tiempos de espera.

“Casi siempre tienen la misma modalidad que el paciente del hospital. En tiempos y en funcionamiento es prácticamente el mismo.” (E N° 4, referente administrativa).

En cuanto a la asistencia a los turnos, la percepción extendida es que los turnos gestionados por la OCD presentan menor ausentismo y, cuando hay inasistencias, suelen ser avisadas. A la vez, se reconoce la falta de

registros desagregados por canal que permitan comparar con precisión; por lo tanto, se trata de una evidencia asentada en la experiencia clínica y de gestión de los equipos.

“Cuando se da un turno vienen siempre (...) y si no te avisan que no pudieron venir por tal motivo.” (E N° 10, jefa de servicio clínico).

“La verdad que no lo tengo registrado.” (E N° 17, jefa de servicio clínico).

En materia de registro, trazabilidad y estadísticas, la teleconsulta asincrónica produce tres efectos convergentes. Primero, disminuye el subregistro al incorporar de forma sistemática solicitudes y asistencias, ofreciendo una imagen más fiel de la actividad real. Segundo, visibiliza el uso de recursos frente a la conducción institucional (estudios realizados, volumen atendido) que antes quedaba difuso. Tercero, formaliza el intercambio interprofesional: identifica quién solicita, desde dónde y para qué paciente, reemplazando prácticas informales por trayectos con respaldo documental. Este pasaje de canales informales a un circuito institucionalizado mejora la calidad de la información compartida y fortalece la coordinación entre niveles, en línea con la recomendación de consolidar RISS y optimizar los mecanismos de información (OPS, 2017) y con la necesidad de protocolos y sistemas de información como instrumentos de coordinación (Terraza Núñez et al., 2006).

La estandarización de resúmenes y el registro digital favorecen la trazabilidad y la calidad del proceso, en línea con las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Digital y de las Buenas Prácticas para la Teleconsulta (Argentina, Ministerio de Salud, 2022; Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud, 2018).

“...en parte para tener una buena estadística es importante (...) Ayuda a formalizar y a nuestro registro (...) También es porque no nos dan los números, sino que estamos haciendo un montón de estudios que no quedan registrados.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...Tengo noción de con quién estoy hablando, de dónde. (...) era todo muy anárquico. Pasaban tu teléfono (...) Estabas en historias clínicas

que no sabías ni cómo llegabas ahí. ‘Hablé con la doctora (...) del Hospital Posadas’ y vos no sabías ni cuándo ni con quién ni si era verdad.” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

Finalmente, aparece el potencial de información que concentra la OCD: los datos sobre volumen, procedencia y especialidad podrían convertirse en indicadores para identificar demanda no cubierta y orientar la planificación sanitaria a nivel hospitalario y jurisdiccional. Esta lectura abre una línea de trabajo para aprovechar la trazabilidad generada por la modalidad. Este potencial uso secundario de la información es consistente con marcos de desempeño de redes que incorporan indicadores para la toma de decisiones y la mejora continua (Vázquez et al., 2009)

“Me parece que es un gran indicador también, porque justamente te referencia qué zonas tienen falencias y en qué tienen las falencias. Porque te está indicando y hasta en qué franjas etarias están las falencias. Un montón de información (...) un montón de indicadores que tomados en cuenta y abordados para una solución futura y puede llegar a ser una maravilla.” (E N° 6, referente administrativa).

La evaluación asincrónica ordena y mejora la consulta presencial, se asocia a mayor presentismo, acorta tiempos de espera y simplifica trayectorias dentro del hospital. Este conjunto de efectos se corresponde con los “resultados intermedios” de las redes: coordinación, continuidad y acceso (Vázquez et al., 2009). Además, aumenta la trazabilidad de la producción asistencial y abre un campo para desarrollar indicadores de gestión. Estos efectos coexisten con cuellos de botella propios de algunos servicios, lo que sugiere que el mayor valor de la teleconsulta asincrónica se concentra en la preparación del caso y en la organización del recorrido.

En la figura (Figura I) que se presenta a continuación se sintetiza el circuito institucional mediado por la OCD, desde el ingreso de la solicitud hasta la respuesta por subespecialidad, destacando roles, tiempos y registros que aseguran trazabilidad. La lectura del gráfico permite seguir el recorrido en momentos sucesivos: ingreso por plataformas, triage de la OCD (verificación clínica y administrativa y, cuando corresponde, pedido de información

adicional), definición del servicio de destino y articulación, análisis por el servicio y salidas estandarizadas que cierran el circuito (sugerencias por escrito, teleconsulta entre profesionales, asignación de turno para valoración presencial o estudios diagnósticos). Sobre ese recorrido formal se superponen los desvíos informales y discrecionales, representados con línea punteada y color diferenciado, con sus puntos de entrada y retorno al circuito (contacto directo de pacientes por redes o llamadas, correos a servicios por fuera de la OCD, intercambios médico a médico iniciados por vías no formales, referencias directas al hospital). Estos atajos acortan pasos, pero introducen variabilidad en los tiempos y riesgo de pérdida de registro; el contraste muestra la función organizativa de la teleconsulta asincrónica mediada por la OCD (estandarización, priorización y previsibilidad) frente a vías paralelas que tensan el escalonamiento y debilitan la coordinación y la construcción de información útil para la gestión.

V.III Conclusiones

El circuito institucional mediado por la OCD se consolidó como una práctica de trabajo que organiza el paso de la solicitud a la respuesta por subespecialidad: asigna responsabilidades, estandariza registros y aporta trazabilidad. La instancia de evaluación que media entre ambos momentos ordena la información, permite priorizar y prepara mejor la consulta (estudios, interconsultas, documentación), reduciendo traslados innecesarios y orientando con mayor claridad el recorrido dentro del hospital.

Su alcance, no obstante, queda condicionado por la ausencia de normas específicas y de tiempo asistencial protegido, lo que mantiene arreglos dispares entre servicios. En ese marco, la formalización del intercambio disminuye subregistros y hace visibles los usos y las demandas, aunque no resuelve por sí misma los cuellos de botella de oferta ni sustituye el examen directo cuando es requerido.

El contraste entre el circuito formal y los desvíos informales y discrecionales evidencia una tensión persistente: mientras la vía mediada por la OCD ordena, prioriza y asegura trazabilidad, los atajos paralelos introducen variabilidad en los tiempos y riesgo de pérdida de registro (según prácticas locales y disponibilidad de equipos). La calidad del resumen clínico y de los adjuntos condiciona la resolutivez a distancia y aumenta la probabilidad de cierre local cuando la información es suficiente.

En síntesis, el mayor valor del dispositivo se expresa en la preparación de casos y en la organización del trayecto asistencial; su expansión dentro de la práctica cotidiana requiere definiciones institucionales que jerarquicen la teleconsulta asincrónica en la agenda asistencial (marco de funcionamiento y tiempo asistencial reconocido como trabajo clínico).

CAPÍTULO VI: ARQUITECTURA DE LA REFERENCIA: QUÉ HABILITA Y QUÉ CONDICIONA LA VÍA ASINCRÓNICA DE LA OCD

Este capítulo reconstruye y caracteriza los procesos de referencia de pacientes que se tramitan a través de la OCD, considerando qué criterios y valoraciones organizan, tamizan y priorizan las solicitudes hacia las distintas subespecialidades desde la perspectiva de los equipos entrevistados.

El capítulo describe cómo se tramitan las solicitudes de referencia por la vía institucional de la teleconsulta asincrónica dentro del hospital, desde que ingresan hasta que se define la respuesta (asesoramiento a distancia, pedido de precisiones o indicación de evaluación presencial). Expone qué componentes del circuito intervienen (formulario, adjuntos, roles de la OCD, servicios y áreas administrativas), cómo se aplican los criterios clínicos (urgencia, patología y necesidad de presencialidad) y qué funciones operativas sostienen el trámite (registro, trazabilidad y seguimiento). A la vez, aborda los condicionantes materiales del uso (conectividad, equipamiento y soporte informático) y muestra cómo esas condiciones inciden en el ritmo del intercambio y en la previsibilidad del circuito.

Se busca ofrecer una lectura concreta de cómo se organiza la referencia en la práctica cotidiana, qué exige de los equipos y qué requerimientos materiales e informáticos demanda su funcionamiento dentro del hospital.

VI.I La calidad de la información clínica y los vínculos de confianza en los procesos de referencia: percepciones y experiencias de los equipos intervinientes

La calidad de la información clínica que acompaña las solicitudes ocupa un lugar central para los equipos entrevistados en el proceso de referencia. De ella depende la comprensión inicial del caso, la posibilidad de planificar la respuesta y los tiempos del trámite (pedido de precisiones, priorización e indicación de evaluación presencial cuando corresponde).

Se registran miradas diversas sobre ese punto. En varios relatos se afirma que, en general, los datos resultan suficientes para comprender el caso y planificar la respuesta, mientras que en otros se describe una calidad

variable según quién elabora el resumen o completa el formulario. Estas variaciones muestran que la calidad del resumen y de los adjuntos fortalece los mecanismos de coordinación (protocolos, intercambio de información) y reduce repreguntas y demoras; cuando la información es suficiente y estandarizada, la tramitación se agiliza (Terraza Núñez et al., 2006). Esta heterogeneidad no solo remite al modo de completar el instrumento, también se asocia a trayectorias y experiencias previas entre equipos que condicionan la recepción de cada pedido: cuando existe una historia compartida de trabajo o de intercambio académico valorada positivamente, la predisposición es más favorable y se confía en el criterio del solicitante; en cambio, antecedentes con dificultades instalan una lectura más cautelosa.

“...la mayoría de las veces es correcta, a veces, bueno, puede ser que necesitemos alguna otra cosa, pero la mayoría de las veces toda la información alcanza, es correcta (...) en general bien.” (E N° 18, profesional de planta).

“Es re variado. Depende del médico que lo hace. Puede estar impecable o puede ser un desastre.” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

Cuando el caso llega bien documentado, el formulario y los estudios adjuntos permiten anticipar un análisis más fino y facilitan pensar el abordaje antes del contacto con el profesional solicitante, lo cual agiliza los tiempos de respuesta y de resolución. Desde las áreas administrativas se subraya además que esa información ordena la asignación del turno y evita confusiones.

“Pero el hecho de que venga la planilla nos va a mostrar laboratorio y ciertas cosas que pensaron del otro lado, que ya la tenemos solucionada antes de hablar con el médico. Nos mandan ya estudios previos o informes de estudios y viendo eso nos hace más fácil pensar el paciente.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...la OCD (...) manda un desglose donde te hace una presentación de un paciente, qué necesita, de dónde viene, qué tiene, qué

requerimientos especiales, simplifica muchísimo la asignación del turno, no se presta confusión...” (E N° 6, referente administrativa).

En contraste, resúmenes escuetos o diagnósticos vagos dificultan comprender el motivo del pedido y evaluar pertinencia y urgencia, lo que obliga a repreguntar, pedir más información y esto hace demorar la respuesta. Este señalamiento aparece tanto en los especialistas como en referentes administrativos de áreas de estudios diagnósticos.

“...a veces nos pasa que es un resumen muy escueto lo que recibimos y que no se llega a entender qué es lo que quieren preguntar. Y es cuando tenemos que volver a repreguntar y eso dilata los tiempos.” (E N° 10, jefa de servicio clínico).

“...la falta de datos clínicos del paciente es lo que más suele pasar (...) a veces solicitan un estudio que en el diagnóstico ponen algo muy acotado que uno no puede resolver o el profesional no puede resolver cuán urgente es...” (E N° 4, referente administrativa).

Otra temática relevante en los procesos de referencia es la confianza en el equipo que deriva. En este trabajo se entiende por confianza que el profesional que realiza la solicitud presenta el caso de manera adecuada (datos clínicos clave, estudios pertinentes, motivo claro) y aplica un criterio clínico acorde a su función (aunque no sea especialista). En términos generales, los equipos especializados consideran confiables a quienes emiten las solicitudes; esa apreciación se ajusta según la claridad y coherencia del resumen, la pertinencia de lo solicitado respecto del problema descrito y la calidad de los adjuntos. Cuando la presentación permite comprender el cuadro y orientar una conducta, la gestión continúa por la vía asincrónica; cuando no, se solicitan precisiones o se cita presencialmente.

“...es bueno el nivel, tanto del derivador, del médico derivador, como de la persona del administrativo, porque las veces que me tocó, uno se maneja con gente que tiene buena información.” (E N° 5, jefe de servicio quirúrgico).

“En cuanto a tener confianza en que lo que se pregunta es lo que le pasa al paciente. Y bueno, lo definiría como medio, ¿sí? Como medio.

*Y cuando supera la media es cuando le decimos traigan al paciente.”
(E N° 10, jefa de servicio clínico).*

Aun así, esa confianza tiene un límite práctico: como el especialista no examina directamente al paciente, debe apoyarse en observaciones y registros de terceros, lo que introduce cautela, especialmente en casos complejos o cuando la solicitud proviene de un profesional no especializado en el área. En esas situaciones, se prioriza pedir precisiones o indicar una evaluación presencial.

“Es difícil porque el que está evaluando al paciente termina siendo otro, no vos. (...) te basás con algunos parámetros en lo que escribe, en la lucidez con la que te mandó (...) pero sigue siendo otra persona la que está mirando al paciente.” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

“...cuando son pacientes muy complejos, que no los viste nunca, depende mucho de lo que te transmite un tercero (...) y a lo mejor ese tercero que no es especialista hay datos que no te da porque desconoce.” (E N° 9, jefa de servicio clínico).

Las experiencias previas de trabajo conjunto entre instituciones (por ejemplo, haber resuelto casos de manera coordinada, haber sostenido intercambios asincrónicos con buena respuesta o haber compartido ateneos clínicos) modelan las expectativas y predisponen la lectura del caso actual. Cuando existe un historial de colaboración fluida y resolución satisfactoria, el equipo receptor confía más en el criterio del profesional solicitante, interpreta con mayor rapidez la solicitud y agiliza el intercambio. En cambio, ante antecedentes con dificultades o comunicaciones poco claras, prevalece una lectura más cautelosa y suele preferirse la evaluación presencial.

“En algunos tengo mucha confianza y en otros... (...) por la historia que hemos tenido con esos otros servicios (...) pacientes que por ahí hemos terminado resolviendo acá (...) En algunos tengo mucha confianza y en otros más o menos.” (E N° 1, médica de planta, servicio quirúrgico).

Desde otro aspecto vinculado a la calidad de la información y la confianza en el solicitante, se observa que aun cuando los pedidos llegan incompletos o desde ámbitos no especializados, algunos equipos describen

una actitud empática y orientadora con colegas generalistas. La falta de ciertos datos se interpreta como efecto de la complejidad del problema y no como falta de voluntad, y se procura acompañar el proceso de clarificación clínica.

“...ahí viene la empatía, ¿no? Porque yo tengo que entender que no es un médico especialista (...) trato de ponerme (...) en su nivel. (...) quizás me está consultando porque es una patología muy compleja, entonces los datos que yo quisiera saber, él no los pudo interpretar, entonces no me los está mandando.” (E N° 13, jefa de servicio clínico).

Cuando existen vínculos previos entre equipos y conocimiento mutuo construido en colaboraciones anteriores, esas relaciones respaldan y legitiman la presentación del caso y orientan la lectura inicial. Aun así, las decisiones se basan sobre todo en criterios clínicos: se priorizan la urgencia, la patología y la necesidad de evaluación presencial. A partir de esa valoración, el equipo receptor puede asesorar a distancia, solicitar precisiones, proponer un abordaje alternativo o indicar consulta presencial. También se pondera la capacidad resolutive disponible, con el fin de no generar expectativas que luego no puedan cumplirse.

“...lo que hace es como una mini auditoría, el jefe del servicio, que autoriza o no esas derivaciones. Y eso depende de la urgencia de los estudios, qué tiempos nosotros manejamos para los turnos, si son estudios con anestesia, si no lo son, las patologías de los pacientes (...) lo maneja el jefe de servicio que es el médico responsable.” (E N° 4, referente administrativa).

“Y más de una vez nos han pedido un estudio y terminamos sugiriendo que hagan alguna otra cosa o algún tratamiento sin necesidad del estudio.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...yo lo primero como jefe de servicio (...) tengo que garantizar que le voy a poder prestar ese servicio en una forma oportuna (...) si vemos que las capacidades operativas lo podemos hacer, (...) le emitimos el turno.” (E N° 3, jefe de servicio clínico).

Más allá del criterio clínico, los equipos destacan un soporte operativo que hace viable el día a día: la OCD absorbe tareas administrativas y documentales que, de otro modo, recaerían sobre los servicios. La vía es percibida como simple y no engorrosa; centraliza el ingreso, estandariza el registro, abre la historia clínica digital cuando corresponde y realiza un seguimiento activo de cada solicitud, con recordatorios que evitan que se extravíen en la dinámica asistencial. Esa formalización es un mecanismo de coordinación que reduce ambigüedades y pérdidas de información (Terraza Núñez et al., 2006). Este corrimiento de cargas administrativas hacia la OCD libera tiempo clínico para el análisis y la toma de decisiones, y facilita el trabajo cotidiano al reducir el esfuerzo de coordinación disperso en cada equipo.

“Ahora estamos tratando de cuando nos quieran llamar, decir, hagan la consulta para OCD. Total, no es algo engorroso.” (E N° 14, jefa de servicio clínico).

“...porque aparte me abren las historias clínicas (...) Así no es algo más que tengo que hacer yo.” (E N° 11, médica de planta, servicio quirúrgico)

“...la consulta llega por vía mail habitualmente, muchas veces nos tienen que avisar desde la OCD recordándonos, porque a veces no siempre los abrimos...” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

Como articulador entre equipos y niveles, la OCD opera como nexo organizativo: ayuda a evitar la incomunicación, ordena disponibilidades y coordina instancias sincrónicas cuando hacen falta, articulando tiempos y lugares para quienes solicitan y quienes responden. Este rol de enlace reduce fricciones logísticas y sostiene la continuidad del intercambio cuando la resolución requiere pasos coordinados en el proceso asistencial.

“...la OCD es un nexo que es importantísimo porque uno, si fuese por uno estar pendiente de los llamados como era antes, es muy fácil caer en la incomunicación (...) es muy difícil coordinar momentos...” (E N° 5, jefe de servicio quirúrgico).

“...como ustedes lo organizan (...) es un tema de tiempos, de buscar el lugar para el médico que solicita y para el que va a dar la respuesta.

Para coordinar la videoconferencia (...) ustedes lo coordinan...” (E N° 7, médico de planta, servicio quirúrgico).

En diálogo con ese sostén operativo, los equipos enfatizan la formalidad del circuito como valor en sí mismo. Canalizar los pedidos por la vía institucional permite que queden registrados, ordena la demanda entre servicios y niveles y preserva un encuadre formal del intercambio. Esta valoración de la formalización puede leerse a la luz del enfoque institucional trabajado en el capítulo teórico: al transformar prácticas informales en reglas y rutinas reconocidas por la organización, se reducen ambigüedades, se incrementa la trazabilidad y se refuerza la responsabilidad de los actores en la implementación (Chiara y Di Virgilio, 2009; Ariovich, 2023; Terraza Núñez et al., 2006). En términos del proceso de referencia, ese pasaje a mecanismos formales obliga a explicitar el resumen clínico, precisar el motivo del pedido y documentar la respuesta al equipo solicitante, lo que contribuye a tamizar y priorizar con mayor consistencia y a sostener la continuidad del cuidado. Vistas en perspectiva, uno de los aportes más sustantivos que señalan la mayoría de los entrevistados es la institucionalización del proceso de referencia a través de la OCD. La vía formal centraliza el ingreso de solicitudes, estandariza resúmenes y adjuntos y fija reglas de registro y trazabilidad, otorgando respaldo documental al trámite. Este encuadre es valorado por los equipos porque encauza relaciones preexistentes en procedimientos estables con respaldo documental y legal, condición clave para coordinar entre servicios y niveles y para consolidar aprendizajes organizacionales en el tiempo (OPS, 2017). Con ello, se reducen márgenes de discrecionalidad propios de los contactos informales y se favorece que las consultas iniciadas por circuitos personales sean reconducidas al registro institucional para su cierre, sin desconocer que estas prácticas aún persisten en algunos casos.

“...antes era muy común, el medio informal, te llama el médico que te conoce (...) y decís, no, hacelo por las vías formales, a través de la oficina. Y nos permite ordenarnos un poco.” (E N° 9, jefa de servicio clínico).

“Te llamaba un amigo y las hacías (...) me pareció que esto lo que le terminó de dar fue el marco legal de decir, no, mirá, pasa por OCD. Yo no tengo ningún problema, yo la contesto pero pásala por ahí (...) es un marco de legalidad a lo que uno venía haciendo irregular” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

“Al tener esta vía formal, no llaman por cualquier cosa, sino que se piensa un poco más el paciente, se tiene que hacer un resumen de historia, los obliga a algo un poco más formal.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

Aun así, persisten arreglos informales en la consulta y el acceso. Se describen pacientes que contactan directamente a los servicios a partir de redes sociales o llamadas, y solicitudes que se inician por teléfono entre profesionales para luego formalizarse en la OCD.

“A veces ven en las redes los pacientes y los pacientes mismos a veces llaman al servicio sin intermediarios.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...me ha llamado un médico de Paraná (...) lo hablamos y yo le pido que cumpla con la parte formal de mandarlo a través de la OCD. Si bien habló conmigo, le di el turno y todo.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

En algunos equipos, el hábito de lo informal se reconoce abiertamente y convive con el esfuerzo por ordenar el circuito. Desde algunas jefaturas refieren que también llegan consultas a los correos de los servicios por fuera de la OCD, mediadas por redes personales entre profesionales y personal administrativo.

“Nosotros ahora estamos manejando mejor la cosa, más organizados y un poco más formales. Yo soy el primer informal del servicio y soy el jefe, con lo cual es bastante difícil...” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...sí tenemos con otros centros derivadores un mail institucional donde nos hacen las consultas (...) son redes a lo mejor más informales (...) conocen a la secretaria, pasa mucho eso y mandan en el mail la consulta...” (E N° 3, jefe de servicio clínico).

La flexibilidad de la teleconsulta asincrónica (poder revisar y responder desde distintos lugares y horarios) aparece como fortaleza para acelerar

respuestas, pero también como puerta para respuestas fuera del marco previsto, lo que mantiene un margen de informalidad. En determinadas redes profesionales, esa flexibilidad y los vínculos interinstitucionales habilitan derivaciones directas al hospital que no siempre siguen el escalonamiento previsto por niveles, sobre todo en áreas específicas

“tiene mucha facilidad en cuanto a poder resolver esa consulta en cualquier momento donde vos estés (...) estás en casa, comiendo, lo que sea.” (E N° 16, médico de planta, servicio quirúrgico).

“Yo sé que ciertas instituciones por ahí tienen acceso a pedir en otros centros de salud y que por ahí utilizan el hospital como (...) A veces como primer recurso (...) en el caso de salud reproductiva o salud sexual...” (E N° 1, médica de planta, servicio quirúrgico).

Estas escenas expresan márgenes de discrecionalidad propios de la implementación en los servicios, donde las decisiones cotidianas de las burocracias de primera línea inciden en el curso de la política y en la forma concreta que asume el dispositivo en cada servicio (Ariovich, 2023; Chiara y Di Virgilio, 2009).

Finalmente, la procedencia territorial modula en muchos casos la gestión de solicitudes y turnos sin alterar la evaluación clínica. Se ajustan fechas y circuitos en función de distancias, los tiempos de vacaciones de los pacientes, la urgencia y posibilidades de traslado, y se procura otorgar turnos con antelación suficiente para organizar viajes. Aquí, el canal institucional ayuda a ajustar recursos y tiempos a las condiciones del usuario (Frenk, 2014; OPS, 2020). También se destacan los recursos de apoyo para quienes viajan desde lejos y la organización de estos por parte de la OCD. En este punto se integra la Casa Posadas¹⁴. Cuando la resolución de una solicitud involucra la realización de estudios y/o tratamientos que impliquen más de un día, la OCD gestiona el alojamiento en Casa Posadas para el paciente y su acompañante, de modo de hacer viable el itinerario asistencial.

¹⁴ Hogar de tránsito con capacidad para setenta personas cuya misión es brindar alojamiento, alimentación y contención a pacientes, familiares o acompañantes que residen lejos y requieren evaluaciones, estudios o tratamientos en el hospital.

“...alguien que está muy lejos (...) tratamos de adecuarlo con tiempos de vacaciones si no es algo urgente, con los tiempos que días conviene que vengan para que estén el menor tiempo posible acá...” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...por las distancias que por ahí manejan (...) hay un plazo con los turnos de tiempo de organización que se le da al paciente para que pueda organizar transporte...” (E N° 4, referente administrativa).

“...coordinar la internación con la Casa Posadas [alojamiento de pacientes y acompañantes] (...) si no hubiera algo que centraliza todo eso, no podés...” (E N° 18, profesional de planta).

Sin embargo, en otros testimonios se precisa que la procedencia no modifica el modo de otorgar el turno cuando no se dispone de márgenes para priorizar por esa variable

“... (¿influye la procedencia en cómo se manejan con la otorgación de ese turno?) No, no tenemos ese margen.” (E N° 4, referente administrativa).

En suma, la toma de decisiones se apoya de manera consistente en criterios clínicos vinculados a urgencia, patología y necesidad de presencialidad, y en la capacidad resolutive disponible. La calidad de la información y la confianza en quien solicita modulan el curso de acción, mientras la OCD aporta un marco formal y funciones operativas que ordenan el proceso. Conviven prácticas informales heredadas de vínculos y hábitos profesionales, y la procedencia territorial introduce ajustes logísticos sin alterar los criterios clínicos.

VI.II La condición clínica del paciente y el soporte tecnológico-informático como condicionantes de los procesos de referencia en la implementación del dispositivo

En este apartado se identifican dos cuestiones que operan como límites estructurales del proceso de referencia mediante teleconsulta asincrónica. La primera es la condición clínica del paciente y su grado de urgencia, que actúa como umbral práctico: anticipa qué puede resolverse a distancia y qué exige

evaluación presencial inmediata. La segunda es la disponibilidad tecnológica e informática con la que se trabaja (conectividad, equipamiento y soporte operativo), que condiciona el ritmo del intercambio, la continuidad del registro y, en la práctica, el alcance efectivo de la modalidad.

La teleconsulta asincrónica no reemplaza el examen clínico directo. En las entrevistas se coincide en que su papel es complementario: acompaña el proceso de internación, prepara la consulta presencial anticipando estudios, interconsultas y documentación, y, en contextos de agendas saturadas y turnos limitados, ofrece orientación y criterios de priorización a distancia mientras se espera el encuentro con el especialista.

“Obviamente que lo presencial siempre es lo más importante. Esto es una guía, digamos (...) No es una modalidad para seguir un paciente solo a través de la teleconsulta (...) Está bien, la devolución de los análisis por ahí sí se puede hacer de esta forma. Pero después tenés que revisarlo. Es complementaria.” (E N° 14, jefa de servicio clínico).

Desde ese lugar de apoyo, se describe un uso orientado a dar previsibilidad al alta y al seguimiento, con el turno ya programado y la consulta presencial preparada por el intercambio previo entre profesionales. En la práctica, esto implica que durante la internación el especialista orienta al equipo tratante a distancia y, al momento del alta, ese equipo ya sabe que el paciente será evaluado por la subespecialidad correspondiente en una fecha concreta. Para el paciente, el recorrido posterior se vuelve más claro porque egresa con el turno necesario para continuar tratamiento y seguimiento, lo que aporta continuidad del cuidado y reduce incertidumbres sobre los pasos a seguir. En la misma línea, se destaca que contar con el turno definido al momento del alta reduce incertidumbres y facilita la transición a la consulta presencial con el especialista.

“...en general lo que tiene que ver con el manejo hospitalario hasta que se va de alta. (...) Es el apuntalarlo mientras estás internado. Después en algún momento vas a tener que venir.” (E N° 11, médica de planta, servicio clínico).

“Lo agiliza y aparte es distinto si uno sabe que ya tiene un turno (...) supongo que puede dar un alta mucho más tranquilo (...) O sea, de pacientes por ahí que se encuentran internados con algo, bueno, para el que le está dando de alta, saber que próximamente lo va a ver el especialista...” (E N° 17, jefa de servicio clínico).

Con menor frecuencia, se asocia este uso complementario a la posibilidad de dar respuesta a un volumen mayor de consultas cuando los turnos presenciales son limitados, lo que amplía la capacidad operativa de los equipos.

“...te simplifica un poco la alta demanda que tenemos. Poder dar respuestas a mayor cantidad de población que no podríamos hacerlo presencialmente porque no tenemos turnos.” (E N° 9, jefa de servicio clínico).

Sobre estos usos, las entrevistas plantean acciones concretas para sostener y ampliar la implementación de la modalidad. Se propone, en primer lugar, trabajar la capacitación. Se plantea formar a quienes reciben y a quienes emiten las solicitudes para que ambos extremos del circuito conozcan el uso de la teleconsulta asincrónica y el procedimiento de trámite.

“Tiene que ver con una cuestión de capacitarse (...) hay que capacitar tanto a las personas que reciben como que emiten cada solicitud...” (E N° 6, referente administrativa).

En el plano interno, se señala que la vía formal de la teleconsulta asincrónica no es suficientemente conocida entre los equipos del hospital y se plantea ampliar su difusión para favorecer un uso más regular.

“Pero no sé si todos están al tanto o saben que existe esta modalidad.” (E N° 1, médica de planta, servicio quirúrgico).

Del mismo modo, hacia los efectores externos que envían solicitudes se indica que persiste desconocimiento de la vía institucional y se propone ampliar la difusión.

“Yo creo que hay que reforzar la difusión porque me parece que es un recurso que está subutilizado al menos para nuestra especialidad

porque, vuelvo a decir, hay gente que no sabe que existe la vía.” (E N° 8, jefa de servicio quirúrgico).

“...es falta de conocimiento de la gente que conduce los servicios de los hospitales derivadores que existe esta vía formal.” (E N° 15, jefa de servicio clínico).

Otra línea de mejora para la implementación es la planificación conjunta entre la OCD y los servicios. Se propone abrir espacios para pensar en conjunto cómo implementar la teleconsulta asincrónica en cada área y recuperar lecciones aprendidas de experiencias previas. Esta sugerencia orienta a revisar modos de organización y a aprovechar soluciones ya probadas.

“(¿...sentarnos en conjunto a pensar en qué pueden tomar ustedes?) Sí, lecciones aprendidas de otros servicios, que a lo mejor ustedes nos dicen ellos implementaron de esta manera, les sirve.” (E N° 3, jefe de servicio clínico).

En ese mismo sentido, se valora contar con devoluciones periódicas que permitan seguir el uso y compartir resultados entre equipos. Se plantea compartir datos sobre el uso y los resultados como una forma de seguimiento del trabajo y como un estímulo para sostener la participación en la modalidad.

“A ver, si me preguntás qué haría para mejorar la implementación (...) Pero me parece que yo lo que mejoraría un poco es de dar devoluciones a veces a los equipos de salud. (...) Entonces la devolución de información hace que se motiven...” (E N° 3, jefe de servicio clínico).

De modo puntual, un entrevistado propone incorporar profesionales de especialidades generales al equipo de la OCD, con la idea de contar con un primer nivel de respuesta clínica para consultas básicas y agilizar el intercambio cuando no se requiere la intervención inmediata de una subespecialidad.

“El desafío es mejorar la OCD. Quizás tener un equipo médico multidisciplinario que dé la respuesta inmediata. No esperar a que el servicio mande un médico (...) Es decir, un traumatólogo, un cirujano

general, como para dar respuesta rápida...” (E N° 7, médico de planta, servicio quirúrgico).

Junto con esas acciones, varias entrevistas señalan ajustes sobre el formulario de la OCD. Se indica que su esquema actual resulta limitado para ciertas especialidades y que convendría afinar un formato de preguntas que orienten con mayor claridad el motivo de la consulta. Se advierte, además, que cuando la descripción queda muy general en el formulario no siempre es posible dimensionar la urgencia del caso. También aparece la propuesta de segmentar el formulario por especialidad o por grandes áreas clínicas, con el objetivo de ganar precisión sin perder un marco común de registro.

“...creo que quizás sería bueno es armar como un formato de preguntas porque a veces no se entiende qué es lo que quieren preguntar (...) creo que con el formulario esté un poco más afinado sobre qué se pretende.” (E N° 10, jefa de servicio clínico).

“Muchas veces lo que está escrito (...) en algo tan esquemático como el tipo de consulta que se hace, no llega a dar idea de la urgencia.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

“...quizás a futuro habría que como que cada especialidad debería tener una planilla. Quizás o ir sectorizando si es quirúrgico, si es clínico, si es endocrinológico.” (E N° 13, jefa de servicio clínico).

Este apartado pone en primer plano las barreras que condicionan el alcance de la modalidad. Desde el punto de vista asistencial, la condición clínica y el grado de urgencia marcan el umbral de lo que puede resolverse a distancia y lo que exige evaluación presencial inmediata. Cuando existe potencial de eventos graves, la resolución remota deja de ser pertinente y el contacto directo resulta indispensable. En paralelo, la infraestructura tecnológica e informática opera como límite operativo: la inestabilidad de la conectividad, el equipamiento obsoleto y la falta de soporte interrumpen el intercambio, erosionan la continuidad del registro y enlentecen la coordinación.

“El tema cardiológico (...) es un poquito más complejo (...) Te dicen, tengo dolor de pecho. Y qué sé yo, hay un porcentaje a lo mejor que lo

puede solucionar a distancia y un porcentaje menor que de ese dolor de pecho termina en un infarto y es un problema legal inclusive.” (E N° 3, jefa de servicio clínico).

Particularmente, se expresa una preferencia por el encuentro presencial, sobre todo cuando están en juego conversaciones clínicas extensas, participación familiar y decisiones compartidas.

“Para mí la calidad de atención, es mejor la presencial. O sea, el vínculo que vos estableces con un paciente (...) con la consulta presencial es superior al que vos estableces con la consulta virtual.” (E N° 16, médico de planta, servicio quirúrgico).

En este punto, las entrevistas ubican a la tecnología como el límite principal para que la teleconsulta asincrónica se desarrolle. Las dificultades tecnológicas aparecen como una dimensión recurrente del día a día y se describen como el obstáculo más tangible al momento de usar la modalidad. Sin soporte tecnológico, los mecanismos de coordinación se debilitan (Terraza Núñez et al., 2006). En varias jefaturas se subraya que la inestabilidad de la conectividad y la obsolescencia de equipos enlentecen el trabajo y frenan la continuidad del intercambio cuando se requiere.

“Internet que se cuelga permanentemente, ese creo que es el escollo más importante. Computadoras que no se renuevan. La parte tecnológica es la que más nos complica, creo.” (E N° 2, jefe de servicio clínico).

De manera reiterada en jefaturas y en equipos de planta, se plantea que el equipamiento y la conectividad no solo marcan el ritmo de uso cotidiano, sino también el alcance posible de la herramienta. Cuando esos recursos fallan, la teleconsulta asincrónica no llega a desplegar sus aportes y el intercambio se detiene o se demora. En este sentido, se espera que la mejora de estos componentes permita aprovechar mejor la teleconsulta en su función de apoyo.

“Si hay algún requerimiento para mejorar esto, es el equipamiento (...) es fundamental (...) yo creo que cuando tengamos más aceiteada la parte tecnológica, esto se va a potenciar (...) porque no funciona, no

funciona internet, entonces estás como varado en eso, estás como empantanado.” (E N° 17, jefa de servicio clínico).

Desde la gestión de los servicios se señala la necesidad de contar con un soporte informático que acompañe el uso de TIC. Se plantea que, sin ese respaldo, las mejoras en equipamiento y conexión no alcanzan a sostenerse en el tiempo.

“El recurso informático (...) si se pretende fortalecer el uso de las TIC tiene que haber un soporte en esa área que falta.” (E N° 10, jefa de servicio clínico).

La mirada de profesionales de planta describe un entorno de computación “precario”, donde el límite material del hardware define lo que se puede hacer en cada momento. Esta vivencia sitúa las barreras tecnológicas en el terreno operativo, más que como un tema abstracto de infraestructura.

“...el funcionamiento de la computación en el hospital es bastante precario, ¿viste? Entonces el límite físico de la computadora yo creo que es vital.” (E N° 16, médico de planta, servicio quirúrgico).

En conjunto, los equipos coinciden en el carácter complementario de la modalidad, útil para preparar consultas, sostener seguimientos y ampliar la respuesta sin sustituir la evaluación directa. Para consolidarla, proponen capacitación en ambos extremos del circuito, mayor difusión interna y externa, espacios de planificación conjunta, devoluciones de información y mejoras en formularios. Persisten límites clínicos para ciertos cuadros y, sobre todo, barreras tecnológicas vinculadas a conectividad, equipamiento y soporte que condicionan su despliegue y marcan la agenda de mejora.

VI.III Conclusiones

La vía de la OCD ordena y formaliza la referencia entre equipos, deja registro documental y optimiza el encuentro presencial con el especialista a partir de mejor información. Centraliza el ingreso, estandariza resúmenes y adjuntos y sostiene el seguimiento, lo que reduce extravíos y mejora la previsibilidad del circuito. Las decisiones combinan criterios clínicos con valoraciones construidas en la experiencia de los equipos (claridad del caso,

pertinencia de los estudios, presentación del pedido y trayectorias previas), mientras persisten prácticas informales que conviven con el encuadre institucional.

La teleconsulta asincrónica cumple un papel complementario respecto del examen directo: prepara el caso y orienta el recorrido, pero no modifica por sí sola los tiempos de espera ligados a la capacidad instalada. Al estandarizar información y sostener registro y trazabilidad, la vía institucional mejora el ajuste entre necesidades y recursos a lo largo del uso (Frenk, 2014; OPS, 2020). Al mismo tiempo, el proceso de referencia se ve condicionado por dos frentes principales: la condición clínica y el grado de urgencia del paciente y la disponibilidad tecnológica e informática con la que se trabaja (conectividad, equipamiento y soporte), que inciden en el ritmo del intercambio, la continuidad del registro y el alcance efectivo de la modalidad.

Como nexo organizativo, la OCD articula equipos y niveles, evita la incomunicación, ordena disponibilidades y coordina instancias sincrónicas cuando son necesarias, alineando tiempos y lugares entre quienes solicitan y quienes responden. Este enlace reduce fricciones logísticas y contribuye a sostener la continuidad del intercambio cuando la resolución demanda pasos coordinados.

Finalmente, el capítulo muestra que la formalización del circuito a través de la OCD constituye uno de los aportes más relevantes del dispositivo. La vía institucional organiza y documenta la referencia, reduce la discrecionalidad propia de los intercambios personales y reencauza prácticas informales hacia procedimientos trazables y verificables dentro del hospital, porque encauza relaciones preexistentes en procedimientos estables con respaldo documental y legal, condición clave para coordinar entre servicios y niveles y para consolidar aprendizajes organizacionales en el tiempo (OPS, 2017).

CAPÍTULO VII: EL PAPEL DE LA TELECONSULTA ASINCRÓNICA EN LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y CONDICIONANTES DE LA OCD

El capítulo analiza cómo el dispositivo de teleconsultas asincrónicas articula servicios de distintos niveles de atención mediante mecanismos formales de coordinación: puerta de entrada institucional, estandarización de información con registro y trazabilidad, organización operativa de la derivación y comunicación interinstitucional entre equipos.

Luego examina los desafíos que condicionan esa articulación en dos planos: a nivel institucional del hospital y a nivel estructural del sistema. Con ese encuadre, se delimitan los alcances reales de la coordinación que el dispositivo puede sostener.

VII.I La organización del acceso a la alta complejidad y la articulación de servicios a través de la OCD

Las potencialidades que describen los equipos no solo ordenan la derivación y la priorización, sino que habilitan prácticas de trabajo en red entre instituciones, donde la OCD actúa como nodo que estandariza información, documenta intercambios y facilita acuerdos clínicos a distancia. En la lógica de los niveles de atención, contar con una puerta de entrada organizada permite que cada caso se resuelva en el nivel que corresponde. La referencia formal al tercer nivel, cuando la complejidad lo exige, opera como instrumento de coordinación entre servicios y sostiene la continuidad del cuidado (Vignolo, 2011; OPS, 2017). Los relatos de los entrevistados muestran que la teleconsulta asincrónica, gestionada por la OCD, opera como un circuito formal e institucional que organiza el ingreso al hospital de las solicitudes de alta complejidad y funciona como vía directa y formalizada para canalizar pedidos provenientes de otros efectores.

“...para los centros de baja complejidad les da una accesibilidad que antes era impensada.” (E N° 10 - Jefa de servicio clínico).

“...para los otros centros que tienen una vía directa para cosas que no

tienen (...) y es una forma de formalizar las consultas...” (E N° 2 - Jefe de servicio clínico).

Además, jefes de servicio y médicos de planta la describen como una vía de encuadre clínico que precisa el motivo del pedido y lo alinea con la función del tercer nivel que cumple el hospital en la región y en la Provincia de Buenos Aires. En términos de organización del sistema, el tercer nivel debe concentrar un volumen acotado de problemas que requieren alta tecnología y subespecialización (Vignolo, 2011; OMS, 2008); por eso, la derivación selectiva y justificada funciona como criterio de buen uso de la alta complejidad

“...tenemos idea de qué es lo que quieren, qué estudios quieren que realicemos, en general es para pedido de estudios que no se hacen en otros lugares.” (E N° 2 - Jefe de servicio clínico).

“...el acceso que tienen los pacientes al hospital (...) o los mismos colegas que derivan (...) es una puerta de entrada para evitar que los pacientes se acerquen sin ningún destino, sin tener una información verbal o a través de un papelito. Es un re buen recurso para mí.” (E N° 1 - Médica de planta, servicio quirúrgico).

Diversos trabajos en Argentina documentan que los tiempos de espera, desde la solicitud hasta la concreción del turno y en la propia sala de espera, operan como una de las principales barreras de acceso a la atención. A su vez, esas demoras afectan la continuidad del cuidado, porque la postergación de estudios o consultas puede volver a exigir la realización de análisis e imágenes ya practicados. (Ballesteros et al., 2017; Ariovich, 2023; Gómez y Rivera, 2019; Rodríguez Torres et al., 2018). En ese marco, los testimonios de jefaturas, profesionales de planta y referentes administrativos muestran que la vía por OCD aporta mecanismos de pertinencia y tamizaje de las solicitudes y los traduce operativamente en pasos concretos dentro del hospital: derivación al servicio y a la subespecialidad adecuada, asignación de turnos y preparación de la documentación necesaria. De manera consistente, describen que esta vía delimita con mayor precisión qué debe

ingresar al tercer nivel, filtra y prioriza, mejora la calidad de las referencias y evita ingresos que pueden resolverse en el centro de origen.

“...es mucho más expeditivo, porque la presencial es, la paciente tiene que sacar el turno, con la demora que es el turno, la atendés, le pedís los estudios, hasta que vuelve con todos los estudios, capaz que está, no sé (...) cuatro meses (...) sobre todo porque, a ver, no derivan pacientes para control, derivan pacientes con patología que no se puede resolver, entonces, lo expeditivo que puede ser, sí, me parece que está buenísimo.” (E N° 18 - médica de planta, servicio quirúrgico)

“...se comportan (...) como un triage (...) porque muchas veces tenés una consulta que no sabés para qué servicio es. O sea, por ahí (...) la provincia te lo manda para un cirujano y no tiene que ir al cirujano, (...) entonces creo que ustedes son las que pueden redirigir.” (E N° 13 - Jefa de servicio clínico)

Cabe destacar que la priorización clínica y la estandarización de la información son mecanismos que mejoran la ‘oportunidad’ y la ‘adecuación’ del cuidado, dimensiones centrales del acceso según la OPS (OPS, 2020).

Cuando la solicitud ingresa por la vía formal y con información estandarizada, la lectura compartida del caso por parte de remitentes y receptores opera como un mecanismo de coordinación clínica y como un punto de anclaje para relaciones de red entre servicios.

Las jefaturas subrayan que la vía por OCD habilita un tamiz clínico que ordena qué debe escalar al contacto presencial y qué puede resolverse en origen. Ese tamiz se traduce en estratificación por complejidad y urgencia: se reserva el tercer nivel para los casos que realmente lo requieren y se orienta el manejo local cuando es posible.

“Pero hay que tratar de tamizar un poco qué va a ser lo presencial. O sea, como una especie de, digamos, de estratificación o de que llegue lo que realmente requiere.” (E N° 2 - Jefe de servicio clínico).

“...nos ayuda un montón (...) desde la estratificación y después la referencia, de lo que en principio consideramos que no se puede seguir localmente.” (E N° 10 - Jefa de servicio clínico).

En ese mismo proceso, la vía corrige desajustes de especialidad que pueden existir en las solicitudes y orienta el destino adecuado dentro del hospital cuando el pedido llega difuso o con una derivación imprecisa.

“...porque a veces desde afuera piden para cirugía (...) y en realidad es otorrino, traumato (...) entonces ahí los orientamos.” (E N° 13 - Jefa de servicio quirúrgico).

Desde la organización administrativa se subraya que la información documental que acompaña las solicitudes (formularios de la OCD, adjuntos, órdenes médicas, claridad del pedido) actúa como insumo del triage y reduce ambigüedades clínicas y organizativas

“...ya tiene un proceso de filtrado, está direccionada desde OCD al área que corresponde cada estudio, hay un desglose de una historia clínica, lo que facilita poder jerarquizar la urgencia del paciente.” (E N° 6 - Referente administrativa).

En consonancia con la evidencia internacional, que ha mostrado la capacidad de las teleconsultas asincrónicas para priorizar por urgencia y acelerar la atención de los casos más críticos (Liddy et al., 2019). El dispositivo OCD, a través de la teleconsulta asincrónica, se presenta como una estrategia de mejora en referencia hacia el tercer nivel. Sobre esta base clínica y documental, el circuito OCD organiza la fase operativa de la referencia y la hace más ágil. La información anticipada que aporta el formulario permite ordenar los pasos administrativos de las referencias, evitar errores de interpretación y disminuir reprogramaciones.

“Esto acorta los tiempos, asegura la eficiencia, asegura la llegada del pedido al servicio que corresponde y evita errores de interpretación.” (E N° 15 - Jefe de servicio).

“...como que asegura que el paciente cuando venga vaya al lugar donde tiene que ser atendido y no que venga con un turno equivocado

y perdió la consulta (...) Yo creo que mejora la direccionalidad de qué es lo que necesitan.” (E N° 8 - Jefa de servicio quirúrgico).

Como efecto combinado de la clarificación del motivo del pedido y del ordenamiento administrativo, los equipos señalan que, cuando corresponde, el contacto presencial llega mejor preparado, con estudios pertinentes ya realizados y un motivo de derivación más claro; esto reduce tiempos ociosos y aporta previsibilidad al recorrido asistencial.

“Yo soy cirujano (...) no podés indicar cirugías o controlar postquirúrgicos por este medio, pero la consulta inicial, el pedido de estudios, pedido de resúmenes de historia clínica, todo tipo de papeles para atención de pacientes o para planificación quirúrgica, a mí me pareció fantástico.” (E N° 16 - Médico de planta, servicio quirúrgico)

Vimalananda et al. (2015) sostienen que, en la teleconsulta asincrónica, los profesionales remitentes envían una solicitud a los especialistas, quienes pueden responder con sugerencias o indicaciones, requerir información adicional y/o programar una evaluación presencial. El uso de esta modalidad de comunicación entre profesionales para preceder, optimizar o incluso reemplazar visitas constituye una de las principales utilidades del sistema. A partir de este ordenamiento inicial del circuito (que implica la formulación clara del motivo de consulta, el triage y el direccionamiento adecuado) comienzan a observarse impactos concretos en el acceso. En términos geográficos, la teleconsulta asincrónica posibilita la evaluación y orientación a distancia, lo que acorta distancias y evita traslados presenciales inmediatos cuando no resultan imprescindibles. Este efecto se vincula con la evidencia regional que destaca el papel de la telesalud en la reducción de barreras territoriales y en la evitación de traslados innecesarios, al acercar la orientación clínica al ámbito de atención habitual (CEPAL, 2013; OPS, 2016)

“(¿Qué ventajas considerás que tiene en tu trabajo asistencial utilizar esta modalidad?) Tiene una ventaja enorme porque achica o borra las distancias en cuanto a consultas y a evaluación y a orientación del paciente.” (E N° 5 - Jefe de servicio quirúrgico).

En el plano no geográfico, la canalización de la solicitud desde los equipos tratantes a través de la OCD habilita el ingreso al circuito formal cuando existen dificultades de gestión (desconocimiento del circuito, falta de acompañamiento o brechas tecnológicas). En consonancia con lo anterior, canalizar la solicitud por una vía con registro formal se corresponde con el uso de TIC para ampliar el acceso y favorecer la equidad en el acceso a la especialidad, más allá de los obstáculos no geográficos (OPS, 2016; Bashshur et al., 2011)

“...más allá de la distancia, la OCD lo que tiene de importante es que recoge pedidos donde la ciudadanía no puede abordar esa solicitud de turno (...) no tiene la posibilidad de abordar un medio tecnológico, entonces es el canal que termina resolviendo...” (E N° 6 - Referente administrativa).

En suma, además del ordenamiento del ingreso y la derivación que aporta el circuito OCD, ese funcionamiento impacta también en el acceso al acortar distancias y habilitar el ingreso formal cuando existen barreras no geográficas. Con este piso organizativo y de acceso, el análisis de las entrevistas avanza hacia la coordinación asistencial; acompañamiento clínico a distancia y el rol del especialista como referente.

Además de ordenar la derivación y orientar decisiones, la teleconsulta asincrónica construye una práctica en red donde la evaluación del caso se elabora entre quien solicita y el especialista. Esta forma de trabajo se alinea con la coordinación asistencial entendida como la articulación de decisiones clínicas y administrativas a lo largo del continuo de atención mediante mecanismos e instrumentos formales (Terraza Núñez et al., 2006). Esa doble lectura favorece una formación situada y cuidada del equipo tratante, porque el consejo experto se integra a la práctica cotidiana sin sustituirla, y se traduce en criterios compartidos para decidir cuándo derivar y cuándo continuar el manejo local.

Este intercambio profesional sostenido reubica al especialista como referente clínico y refuerza vínculos cooperativos entre equipos, rasgo característico del trabajo en red que favorece la continuidad del cuidado. En

el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud, esta cooperación contribuye a una atención coordinada e integral para poblaciones definidas (OPS, 2017).

Diversos estudios señalan que las teleconsultas asincrónicas benefician la educación médica continua de los profesionales de atención primaria; el intercambio con especialistas mediante las teleconsultas asincrónicas, permite a los médicos del primer nivel mejorar su conocimiento y sus habilidades clínicas (Liddy et al., 2019). Al estandarizar criterios y distribuir saberes entre instituciones, este intercambio fortalece la coordinación asistencial: reduce derivaciones innecesarias, alinea decisiones entre niveles y sostiene la continuidad del cuidado sin romper el encuadre del circuito formal.

“...disminuir un poco la demanda del paciente asistencial, o sea poder instruir a otros médicos de otros lugares sobre lo que deben hacer sobre determinadas patologías (...) entonces los orientamos en ese aspecto.” (E N° 9 - Jefe de servicio).

“Hay veces que el médico o consultante lo que necesita es una opinión de una subespecialidad. O sea, le das la opinión tuya y es, bueno, yo lo resuelvo. O necesitan afianzar eso. (...) bueno, le planteamos qué deberían hacer y lo hacen ellos. Entonces, no es necesariamente que lo deriven.” (E N° 7 - Médico de planta).

De modo consistente con la evidencia, otras investigaciones muestran que las teleconsultas asincrónicas entre profesionales refuerzan la capacidad resolutoria del primer nivel y orientan cuándo derivar y cuándo continuar el manejo local (Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2019). En ese marco, el especialista opera como referente clínico que apoya decisiones y contribuye a evitar derivaciones innecesarias (Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2019). Esta reconfiguración del trabajo del especialista supone un desplazamiento de su rol: a mayor especialización, menor actividad asistencial directa y más función de consulta y sostén clínico entre profesionales. Ahora bien, para que ese pasaje sea sostenible, se subraya la

necesidad de contar con una red organizada que respalde ese ejercicio de referencia.

“En la medida en que uno se va súper especializando, claramente tenés que ser más referente y menos asistencial. Pero bueno, necesitás armar toda la red.” (E N° 11 - Médico de planta).

Como pauta de funcionamiento, cuando la solicitud excede la capacidad resolutoria del establecimiento de origen, la respuesta frecuente es otorgar un turno presencial en el hospital, instancia preparada por la evaluación previa mediada por la modalidad. Esta lógica preserva el rol del tercer nivel y da previsibilidad a la trayectoria.

“...habitualmente la consulta es para que le resolvamos algo (...) que ya no puede el médico clínico resolver (...) así que la respuesta más frecuente es darle un turno (...) que venga el paciente.” (E N° 3 - Jefe de servicio clínico).

Además, cuando la complejidad del caso clínico lo requiere, la articulación escala al plano interhospitalario. Los entrevistados valoran las teleconsultas y videoconferencias como instancias para tomar decisiones clínicas conjuntas entre hospitales de alta complejidad; la OCD facilita la logística y la convocatoria.

“...la ventaja me parece que es más para el paciente (...) nosotros somos un eslabón más (...) discutimos casos con el cruce [Hospital de Alta Complejidad El Cruce], vemos si lo resolvemos nosotros, si lo pueden resolver ellos, o sea, para el sistema esto es muy ventajoso y para el paciente también, porque acerca las barreras geográficas de estar lejos, uno se las puede resolver más fácil con todo este sistema.” (E N° 3 - Jefe de servicio).

“...con la OCD lo que se intenta es lograr coordinar esa comunicación con el médico que presente el caso. Si es necesario y es multidisciplinario, se convoca a diferentes especialidades, a un día en concreto hacer una comunicación a distancia con el médico solicitante. Se hace un breve ateneo planteando la problemática del lugar que pide la valoración.” (E N° 7 - Médico de planta).

En muchos sistemas de salud, mejorar y extender las estrategias de integración y coordinación asistencial entre niveles se vuelve prioritario, especialmente frente a las condiciones que requieren la intervención de múltiples equipos y servicios (Terraza Núñez et al., 2006; Henao Martínez et al., 2009). En este contexto, el análisis de la articulación operativa entre efectores de alta complejidad se proyecta hacia un plano sistémico, en el que la modalidad de atención mediada por la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) permite escalar desde la coordinación caso a caso hacia formas más amplias de articulación federal, conectando distintos niveles de atención y jurisdicciones. Desde esta mirada, en clave de política pública, algunas jefaturas impulsan la teleconsulta asincrónica como una estrategia con potencial para articular centros de distintos niveles de complejidad y contribuir a compensar desigualdades territoriales en un país extenso y heterogéneo.

“... lo que se necesita es (...) un sistema de salud comunicado (...) se provincializó cada sistema de salud, en realidad, hay una necesidad de que funcione en forma federal (...) este sistema de la OCD (...) es una solución enorme para otros centros en donde no se puede (...) siendo un país extenso como Argentina (..) es fundamental esto.” (E N° 5 - Jefe de servicio).

Esta perspectiva que sostiene la necesidad de articular los procesos asistenciales encuentra respaldo en los marcos de Redes Integradas de Servicios de Salud y de cobertura universal, que promueven redes coordinadas entre prestaciones de distintos niveles de atención (OPS, 2010; OPS, 2014; OPS, 2017). A su vez, la evidencia sobre telesalud muestra que los intercambios asincrónicos entre profesionales acortan distancias, agilizan la referencia y mejoran el acceso, aportando mecanismos adicionales de coordinación (CEPAL, 2013; OPS, 2016; Vimalananda et al., 2015; Liddy et al., 2019).

Por último, los entrevistados refieren un caso puntual que ilustra una de las limitaciones del dispositivo en su etapa de implementación. Desde la referencia administrativa se advierte que, en contextos donde existen demoras estructurales, la canalización de solicitudes a través de la OCD no logra

acelerar los tiempos de espera para estudios, ya que estos siguen dependiendo exclusivamente de la disponibilidad del servicio requerido. En este sentido, el dispositivo no corrige los cuellos de botella existentes, sino que se inserta en una dinámica ya condicionada por las restricciones del sistema.

“(¿De qué manera crees que esta modalidad afecta el tiempo de espera para los pacientes?) Me parece que la espera de los pacientes no tiene que ver con esto en ningún caso (...) No, no con lo que tiene que ver con estudios.” (E N° 4 - Referente administrativa).

Este señalamiento delimita el alcance del dispositivo a su dimensión organizativa y recuerda que la oferta e infraestructura cuando son inadecuadas requieren de decisiones de gestión y políticas específicas.

En síntesis, los testimonios describen a la teleconsulta asincrónica mediada por la OCD como una puerta de entrada organizada al tercer nivel. La vía formal encuadra el motivo del pedido, tamiza y prioriza, corrige desajustes de especialidad y ordena la derivación con menos reprogramaciones. Aporta evaluación y orientación a distancia y habilita el ingreso por canal formal ante obstáculos no geográficos. Además, favorece el trabajo entre equipos y prepara el contacto presencial cuando corresponde. Su alcance no incluye la reducción de demoras estructurales vinculadas a la capacidad instalada.

Hasta aquí se describieron las potencialidades del dispositivo para articular servicios; a continuación, se distinguen los obstáculos que condicionan esa coordinación en dos planos complementarios.

VII.II Desafíos para la coordinación: barreras institucionales y del sistema

Más allá de las potencialidades de las teleconsultas asincrónicas, las dificultades de esta modalidad también aparecen en las narrativas de los equipos de salud. Los límites que señalan los entrevistados tensionan la coordinación asistencial y debilitan el entramado de red entre servicios. Algunas barreras se ubican en el plano institucional del hospital y otras en el

plano estructural del sistema, con efectos directos sobre la posibilidad de sostener interacciones regulares, trazables y previsibles entre equipos.

En relación a las dificultades institucionales intrahospitalarias, los relatos señalan, en primer término, una difusión insuficiente de la vía OCD y la persistencia de canales informales para la referencia, lo que debilita el uso coordinado del dispositivo. En la práctica, este desconocimiento sobre la OCD habilita atajos por contactos personales que “aceleran” el trámite, pero erosionan lo formal.

“Yo creo que hay que reforzar la difusión porque me parece que es un recurso que está subutilizado al menos para nuestra especialidad porque, vuelvo a decir, hay gente que no sabe que existe la vía.” (E N° 8 - Jefa de servicio quirúrgico).

“... hay muchos lugares que todavía no lo saben y creo que también pasa que por ahí la red informal de que te llama un conocido, es más rápida. Pero claro, se pierde lo formal...” (E N° 7 - Médico de planta, servicio quirúrgico).

Esto último va en una dirección contraria a lo que se ha sostenido desde la literatura: la coordinación efectiva depende de contar con protocolos claros y sistemas de información que soporten el intercambio regular; cuando prevalecen circuitos informales, la referencia se vuelve errática y pierde trazabilidad (Terraza Núñez et al., 2006; Vignolo et al., 2011). A las dificultades vinculadas con el desconocimiento profesional sobre el dispositivo de teleconsultas, se suma la escasez de orientación al usuario, que multiplica los recorridos erráticos entre centros y traslada al paciente la carga de resolver dónde y cómo acceder. Cabe resaltar que, desde la perspectiva del usuario, la continuidad en el proceso asistencial es el resultado visible de una coordinación; su ausencia, en cambio, se traduce en trayectorias fragmentadas (Vázquez et al., 2009; OMS, 2008).

“Cuando no existen las redes de atención primaria aceitadas, no se generan redes de atención desde los distintos niveles (...) Sale el paciente con su orden a ver dónde puede realizarse el estudio (...) el

paciente pasa (...) dentro de toda la provincia de Buenos Aires. Digo, peregrinando...” (E N° 4 - Referente administrativa).

“Dicen, vaya (...) tiene que ir a ver un nefrólogo. Y la gente no sabía dónde había un nefrólogo. (...) O muchas veces venían con el papelito y la gente llegaba acá y no sabía qué hacer. A mí me dijeron que tengo que ver un nefrólogo (...) la gente muchas veces queda a la deriva. Vaya a ver a tal. Y la gente dice, ¿dónde hay?.” (E N° 14 - Jefa de servicio clínico).

En el nivel organizativo, se subraya un desajuste persistente entre la demanda y los recursos disponibles del hospital, que se expresa en la insuficiencia de turnos y de capacidad operativa (equipamiento, dotación, agendas) para absorber la demanda asistencial que tiene la institución, generando demoras y reprogramaciones que acotan el alcance coordinador del circuito.

“O sea, nosotros tenemos un cupo limitado (...) con determinados equipos, con determinada infraestructura, con determinados profesionales. Entonces no podemos hacer más de lo que se puede pero claramente hoy se está generando más demanda que lo que podemos ofrecer.” (E N° 4 - Referente administrativa).

En términos del marco de Vázquez et al (2009), acceso, coordinación y continuidad son resultados intermedios, mientras que equidad y eficiencia son resultados finales, y su desempeño está condicionado por el contexto y la asignación de recursos. En nuestro caso, los cupos limitados señalados por los equipos restringen el impacto potencial del circuito de coordinación. En una escala institucional más amplia, los cambios de gestión y la variabilidad de prioridades dificultan, a su vez, planificar y jerarquizar la estrategia OCD en el mediano plazo.

“...al ser un hospital nacional, los cambios de gobierno van generando esta incertidumbre de cambiar la Misión vendría a ser, ¿no?, que tiene el hospital como tal. Entonces vivimos como cada cuatro años cambiando las perspectivas. Sí, eso hace difícil que uno pueda pensar algo a largo plazo.” (E N° 4 - Referente administrativa).

“...será una cuestión de ir acomodándose y ver cuáles son los objetivos o si está dentro del plan, digamos, potenciar esta estrategia (...) darle un poco más de lugar. Me parece que no hay, como desde arriba, no hay un interés particular. Pero no quiere decir que en algún momento...” (E N° 13 - Jefa de servicio clínico). (MT institucionalismo y procesos organizacionales).

Además de estos límites, aparece un efecto sobre la sostenibilidad del trabajo clínico cuando faltan redes de sostén compartido: en casos complejos, la carga recae en pocos equipos y se resiente la capacidad de respuesta.

“...cuando tienen complicaciones (...) y muchos casos complejos, la sobrecarga sobre los equipos de salud que hacen este tipo de prácticas influye en un montón, psicológicamente hablando influye en un montón (...) por ahí está bueno que haya una red que también sostenga (...) no que vos seas el único efector...” (E N° 1 - Médica de planta, servicio quirúrgico).

Desde una perspectiva organizativa, la literatura propone reemplazar la lógica piramidal por redes de servicios basadas en reciprocidad y complementariedad entre instituciones, que distribuyen responsabilidades clínicas y sostienen a los equipos en forma compartida (Rovere, 2006). La consolidación de redes y mecanismos de coordinación requiere continuidad institucional y una gobernanza estable; cuando las prioridades cambian con cada gestión, los procesos se interrumpen y los avances se vuelven frágiles (OPS, 2017). La demanda de ‘sostén compartido’ que aparece en las entrevistas se inscribe en esa lógica de continuidad institucional: sin redes formales, la carga se concentra en pocos equipos y se reduce la capacidad resolutive del conjunto.

A los límites de capacidad instalada mencionada más arriba, se suman coyunturas que agravan la respuesta del sistema como el desabastecimiento nacional de medicación para IVE, que expone dependencias de provisión y coordinación supra-institucional.

“...y en este momento no disponemos de medicación (...) no tenemos medicación para hacer el IVE completo, no tenemos Mifepristona (...)

está cerrado el programa de nación, según tengo entendido. Yo no tengo comunicación directa con la gente del programa, pero tengo entendido que no responden en farmacia." (E N° 1 - Médica de planta, servicio quirúrgico).

Estas coyunturas se inscriben en un panorama más amplio de demoras asociadas a carencias de infraestructura, insumos y recursos humanos, que exceden la capacidad del dispositivo para resolverlas y comprometen la seguridad del paciente.

"...todo lo que tiene que ver con la seguridad del paciente pasa por eso, por las demoras y las tardanzas en los diagnósticos y en los tratamientos a falta de determinadas cuestiones..." (E N° 4 - Referente administrativa).

La evidencia advierte que los mecanismos de coordinación ordenan flujos e información, pero no sustituyen la capacidad instalada ni los insumos necesarios; articulan, no reemplazan (Terraza Núñez et al., 2006). En las entrevistas, esta frontera queda nítida: aunque la OCD organice la referencia, el faltante de fármacos o de turnos sigue postergando diagnósticos y tratamientos.

Desde aquí, el análisis se desplaza del plano organizativo-institucional al plano estructural del sistema.

En relación particularmente a la disponibilidad de instituciones de salud en los distintos territorios, los testimonios refieren escasez de efectores especializados. Esto dificulta el armado de redes regionales de servicios y de mejorar la posibilidad de resolver localmente determinadas problemáticas, lo cual sobrecarga a los centros de referencia.

"...hay pocos efectores locales en nuestra especialidad. Hay muy poquitos (...) hay que seguir fortaleciendo la red. La red en Neurología está muy verde todavía." (E N° 10 - Jefa de servicio clínico).

Finalmente, los relatos de los entrevistados sitúan estas dificultades en una dimensión sistémica: la fragmentación entre Nación, Provincia y Municipios, y su expresión en una débil articulación entre los niveles de

atención que dependen de estas jurisdicciones. Ambas, fragmentación y desarticulación, impactan directamente en los circuitos de atención y en la coordinación asistencial cotidiana, como lo expresa un jefe de servicio clínico:

“La fragmentación del sistema me parece que atenta contra todo esto y sobre la referencia y contrarreferencia. Me parece que también es la falta de articulación entre los niveles. Es complejo, tenemos nación, provincia y municipio y ahí están las barreras que nosotros vivimos...” (E N° 3).

Este diagnóstico coincide con lo señalado por la OPS (2010; 2014; 2017), quien plantea que frente a contextos segmentados y fragmentados es relevante desarrollar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) centradas en la APS como estrategia para superar la desarticulación entre niveles asistenciales y jurisdicciones políticas. En ausencia de este enfoque, los procesos de referencia y contrarreferencia tienden a debilitarse y perder eficacia.

En este marco, las asimetrías institucionales y la fragmentación jurisdiccional no solo interrumpen los circuitos de derivación, sino que también erosionan las condiciones necesarias para el funcionamiento de una red integrada. Incluso en contextos donde se implementan dispositivos como la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD), que formalizan, ordenan y trazan los flujos asistenciales, la falta de articulación estructural limita su capacidad de sostener procesos coordinados en el tiempo y a escala interjurisdiccional. En conjunto, los testimonios muestran que la teleconsulta asincrónica se despliega en un entorno restrictivo donde coexisten fallas de difusión y orientación, límites organizativos, coyunturas de provisión, variabilidad de conducción y asimetrías territoriales, que culminan en la fragmentación sistémica. Aun cuando la OCD aporta un canal organizado, su alcance queda condicionado por estas barreras que definen las posibilidades reales de acceso y coordinación.

VII.III: Conclusiones

La teleconsulta asincrónica mediada por la OCD aporta mecanismos concretos de coordinación asistencial y trabajo en red entre niveles de atención: instala una vía formal y trazable para la referencia, estandariza información, ordena y prioriza solicitudes y habilita acuerdos clínicos a distancia que preparan mejor el contacto presencial. En un plano institucional, estos aportes conviven, sin embargo, con barreras que debilitan su desempeño cotidiano. Entre ellas la difusión irregular de la vía formal (conocimiento desigual del circuito, del uso del formulario y de los requisitos de envío entre servicios y remitentes), persistencia de circuitos informales, la insuficiente orientación al usuario, cupos y demoras internas y cambios en la conducción del hospital (cambios de prioridades y de respaldo institucional que afectan la continuidad, la asignación de recursos y el seguimiento de la estrategia OCD). Allí donde los soportes operativos están presentes, las trayectorias ganan previsibilidad; cuando faltan, la coordinación se vuelve errática.

Paralelamente, la capacidad del dispositivo queda condicionada por la segmentación y fragmentación que presenta el sistema de salud entre distintas jurisdicciones (Nación, Provincia y Municipios), que en muchos casos se encuentran a cargo de efectores pertenecientes a distintos niveles de atención. Asimismo, la oferta territorial desigual de alta complejidad y contingencias de provisión (interrupciones o faltantes de insumos, medicamentos, reactivos, equipamiento o mantenimiento que obligan a suspender o reprogramar prestaciones) interrumpen diagnósticos y tratamientos.

En conjunto, los hallazgos muestran que la teleconsulta asincrónica mediada por la OCD se perfila como un mecanismo de referencia y que además aporta instrumentos concretos para la coordinación asistencial y el trabajo en red entre niveles. No obstante, su desempeño queda condicionado por atributos institucionales propios del Hospital Posadas y por factores estructurales del sistema que, cuando fallan, debilitan el entramado de red y vuelven errática la continuidad del cuidado.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES GENERALES

Este capítulo de conclusiones tiene como propósito sistematizar y articular los principales hallazgos derivados de la investigación, retomando e interpretando de manera integrada los resultados expuestos en los capítulos precedentes de la tesis. El punto de partida es el análisis del derrotero de la implementación de la teleconsulta asincrónica en un centro hospitalario de tercer nivel, con especial énfasis en su incidencia en el acceso a prestaciones de alta complejidad y en los mecanismos de coordinación asistencial entre niveles de atención.

La estructura del capítulo se organiza siguiendo el recorrido analítico desarrollado en la investigación. En primer término, se recupera la experiencia de los equipos para describir los circuitos de gestión que demanda la teleconsulta, así como las implicancias y tensiones que dichos circuitos plantean en relación con el acceso. En segundo término, se reconstruyen los procesos de referencia, tamizaje y priorización entre profesionales, atendiendo a las lógicas de decisión y jerarquización que los sustentan. Por último, se examinan los efectos sobre la coordinación asistencial y la configuración de red interinstitucionales.

De este modo, las conclusiones no sólo buscan sintetizar los aportes del análisis sobre el funcionamiento, alcance y límites de la teleconsulta asincrónica en el contexto estudiado, sino también avanzar en una propuesta analítica que permita interpretar las condiciones bajo las cuales este dispositivo puede consolidarse como una herramienta estructurante del acceso a prestaciones de alta complejidad y la articulación asistencial entre distintos niveles del sistema de salud.

VIII.I Institucionalización del acceso y reconfiguración de las prácticas organizativas

Los hallazgos muestran un circuito institucional que vincula la solicitud con la respuesta por subespecialidad a través de una puerta de entrada centralizada en la OCD, con estandarización de resúmenes y adjuntos, registro con trazabilidad y seguimiento. Por su parte, los servicios realizan la

lectura clínica, la asignación interna y la devolución. Este itinerario reduce ambigüedades, extravíos y reiteraciones, y prepara mejor el encuentro presencial. Desde la perspectiva de acceso, lo relevante es mejorar el “ajuste” entre necesidades y recursos durante la búsqueda y obtención de atención; bajo ese encuadre, la centralización del ingreso y la trazabilidad del circuito refuerzan ese ajuste en el tramo que va de la solicitud al inicio de la atención (Frenk, 2014; OPS, 2020).

La recepción y el manejo inicial de las solicitudes varían entre servicios. En ausencia de una norma común, se activan márgenes de discrecionalidad de la primera línea: los propios equipos definen por usos y costumbres quién abre el correo, quién realiza la primera lectura clínica y cómo se distribuyen los casos (Ariovich, 2024). Además, cuando existe personal administrativo que ordena agendas, gestiona turnos y sostiene la comunicación con remitentes y pacientes, disminuye el riesgo de extravíos y retrasos y se estabiliza el flujo entre la OCD y los servicios. Desde una clave organizacional, formalizar un responsable con funciones y tiempos definidos convierte la regla en rutina operativa y reduce la ambigüedad en la ejecución (Vergara, 2001).

Las diferencias de desempeño se explican por arreglos de implementación en tres planos que se interdependen: funcional, material y político. Importa quién hace qué y en qué plazos en un hospital nacional que coordina con efectores provinciales y municipales, con qué recursos se cuenta efectivamente para sostener la tarea asincrónica y qué acuerdos formales e informales ordenan la interacción entre profesionales, jefaturas y direcciones (Chiara y Di Virgilio, 2009). En el nivel operativo, la implementación en los servicios es el tramo donde el dispositivo de teleconsultas asincrónicas y la organización local se ajustan a través de movilización, implementación e institucionalización; su eficacia depende tanto del diseño como de las decisiones cotidianas de las burocracias de primera línea que materializan la prestación (Ariovich, 2024).

Como dispositivo organizativo, la teleconsulta asincrónica reconfigura prácticas y sentidos profesionales. Las reglas formales fijan procedimientos y reducen costos de transacción al ofrecer un canal institucional para gestionar

prestaciones de alta complejidad, pero su efecto se procesa en rutinas que se estabilizan gradualmente y con dependencia de la senda; por eso conviven vías previas e informales mientras se consolidan las nuevas prácticas (Vergara, 2001; Kalmanovitz, 2003; Tijerina, 2008). Vista en perspectiva, la institucionalización que aporta la OCD constituye una ventaja respecto de los intercambios personales previos discrecionales e informales: encausa relaciones existentes en procedimientos estables con respaldo documental y normativo, condición clave para coordinar entre servicios y niveles y para consolidar aprendizajes organizacionales en el tiempo (OPS, 2017). En síntesis, el circuito OCD–servicios aporta orden y previsibilidad en el tramo que va de la solicitud al inicio de la atención y mejora la preparación de la consulta, aunque su alcance queda condicionado por las condiciones organizativas y tecnológicas de la implementación y por la capacidad instalada.

VIII.II La referencia asincrónica como espacio de mediación clínica y de articulación interinstitucional

Con este ordenamiento como soporte, el análisis se desplaza hacia la referencia como mecanismo que articula decisiones entre equipos y niveles, entendida aquí como el tramo del proceso asistencial que enlaza la solicitud con decisiones operativas entre efectores: cada solicitud es evaluada por la o el especialista del hospital a partir del cuadro clínico descrito y de la información adjunta remitida por el equipo solicitante.

Esa evaluación determina si el problema corresponde ser atendido en el hospital o si puede continuar su manejo en el lugar de origen con orientaciones precisas. A partir de esta lectura se definen cursos de acción: brindar indicaciones o sugerencias al equipo que consultó para que continúe localmente, pedir aclaraciones o estudios complementarios cuando falta información clave, programar una consulta presencial en el hospital o promover un intercambio entre profesionales cuando el caso requiere coordinar miradas de subespecialidades. Este tamiz organiza la demanda hacia las áreas correspondientes y mejora la preparación de los casos que efectivamente ingresarán al hospital. La evaluación asincrónica prepara mejor

el encuentro presencial y evita derivaciones o estudios innecesarios cuando corresponde (Vimalananda et al., 2015).

Los criterios que orientan la decisión se sostienen en la clínica, pero no operan de manera aislada. Además de la gravedad o urgencia, del tipo de problema de salud, de la necesidad de examen presencial y de la capacidad de resolución disponible, la lectura se modula por factores relacionales y de comunicación entre equipos. Importa la claridad y suficiencia del resumen y de los adjuntos, pero también el conocimiento previo del remitente, las experiencias compartidas y el grado de confianza construido en intercambios anteriores. La comunicación y el conocimiento mutuo entre profesionales son determinantes de la coordinación y condicionan la referencia efectiva (Terraza Núñez et al., 2006). Cuando hay antecedentes de trabajo conjunto y la documentación está bien organizada, las indicaciones se emiten con mayor rapidez y especificidad; cuando la relación es incipiente o la información es ambigua, se solicitan precisiones antes de avanzar.

La procedencia territorial introduce consideraciones logísticas para la programación de turnos y la coordinación de estudios en una misma visita. Estos ajustes logísticos en la programación y coordinación entre servicios se documentan en la literatura sobre coordinación clínica entre efectores (Terraza Núñez et al., 2006). En esos casos, se procura organizar el recorrido intrahospitalario para reducir tiempos improductivos y evitar desplazamientos innecesarios, de modo que el encuentro presencial concentre etapas y llegue con el problema más delimitado. La anticipación de indicaciones y estudios desde la evaluación asincrónica acorta el recorrido intrahospitalario y mejora la preparación de la consulta (Vimalananda et al., 2015). Con esta preparación, la consulta presencial arriba con mayor información y con indicaciones más precisas para la toma de decisiones, lo que favorece un uso más pertinente del tercer nivel y evita ingresos que no aportan valor para el paciente o el equipo tratante. El encuadre asincrónico filtra motivos no pertinentes para tercer nivel y orienta conductas locales cuando es posible (Vimalananda et al., 2015).

Se precisa que este tamiz, por sí mismo, no modifica los tiempos de espera cuando estos dependen de la capacidad instalada de los servicios. Su aporte reside en ordenar la demanda, clarificar la pertinencia y priorizar según necesidad y oportunidad, de modo que los turnos disponibles se asignen con mayor adecuación al problema de salud. En suma, este funcionamiento incrementa la pertinencia y la oportunidad en la asignación de turnos y en el uso del tercer nivel.

En términos generales, se observa una variabilidad acotada en la forma de operar entre servicios, asociada a arreglos internos, a la carga asistencial y a las trayectorias previas de trabajo entre equipos. Aun con esa variación, el patrón general se mantiene estable: criterios clínicos en el centro de la decisión, factores de confianza y comunicación como moduladores del curso de acción, y uso de la instancia asincrónica para orientar, preparar y priorizar. Este funcionamiento consolida a la teleconsulta asincrónica como un filtro organizativo que mejora la adecuación del uso del tercer nivel sin prometer resolver los límites estructurales de oferta.

En el plano intrahospitalario, la teleconsulta asincrónica organizada por la OCD ordena la circulación hacia subespecialidades, facilita interconsultas y permite preparar visitas con participación de más de un servicio cuando el caso lo requiere. Ese ordenamiento mejora la coherencia de las decisiones, acorta tiempos improductivos dentro del hospital y reduce recorridos innecesarios. Como articulador entre equipos y niveles, la OCD opera como nexo organizativo que reduce fricciones logísticas: ordena disponibilidades, convoca interconsultores e integra, cuando corresponde, tiempos y lugares para quienes solicitan y quienes responden. Este enlace facilita el avance coordinado de los pasos necesarios para la resolución del caso. Conectar acceso y coordinación asistencial orienta los mecanismos que mejoran el “ajuste” entre población y recursos (Frenk, 2014; OPS, 2020).

Hacia afuera, habilita una vía o canal de comunicación institucional y formal entre efectores que ordena los pedidos, encuadra el motivo clínico y diferencia con mayor precisión qué puede resolverse localmente y qué requiere efectivamente ingreso a alta complejidad. Esta canalización formal

estandariza la solicitud, agrega trazabilidad y visibiliza la demanda proveniente de establecimientos con recursos dispares, redundando en orientaciones más claras para los equipos remitentes y en casos que llegan mejor preparados al tercer nivel. Un canal institucional de referencia entre efectores es un mecanismo formal de coordinación que ordena pedidos, estandariza información y hace trazable el intercambio (Terraza Núñez et al., 2006; OPS, 2017).

El alcance de esta coordinación interhospitalaria queda condicionado principalmente por heterogeneidades entre jurisdicciones, así como por la disponibilidad tecnológica (conectividad, equipamiento, sistemas) y los niveles de apoyo que brindan las autoridades hospitalarias durante las diferentes gestiones, factores que dificultan estabilizar acuerdos y ritmos de trabajo compartidos. Aun con estas limitaciones, el canal institucional y formal que provee la OCD mejora la consistencia de las decisiones entre efectores y contribuye a que los casos que efectivamente necesitan el tercer nivel lleguen con información suficiente y con el trayecto intrahospitalario mejor organizado. La coordinación asistencial entre niveles (incluidos los sistemas de referencia y contrarreferencia) es una condición organizativa para que oportunidad, adecuación y calidad del cuidado no dependan del territorio ni del subsector (OPS, 2020; Frenk, 2014; Ballesteros, 2014).

VIII.III La teleconsulta asincrónica como dispositivo de transformación del modelo asistencial

Con base en los hallazgos, la implementación de la teleconsulta asincrónica gestionada por la Oficina de Comunicación a Distancia funciona como un mecanismo formal de referencia que centraliza el ingreso, estandariza la información clínica requerida y deja trazabilidad del intercambio entre profesionales, con efectos organizativos sobre la preparación de la consulta presencial y la reducción de ineficiencias en el uso de turnos. Estos efectos sobre el acceso oportuno y la coordinación asistencial se consideran condicionados por la capacidad operativa disponible (agendas, cupos, tiempos de respuesta) y por el soporte tecnológico e informático (conectividad, equipamiento, registro institucional). De este funcionamiento se derivan

implicancias en tres planos articulados: en los circuitos de gestión, la teleconsulta configura un circuito formal con roles definidos, requisitos de información y registro que habilitan seguimiento y retroalimentación; en la referencia, la evaluación asincrónica permite tamizar y priorizar por motivo clínico y ajustar indicaciones y tiempos según complejidad y urgencia, mejorando la preparación de estudios y consultas de alta complejidad; en la coordinación asistencial, cuando existen condiciones organizativas mínimas, el dispositivo contribuye a articular entre niveles y a fortalecer la continuidad del cuidado, mientras que, frente a cuellos de botella, su aporte se expresa principalmente en ordenar la demanda, dar previsibilidad y mejorar la comunicación interinstitucional.

La implementación de la vía asincrónica mediada por la OCD mejora el acceso porque actúa sobre las dimensiones organizacionales, espaciales y temporales del uso de los servicios, mejorando el “ajuste” entre necesidades de las personas y recursos disponibles a lo largo del proceso de atención (Frenk, 2014; OPS, 2020). Desde lo organizacional, el circuito formal centraliza el ingreso, estandariza resúmenes y adjuntos, deja trazabilidad y sostiene el seguimiento; esto reduce extravíos, baja la ambigüedad y ordena la demanda hacia la subespecialidad pertinente, lo que aumenta la oportunidad y la adecuación de la atención. Desde lo espacial y temporal, la lectura remota del caso permite orientar y preparar el encuentro presencial, evitar traslados y estudios innecesarios y, cuando corresponde, concentrar pasos en una única visita, lo que disminuye tiempos improductivos y costos de desplazamiento. En conjunto, estos mecanismos traducen disponibilidad en utilización efectiva y más pertinente, y fortalecen la continuidad del cuidado al articular momentos y equipos.

En la arquitectura por niveles, el dispositivo opera en línea con los principios de organización por complejidad y con los marcos de redes integradas de servicios de salud. Al encuadrar el motivo clínico y formalizar la comunicación entre efectores, contribuye a que los casos que requieren alta complejidad lleguen en mejores condiciones para ser resueltos, mientras que los que pueden manejarse localmente reciben asesoramiento para continuar

sin escalar niveles. Esto mejora la coordinación entre servicios y reduce usos inadecuados del tercer nivel.

El alcance de estos beneficios queda condicionado por cuellos de botella de oferta y por la infraestructura tecnológica e informática; cuando esos límites se hacen presentes, los efectos sobre el acceso se atenúan, pero no se anulan: el dispositivo continúa proveyendo orden, previsibilidad y continuidad dentro de las capacidades disponibles.

VIII. IV Valor estratégico, efectos y retos de la teleconsulta asincrónica

La teleconsulta asincrónica se configura como un dispositivo organizativo estratégico que articula flujos, recursos y decisiones clínicas dentro de contextos institucionales complejos, centralizando el ingreso de solicitudes, estandarizando información clínica y garantizando trazabilidad. Su implementación estabiliza rutinas, reduce ambigüedades y fortalece el ajuste entre necesidades de los pacientes y disponibilidad de recursos, mejorando la pertinencia y oportunidad de la atención. Actúa como un instrumento que prepara la consulta presencial, orienta la referencia a subespecialidades y prioriza casos según complejidad y urgencia, contribuyendo a un uso más racional del tercer nivel. Asimismo, facilita la coordinación asistencial entre equipos y niveles mediante un canal institucional formal que organiza la comunicación y anticipa indicaciones, optimizando el trabajo conjunto y la gestión del conocimiento clínico.

A pesar de estas potencialidades, persisten márgenes de discrecionalidad por parte de los propios profesionales en la implementación cotidiana del dispositivo, lo que introduce variaciones en la manera en que se manejan solicitudes, se distribuyen casos y se aplican protocolos. Esta flexibilidad, aunque funcional para adaptarse a contextos específicos, evidencia que la eficacia plena de la teleconsulta depende no solo de la formalización de procesos y rutinas, sino también de la consolidación de prácticas compartidas y del alineamiento de criterios clínicos y organizativos. Paralelamente, su funcionamiento continúa condicionado por los diferentes niveles de apoyo de las autoridades hospitalarias, la capacidad instalada, la

disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos y la estandarización de procesos entre servicios y niveles.

En términos generales, los hallazgos permiten reconocer el valor de la teleconsulta como dispositivo de integración de procesos asistenciales en escenarios marcados por una fuerte fragmentación y segmentación del sistema. Optimiza recursos, fortalece la articulación entre niveles y promueve un modelo de atención más coordinado, accesible y centrado en las necesidades de las personas. Su consolidación como herramienta estratégica, no obstante, requiere fortalecer los marcos institucionales, capacidades de gestión y mecanismos de interoperabilidad, abriendo asimismo líneas futuras de investigación e intervención en torno a la digitalización de la información, al trabajo en red y a la gestión de la discrecionalidad profesional en los espacios institucionales.

CAPÍTULO IX: BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Villanueva, L. F. (1996). Estudio introductorio. En J. L. Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las políticas públicas* (pp. 14–92). Miguel Ángel Porrúa.

Andréu, J. (2000). *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Argentina, Ministerio de Salud. (2017). *Resolución 900-E/2017: Tipologías de establecimientos de salud, criterios básicos de categorización y tipologías de camas* (Programa Nacional de Garantía de Calidad; incorporación al REFES). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 19 de julio de 2017. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/166717/20170719>

Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). *Plan Nacional de Telesalud 2018–2024* (Anexo IF-2019-02991484-APN-DNSIS#MSYDS, Resolución 21/2019). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 9 de enero de 2019. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_plan_nacional_de_tele_salud_def.pdf

Argentina, Secretaría de Gobierno de Salud. (2018). *Estrategia Nacional de Salud Digital 2018–2024* (Resolución 189/2018, Anexo IF-2018-48086499-APN-SSCPS#MSYDS). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 30 de octubre de 2018. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-189-2018-315832>

Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud, Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud. (2019). *1° Recomendación para el uso de la telemedicina: Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real* (Disposición 1/2019, Anexo IF-2019-64753951-APN-SSCPS#MSYDS).

Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposición-1-2019-328394>

Argentina, Ministerio de Salud. (2020). *Guía para equipos de salud: Programa TeleCOVID-19*. Dirección Nacional de Telesalud y Comunicación a Distancia.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/07/guia-para-equipos-de-salud-programa-telecovid19.pdf>

Argentina, Ministerio de Salud. (2022). *Resolución 581/2022: Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta (TCP)* (RESOL-2022-581-APN-MS). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 30 de marzo de 2022.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/263876/20220330>

Ariovich, A. (2023). *Accesibilidad a los sistemas de salud en dos municipios del conurbano bonaerense: entre la gestión de la política sanitaria local y las experiencias de los actores y las familias* [Tesis doctoral no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales].

Ariovich, A., y Crojethovic, M. (2020). Las redes de servicios. Contribuciones en el acceso y la cobertura de salud. *Saúde e Sociedade*, 29(3), e190888.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190888>

Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., y Suárez Jiménez, J. M. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. OPS/OMS.

Ballesteros, M. S., Freidin, B., y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido: barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En M. Pecheny y M. Palumbo (Comps.), *Esperar y hacer esperar* (capítulo). Teseo. <https://doi.org/10.55778/ts874240934>

Ballesteros, M. S. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios* (Documentos de Jóvenes Investigadores, N.º 41). Instituto

de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Bagolle, A., Casco, M., Nelson, J., Orefice, P., Raygada, G., y Tejerina, L. (2022). *La gran oportunidad de oro de la salud digital en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004153>

Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Krupinski, E. A., y Grigsby, J. (2011). The taxonomy of telemedicine. *Telemedicine and e-Health*, 17(6), 484–494. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0103>

Cabrera Mendoza, N. I. (2023). *Disponibilidad, aceptación y uso de TIC como mecanismos de coordinación asistencial y los factores que influyen en dos servicios públicos de salud en México y Colombia durante la pandemia COVID-19* [Tesis doctoral, Universidad Veracruzana]. 1Library. <https://1library.co/es/docs/disponibilidad-aceptaci%C3%B3n-mecanismos-coordinaci%C3%B3n-asistencial-servicios-p%C3%BAblicos-colombia.12571046>

Carniglia, L. A., D'Onofrio, M. S., Elmeaudy, P., González, J. H., Torolla, J. L., y Castelli, M. (1999). Oficina de Comunicación a Distancia. *Medicina Infantil*, 6(2), 92–95.

Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13), 145-183.

Cetrángolo, O., Goldschmit, A., Lima Quintana, L., San Martín, M., y Aprile, M. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. PNUD; CEPAL (Oficina en Buenos Aires); OPS.

Cetrángolo, O., y Goldschmit, A. (2012). *Sistema de salud argentino: Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal* (Informe final). Banco Mundial.

Cetrángolo, O., y Goldschmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal: El caso argentino* (Documento de trabajo IIEP N.º 24). Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires, FCE–UBA. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_iiep_024.pdf

Chiara, M. (2013). *Política de atención de la salud y relaciones intergubernamentales (RIG): continuidades e inflexiones en los patrones de interacción en el Gran Buenos Aires, Argentina (2001–2011)* [Tesis doctoral no publicada, Universidad de Buenos Aires].

Chiara, M. (2018). *La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001–2011*. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009). Conceptualizando la gestión social. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. (org.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. (pp 53-86). UNGS/Prometeo.

Cohen, M. (2023, 4 de diciembre). *La urgente necesidad de reformar el sistema público de salud de Argentina*. Infobae. <https://www.infobae.com/salud/2023/12/04/la-urgente-necesidad-de-reformar-el-sistema-publico-de-salud-de-argentina/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2013). *Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual*.

Corbin, J. (2009). Taking an analytic journey. En J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, y A. E. Clarke (Eds.), *Developing Grounded Theory: The Second Generation* (pp. 35–54). Left Coast Press.

Cortázar, J. C. (2007). Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales. En J. C. Cortázar (Ed.), *Entre el diseño y la evaluación: el papel crucial de la implementación de los programas sociales* (pp. 1–63). Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Coulomb, R. (1993). *La participación de la población en la gestión de los servicios urbanos: ¿privatización o socialización?* En *Gestión urbana y cambio institucional* (pp. 17–30).

Crojethovic, M., y Ariovich, A. (2015). Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*, 8(24), 38–50.

Danani, C. y Chiara, M. (2000). La “reconceptualización de la gestión” como cuestión clave en la formación de recursos humanos en políticas sociales. *Hintze, S. Estado y Sociedad: Las Políticas Sociales en los umbrales del siglo XXI. Buenos Aires, Colección CEA–UBA.*

Daniel, H., y Sulmasy, L. S. (2015). *Policy recommendations to guide the use of telemedicine in primary care settings: An American College of Physicians position paper. Annals of Internal Medicine*, 163(10), 787–789. <https://doi.org/10.7326/M15-0498>

Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2008). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3.ª ed., pp. 1–32). Sage Publications.

Fitzgerald, J. (2023). Recomendaciones para el desarrollo de sistemas de salud resilientes en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e101.

Fontana, A., y Frey, J. H. (2005). The interview. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3.ª ed., pp. 695–727). Sage Publications.

Freidin, B., y Najmias, C. (2011). Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas. *Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología*, 20(1), 51–70.

Freire, M. P., Silva, L. G., Meira, A. L. P., y Louvison, M. C. P. (2023). Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de COVID-19: Uma

revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, 57(Supl. 1), 4s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004748>

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438–453. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422>

Ganiele, M. de las N., Weisbrot, M. A., Sian, A. M., Carosella Reboredo, J. M., Weisbrot, M. V., y Grande Ratti, M. F. (2024). Alcances y limitaciones de la teleconsulta en pandemia de COVID-19: Relatos de profesionales de la salud del primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 20, e4579. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4579>

García Cuyàs, F., Vázquez, N., de San Pedro, M., y Hospedales, M. (2018). Estado actual de la telemedicina: ¿Dónde estamos y qué nos queda por hacer? *Medicina Clínica*, 150(4), 150–154. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.058>

García Saisó, S., Marti, M. C., Mejía Medina, F., Malek Pascha, V., Nelson, J., Tejerina, L., Bagolle, A., y D'Agostino, M. (2022). La transformación digital para una salud pública más equitativa y sostenible en la era de la interdependencia digital. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e1. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e1/>

Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing.

Gómez, P., y Rivera, J. (2019). Un problema social: tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín. *Estudios de la Gestión: Revista Internacional de Administración*, (5), 121–145.

Henao Martínez, D., Vázquez Navarrete, M. L., y Vargas Lorenzo, I. (2009). Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.05.001>

Henry, M. L., y Guglielmelli, M. M. (2024). *Innovaciones tecnológicas y transformaciones del proceso de trabajo en el sector salud: Tendencias e interrogantes en torno a las condiciones de trabajo*. Documentos de Investigación CEDET, Año 6(N.º 6). Centro de Estudios para el Desarrollo Territorial (CEDET), Universidad Nacional de Moreno. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/259783>

Herrera, A. G., Piccioli, S., Ruiz Yanzi, M. V., Luna, D. R., Plazzotta, F., Kopitowski, K. S., y Grande Ratti, M. F. (2023). Mayor uso de teleconsultas programadas y mensajería asincrónica del portal en atención primaria. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 43(4), 174–180. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i4.257>

Kalmanovitz, S. (2003). El neoinstitucionalismo como escuela. *Revista de Economía Institucional*, 5(9), 189–212.

Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative Inquiry*, 2(3), 275–284. <https://doi.org/10.1177/107780049600200302>

Liddy, C., Drosinis, P., & Keely, E. (2016). Electronic consultation systems: Worldwide prevalence and their impact on patient care – a systematic review. *Family Practice*, 33(3), 274–285.

Liddy, C., Moroz, I., Mihan, A., Nawar, N., y Keely, E. (2019). A systematic review of asynchronous, provider-to-provider, electronic consultation services to improve access to specialty care available worldwide. *Telemedicine and e-Health*, 25(3), 184–198. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0005>

López-Vázquez, J., Pérez-Martínez, D. E., Vargas, I., y Vázquez, M. L. (2021). Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), e00045620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045620>

Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Maceira, D., Cejas, C., y Olaviaga, S. (2010). *Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino* (Documento de Trabajo, N.º 49). CIPPEC.

Marcolino, M. S., Alkmim, M. B., Pessoa, C. G., Maia, J. X., y Cardoso, C. S. (2020). Development and implementation of a methodology for quality assessment of asynchronous teleconsultations. *Telemedicine and e-Health*, 26(5), 651–658. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0049>

Maxwell, J. A. (1996). A model for qualitative research design. En *Qualitative research design: An interactive approach* (pp. 1–13). Sage Publications.

Miranda-Mendizábal, A., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., Eguiguren, P., Ferreira-de-Medeiros, M., López, J., Bertolotto, F., Amarilla, D., y Vázquez Navarrete, M. L. (2020). Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria*, 34(4), 340–349. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Integrated health services: What and why?* (Technical Brief No. 1). OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth* (Global Observatory for eHealth Series, Vol. 2). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). *La salud pública en las Américas: instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública*.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de salud en las Américas (Montevideo, Uruguay, julio de 2005)*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-regional-sobre-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-declaracion>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Telesalud en América Latina y el Caribe: análisis de situación y recomendaciones para el desarrollo de políticas públicas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28393>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Salud en las Américas 2022: panorama de la Región de las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Agenda de Salud para las Américas 2008–2017*. OPS. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (Resolución CD53.R14). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Marco de implementación de un servicio de telemedicina*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina* (Publicaciones de la Representación OPS/OMS en Argentina, N.º 71).

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Transformación digital del sector salud: Caja de herramientas (sinopsis de políticas)*. OPS.

<https://www.paho.org/es/documentos/transformacion-digital-sector-salud-caja-herramientas-2023>

Palacios, A. D., y Maceira, D. (2014). *Capacidad resolutive y desempeño de redes hospitalarias en líneas de cuidado prevalentes: El caso del Hospital Posadas y su área de influencia en la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires* (Documento de trabajo CEDES N.º 127). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4443/1/Doc_t127.pdf

Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261–283.

<https://doi.org/10.1177/1473325002001003636>

Pierini, C. (2019). Estructura y organización de una red perinatal en el conurbano bonaerense (Provincia de Buenos Aires, Argentina). *Población & Sociedad*, 26(2), 34–63. <https://doi.org/10.19137/pys-2019-260202>

Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., y Casas Patiño, O. D. (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave*, 18(5), e7266

Rovere, M. (2006). *Redes en salud: Los grupos, las instituciones, la comunidad*. Agora.

Sbruzzi, A. del R., Ledesma, R., Domínguez, P., Gigliotti, E., y Ibarra, M. E. (2024). Evaluación de la usabilidad de la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19 en un hospital pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 122(1), e202310163. <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10163>

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Programa Nacional de Telesalud: en el contexto de redes integradas de servicios de salud*. Ministerio de Salud de Chile. <https://cens.cl/wp-content/uploads/2022/02/biblio-Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós.

Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485–495. <https://doi.org/10.1157/13096516>

Tijerina, E. (2008). El neoinstitucionalismo de Douglass C. North: una exposición crítica. *Cambio institucional y desempeño económico*.

Timmermans, S., y Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research: From grounded theory to abductive analysis. *Sociological Theory*, 30(3), 167–186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>

Tobar, F. (2015). Salud y cuestión social. En M. Chiara (Ed.), *Gestión territorial integrada para el sector salud. Cuaderno de trabajo* (pp. 11–19). Editorial UNGS.

Tobar, F., Olaviaga, S., y Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino* (Documento de Políticas Públicas/Análisis N.º 108). CIPPEC.

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.

Van der Stuyft, P., y De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662008000400014>

Vargas, I., Barros, X., Fernández, M. J., y Mayol, M. (2021). Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 400–413. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.05.003>

Vázquez Navarrete, M. L., y Vargas Lorenzo, I. (2006). Redes integradas de servicios de salud: ¿solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud*, 4(1), 5–9. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/7673>

Vázquez, M. L., Vargas, I., Unger, J. P., De Paepe, P., Mogollón-Pérez, A. S., Samico, I., Albuquerque, P., Eguiguren, P., Cisneros, A. I., Rovere, M., y Bertolotto, F. (2015). Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: The EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*, 5(7), e007037. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007037>

Vázquez, M. L., Vargas, I., García-Subirats, I., Unger, J. P., De Paepe, P., Mogollón-Pérez, A. S., Samico, I., Eguiguren, P., Cisneros, A. I., Huerta, A., Muruaga, M. C., y Bertolotto, F. (2017). La experiencia de los médicos en materia de coordinación entre niveles de atención y factores asociados: un estudio transversal en redes públicas de salud de seis países latinoamericanos. *Social Science & Medicine*, 182, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>

Vázquez, M. L., Vargas, I., Unger, J.-P., Mogollón, A., Ferreira da Silva, M. R., y De Paepe, P. (2009). Redes integradas de atención sanitaria en América Latina: hacia un marco conceptual para el análisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 360–367.

Vergara, R. (2001). *Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio en la política social desde la perspectiva institucional*. Universidad Autónoma Metropolitana.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Vimalananda, V. G., Gupte, G., Seraj, S. M., Orlander, J. D., Berlowitz, D. R., Fincke, B. G., y Simon, S. R. (2015). Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: A systematic review and narrative synthesis.

Journal of Telemedicine and Telecare, 21(6), 323–330.
<https://doi.org/10.1177/1357633X15582108>

CAPÍTULO X: ANEXOS

ANEXO Matriz de análisis 1

Núcleo Temático	Categorías	Códigos
La incorporación de las teleconsultas asincrónicas en los servicios hospitalarios: condiciones y desafíos organizativos y transformaciones en las prácticas profesionales	INTEGRACIÓN DE LA MODALIDAD ASINCRÓNICA A LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS	Mejora gradual en la organización y formalización interna del servicio para manejar las teleconsultas. Diversidad de modalidades de atención en el servicio según la subespecialidad y la situación clínica, con circuitos diferenciados de acceso para cada una. La respuesta más frecuente consiste en otorgar un turno para atención presencial cuando la consulta excede la capacidad resolutoria del profesional solicitante
	ADAPTACIÓN ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS PARA LA INCORPORACIÓN Y CONTINUIDAD DEL USO DE LA MODALIDAD ASINCRÓNICA	Conveniencia de asignar a una persona específica para el manejo de las solicitudes de OCD y evitar la dilución de responsabilidades. Importancia del personal administrativo para organizar las solicitudes y el circuito de teleconsultas asincrónicas
La incorporación de las teleconsultas asincrónicas en los servicios hospitalarios: condiciones y desafíos organizativos y transformaciones en las prácticas profesionales	DESAJUSTES ENTRE LAS PRÁCTICAS DE LOS EQUIPOS Y LAS CONDICIONES DE ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL, TIEMPO, ESPACIO Y NORMATIVAS PARA LA TELECONSULTA	Crecimiento de la modalidad asincrónica condicionado por la asignación institucional de tiempo y normativas específicas. Desarrollo de la modalidad asincrónica condicionado por el apoyo institucional y las prioridades de gestión. El tiempo destinado a las teleconsultas es adecuado, ya que la cantidad de consultas no interfiere con el funcionamiento habitual del servicio.
	RESISTENCIAS INICIALES ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS TELECONSULTAS ASINCRÓNICAS	Reconocimiento de la resistencia inicial del personal ante innovaciones, que puede revertirse con la implementación sostenida. Dependencia del uso adecuado de la modalidad para que la teleconsulta funcione o sea aceptada.
	CAMBIOS CULTURALES DE LOS PROFESIONALES Y ADAPTACIONES ANTE LAS TELECONSULTAS ASINCRÓNICAS	Valoración positiva de la teleconsulta y reconocimiento del uso extendido de la misma. Dependencia del uso adecuado de la modalidad para que la teleconsulta funcione o sea aceptada.
	INFLUENCIA DE LAS ADAPTACIONES Y APRENDIZAJES DE LA PANDEMIA EN EL USO DE LAS TELECONSULTAS ASINCRÓNICAS.	Aumento del uso de la modalidad asincrónica a través de la OCD durante la pandemia
	BARRERAS TECNOLÓGICAS / INFORMÁTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	Barreras operativas vinculadas a tecnologías informáticas, como la lentitud de las computadoras, que dificultan la implementación de la teleconsulta
Limitaciones y desafíos para el desarrollo de la modalidad asincrónica: percepciones y propuestas desde los equipos de salud	EL FORMULARIO DE LA OCD ES MUY ESQUEMÁTICO Y NO PERMITE RECOGER DATOS PARTICULARES DE LA ESPECIALIDAD	El formulario de consulta de la OCD es muy esquemático
	BARRERAS Y LIMITACIONES DE LA MODALIDAD ASINCRÓNICA FRENTE A LA ATENCIÓN PRESENCIAL	Preferencia por la consulta presencial, valoración positiva de estar cara a cara con el paciente. Limitaciones legales y clínicas para resolver a distancia casos complejos o con potencial riesgo.
	VALORACIÓN DE LA MODALIDAD ASINCRÓNICA COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA A LA ATENCIÓN PRESENCIAL	La modalidad asincrónica no reemplaza a la presencialidad, pero funciona como complemento. Seguimiento a distancia durante la internación y derivación posterior para consulta presencial.
	DESAFÍOS DE LA OCD PARA FORTALECER EL DESARROLLO DE LA MODALIDAD ASINCRÓNICA	Necesidad de mayor conocimiento entre los profesionales sobre el alcance y las funciones de la OCD

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas

ANEXO Matriz de análisis 2

Título Núcleo temático	Categorías que incluye	Códigos
Organización del trabajo clínico y recorrido de los pacientes: efectos percibidos con la modalidad asincrónica	EFFECTOS FAVORABLES EN EL REGISTRO, LA ESTADÍSTICA, LA TRAZABILIDAD Y LA VISIBILIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL	A través de la modalidad asincrónica se mejora la trazabilidad y formalidad de la comunicación interprofesional. La modalidad asincrónica mejora el registro estadístico y reduce el subregistro de las asistencias brindadas por el servicio.
	ALTO PRESENTISMO A LOS TURNOS OTORGADOS A TRAVÉS DE LA TELECONSULTA	Baja tasa de ausentismo en los turnos otorgados a través de la OCD
Organización del trabajo clínico y recorrido de los pacientes: efectos percibidos con la modalidad asincrónica	PREPARACIÓN ANTICIPADA DEL PACIENTE Y MEJORA EN LA CONSULTA PRESENCIAL	La evaluación asincrónica permite identificar estudios faltantes que el paciente puede completar en su lugar de origen antes de la consulta presencial, optimizando así la atención. El registro institucional de la asistencia brindada a través de la modalidad asincrónica mejora la consulta presencial al permitir conocer previamente al paciente
	EFFECTOS FACILITADORES DE LA TELECONSULTA SOBRE LA CARGA Y EL RECORRIDO DEL PACIENTE	Valoración de la modalidad asincrónica por facilitar y acortar los tiempos de espera del paciente, evitando traslados innecesarios para la obtención de turnos. Las teleconsultas muchas veces evitan estudios y traslados innecesarios.
La modalidad asincrónica: criterios clínicos, relaciones profesionales y procedimientos en su implementación	MIRADAS DIVERSAS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA, CONFIANZA Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES	Variabilidad en la confianza del especialista según cómo se presenta el caso y el nivel de experiencia del solicitante. Los datos aportados en el formulario junto con estudios complementarios facilitan el análisis y planificación del paciente. Confianza condicionada por experiencias previas con centros que derivan, vinculada a la percepción de sus recursos y capacidades.
	PREDOMINIO DEL USO DE CRITERIOS CLÍNICOS EN LA MODALIDAD ASINCRÓNICA PARA LA TOMA DE DECISIONES ASISTENCIALES	Evaluación clínica de las solicitudes asincrónicas por parte del especialista, quien selecciona y prioriza los casos según la urgencia, la patología y la necesidad de atención presencial. El especialista evalúa el caso y sugiere una alternativa, evitando realizar el estudio inicialmente pedido
	PRÁCTICAS Y ARREGLOS INFORMALES EN LA CONSULTA Y EL ACCESO	El profesional especialista resuelve la solicitud por una vía informal por llamado telefónico del profesional solicitante y luego lo indica que formalice su pedido a través de la OCD. Recepción vía mail de consultas de otras instituciones por fuera del circuito OCD, mediadas por redes informales vinculadas al conocimiento entre profesionales y personal administrativo.
	VALORACIÓN POSITIVA DE LA FORMALIDAD QUE APORTA EL CIRCUITO DE OCD	Formalización e institucionalización como principal ventaja de la modalidad asincrónica. Valorización del circuito formal a través de OCD como marco de legalidad frente a prácticas informales previas.
	VALORACIÓN POSITIVA DE LAS FUNCIONES OPERATIVAS DE LA OCD EN LA MODALIDAD ASINCRÓNICA	Valoración de la OCD como nexo efectivo que organiza y coordina la comunicación entre profesionales de distintos centros. Necesidad de recordatorios desde la OCD para asegurar la atención de las solicitudes
La modalidad asincrónica: criterios clínicos, relaciones profesionales y procedimientos en su implementación	LA PROCEDENCIA TERRITORIAL Y SU EFECTO EN LA GESTIÓN DE SOLICITUDES Y TURNOS	Adecuación de turnos a la situación y procedencia del paciente. El tiempo anticipado en la asignación de turnos facilita la organización del traslado del paciente.

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas

ANEXO matriz de análisis 3

Núcleo Temático	Categorías	Códigos
La modalidad asincrónica como vía organizada de acceso a la alta complejidad: pertinencia clínica y rol de la OCD en el ordenamiento de la demanda	LA MODALIDAD ASINCRÓNICA COMO FACILITADORA DEL ACCESO A LA ALTA COMPLEJIDAD	La modalidad asincrónica facilita el acceso a estudios y prestaciones no disponibles en centros de origen. Valoración de la modalidad asincrónica como herramienta para mejorar el acceso de pacientes frente a barreras geográficas.
	LA TELECONSULTA VÍA OCD COMO FILTRO DE DEMANDA Y ESTRATEGIA DE TRIAGE	La teleconsulta vía OCD permite filtrar y priorizar las consultas, mejorando las referencias y el acceso a la alta complejidad. Importancia y adecuación de la pertinencia y estratificación de casos para el tercer nivel mediante OCD. La comunicación previa entre profesionales mejora la pertinencia de los turnos otorgados.
Barreras estructurales del sistema de salud: obstáculos para la implementación de la modalidad asincrónica y para el acceso informado de la población	BARRERAS ESTRUCTURALES TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE SALUD QUE IMPACTAN EN LA MODALIDAD ASINCRÓNICA	La fragmentación del sistema de salud, sumado a la falta de articulación entre niveles y entre jurisdicciones, constituyen barreras estructurales que dificultan la coordinación asistencial, incluyendo la referencia y contrarreferencia. La capacidad limitada del servicio en infraestructura, equipamiento y personal restringe la cantidad de turnos que se pueden otorgar, frente a una demanda creciente.
	DIFICULTADES DE LA POBLACIÓN PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN Y LA ATENCIÓN SANITARIA	Acceso limitado a la información para el ciudadano común como desafío vigente en salud pública.
Teleconsultas asincrónicas: una estrategia de articulación asistencial en tensión, entre la coordinación entre niveles y la centralización de las decisiones	LÍMITES EN LA ARTICULACIÓN CLÍNICA CON EQUIPOS DE OTROS NIVELES Y CENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA DE LA EVALUACIÓN Y TOMA DE DECISIONES	Percepción de que los pacientes prefieren ser atendidos por el especialista, aun cuando el seguimiento podría hacerse localmente. Otorgamiento de turnos sin requerir información clínica completa tras el alta, lo que limita el uso coordinado de la modalidad asincrónica.
	LOS DIFERENTES ROLES DE LAS TELECONSULTAS ASINCRÓNICAS EN LA ARTICULACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN	El rol de acompañamiento profesional a distancia fortalece la autonomía clínica del médico solicitante, evita derivaciones innecesarias y optimiza el uso de los recursos especializados. Las Teleconsulta son una ventaja para otros centros que cuentan con una vía directa para realizar solicitudes. Valoración positiva de la centralización de las solicitudes de referencia a través de la OCD como estrategia para mejorar la organización y facilitar la coordinación de las derivaciones.

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas

ANEXO Guía de entrevista

Lugar y fecha:

Datos del entrevistado:

Especialidad

Cargo y servicio

A. Modalidad asistencial y articulación con la OCD

1. Valoración de la modalidad asistencial

1.1 Durante la pandemia, ¿cómo se adaptó su servicio al uso de tecnologías de información y comunicación para la atención a distancia? ¿Qué facilitó esta adopción?

1.2 ¿Qué aprendizajes le dejó la experiencia de trabajar con teleconsultas asincrónicas durante la pandemia? ¿En función de estos aprendizajes, qué cuestiones sigue aplicando en su práctica diaria?

A continuación, hablaremos de esta modalidad y del dispositivo en su funcionamiento actual:

1.3 Por favor, describa brevemente el proceso desde que recibe una solicitud hasta que da una respuesta.

1.4 ¿Qué ventajas considera que tiene en su trabajo asistencial utilizar esta modalidad frente a la tradicional?

1.5 ¿Cuáles considera que son las desventajas con esta modalidad asistencial? ¿A qué las atribuye?

1.6 ¿Cómo se organizan en su servicio para responder las teleconsultas asincrónicas? ¿Hay algún profesional en su equipo que se encargue específicamente de estas solicitudes?

1.7 ¿Qué tipo de respuesta suele ser la más habitual en su experiencia?

1.8 ¿Qué jerarquía/importancia le da a la modalidad a distancia en comparación con la presencial?

1.9 ¿Considera que el tiempo para las teleconsultas es suficiente? ¿Considera que esto influye en la calidad de las respuestas?

1.10 ¿De qué manera cree que esta modalidad afecta en los tiempos de espera de los pacientes en su servicio?

1.11 ¿Cómo percibe que es la aceptación de esta modalidad entre sus colegas y otros profesionales del hospital?

2. Caracterización de las solicitudes

2.1 ¿De qué lugares suelen venir las solicitudes que recibe?

2.2 ¿Cómo influye la procedencia en el manejo de las mismas?

3. Articulación con OCD

3.1 ¿Qué vías utiliza para comunicarse con el equipo de la OCD durante la gestión de una teleconsulta asincrónica?

3.2 ¿Cómo describiría el circuito de trabajo con la OCD en cuanto a la gestión de las teleconsultas asincrónicas? ¿Qué aspectos del proceso le parecen más eficientes o problemáticos?

3.3 ¿Cómo percibe la importancia de que las solicitudes de pacientes derivados de otros centros pasen por la OCD antes de llegar al hospital? ¿Cree que esto mejora la organización y el manejo de las derivaciones?

B. Coordinación entre niveles de atención

1. Comunicación entre profesionales y/o equipos de salud:

1.1 ¿Cómo cree que esta modalidad asistencial ha cambiado la comunicación y el intercambio de información con profesionales de otros centros?

1.2 ¿De qué manera cree que se podría mejorar la comunicación para mejorar la dinámica de trabajo y reducir la necesidad de consultas presenciales?

2. Información clínica aportada:

2.1 ¿Qué opina sobre la calidad de la información que recibe en estas solicitudes?

2.2 ¿Cómo describiría su nivel de confianza en los profesionales de otros niveles que envían las solicitudes? ¿Por qué?

C. Referencia de pacientes

1 ¿Qué pertinencia tienen los turnos otorgados por esta modalidad en relación con las problemáticas de salud que presentan los pacientes?

2 ¿Cómo influye la modalidad de teleconsultas asincrónicas en la puntualidad y el ausentismo de los pacientes comparado con la vía tradicional?

3 ¿Cómo cree que esta modalidad ayuda a priorizar casos complejos y la atención de alta complejidad del hospital?

4 ¿Qué diferencias ha notado en la preparación de los pacientes para los estudios en los que interviene la OCD?

5 ¿De qué manera cree que la estrategia de teleconsultas asincrónicas mejora la referencia / derivación de pacientes al hospital y la coordinación entre los niveles de atención?

Para ir cerrando, en los últimos meses, ¿ha notado algún cambio en la forma en que se maneja la teleasistencia en su servicio? ¿Qué cambios específicos ha observado? ¿Cuáles son los mayores desafíos que ha encontrado en la teleasistencia en este período reciente? ¿Cómo los está manejando?

¿Cómo piensa de cara al futuro los desafíos de la teleasistencia en el hospital?

Agradecimiento y preguntar si hay algo más que quieras agregar.

ANEXO Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE ESTUDIO

Título del estudio: Teleconsultas asincrónicas: una estrategia de coordinación para el acceso a alta complejidad. Experiencia de una Oficina de Comunicación a Distancia en un hospital de tercer nivel de referencia nacional en la Provincia de Buenos Aires, del 2023 al 2024.

1. Usted participa de un estudio que tiene por objetivo:

Describir y caracterizar la implementación de teleconsultas asincrónicas desde una Oficina de Comunicación a Distancia en un hospital de referencia nacional de tercer nivel de complejidad, desde la perspectiva de los equipos de salud especializados, durante el período 2022-2023

2. La participación es voluntaria.

Usted puede decidir en cualquier momento no continuar con el estudio y retirar sus datos con sólo comunicarlo a la persona que lo está entrevistando.

Todos los datos, las respuestas y los resultados son personales y privados y su identidad es confidencial. Usted se encuentra amparado por la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales y sus datos resguardados por el secreto estadístico contemplado en la Ley 17.622.

3. Información de resultados:

La información recabada en las entrevistas será incorporada a la investigación de manera anónima y utilizada únicamente con fines académicos. Luego de finalizado el análisis de las mismas, se procederá a eliminar las grabaciones de audio.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de esta firma doy mi consentimiento para participar del proyecto

Firma del Participante

Firma del entrevistador

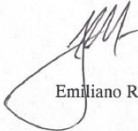

DNI

DNI

Fecha y lugar

Fecha y lugar

ANEXO Aprobación Comité de ética en investigación Hospital nacional Profesor Alejandro Posadas

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS	
COORDINADOR Emiliano Ross Médico oftalmólogo Mg. en Investigación Clínica	El Palomar, 26 de agosto de 2024
SECRETARIO Ernesto Fernández Parral Médico psiquiatra Esp. en Medicina Legal	Sra. Investigadora Dra. Rossi Maria Constanza
SECRETARIA DE ACTAS Guadalupe Reynoso Lic. En Terapia Ocupacional Esp. en Bioética	Este Comité ha visto el proyecto “Teleconsultas asincrónicas: una estrategia de coordinación para el acceso a la alta complejidad. Experiencia de una Oficina de Comunicación a Distancia en un hospital de tercer nivel de referencia nacional en la Provincia de Buenos Aires, del 2022 al 2023”; presentado por la Dra. Rossi Maria Constanza y no ha encontrado reparos éticos en el proyecto ni en el Consentimiento Informado, que impidan su realización.
TITULARES Carlos Apezteguia Médico intensivista Investigador	Código de registro: 924Ges/25
Mirta di Michele Médica neonatóloga Pediatra	 Emiliano Ross
Ma. Fernanda Sabio Prof. en Filosofía Dra. Humanidades Médicas	 Guadalupe Reynoso
Silvana Varela Lic. En Obstetricia Mg. En Efectividad Clínica	
Carolina Aldasoro Miembro de la comunidad	
SUPLENTES Mariana Yael Álvarez Lic. en Enfermería y en Administración Mg. en Bioética	
Asesores Melina Porporato Médica pediatra Esp. Educación y Nuevas Tecnologías	
Juan Librandi Dr. en Sociología Mg. en Epidemiología, gestión y políticas de salud	
Pte. Illia s/N, El Palomar (1684), Provincia de Buenos Aires Correo electrónico: cei.hospitalposadas@gmail.com Teléfono: (011) 4469-9300 interno N° 5207/5214	