

Los Equipos de Salud Itinerantes (Esl) como estrategia sanitaria de acceso, oportunidad y calidad en la provincia de Buenos Aires (2021-2023)

Mobile Health Teams as a health strategy for access, timeliness, and quality in Buenos Aires Province (2021-2023)

Au

Elizabeth Barbis **1**
Micaela Ana Sosa **2**
Ludmila Orobich **2**
Claudia Pedraza **3**
Laura González **4**
Juan Sebastián Riera **2**

Médica sanitarista
Licenciada en Sociología
Licenciada en Sociología
Médica
Médica
Médico generalista

<https://orcid.org/0009-0000-7766-5308>

- 1** Universidad Nacional de La Plata, Argentina
2 Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina
3 Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata, Argentina
4 Instituto de Hemoterapia "Dra. Nora Etchenique", Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

elizabethbarbis@gmail.com

Rs RESUMEN

Esta investigación evalúa la estrategia de los Equipos de Salud Itinerantes (Esl) en la provincia de Buenos Aires durante 2021-2023, con el objetivo de analizar su impacto en el acceso, oportunidad y calidad de la atención sanitaria de tres equipos de salud itinerantes: cirugías neonatales cardiovasculares, aféresis plasmática terapéutica y cirugías de cabeza y cuello con abordaje metodológico mixto. Se trata de un trabajo cuantitativo en frecuencia, distribución y costos operativos comparables con otras estrategias sanitarias para el mismo problema sanitario y el abordaje cualitativo sobre los usuarios internos y externos de la estrategia. Se analizaron variables como la demanda de prácticas especializadas, los tiempos de espera, barreras y facilitadores de acceso, costos comparativos y adicionales, satisfacción de usuarios internos y externos, y percepciones sobre la eficacia y trato humano. La investigación sigue un diseño transversal con análisis de series de casos para cada grupo, incorporando mediciones costo-beneficio y unidad de costo ("valor paciente") y encuestas y entrevistas a usuarios internos (profesionales y técnicos) sobre su experiencia laboral y motivaciones. Los resultados indican que la estrategia de los Esl en prácticas especializadas disminuyeron barreras de acceso geográficas y técnicas, acortando tiempos de espera y mejorando la cobertura en regiones alejadas. La comparación de costos entre la intervención de estos equipos itinerantes y las estrategias sanitarias alternativas (fármacos sustitutivos, traslados de usuarios/as y familiares, demora en la asistencia efectiva), denota mayor eficiencia en costos medibles y presuntos que las alternativas, al reducir traslados y tratamientos farmacológicos de alto costo. La percepción de eficacia clínica y el trato humanizado se refleja en las respuestas de usuarios y profesionales, destacando el impacto en la confianza del sistema. Se concluye que los Esl se expresan como una política sanitaria que combina eficiencia económica, resolución técnica y atención humanizada, promoviendo la equidad territorial y fortaleciéndose como dispositivo de justicia social en salud. La estrategia puede contribuir a reducir desigualdades y a garantizar el derecho a la salud en territorios heterogéneos, consolidándose como una alternativa viable para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención en contextos de vulnerabilidad y dispersión territorial.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Equidad; Atención de la salud

Ab ABSTRACT

This study evaluates the strategy of Mobile Health Teams (Equipos de Salud Itinerantes, Esl) in Buenos Aires Province during 2021-2023, aiming to analyze its impact on healthcare access, timeliness, and quality. Three specialized Esl groups were assessed focussing on neonatal cardiovascular surgeries, therapeutic plasma apheresis, and head and neck surgeries through a mixed-methods approach: quantitative analysis of frequency, distribution, and operational costs compared with alternative health strategies for the same health problem, and qualitative exploration of internal and external user experiences. Variables examined included demand for specialized practices, waiting times, access barriers and facilitators, comparative and additional costs, user satisfaction, and perceptions of clinical effectiveness and humanized care. The research employed a cross-sectional design with case series analysis, incorporating cost-benefit and patient-value metrics, alongside surveys and interviews with internal users (professionals and technicians) regarding work experience and motivations. Results indicate that the Esl strategy reduced geographic and technical barriers, shortened waiting times, and expanded coverage in remote regions. Cost comparisons revealed greater efficiency than alternative strategies (substitute pharmacological treatments, patient and family transfers, delays in effective care), by lowering transportation and high-cost pharmacological treatments. Perceptions of clinical efficacy and humanized care were reflected in responses from both users and professionals, highlighting strengthened trust in the health system. In conclusion, Esl demonstrated to be a public health policy that integrates economic efficiency, technical resolution, and humanized care, promoting territorial equity and consolidating itself as a mechanism of social justice in health. This strategy may contribute to reducing inequalities and ensuring the right to health in heterogeneous territories, establishing itself as a viable alternative to expand coverage and improve quality of care in contexts of vulnerability and territorial dispersion.

Keywords: Health Services Accessibility; Equity; Health Services

In

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad a los servicios de salud en territorios heterogéneos y extensos como la provincia de Buenos Aires, con 307.571 Km² de superficie y 135 municipios con densidad poblacional, en extremos como Avellaneda (6709/Km²) y General Lavalle (1,1Km²) (1) y con diferencias de acceso a la salud, se constituye como uno de los principales desafíos en la formulación e implementación de políticas de salud eficientes y socialmente justas. Si se considera que las barreras en el acceso a la atención en salud se relacionan principalmente con las características del sistema sanitario -y no tanto con sus usuarios- se pueden clasificar en tres grandes grupos. Estructurales: falta de disponibilidad de servicios, grandes distancias geográficas respecto de los efectores de salud, ausencia de especialistas en determinadas áreas. Financieras: mayor gasto de bolsillo de las familias, uso diferenciado de efectores públicos y privados, cobertura insuficiente frente a las necesidades de la población. Cognitivas y/o psicológicas: desconocimiento sobre el cuidado, ansiedad frente a la atención sanitaria, falta de confianza o adherencia a los tratamientos, además de barreras culturales (2). Desde esta perspectiva, el análisis del acceso a los servicios de salud requiere identificar las disparidades presentes en la estructura del subsector público provincial bonaerense que cuenta con 80 establecimientos sanitarios (3), 14 de ellos de categoría interzonal o de mayor complejidad, distribuidos en doce regiones sanitarias. Sin embargo, algunas regiones carecen de oferta profesional o tecnológica específica, lo que genera barreras vinculadas a la disponibilidad de fuerza laboral especializada. Esta situación limita la oportunidad y la calidad de ciertas intervenciones sanitarias, profundiza las desigualdades en la atención y afecta el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En este escenario, las particularidades de las poblaciones usuarias del sistema de salud, sumadas a la escasez de determinadas especialidades y a la complejidad creciente de prácticas e intervenciones sanitarias, suelen exceder la capacidad instalada de numerosos establecimientos y las posibilidades de respuesta de los servicios asistenciales tradicionales. Frente a estas limitaciones estructurales, los Equipos de Salud Itinerantes (Esi) emergen como una estrategia innovadora y adaptada a la realidad territorial, orientada a la movilización flexible de fuerza laboral y recursos sanitarios hacia contextos con mayores restricciones de acceso.

Si bien estos dispositivos adquirieron especial relevancia a partir de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, su implementación respondió a problemáticas preexistentes del sistema de salud, vinculadas a la fragmentación territorial y a la necesidad de garantizar una cobertura equitativa. Los Esi posibilitan la provisión de atención especializada y resolutive en localidades alejadas o con escasos recursos, facilitando la

incorporación de tecnologías médicas y procedimientos complejos en zonas de difícil acceso y contribuyendo a reducir demoras en la atención.

Marco teórico

Los equipos itinerantes se definen como aquellos equipos de trabajo que se movilizan dentro o fuera de un territorio, cuando una contingencia amenaza con desbordar la capacidad instalada, o bien requieran de intervenciones especializadas o de mayor complejidad, por emergencia o condición no trasladable del usuario/a, y demande de un equipo itinerante en asistencia profesional y/o técnica para la atención sanitaria. A partir de las crisis humanitarias desde Biafra, Nigeria, en 1967, y con mayor potencial de intervención en 1971 desde París, se crean las brigadas internacionales de emergencias de médicos/as y técnicos/as en asistencia a población con necesidades de salud por fuera de las fronteras de los equipos, naciendo así, como principal antecedente, la organización civil Médicos Sin fronteras (4). Suman otras intervenciones de similares características, los médicos cubanos (5) con la llamada Brigada Médica Internacional Henry Reeve, que desde el 2005, durante el terremoto de Pakistán, presta servicios sanitarios fuera de Cuba; también este país tuvo particular visibilización bajo la política sanitaria Programa Mais Médicos de Brasil (6).

El anuncio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 sobre la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), y su caracterización como pandemia, impulsó la necesidad de readecuar los servicios de salud, de entrenar profesionales y técnicos en salud y de fortalecer, en muchos países, la estrategia de equipos itinerantes para comprender la asistencia a poblaciones alejadas de centros de salud o superadas en su capacidad operativa. Existen experiencias en Perú como las Brigadas itinerantes de Fortalecimiento APS (7) y en Paraguay con la conformación de equipos quirúrgicos para reducir listas de espera de cirugías programadas en Itapúa (8) o en regiones autónomas como Valencia y su Programa Itinerant (9). De manera similar, México incorporó equipos itinerantes para ampliar la cobertura y el acceso a la atención primaria de la salud en poblaciones alejadas, en el marco del Programa Nacional de Ampliación de Cobertura (PAC) (10).

En mayo de 2021, el Ministerio de Salud de la Nación convoca de profesionales y técnicos de la salud (médicos/as, enfermeros/as, kinesiólogos/as y técnicos/as en emergencias) para fortalecer los equipos de salud y reforzar la detección temprana y el aislamiento oportuno de casos y contactos estrechos, favorecer la adecuada atención de usuarios/as con síntomas leves y moderados y reducir la tensión de las Unidades de Cuidados Intensivos, sumando a más de 1.200 profesionales a la propuesta, que

acompañaron y reforzaron el abordaje territorial en 16 provincias del país. Los equipos de profesionales itinerantes contaban con programas de seguimiento durante su estadía en la provincia, con capacitación situada y permanente, acorde a la realidad de la jurisdicción y supervisión y herramientas de contención emocional, ante situaciones críticas y complejas, en articulación con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (11).

En noviembre de 2020, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, ante la eventualidad de una demanda aumentada de asistencia a usuarios/as con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, que preveía la saturación de los servicios en varios países del mundo, estableció un dispositivo itinerante con especialistas en Terapia Intensiva, compuesto por médicas/os, enfermeras/os y kinesiólogos/as especializados, listo para trasladarse donde la situación supera las capacidades, asistiendo a más de 10 establecimientos y dos provincias (12).

Superada la contingencia del coronavirus, se instaura en el subsector estatal de la provincia de Buenos Aires una estrategia que fortalece y coopera con los planteles de personal estables de las instituciones, confiriendo aportes profesionalmente especializados, técnicamente apropiados y sanitariamente oportunos, como herramienta o dispositivo asistencial en materia de salud, con objeto y tiempo de aplicación acotado y definido (13).

Descripción del estudio

Desde una perspectiva teórica, el presente estudio se inscribe en el modelo de salud centrado en la persona y en el enfoque de atención territorializada, que concibe la flexibilidad y la movilidad de los recursos sanitarios como herramientas clave para disminuir desigualdades, mejorar la calidad de la atención y fortalecer procesos de humanización en el cuidado (14). La evidencia empírica, tanto a nivel local como internacional, señala que este tipo de intervenciones no solo mejora los resultados clínicos, sino que también fortalece los vínculos institucionales con las comunidades y promueve una mayor percepción de calidad por parte de los usuarios/as (4-10).

Asimismo, las situaciones críticas y de contingencia en materia sanitaria ponen en tensión las capacidades del sistema de salud y demandan respuestas institucionales ágiles y articuladas. En este sentido, más allá de contextos excepcionales como la pandemia, resulta estratégico contar con planes de acción que prevean la articulación entre recursos, necesidades y territorialidad, y que permitan brindar respuestas oportunas y eficaces ante escenarios de alta demanda o complejidad.

En este marco, el presente estudio se propone contribuir al debate sobre las estrategias de organización y gestión de los sistemas de salud, orientadas a la reducción de desigualdades territoriales y al fortalecimiento del derecho a la salud (2). A partir del análisis de tres Equipos de Salud Itinerantes (Esl), categorizados en **Grupo A**, conformado por cirugía cardiovascular neonatal y cierre de ductus del niño/a prematuro/a (15); **Grupo B**, conformado por plasmaféresis terapéutica (16) y **Grupo C**, conformado por cirugía de cabeza y cuello en paratiroidectomías (17) de usuarios/as en hemodiálisis; con la distribución e intervención en la provincia de Buenos Aires, se busca aportar evidencia empírica sobre modelos de atención flexibles y territorializados, capaces de articular eficiencia técnica, sostenibilidad económica y humanización del cuidado.

El objetivo principal de la investigación es evaluar el impacto sanitario de la estrategia de los Esl, con particularidad en los tres equipos categorizados. Esta iniciativa, impulsada por la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, se desarrolló durante el período 2021-2023, buscó analizar tanto su efectividad en la atención como su contribución a la equidad en el acceso a los servicios de salud. En particular, se buscó analizar las barreras y los facilitadores en el acceso a los servicios de salud en las intervenciones realizadas por los Esl, examinar la relación entre los diagnósticos y su resolución oportuna, evaluar los riesgos sanitarios reducidos o evitados a partir de la implementación de la estrategia y comparar los costos operativos de los Esl con los costos asociados a modalidades alternativas de atención. Asimismo, se indagó la percepción sobre la calidad de vida de los usuarios y usuarias antes y después de la intervención, así como el nivel de satisfacción de los Esl en su participación dentro de la estrategia.

Mt y Md

MATERIALES Y MÉTODOS

● Grupos de estudio (Esl)

Se definieron tres grupos en función de su mayor participación y distribución en la estrategia según la frecuencia y el tipo de intervención realizada:

Grupo A: equipo técnico profesional de cirugía cardiovascular neonatal (ductus arterioso persistente en prematuros).

Grupo B: equipo técnico profesional itinerante de aféresis plasmática terapéutica.

Grupo C: equipo técnico profesional itinerante de cirugías de cabeza y cuello, específicamente paratiroidectomía en usuarios/as en hemodiálisis.

● Variables de análisis

- A) **Impacto. Dimensiones:** barreras y facilitadores de acceso, costos, percepción/satisfacción
- B) **Conformación (Esl):** cantidad de integrantes por cada procedimiento o intervención.
- C) **Demanda directa:** cantidad de usuarios/as asistidos/as por cada grupo de Esl.
- D) **Tiempo de espera:** los tiempos entre la solicitud y la práctica efectiva. Según medias de 2,5 a 8,5 días en patologías de pronta resolución o de mediana resolución, respectivamente.
- E) **Georeferencia:** localización regional de hospitales sedes.
- F) **Barreras/ Facilitadores de acceso:** obstáculos sanitarios de acceso a la prestación y las acciones o gestiones que los disminuyen.
- G) **Estrategias alternativas:** definidas como aquellas prácticas o procedimientos a realizar en caso de no contar con Esl.
- H) **Costos operativos:** comparativos de estrategia con y sin Esl.
- I) **Valor paciente:** es la unidad del costo operativo medido en pesos. Indicador: la suma de todas la variables de costos (adicional/viáticos/insumos) sobre cantidad de usuarios/as asistidos/as.
- J) **Caracterización:** sexo; edad, edad gestacional, peso al nacer, años en hemodiálisis, diagnóstico.
- K) **Satisfacción** de usuarios/as internos y externos (internos directos: integrantes de los Esl; indirectos: directores/as de hospitales, jefes/as de servicio: médicos(as) tratantes del usuario/a asistido/a por los Esl); usuarios/as externos/as (pacientes y/o familiares). Dimensiones: mejora ex post; comunicación, trato (para usuarios/as externos/as). Dimensiones: adherencia al tipo de tarea, remuneración, clima de trabajo, participación. Diseño observacional: descriptivo, retrospectivo y transversal. Abordaje combinado.

Ámbito territorial: establecimientos de salud de gestión pública de siete regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

El estudio se desarrolló en dos fases: a) periodo 2021-2023 en la que se evaluaron las conformación, características, distribución, frecuencia y costos de la implementación, funcionamiento y eficiencia de los Esl mediante fuentes secundarias provistas por el área contable del programa sanitario; y b) periodo 2024-2025 ex post a la intervención o procedimiento realizado por los Esl en la que se aplicaron técnicas cualitativas para describir la percepción de usuarios/as y/o familiares de los/as usuarios/as asistidos/as y la percepción/satisfacción de los propios equipos de trabajo.

● Métodos

La recolección de información cuantitativa se orientó a la estimación de costos mediante la construcción de la unidad de análisis denominada “**valor paciente**”. Esta unidad integra los honorarios de cada integrante del equipo, los costos operativos asociados, los viáticos calculados por kilómetro de distancia y el tipo de traslado requerido. La conformación del “valor paciente” permitió realizar comparaciones con estrategias terapéuticas alternativas en los casos de no intervención de los Esl. Los valores fueron suministrados por especialistas responsables de la atención de los/as usuarios/as incluidos en los grupos de análisis.

La recolección de información cualitativa se llevó a cabo mediante encuestas estructuradas, revisión documental y entrevistas en profundidad. La combinación de estas técnicas posibilitó la triangulación de datos, reduciendo sesgos y fortaleciendo la validez de los hallazgos. Este enfoque metodológico permitió identificar tanto patrones generales como experiencias particulares, ofreciendo una visión amplia y contextualizada sobre el desempeño de los Esl en distintos territorios.

● Análisis de datos

Los datos cuantitativos, obtenidos de los registros administrativos del sector contable de la coordinación del programa, fueron sometidos a un proceso de análisis estadístico descriptivo. Este incluyó la tabulación de frecuencias absolutas y relativas, el cálculo de porcentajes y la exploración de la distribución de variables. El empleo de estas técnicas permitió sistematizar la información y establecer una base para la comparación y correlación con los costos de las estrategias terapéuticas alternativas, así como definir la caracterización de los grupos de estudio.

La información cualitativa proveniente de las entrevistas, encuestas y revisión documental fue analizada bajo un enfoque interpretativo orientado a identificar las dimensiones centrales de la experiencia de usuarios y usuarias. El análisis se focalizó en aspectos vinculados al acceso a la atención, la percepción de la calidad del cuidado (18-19) y la valoración general de la estrategia de los Esl. Este procedimiento permitió integrar perspectivas diversas y situadas, aportando una comprensión más amplia y contextualizada del desempeño de los equipos en distintos territorios.

● Análisis de costos

Con el propósito de evaluar la eficiencia económica de la estrategia, se estimaron los costos operativos asociados a la implementación de Esl.

¹ A partir de la Ley Provincial de Regionalización Sanitaria (Ley N.º 6.647/61, modificada por la Ley N.º 7.016/65) el territorio bonaerense se dividió en doce regiones sanitarias con el propósito de organizar la gestión a través de estas unidades de coordinación técnico-administrativa.

² Instituto Obra Médico Asistencial: es la obra social que brinda cobertura a los/as trabajadores/as activos/as de la administración pública provincial bonaerense y a sus familiares. Es una de las veinticuatro obras sociales provinciales pertenecientes al subsector de la seguridad social del sistema de salud argentino.

Para cada uno de los grupos categorizados (A, B y C), se construyó la unidad de análisis denominada “valor paciente”, integrando las variables: viáticos/valor (aéreos, terrestres, kilometraje), insumos/valor (tipo, características, disponibilidad), honorarios del personal (calculados según el nomenclador de IOMA y otros gastos operativos vinculados a la realización de las intervenciones (incluyendo traslado de equipamiento).

Este análisis de costos incluyó la comparación entre el traslado de personal calificado -con su coste adicional detallado- frente a las alternativas de traslado y movilización del usuario/a (y familia) hacia centros especializados o el uso de tratamientos farmacológicos sustitutivos. En particular, se contrastaron:

Grupo A (ductus del prematuro): traslado de personal especializado versus traslado del usuario/a

Grupo B (aféresis plasmática terapéutica): intervención itinerante versus traslado y/o tratamiento alternativo.

Grupo C (paratiroidectomía): cirugía itinerante versus tratamiento farmacológico sustitutivo.

Este abordaje permitió establecer comparaciones costo-eficiencia entre la estrategia itinerante y las alternativas terapéuticas convencionales, aportando evidencia sobre la racionalidad económica y la pertinencia clínica de los Esl en distintos escenarios (20).

● Entrevistas semiestructuradas

Sobre una población de 61 usuarios/as que recibieron atención mediante itinerancias, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 11 de ellos/as y/o a sus tutores/as, residentes en distintos municipios de la provincia de Buenos Aires. Los contactos se iniciaron ex post (cirugías de paratiroides, madres de niños en su primer año post cierre del ductus y seguimiento post plasmaféresis) en junio del 2024, a fin de confirmar datos de contactos, adquirir consentimiento y definir modalidad de la entrevista (presencial o telefónica). El trabajo de campo fue realizado entre los meses de febrero y mayo de 2025.

La selección de los casos se realizó mediante un criterio de inclusión progresiva, con el objetivo de incorporar una diversidad de experiencias y perspectivas vinculadas a la implementación de la estrategia de Esl. Inicialmente, se procuró contactar a la totalidad de las personas identificadas como posibles participantes; sin embargo, una proporción significativa no contaba con datos de contacto actualizados o no respondió a las comunicaciones efectuadas, lo que limitó el número final de entrevistas realizadas. Esta situación fue considerada una limitación metodológica del estudio, atribuible a la existencia de registros incompletos o inexactos en los distintos establecimientos de salud, al tiempo transcurrido entre la implementación de la estrategia y el trabajo de campo (abordaje ex post), así como a la posible desconfianza de algunas personas frente al contacto de un organismo estatal para solicitar información vinculada con su atención o su estado de salud.

Las entrevistas fueron realizadas de manera telefónica y se estructuraron a partir de una guía temática organizada en distintos ejes de indagación. En primer lugar, se relevaron aspectos sociodemográficos básicos, tales como edad, género, municipio de residencia, hospital en el que se recibió atención, situación laboral y cobertura de salud. En segundo lugar, se indagó acerca de la experiencia previa a la atención brindada por los Esl, incluyendo la aparición de signos y síntomas, el recorrido asistencial previo, los estudios realizados y las consultas efectuadas hasta la obtención del diagnóstico.

Asimismo, se exploraron aspectos vinculados a la experiencia de atención con los equipos itinerantes, tales como la información recibida sobre el procedimiento médico, el nivel de conformidad con la atención brindada y el conocimiento previo sobre la estrategia Esl. También se abordaron las experiencias posteriores a la intervención, incluyendo la información recibida sobre cuidados posteriores y la percepción general del estado de salud luego de la atención.

Finalmente, se indagaron aspectos vinculados al acceso y la oportunidad de la atención, considerando las demoras en el proceso asistencial, los aspectos positivos y negativos de la experiencia y la percepción sobre la calidad, la calidez y la satisfacción con la atención recibida.

El consentimiento a la entrevista telefónica requería el contacto previo a fin de confirmar datos con un instrumento aprobado, tanto en su texto de aceptación y consentimiento como el procesamiento y la confidencialidad de toda información proporcionada por los/as participantes.

● Encuestas autoadministradas a trabajadores/as de salud

Con el objetivo de relevar percepciones de los/as trabajadores/as participantes de los Esl, se realizó ex post a las actividades detalladas durante el periodo 2021-2023, una encuesta digital autoadministrada dirigida a profesionales que formaron parte de distintas intervenciones desarrolladas en el marco de la estrategia. La encuesta fue distribuida mediante un muestreo de conveniencia. Los/as coordinadores/as de los equipos contactaron inicialmente a los/as trabajadores/as que habían participado en las intervenciones. El cuestionario estuvo estructurado en tres bloques temáticos principales. El primero orientado a relevar información sociodemográfica y ocupacional básica de los/as participantes, incluyendo edad, lugar de desempeño laboral, rol desempeñado y tipo de intervención en la que participaron. Los bloques restantes indagaron percepciones vinculadas a la experiencia laboral en el marco de la estrategia Esl, abordando aspectos tales como el grado de satisfacción con las funciones desempeñadas, la valoración del apoyo institucional recibido, el clima organizacional, las condiciones laborales, la comunicación dentro de los equipos y la relación con otros integrantes del dispositivo.

Rs

RESULTADOS

El análisis de los datos correspondientes a la implementación de la estrategia de Esl en la provincia de Buenos Aires durante el período 2021–2023 muestra resultados en distintas dimensiones: operativa, territorial, clínica, económica y subjetiva.

● Resultados operativos

Durante el período analizado, la conformación original de los equipos de trabajo se mantuvo estable (todos los /as integrantes originales de inicio de la estrategia atravesaron juntos el periodo completo del estudio). La demanda directa, definida como la solicitud de asistencia de equipos itinerantes hacia establecimientos públicos de salud de localidades alejadas a los centros de complejidad, fue satisfecha en su totalidad en los grupos A (cirugía neonatal del ductus arterioso persistente) y B (aféresis terapéutica), sin registrarse cancelaciones ni demanda insatisfecha y con días de espera (2,5 a 8) dentro de los tiempos aceptables.

En el grupo C (cirugía de cabeza y cuello y salud renal), la intervención de los Esl se articuló con las estrategias quirúrgicas no itinerantes existentes, permitiendo ampliar el acceso a usuarios/as que requerían este tipo de intervenciones en un 24,8%, ya que el procedimiento iniciado por los Esl fue replicado dentro de los servicios de atención con agendas quirúrgicas especiales con el 75,2% restante.

● Cobertura territorial

La estrategia permitió acercar prestaciones altamente especializadas a territorios donde dichas prácticas no se encuentran habitualmente disponibles, como la región I, II y IV³ en las cuales estas prácticas y procedimientos especializados no cuentan con oferta técnico-profesional, contribuyendo así a disminuir las desigualdades regionales en el acceso a la atención. En términos territoriales, la implementación de los Esl evidenció, a partir del análisis, su capacidad para ampliar el alcance geográfico ya que los de regiones sanitarias como la I, II, IV y VIII favorecieron el acceso a prácticas de mediana y alta complejidad dentro del sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires.

La georreferenciación de los casos analizados muestra que la estrategia involucró residentes en 11 municipios de la provincia de los cuales 13 usuarios/as fueron de 4 regiones sanitarias para el grupo A, 17 de 7 regiones para el grupo B y 31 de 3 regiones para el Grupo C; dando cuenta de una distribución geográfica diversa y representativa del alcance territorial de las intervenciones. Asimismo, las prácticas se realizaron en siete establecimientos públicos de salud, que funcionaron como “hospitales sede” para la recepción de los equipos itinerantes y la resolución de los procedimientos.

En el análisis por grupos, se observó una cobertura diferenciada.

El grupo A alcanzó al 30% de las regiones sanitarias provinciales (4/12), mientras que el grupo B extendió su alcance al 58% de las regiones (7/12), constituyéndose como el dispositivo con mayor expansión territorial.

En el grupo C, la cobertura inicial fue más limitada, concentrándose en las regiones VII⁴ y XII⁵. No obstante, la inclusión de usuarios/as en agendas quirúrgicas no itinerantes permitió ampliar posteriormente la cobertura hasta alcanzar el 41% de las regiones sanitarias (5/12).

Desde la perspectiva de los/as usuarios/as, la accesibilidad territorial aparece como una dimensión central de valoración de la estrategia. En particular, los testimonios de directores/as de hospitales, integrantes de los servicios e integrantes encuestados, aprecian la importancia de evitar traslados prolongados hacia centros de referencia alejados del lugar de residencia. La posibilidad de resolver las prácticas en establecimientos más cercanos al territorio de los/as usuarios/as, no solo reduce costos logísticos, tiempos de desplazamiento y dispersión familiar, sino que también fortalece la percepción de accesibilidad efectiva al sistema de salud.

En este sentido, los resultados sugieren que la estrategia de los Esl contribuye a territorializar la atención sanitaria, desplazando parcialmente el modelo tradicional concentrado en hospitales de alta complejidad y favoreciendo una lógica de red que combina centralización del conocimiento especializado con descentralización operativa de las prácticas.

³ Se lista a continuación los municipios que se encuentran bajo estas regiones.

Región Sanitaria I: Adolfo Alsina, Adolfo Gonzales Chaves, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos, Villarino.

Región Sanitaria II: Nueve de Julio, Carlos Casares, Carlos Tejedor, Daireaux, General Villegas, Hipólito Yrigoyen, Pehuajó, Pellegrini, Rivadavia, Saliqueló, Trenque Lauquen, Tres Lomas.

Región Sanitaria IV: Arrecifes, Baradero, Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, Colón, Pergamino (sede de la región), Ramallo, Rojas, Salto, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, San Nicolás, San Pedro.

⁴ Región Sanitaria VII compuesta por los siguientes municipios: Hurlingham, Ituzaingó, General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón y Tres de Febrero.

⁵ Región Sanitaria VII compuesta por La Matanza.

Tiempos de espera y oportunidad de atención

Uno de los impactos más significativos de la estrategia de Esl se vincula con la reducción de los tiempos de espera para la realización de prácticas de alta complejidad. Los datos relevados muestran que el intervalo promedio entre la solicitud de la intervención y su realización efectiva osciló entre 2,5 y 8,5 días, dependiendo del tipo de patología y del nivel de complejidad del procedimiento.

Estos valores resultan considerablemente inferiores a los tiempos de espera habitualmente registrados en las estrategias convencionales (12 meses en la estadística del Programa de Salud Renal para las paratiroidectomías) y no cuantificado en la aféresis terapéutica (por falta de equipamientos) en los cuales la resolución de estas prácticas suele verse condicionada por la disponibilidad de especialistas, la concentración de servicios en centros de referencia y las dificultades logísticas asociadas al traslado de usuarios/as.

Los tiempos de espera que se observan en el análisis de los grupos observados, adquiere especial relevancia en patologías que requieren resolución oportuna para evitar complicaciones clínicas o el agravamiento de la enfermedad. En este sentido, la estrategia no solo mejora la eficiencia del sistema sanitario, sino que también contribuye a reducir riesgos asociados a la demora en la atención.

Desde la perspectiva de los/as usuarios/as, la anticipación de las intervenciones fue uno de los aspectos más valorados de la experiencia. Los testimonios recogidos reflejan que la posibilidad de acceder rápidamente al procedimiento generó una percepción positiva sobre la capacidad resolutoria del sistema de salud y fortaleció la confianza en las instituciones sanitarias, como lo expresó una usuaria: "Mi beba nació con 600 gramos y no hubiese podido ir a otro hospital si ustedes no vienen hasta acá" (P1).

Asimismo, en contextos donde la demora en la atención ha sido históricamente naturalizada como parte del funcionamiento del sistema, la implementación de dispositivos que reducen significativamente los tiempos de espera puede interpretarse como un mecanismo de corrección de inequidades estructurales, particularmente en poblaciones residentes en territorios periféricos o con menor disponibilidad de recursos sanitarios especializados.

Barreras y facilitadores

El análisis de barreras y facilitadores permitió identificar los principales factores que condicionan el acceso a las intervenciones realizadas por los Esl, así como los elementos organizacionales que favorecen su implementación.

Entre las principales barreras identificadas se destacan aquellas vinculadas a la dimensión geográfica y a la

disponibilidad de fuerza laboral altamente especializada. En particular, la concentración de profesionales con formación específica en determinados centros de referencia, constituye una limitación estructural del sistema sanitario que históricamente ha dificultado el acceso de usuarios/as residentes en territorios alejados de dichos centros.

Asimismo, la necesidad de contar con equipamiento específico y con infraestructura hospitalaria adecuada para la realización de ciertas prácticas también puede constituir un obstáculo para la expansión territorial de estas intervenciones.

Frente a estas limitaciones, la estrategia de los Esl se configura como un mecanismo organizacional orientado a reducir barreras estructurales de acceso, mediante el desplazamiento de equipos profesionales especializados/as hacia los establecimientos de salud que funcionan como sede de las intervenciones.

Entre los principales facilitadores se identifican la coordinación centralizada de la estrategia, la disponibilidad operativa de los equipos profesionales y la articulación logística entre distintas áreas del sistema sanitario. En particular, se destaca el rol desempeñado por el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) y la Dirección Provincial de Hospitales (coordinación general del programa), responsables de la organización de los traslados, la planificación operativa y el seguimiento de las intervenciones.

Asimismo, la participación activa de los referentes de programas sanitarios específicos -como Salud Renal, Cardiopatías Congénitas y el Instituto de Hemoterapia- aparece como un factor clave para la implementación efectiva de la estrategia, al facilitar la identificación de casos, la coordinación interinstitucional y la disponibilidad de recursos técnicos.

En conjunto, el análisis sugiere que el funcionamiento de los Esl depende en gran medida de la capacidad de articulación interinstitucional, la planificación logística y el compromiso de los equipos profesionales, configurándose como una estrategia que combina innovación organizacional con cooperación entre distintos niveles del sistema sanitario.

Experiencia de usuarios/as y familiares

Las respuestas brindadas por usuarios/as beneficiarios de la estrategia de Esl permiten identificar percepciones clave respecto al impacto subjetivo y relacional de las intervenciones. El análisis se orienta a comprender cómo los sentidos otorgados a la atención se vinculan con las condiciones clínicas, las trayectorias institucionales y las experiencias de cuidado. En este sentido, se recuperan ejes vinculados a la calidad relacional del cuidado, la resolutoria sanitaria percibida, la accesibilidad territorial y el valor simbólico del trato humano, todos aspectos

centrales para interpretar la eficacia social de dispositivos sanitarios extraordinarios como los Esl.

1. Resolutividad percibida y eficacia terapéutica: un patrón dominante en las respuestas refieren a la eficacia sanitaria entendida desde una lógica experiencial. Frases como “100% efectivo y recomendable, te cambia el estilo de vida y calidad de vida” (P2) o “estuvo bien manejado el tratamiento” (P3), muestran este punto de análisis.

Esto sugiere que cuando el procedimiento tiene una respuesta clínica visible o tangible en corto tiempo, la percepción de efectividad se refuerza. Podría decirse que se construye una confianza tecnomédica situada, legitimada por la experiencia directa del cuerpo y no solo por la autoridad médica.

2. Trato humano, contención emocional y personalización del cuidado: este eje aparece transversalmente en los tres grupos diagnósticos, aunque con mayor énfasis en familias de usuarios de la estrategia (Grupo A) y en usuarios/as directos (Grupo C). Citas como “me contuvieron, escucharon y cuidaron a mi hija” (P4) o “fueron muy humanos en la atención” (P5), revelan el valor subjetivo del cuidado más allá de lo técnico.

Desde la teoría del “cuidado centrado en la persona”, estas respuestas indican una valorización, aquello que se denomina “cuidado como práctica relacional” (14) donde escuchar, contener y acompañar forman parte constitutiva de la intervención. En contextos de alta vulnerabilidad, como el que enfrentan usuarios/as crónicos/as o con condiciones infantiles complejas, esta dimensión se vuelve incluso más relevante que la dimensión técnica.

3. Agilidad y oportunidad de la intervención: la percepción de demora opera como un marcador clave del acceso al sistema de salud. Cuando el tiempo entre la manifestación de la necesidad y la intervención efectiva se acorta, los/as usuarios/as y sus tutores/as experimentan que el sistema responde -y responde para ellos/as-. Las respuestas analizadas muestran que, en general, la espera fue mínima o directamente inexistente, lo que refuerza el carácter resolutivo y ágil de los Esl.

Esta rapidez adquiere una relevancia aún mayor en usuarios/as del Grupo C (patologías crónicas y de alta complejidad), cuyas trayectorias suelen estar atravesadas por la postergación, la burocratización y, muchas veces, la desconfianza institucional. En estos casos, una intervención oportuna no solo mejora el pronóstico clínico, sino que tiene un profundo impacto simbólico: reactiva la esperanza y reconstruye vínculos de confianza con el sistema de salud.

Desde esta perspectiva, el tiempo emerge como una categoría moral: cuanto más veloz la atención, más valiosa se percibe. En los grupos A y B, se recogen expresiones como “adelantaron la fecha de cirugía” (P6) o “fue todo muy rápido” (P7), que refuerzan la hipótesis del proyecto respecto a la capacidad de respuesta como una dimensión central de la estrategia Esl.

Esta valoración de la celeridad se inscribe en una lógica de justicia sanitaria temporal, en la que la espera prolongada opera como un factor de desigualdad. La acción de los Esl, al reducir significativamente los tiempos, es vivida como un corrector de inequidades estructurales, particularmente en contextos donde la demora ha sido históricamente naturalizada.

4. Accesibilidad territorial. Evitar traslados innecesarios: especialmente en usuarios/as del interior bonaerense o de zonas periurbanas, se valora no tener que desplazarse: “no tienen que trasladar a los pacientes, eso es muy bueno” (P8). Aquí, la dimensión espacial del acceso se resignifica: no se trata solo de tener una práctica disponible, sino de que esa práctica llegue al territorio.

Esta respuesta conecta con la noción de derecho a la salud en contexto, donde el cuidado se territorializa. Se supera así el modelo centrado en grandes hospitales y se legitima una nueva arquitectura de redes de atención, que pone en valor lo móvil, lo situado y lo adaptable.

En síntesis, los aspectos positivos destacados por los/as usuarios/as no sólo dan cuenta de la calidad técnica de los Esl, sino que iluminan dimensiones más amplias del cuidado: vínculo, tiempo, territorio y subjetividad. Los Esl se configuran como un dispositivo que reduce desigualdades no solo por su capacidad técnica, sino por su forma de encarnar la política pública del derecho a la salud.

El análisis conjunto de los puntos mencionados permite afirmar que los Esl, en tanto política sanitaria de intervención directa, no solo resuelven necesidades técnicas o logísticas, sino que reconstruyen vínculos de confianza con el sistema de salud. La reducción de demoras, la calidad percibida de la atención y el trato humanizado componen un circuito de reconocimiento mutuo que fortalece la legitimidad del Estado como garante de derechos.

La combinación de eficiencia y humanización observada en las respuestas sugiere que los Esl operan no solo como estrategia sanitaria, sino como dispositivo de justicia territorial y emocional, en contextos históricamente desiguales.

No obstante, algunos/as participantes señalaron aspectos susceptibles de mejora, particularmente en relación con la difusión de la estrategia en redes sociales y el seguimiento posterior a la intervención. En este sentido, se mencionó la necesidad de fortalecer instancias de rehabilitación y acompañamiento, especialmente en lo referido a la disponibilidad de kinesiología.

Al respecto, uno/a de los/as participantes expresó: “Que hubiera más kinesiología después del tratamiento. Para hacer kinesiología en el hospital había una espera grande y me recuperé más en mi casa que en el hospital” (P9).

Estas observaciones ponen de manifiesto la importancia de considerar de manera integral las trayectorias de atención de los/as usuarios/as, no sólo en el momento de la intervención sino también en las instancias posteriores de recuperación y rehabilitación. En este sentido, los testimonios recogidos invitan a reflexionar sobre los mecanismos de seguimiento y acompañamiento posintervención, así como sobre la articulación con otros servicios de salud que permitan sostener la continuidad del cuidado una vez finalizada la práctica realizada por los Esl.

Percepción de los/as trabajadores/as de salud

Las encuestas realizadas a trabajadores/as participantes de los Esl mostraron altos niveles de satisfacción con la experiencia de participación en la estrategia.

A partir de las respuestas obtenidas, se elaboró una matriz de datos (Tabla 1) con el objetivo de sintetizar y sistematizar la perspectiva de los/as propios/as integrantes de los equipos.

Tabla 1. Valoraciones de los/as trabajadores/as participantes de los Esl

Aspecto valorado/ valoración	Remuneración recibida	Horarios pautados	Traslado y organización del operativo hacia el efector sanitario	Disponibilidad de recursos	Acompañamiento, supervisión y apoyo de la coordinación del Esl	Recepción, apoyo y acompañamiento del centro de salud receptor	Acompañamiento y cooperación de los/as integrantes del Esl
Muy buena	0	2	4	3	5	5	9
Buena	4	8	7	8	5	6	2
Mala	6	1	0	0	1	0	0
Muy mala	1	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia (2025).

La remuneración es el aspecto más críticamente valorado, con predominio de percepciones negativas que representa el 70% (n = 6 “Mala” y n = 1 “Muy Mala”). Con respecto a los horarios, son mayormente bien valorados con el 80% de respuestas entre “Buena” y “Muy buena” (n = 8 y n = 1, respectivamente). Un aspecto que se valora positivamente de forma unánime es el referido al traslado del equipo y organización del operativo hacia el efector sanitario en el que se efectuó la intervención/tratamiento con un 100% de las respuestas que lo califican entre “Bueno” (n = 7) y “Muy bueno” (n = 4). Por su parte, también se valora de manera muy positiva la disponibilidad de recursos dividiéndose el 73% de la respuesta en “Buena” y el 27% en “Muy buena”. El aspecto relacionado con el acompañamiento y supervisión de la coordinación del equipo ha sido casi exclusivamente valorado de manera positiva. No obstante, se observa una ligera dispersión en una valoración realizada por un/a encuestado/a que lo calificó como “Malo”. También se encuentra una alta valoración en relación con el apoyo brindado por los centros de salud donde se desempeñaron los equipos,

repartiéndose las respuestas en “Buena” (n = 6) y “Muy Buena” (n = 5). Por último, la cooperación interna en el equipo y el acompañamiento entre integrantes es el aspecto más ampliamente reconocido como muy positivo. Los resultados sugieren que la cooperación interna del equipo, el acompañamiento institucional (coordinación y establecimientos de salud receptores), y los aspectos logísticos (traslado, horarios y recursos), son los aspectos mejor valorados, mientras que la remuneración percibida es el punto más crítico con una clara mayoría de valoraciones negativas.

Más allá de las valoraciones particulares frente a los distintos aspectos, ante la pregunta “¿Cómo calificaría su experiencia al haber participado en un procedimiento/intervención del Esl?” (Tabla 2) orientada a obtener una apreciación general sobre la experiencia, la gran mayoría de los/as trabajadores brindaron respuestas positivas. Puede decirse entonces que la participación en el Esl fue vivida de forma positiva, aun cuando subsisten algunos aspectos que ameritan revisión y mejora.

Tabla 2. Apreciación general de los/as trabajadores/as sobre la experiencia

Valoración	Total (N)	% sobre el total
Satisfactoria	6	54,55%
Muy satisfactoria	4	36,36%
Insatisfactoria	1	9,09%

Fuente: Elaboración propia (2025).

Estas valoraciones conviven con manifestaciones valorativas de la experiencia vivida, que lo clasifican como una instancia de compromiso profesional, reconocimiento y aporte a la salud, con expresiones tales como:

"Aceptaría nuevamente la propuesta porque me resulta gratificante ser parte del equipo; con nuestro conocimiento podemos ayudar a los pacientes que no pueden ser trasladados. Pertenecer me hace sentir orgullo y reconocimiento profesional" (P10).

"(...) La experiencia Esl refleja una intervención activa que da respuesta a las dificultades del acceso de la población a una práctica de alta complejidad, enfrentando una demanda insatisfecha que por distintos

motivos no puede acceder a la resolución de su patología, acercando la práctica o facilitando el acceso" (P11).

"Me brindó la posibilidad de demostrar mi experiencia en el área, ya que somos muy escasos los especialistas en hemoterapia y los procedimientos de aféresis solo se realizaban en centros especializados" (P12).

En relación con los aspectos o variables que motivaron la participación en los Esl (Gráfico 1), se empleó una batería de opciones de respuesta cerradas, con la posibilidad de selección múltiple a fin de poder captar la complejidad de las motivaciones, reconociendo que las mismas pueden responder a una combinación de factores.

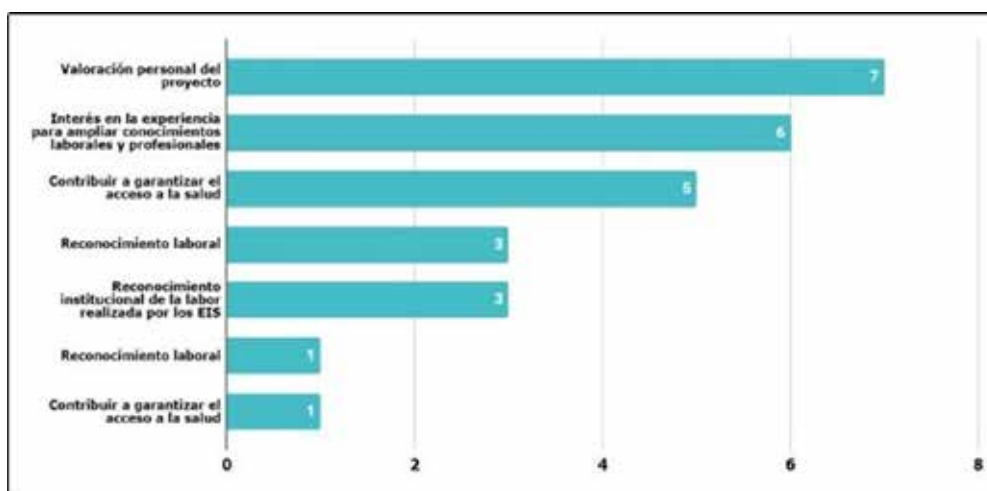


Gráfico 1. Variables que motivaron a los/as trabajadores/as a participar en los Esl
Fuente: Elaboración propia (2025).

Los aspectos más valorados fueron el interés en la experiencia para ampliar conocimientos laborales y profesionales y la valoración personal del proyecto, con 7 y 6 menciones respectivamente. Esta tendencia de respuestas sugiere que los/as trabajadores/as encuestados/as otorgan mayor valor al aprendizaje y crecimiento profesional que la experiencia les ofrece. Seguidamente, la contribución a garantizar el acceso a la salud recibió un total de 5 menciones, reflejando el compromiso de los/as trabajadores/as. Por su parte, el reconocimiento laboral acumula 4 respuestas y, finalmente, el reconocimiento institucional se mencionó en 3 ocasiones.

Evaluación económico-sanitaria de las estrategias de atención

El análisis comparativo de los costos operativos entre la estrategia del traslado de equipos especializados al lugar

donde se encuentra y asiste al usuario/a y las estrategias alternativas (farmacológicas o de traslado de usuarios/as hacia los centros de referencia), muestra que la estrategia de los Esl presenta ventajas económicas significativas en relación con las alternativas tradicionales de atención. La comparación se realizó utilizando como indicador "valor paciente" que integra los distintos componentes del costo operativo de cada estrategia (honorarios, viáticos, equipamiento e insumos) (Tabla 3).

En el caso del grupo A, correspondiente al tratamiento quirúrgico del ductus arterioso persistente en usuarios/as neonatales, la principal alternativa a la implementación de los Esl consiste en el traslado del recién nacido/a hacia centros hospitalarios especializados que cuentan con servicios de cirugía cardiovascular neonatal, el traslado en móviles sanitarios de alta complejidad y el acompañamiento de equipos especializados de terapia intensiva neonatal (UCIN) durante todo el proceso de derivación.

Entre los principales riesgos identificados se encuentran el aumento potencial de la morbilidad y mortalidad neonatal, así como diversas complicaciones fisiológicas vinculadas al traslado y las limitaciones operativas relacionadas con la disponibilidad de camas en centros de referencia, la organización logística del traslado y la coordinación entre

instituciones; barreras y riesgos que se disminuyen mediante el desplazamiento del equipo quirúrgico especializado itinerante hacia el establecimiento donde se encuentra internado el/la recién nacido/a, permitiendo realizar la intervención in situ y evitando los riesgos asociados al traslado del usuario/a (21).

Tabla 3. Comparación de costos por usuario/a entre la implementación de los Esl y la estrategia convencional de traslado de usuarios/as - GRUPO A

	Adicional por Esl (\$)	Viáticos terrestres (10)	Viáticos aéreos (3)	Total valor/13 usuarios/as	Total/valor paciente/unidad	Riesgo potencial no valorizado
Equipos de Salud Itinerantes - 13 usuarios/as		\$ 59.047,18	\$ 217.712,58			
		\$ 21.291,46	\$ 241.653,48			
		\$ 59.047,18	\$ 459.789,72			
		\$ 76.242,68				
		\$ 75.474,99				
		\$ 75.474,99				
		\$ 32.421,43				
		\$ 56.502,02				
		\$ 56.502,02				
		\$ 117.259,61				
Equipos de Salud Itinerantes - 13 usuarios/as	\$ 128.000		Promedio viáticos aéreos \$ 306.385,26	\$ 426.385,26		Factor Vial y climático
		Promedio viáticos terrestres		\$ 182.926,26		
		\$ 62.926,26				
	\$ 1.664.000	\$ 629.262,60	\$ 919.155,78	\$ 1.279.155,78	\$ 266.801,40	
Derivación en UTIM neo-pediátrica(*1) - 13 usuarios/as		Promedio Terrestres 20Km	Promedio Aéreos PBA			Aumento de morbi-mortalidad neonatal por traslado.
		\$ 310.000	\$ 306.385,26			
	\$ 128.000 (*2)	\$ 3.100.000	\$ 919.155,78		\$ 437.165, 76	

Fuente: Elaboración propia (2021-2023)

(*1) Derivación en UTIM neo-pediátrica: valor base por 20 km + módulo sanitario 6 h + valor por km recorrido + de 20 = 310.000 (unidad/paciente) 2021-2023. (*2) Corresponde a honorarios nomenclador Programa nacional Cardiopatías congénitas.

En el caso del grupo B, correspondiente a la realización de procedimientos de aféresis terapéutica, se identifican dos estrategias alternativas a la implementación de Esl. La primera de ellas consiste en el tratamiento farmacológico mediante terapias inmunomoduladoras, particularmente con gammaglobulina humana (GGH). Este esquema terapéutico presenta un costo significativamente elevado, con un consumo promedio estimado en aproximadamente 120 gramos por usuario/a, y no siempre resulta equivalente en términos de eficacia clínica para todas las indicaciones en las que se emplea la aféresis terapéutica (16) (Tabla 4).

La segunda alternativa corresponde a la derivación del/ de la usuario/a hacia centros especializados que cuentan con la infraestructura necesaria para la realización de estos procedimientos. Esta estrategia implica el traslado del usuario/a a establecimientos hospitalarios con servicio de

hematología, disponibilidad de equipamiento específico para aféresis y, en muchos casos, acceso a camas de terapia intensiva. Sin embargo, esta modalidad suele enfrentar diversas limitaciones, entre ellas la dificultad de acceso a centros de referencia, la existencia de tiempos de espera prolongados y el incremento de los costos asociados al traslado y a la complejidad logística del procedimiento.

Frente a estas alternativas, la estrategia de los Esl propone un enfoque inverso al modelo tradicional de derivación, trasladando al equipo profesional especializado y el equipamiento necesario para la realización de la aféresis hacia el establecimiento de salud donde se encuentra el/la usuario/a. De este modo, se busca reducir barreras de acceso, optimizar los tiempos de atención y mejorar la eficiencia operativa del sistema sanitario.

Tabla 4. Comparación de costos por usuario/a entre la implementación de Esl y otras estrategias - GRUPO B

Estrategias	Adicional por Esl promedio	Promedio viáticos terrestres	Valor paciente promedio (adicional +viáticos)	Riesgo no valorizado
Equipos salud itinerantes - Aféresis terapéutica	\$ 150.166,67	\$ 88.696	\$ 238.862	Factor vial y climático personal de salud
Alternativa 1 Tratamiento farmacológico - Gamaglobulina 12 ampollas (*1)	No aplica	No aplica	\$ 2.610.960	Demora en el acceso y mayor morbilidad del usuario/a
Alternativa 2 - Traslado (*2)	Aplica módulo sanitario UTIM	UTIM	\$ 310.000	Demora en el acceso y mayor morbilidad del usuario/a

Fuente: Elaboración propia (2021-2023). Cantidad de procedimientos promedio: 7 (n = 18).

(*1) A cada usuario/a se le debe sumar el valor del kit descartable de plasmáfesis (catéter 12 french exclusivamente), el resto de los insumos son provistos en su mayoría por el hospital tratante.

(*1) 12 ampollas para un usuario/a de 60 kg.

(*2) Costo 20 km o superior + módulo sanitario 6 h.

En el grupo C, correspondiente a intervenciones quirúrgicas del área de cabeza y cuello -en particular procedimientos de paratiroidectomía en usuarios/as con patología renal-, la principal alternativa a la estrategia de los Esl consiste en la continuidad de tratamientos farmacológicos de alto costo mientras el/la usuario/a permanece en lista de espera para la resolución quirúrgica (Tabla 5).

Esta situación se vincula con las limitaciones estructurales del sistema sanitario para garantizar una resolución oportuna de este tipo de procedimientos, dado que la realización de estas cirugías depende de agendas quirúrgicas restringidas y de la disponibilidad de un número reducido de profesionales con formación específica en la especialidad. Como consecuencia, muchos usuarios/as continúan durante períodos prolongados bajo

tratamiento médico, en espera de acceder a la intervención quirúrgica definitiva (17).

Este esquema alternativo presenta diversas desventajas, entre ellas el elevado costo de los tratamientos farmacológicos, la posibilidad de aparición de efectos adversos asociados a la medicación, así como la prolongación del cuadro clínico y la demora en la resolución definitiva de la patología.

En este contexto, la implementación de los Esl permite acercar el recurso quirúrgico especializado a los establecimientos donde se encuentran los/as usuarios/as, facilitando una resolución más oportuna de la patología y evitando la prolongación innecesaria de tratamientos farmacológicos de alto costo.

Tabla 5. Comparación de costos por usuario/a entre la implementación de los Esl y el tratamiento farmacológico con Cinacalcet - GRUPO C

Estrategias	Valor unidad/Esl promedio	Viáticos Esl	Gasto total /cirugía n = 31
Equipos itinerantes - Cirugía paratiroides	\$ 158.887	No aplica	\$ 4.925.500
Terapia alternativa - Tratamiento farmacológico (*)	\$ 741.703,42 (30 mg)	No aplica	\$ 11.125,551, 30
	\$ 1.420.699 (60mg)	No aplica	\$ 22.731,198,40

Fuente: Elaboración propia (2021-2023).

(*) Cálculo de 15 usuarios/as con dosis de 30 y 16 usuarios/as con dosis de 60 mg.

(*)1 Grupo C. Costos Esl quirúrgico/costos mensuales farmacológico con Cinacalcet.

La demora en el acceso a la cirugía conduce la continuidad de fármacos de alto precio y sus efectos indeseables.

Estos valores consideran únicamente los costos operativos directos. No se incluyen en el análisis los costos indirectos asociados a la prolongación de la enfermedad, el aumento del riesgo de complicaciones clínicas, ni los costos sociales y familiares derivados de los traslados prolongados de usuarios/as y acompañantes.

En este sentido, es probable que la diferencia de eficiencia económica entre las estrategias sea aún mayor cuando se contemplan estas dimensiones adicionales.

En conjunto, los resultados sugieren que la estrategia de los Esl no solo mejora el acceso y la oportunidad de atención, sino que también constituye una alternativa económicamente eficiente para el sistema sanitario, especialmente en intervenciones de alta complejidad con fuerte concentración de recursos.

Ds

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian que la estrategia de Equipos de Salud Itinerantes constituye un dispositivo organizacional capaz de mejorar el acceso oportuno a intervenciones sanitarias de complejidad en contextos territoriales heterogéneos. La reducción de los tiempos de espera y la ampliación de la cobertura territorial observadas en los distintos grupos analizados, sugieren que la movilización de recursos especializados hacia los

territorios puede contribuir a disminuir barreras estructurales de acceso al sistema de salud.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional (4-10), sobre estrategias de atención móvil y territorializada, que señala que los dispositivos itinerantes permiten acercar servicios especializados a poblaciones con dificultades de acceso geográfico o institucional,

mejorando la oportunidad de la atención y reduciendo costos asociados a traslados y demoras en la atención. En este sentido, la experiencia analizada se inscribe en una tendencia más amplia de reorganización de los sistemas de salud orientada a la flexibilización de los dispositivos asistenciales y a la adaptación de los servicios a las necesidades territoriales.

Desde una perspectiva organizacional, la estabilidad de los equipos de trabajo y la articulación entre distintas áreas del sistema sanitario provincial constituyen elementos relevantes para comprender el funcionamiento de la estrategia. La coordinación entre organismos técnicos, hospitales sede y dispositivos logísticos, permitió sostener la implementación del programa a lo largo del período analizado, lo cual coincide con estudios que destacan la importancia de la gobernanza y la coordinación interinstitucional en la implementación de intervenciones sanitarias complejas.

Por otra parte, las percepciones positivas expresadas por usuarios/as y trabajadores/as de la salud refuerzan la relevancia de las dimensiones relacionales del cuidado. La valoración del trato recibido, la comunicación con los equipos de salud y el acompañamiento durante el proceso asistencial, constituyen aspectos centrales del modelo de atención centrado en la persona, el cual enfatiza la importancia de la calidad relacional en la experiencia de atención (14).

En términos económicos, los resultados muestran que la estrategia presenta ventajas comparativas respecto de modalidades tradicionales de atención, especialmente en lo que respecta a los costos asociados al traslado de

usuarios/as y al uso de terapias alternativas de alto costo. Estos hallazgos coinciden con investigaciones que señalan que los dispositivos móviles pueden representar una alternativa eficiente para la provisión de servicios especializados en contextos de dispersión territorial y limitaciones en la infraestructura sanitaria (2, 4-10, 11-13).

No obstante, el estudio también permitió identificar algunos desafíos para la consolidación de la estrategia. Entre ellos, se destacan la necesidad de ampliar la cobertura territorial, fortalecer los mecanismos de comunicación con los usuarios externos y revisar las condiciones laborales y de remuneración de los equipos participantes, aspectos que podrían incidir en la sostenibilidad del dispositivo en el mediano y largo plazo.

Es importante señalar algunas limitaciones del estudio. El tamaño de las muestras utilizadas para las entrevistas y encuestas puede implicar un sesgo sobre la valoración subjetiva de la estrategia de usuarios externos. En cuanto a la correlación de los costos de los equipos especializados itinerantes hacia los establecimientos más alejados en donde se encuentran los/as usuarios/as, presentan asociación positiva en favor de los Esl comparados con los costos de estrategias alternativas (sea estas farmacológicas o de traslado de usuarios/as).

Los resultados obtenidos aportan sustento relevante sobre el funcionamiento y los efectos de los Equipos de Salud Itinerantes en la provincia de Buenos Aires, contribuyendo al debate sobre modelos organizativos capaces de mejorar el acceso, la calidad de la atención y la equidad territorial en los sistemas de salud.

Cn

CONCLUSIÓN

La estrategia de Equipos de Salud Itinerantes (Esl) implementada en la provincia de Buenos Aires durante el período 2021-2023 se consolidó como un dispositivo eficaz para ampliar el acceso a servicios de salud especializados, reducir desigualdades territoriales y mejorar la oportunidad en la realización de intervenciones de mediana y alta complejidad. Su implementación permitió disminuir principalmente las barreras geográficas y técnico-profesionales que dificultan el acceso a determinadas prácticas, al trasladar el recurso especializado hacia los establecimientos donde se encuentran los/as usuarios/as. Asimismo, el análisis comparativo evidenció una reducción significativa de los costos asociados tanto al traslado de usuarios/as hacia centros de referencia como a determinadas estrategias terapéuticas alternativas.

Los resultados también muestran aceptación de la estrategia por parte de usuarios y equipos de salud. Entre los aspectos más valorados se destacan la reducción de los tiempos de espera, la mejora en la accesibilidad a prácticas de alta

complejidad y la calidad percibida de la atención, especialmente en lo relativo al trato recibido y a la humanización del cuidado. En este sentido, los Esl no solo permitieron resolver necesidades operativas del sistema sanitario, sino que también contribuyeron a fortalecer la confianza de los usuarios en las instituciones de salud y en la capacidad del sistema público para garantizar respuestas oportunas.

En un territorio extenso y heterogéneo como la provincia de Buenos Aires, la continuidad y ampliación de este tipo de dispositivos, junto con el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, la planificación logística y el desarrollo de recursos humanos especializados, constituyen elementos estratégicos para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, accesible y eficiente. En este marco, la experiencia de los Esl aporta evidencia relevante sobre el potencial de las estrategias organizacionales innovadoras para mejorar la distribución territorial de recursos sanitarios y garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

AGRADECIMIENTOS

A los Equipos de Salud Itinerantes y a los equipos de los establecimientos participantes por su compromiso y colaboración durante el desarrollo del estudio. Al aporte de las áreas técnicas y administrativas del nivel central del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires, en particular a Juan Pablo Bidat, Bernardita Marchi y Matías Cortez, cuya articulación resultó fundamental para la implementación de la estrategia y la producción de la información analizada. A los usuarios y las usuarias que participaron del estudio por su disposición y colaboración.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2024 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>
2. George S, Daniels K, Fioratou E. A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. Int J Equity Health [Internet]. 2018; 17:41 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0753-9>
3. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Hospitales [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; s/f [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://gba.gov.ar/saludprovincia/hospitales>
4. Médicos Sin Fronteras Argentina. Historia [Internet]. Buenos Aires: Médicos Sin Fronteras Argentina; [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.msf.org.ar/conocenos/quienes-somos/historia/>
5. Lozada Concepción MC, Iglesias Hernández TM. La cooperación médica cubana en Belice durante el quinquenio 2017 – 2021. BJM. 2023; 12(Suppl 1): 4-9. Disponible en <https://www.bjomed.org/index.php/bjm/article/view/297/131>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-medicos>
7. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la atención primaria con brigadas itinerantes COVID-19: "Con Hospital Perú seguimos en guardia" [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/fortalecimiento-atencion-primaria-con-brigadas-itinerantes-covid-19-con-hospital-peru>
8. Paraguay. Ministerio de Salud y Bienestar Social. Equipo quirúrgico itinerante optimiza atención médica en Itapúa [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud y Bienestar Social; 2023 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/28339/equipo-quirurgico-itinerante-optimiza-atencion-medica-en-itapua.html>
9. Alcantarilla Chaves N. Mejora de la oferta de servicios profesionales en entornos despoblados de la Comunidad Valenciana a través de una aplicación web para la gestión de servicios de profesionales itinerantes [trabajo fin de grado en Internet]. Valencia: Universitat Politècnica de València; 2023 [Acceso mar. 2026]. Disponible en <https://riunet.upv.es/server/api/core/bitstreams/c40ae4dd-192c-4e62-a222-a5e55b23062e/content>
10. Escalona Franco F. Estrategias de Ampliación de Cobertura en Salud: un Enfoque en el Estado de México. Intelig Epidemiol. [Internet]. 2019 [Acceso mar. 2026];9(1):39-42. Disponible en: <https://ddssem.edomex.gob.mx:24243/index.php/iecevece/article/view/98/99>
11. Buenos Aires. Ministerio de Salud. La Provincia formó un equipo itinerante de terapia intensiva para reforzar a los servicios estables [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2020 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_form%C3%B3_un_equipo_itinerante_de_terapia_intensiva_para_reforzar
12. Díaz Bazan J. Lecciones aprendidas (2020) para afrontar los desafíos ante el segundo pico de contagios por SARS-CoV-2 [Internet]. Buenos Aires: IntraMed; 2021 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.intramed.net/content/lecciones-aprendidas-2020-para-afrontar-los-desafios-ante-el-segundo-pico-de-contagios-por-sars-cov-2>
13. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resolución N.º 5511/2024. Programa Equipos de Salud Itinerantes, bajo la órbita de la Dirección Provincial de Hospitales, destinado a la atención de situaciones críticas y de contingencia en materia sanitaria [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2024 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: https://e-legislar.msal.gov.ar/legisla/migration/pdf/bsamsres5511_2024.pdf
14. Mol A. The logic of care: health and the problem of patient choice [Internet]. London: Routledge; 2008 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9780203927076>
15. Heymann MA, Rudolph AM, Silverman NH. Closure of the ductus arteriosus in premature infants by inhibition of prostaglandin synthesis. N Engl J Med. 1976 Sep 2;295(10):530-3. doi: 10.1056/NEJM197609022951004. PMID: 950959. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/950959/>
16. Pérez-Carrillo JA. Aféresis terapéutica: generalidades e indicaciones [Internet]. Buenos Aires: Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional (GCIAMT), Comité de Educación Continua y Continuada, Programa Consulta al Experto; 2023 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://gciamt.org/wp-content/uploads/2023/12/Aferesis-Terapeutica.-Dr-Jose-A-Perez-C-Colombia.-Diciembre-2023.pdf>
17. Casas Roderia P, Galindo Delgado-Ureña J, Bernáldez Millán R. Las glándulas paratiroides [Internet]. Madrid: Hospital Universitario La Paz, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; 2022 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-chiriqui/cirugia/144-cirugia-de-las-glandulas-paratiroides/38764784>
18. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 [Acceso mar. 2026];19(2):135-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13074369>
19. Henao Nieto DE, Giraldo Villa A, Yepes Delgado CE. Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2018 [Acceso mar. 2026];17(34):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.iecp>
20. Parra DH. Importancia de los costos en sistemas de salud y problemática de su implementación. En: XVIII Congreso Internacional de Costos; XXX Congreso Brasileño de Costos; Natal, RN, Brasil [Internet]. Natal:Associação Brasileira de Custos; 2023 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://cbc2023.abcustos.org.br/rest/artigo/74/semFolhaDeRosto/pdf?chaveDeAcessoNaoAutenticado=e00942052aece25d9c0148fd39aa06949db9e497>
21. Bellani P, Morcillo N. Traslado neonatal. Revista Médicos [Internet]. 2010 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://revistamedicos.ar/numero89/43.htm>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Barbis E, Sosa MA, Orobich L, Pedraza C, González L, Riera JS. Los Equipos de Salud Itinerantes (Esi) como estrategia sanitaria de acceso, oportunidad y calidad en la provincia de Buenos Aires (2021-2023). Salud Pública [Internet]. 2026 Sep [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.