

**“CUANDO YO ENTRÉ (A TRABAJAR EN EL CENTRO) ERAN TODAS EMBARAZADAS Y NIÑOS;  
AHORA, SON TODOS CRÓNICOS”**

RELATO DE EXPERIENCIA DEL CAMBIO DE MODELO DE ATENCIÓN DE MEDICINA GENERAL  
EN UN CESAC DEL SUR DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Autor: Rall, Pablo M (médico generalista)

Lugar de realización: Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) 40. Av. Bonorino 1729,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1406.

Fecha de realización: mayo-octubre 2025

Trabajo inédito

Categoría temática: gestión/administración de servicios de salud

El autor es un médico generalista de planta permanente del CeSAC 40. Ingresó a trabajar en el CeSAC en el 2017.

El presente relato de experiencia está escrito usando el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que el autor promueve la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

**“CUANDO YO ENTRÉ (A TRABAJAR EN EL CENTRO) ERAN TODAS EMBARAZADAS Y NIÑOS; AHORA, SON TODOS CRÓNICOS”. RELATO DE EXPERIENCIA DEL CAMBIO DE MODELO DE ATENCIÓN DE MEDICINA GENERAL EN UN CESAC DEL SUR DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.**

Gestión/administración de servicios de salud

Rall, Pablo M

Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) 40. Av. Bonorino 1729, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1406.

Relato de experiencia

Relato inédito

Entre mayo y octubre de 2025 se transformó el modelo de atención de medicina general del CeSAC 40, ubicado en el “Bajo Flores” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El cambio buscó adecuar la oferta asistencial al nuevo perfil epidemiológico de la población - una alta prevalencia de enfermedades crónicas, coexistencia de enfermedades infecciosas y envejecimiento-, mejorar la accesibilidad y optimizar el trabajo del equipo. Se reemplazó el sistema de atención a demanda por turnos programados con criterios de prioridad (“demanda”, “intermedio” y “control”), integrando el triage y la participación activa de enfermería y orientadoras.

Durante la prueba piloto, la oferta de turnos aumentó un 156%, manteniendo la atención de demandas espontáneas y logrando que todos los usuarios obtuvieran un turno. Los resultados mostraron una mayor satisfacción de los usuarios y una mejora percibida en la organización laboral y la calidad del cuidado. El ausentismo (26%) fue similar al promedio regional y los temores sobre pérdida de accesibilidad resultaron infundados.

El análisis de la experiencia se apoyó en los conceptos de mosaicismo epidemiológico, habitus, burocracia profesional y micropolítica del trabajo en salud. El equipo logró, mediante negociación interna y autonomía profesional, superar resistencias institucionales y reorganizar su práctica en función de nuevas necesidades comunitarias. La experiencia evidencia cómo los equipos del primer nivel de atención pueden generar cambios

instituyentes, combinando gestión, reflexión teórica y compromiso con la salud colectiva, aunque persisten desafíos para ampliar la oferta vespertina y reducir los tiempos de espera.

Atención primaria de la salud; modelo de atención; mosaicismo epidemiológico; habitus

## DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

### Objetivo, ubicación en tiempo y espacio, y contextualización

Entre mayo y octubre de 2025, se transformó el modelo de atención de medicina general en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) 40, con el objetivo de adecuar el modelo de atención al perfil epidemiológico actual de la población, mejorar la accesibilidad y optimizar el trabajo del equipo de salud mediante la implementación de un sistema de turnos programados y un uso más racional de los recursos.

El CeSAC 40 es una institución pública del primer nivel de atención inaugurada en 2007, ubicada en el "Bajo Flores" al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Su área programática abarca tanto zonas residenciales urbanizadas como sectores del Barrio Ricciardelli (ex Villa 1.11.14) y Barrio Rivadavia I. El Barrio Ricciardelli es uno de los más extensos y poblados de la CABA, con aproximadamente 40.059 personas en 34 hectáreas, más de 2 familias por vivienda y más del 40% de la población en alquiler (1).

El sur de la CABA, en general, y el "Bajo Flores", en particular, presenta profundas desigualdades respecto al norte: una tasa de mortalidad 20% más alta, esperanza de vida cuatro años menor y una tasa de fecundidad 50% más elevada (2). En el 2022, mientras la CABA tenía 4,1% de hogares bajo línea de indigencia, en la zona sur alcanzaba 7,6%, un nivel similar al conurbano bonaerense (3). Además, las comunas del sur presentan cobertura de salud pública exclusiva del 24,4%, muy por encima del promedio del 18,6% (4).

El Barrio Ricciardelli fue poblado desde mediados del siglo pasado por migrantes del interior y de países limítrofes. En ese proceso, fue varias veces ocupada, desalojada y vuelta a poblar hasta conquistar las treinta y una manzanas actuales. En la década del 90, Argentina se convirtió nuevamente en un destino masivo para migrantes de los países vecinos, y el barrio recibió nuevos miles de habitantes que llegaron atraídos por la paridad cambiaria.

El barrio no creció en superficie sino en altura, impulsado por los talleres textiles como sector dilecto para la migración boliviana y una economía habitacional caracterizada por los fenómenos del inquilinato y el anticrético (5). El resultado es la existencia de torres de hasta cinco pisos impulsadas por el negocio de rentar habitaciones sobre un suelo escaso, y algunos delegados de manzanas denuncian que el barrio se convirtió en una “ciudad-dormitorio” enlazada a la industria de los talleres que funcionan tanto dentro como fuera de él (6).

Una parte significativa de la población que se atiende en el CeSAC 40 configura "un conjunto sociocultural subalterno específico cuyos modos de vida en nuestra sociedad se desarrollan dentro de un contexto de vulnerabilidad social que supone relaciones de subordinación de tipo esclavistas, derechos vulnerados (falta de documentación y de atención sanitaria pública gratuita) y situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores y -con frecuencia- de sus hijos (TBC y otros padecimientos)" (7).

### **Encuadre institucional**

*“La gente no quiere turnos programados”*

Desde su inauguración, el modelo asistencial del CeSAC se basó en la premisa de que la población "prefería" turnos a demanda para atención el mismo día. Esto generaba filas matutinas donde los usuarios competían por un número limitado de turnos según orden de llegada. Quienes no obtenían turno debían volver a intentarlo otro día o desistir. Por la tarde se atendían turnos programados para controles de salud, prenatales y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), pero eran escasos comparados con la oferta matutina, con tiempos de espera de 2-3 meses y respuestas frecuentes como "no hay turnos, volvé el próximo mes".

Las urgencias, emergencias e “intercurrencias” -motivos de consulta que no se podían clasificar como urgencias ni emergencias, pero requerían una atención en el momento- eran atendidas por el médico generalista que le tocara, según un cronograma semanal.

Este modelo perduró durante años, defendido por el equipo de salud que argumentaba su adecuación a la realidad de usuarios con condiciones sociales y laborales precarias que no podían planificar consultas anticipadamente. Se sostenía que los turnos programados aumentarían el ausentismo, reduciendo la accesibilidad para quienes más la necesitaban. También persistió el temor a que, al ofrecer turnos programados accesibles telefónicamente o por Boti<sup>1</sup>, se abriría la oferta a usuarios fuera del área programática, obstaculizando el acceso a la población local.

### *“Hay que ‘triagear’ (en la pandemia)”*

La pandemia por COVID-19 transformó profundamente el modelo de atención con la implementación de protocolos de triage. Inicialmente ideado para identificar casos sospechosos de COVID-19, el triage desencadenó cambios que derivaron en el actual modelo. Durante el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), el triage permitió atender solo demandas -problemas de salud agudos con resolución a corto plazo- postergando otras consultas. Un médico generalista realizaba el triage recorriendo la fila matutina.

Superado el ASPO, se reincorporaron gradualmente servicios previos, incluyendo la atención a usuarios con ECNT. Ante el crecimiento de la demanda, los médicos generalistas no podían continuar con el triage y fueron reemplazados por orientadoras al público (integrantes del equipo no profesionales capacitadas para la tarea).

### *El “atajador”*

La post pandemia trajo un aumento exponencial de la demanda y mayor complejidad en las consultas, debido tanto a la demanda insatisfecha durante el ASPO como a la derivación de usuarios previamente atendidos en servicios hospitalarios que no recuperaron su capacidad previa. Esto resultó en un volumen considerable de personas con multimorbilidad y complejidad médica nunca vista en el CeSAC.

---

<sup>1</sup> El Boti es el chatbot oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), disponible a través de WhatsApp. Es un asistente virtual que permite a los ciudadanos acceder a los servicios y la información de la ciudad de forma rápida y directa desde el celular, entre ellos turnos en efectores de salud dependientes del GCBA.

Inspirado en la experiencia del triage, el equipo creó un sistema llevado por orientadoras que clasificaba los motivos de consulta en "demanda" (problemas agudos), "turno programado" (controles y seguimiento de ECNT) y "atajador" (consultas intermedias que no podían esperar los plazos de turnos programados, habitualmente entre 2 y 3 meses). Un médico atendía 10-15 "demandas" mientras otro "atajaba" consultas como actualización de recetas crónicas, recepción de resultados y demandas sin resolución inmediata. Aunque se planificaban 7 consultas para el "atajador", la creciente demanda igualó su volumen al de "demanda".

*“Un centro de salud a 15 minutos de tu casa”*

La política del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) de extender el acceso al primer nivel de atención, inaugurada en 2017, se reforzó en 2022 declarando que todos los habitantes tenían un CeSAC a 15 minutos en transporte público (8). Esto incluyó la implementación de equipos básicos de salud para tener "familias a cargo como población nominalizada dedicada al cuidado continuo e integrado" (9).

En los años siguientes, el Ministerio de Salud del GCBA (MSGCBA) elaboró normativas cuestionadas y resistidas por algunos equipos de salud por su afán homogeneizador, obligando a dedicar horas semanales a asistencia médica individual en formato de turnos programados obtenibles por "omnicanalidad" (presencial, boti o línea 147 -la versión telefónica del boti), excluyendo la atención de demanda espontánea y trabajo en equipo de las horas a cumplir.

El temor del equipo de salud era que en zonas como la del CeSAC 40, el acceso a turnos se restringiría aún más si personas de otros barrios -con ventajas como mayor alfabetismo tecnológico- accedían a turnos que "corresponden" a la población local. El CeSAC 40 consideró necesarias excepciones a esta normativa para preservar el acceso de su población, reconociendo sus particularidades y evitando poner en riesgo su acceso a la salud.

La experiencia que se relata surge del "tire y afloje" entre el MSGCBA y el equipo del CeSAC 40, cediendo a presiones inevitables pero con un espíritu instituyente y el propósito de continuar cuidando la salud de la población a cargo.

## **Marco teórico de referencia**

### *Mosaicismo epidemiológico*

Aunque las causas de morbimortalidad más prevalentes en Argentina son las oncológicas y las ECNT (10), persisten otras que configuran el mosaicismo epidemiológico. Este concepto, de la epidemiología social latinoamericana, describe la coexistencia de distintos perfiles de salud-enfermedad dentro de un mismo territorio, reflejando desigualdades sociales y territoriales (11). En lugar de la transición lineal de Omran, el mosaicismo muestra superposición de etapas donde conviven enfermedades "de la pobreza" y "de la abundancia", criticando la evolución homogénea de perfiles epidemiológicos y destacando que las condiciones de vida, trabajo y acceso a recursos producen un mapa fragmentado que exige políticas diferenciadas.

### *Habitus*

Para Bourdieu, el mundo social está hecho de estructuras objetivas y de las percepciones que las personas construyen sobre él (12). A través del habitus, los individuos interiorizan esas estructuras en disposiciones duraderas que orientan sus prácticas sin reflexión consciente. En el campo de la salud, el habitus institucional se manifiesta en rutinas, jerarquías y modos de actuar que definen lo que se considera "buena atención" o una práctica legítima. Estas disposiciones explican por qué las instituciones tienden a reproducir lo conocido y resisten al cambio: transformar prácticas implica cuestionar esquemas incorporados profundamente, generando tensiones incluso cuando las innovaciones buscan mejorar la atención.

### *Burocracia profesional*

Según Mintzberg, la burocracia profesional se basa en la estandarización de habilidades y el trabajo de profesionales especializados, como en instituciones de salud (13). El control no viene de la jerarquía sino de la formación y normas profesionales, otorgando alta autonomía para aplicar el conocimiento en la práctica. La estructura es descentralizada, con poder distribuido entre profesionales del núcleo operativo, y la dirección tiene control limitado sobre su labor cotidiana. Esta autonomía explica tanto la fortaleza técnica como las tensiones ante intentos de control o reforma.

### *Micropolítica del trabajo en salud*

Se refiere a los procesos cotidianos de producción del cuidado, donde se entrelazan relaciones, decisiones, afectos y saberes que modelan el trabajo y la atención (14). Los equipos no solo aplican normas, sino que crean, negocian y transforman los modos de hacer en su práctica diaria. La implicación subjetiva y colectiva es clave: de vínculos y acuerdos emergen nuevas formas de organizar la atención. La construcción de líneas de cuidado es un proceso micropolítico sustentado en pactos entre gestores y trabajadores.

### **Descripción de los actores participantes**

La modificación del modelo involucró a médicos generalistas, enfermeros, administrativos, promotores de salud y personal de orientación al público, un integrante clave del equipo que forma parte de muchos CeSAC de la CABA. Los cuatro médicos generalistas promovieron, organizaron y coordinaron las etapas del cambio, con supervisión de la jefa del CeSAC (una generalista) y colaboración del resto del equipo.

### **Planificación de la experiencia**

De conversaciones informales entre generalistas surgió una propuesta de cambio que se presentó a la jefatura. Tras su revisión crítica, se acordó una prueba piloto de tres

meses cambiando el modelo de atención matutino (el momento de mayor demanda), y manteniendo la evaluación del modelo vespertino para otra etapa. Se eliminaron los turnos de atención en el día y se crearon agendas de turnos programados de 30 minutos, reservando una hora por generalista para consultas de atención en el día (4 turnos de 15 minutos). Se planificaron acciones previas al cambio (junio 2025), durante la implementación y para la evaluación posterior.

## **Ejecución de la experiencia**

*Mayo 2025*

Se acordó un período de un mes previo al cambio para difundir novedades a usuarios, generar acuerdos con el equipo y modificar agendas. La difusión incluyó avisos diarios de orientadoras (en el triage matutino y sala de espera), cartelería y redes sociales del CeSAC. Se organizó el trabajo para el nuevo modelo de la siguiente manera:

Las orientadoras realizan triage continuo a medida que los usuarios ingresan al CeSAC. Si la consulta requiere atención en el día, se deriva a enfermería para su evaluación (puede resolverla o derivar a medicina general, que cuenta con 4 turnos diarios por generalista). Se elaboró un listado de motivos de consulta con criterio de atención en el día y se capacitó a orientadoras y enfermería.

Si no requiere atención en el día, las orientadoras entregan un código para un turno programado: "demanda" (motivos agudos) hasta 10 días; "intermedio" (renovación recetas crónicas) 2-3 semanas; y "control" (todo tipo de controles) mínimo 4 semanas. Este sistema busca imprimirle cierta racionalidad al otorgamiento de turnos, de manera que no sean otorgados con el único criterio de ofrecer el primero disponible.

Finalmente, se acordó la cantidad de turnos programados, sobretornos y la duración de cada consulta, creando agendas matutinas iguales para todos los generalistas con una vigencia de tres meses.

### *Junio-agosto 2025*

Desde el primer lunes de junio se implementó el nuevo modelo, manteniendo la difusión. Anticipando un malestar inicial entre los usuarios, se acordó una mayor flexibilidad para atender en el día algunas demandas que teóricamente correspondían a turnos programados.

Las agendas se ocuparon rápidamente, pero inicialmente los turnos se otorgaron en los plazos planificados. En el segundo mes, el cuello de botella en turnos de "demanda" llevó a habilitar sobretornos limitados desde la recepción, generando malestar entre generalistas al volverse sistemáticos. Con la incorporación de dos nuevos generalistas (a quienes se les otorgaron esos turnos para descomprimir la demanda) en el tercer mes, se restringieron nuevamente los sobretornos solo para el uso de cada generalista.

El desarrollo se monitoreó con un tablero de datos para reuniones mensuales, donde se discutieron acuerdos y modificaciones para garantizar tanto la accesibilidad como el bienestar del equipo.

### *Septiembre 2025*

Al finalizar la prueba, la evaluación mostró consenso total entre todos los integrantes del equipo involucrados en que los aspectos positivos superaron ampliamente los negativos, extendiéndose la vigencia de las agendas y continuándose con el modelo. Se evaluaron indicadores elaborados para dimensionar algunos aspectos, a priori, problemáticos como la vía de otorgamiento de turnos, tiempos de espera y ausentismo. Se incorporó, además, una encuesta de satisfacción a usuarios y entrevistas al equipo.

### **Evaluación de la experiencia**

La evaluación de la experiencia se basa en los indicadores elaborados para el monitoreo mensual de la prueba piloto, la encuesta de satisfacción a usuarios y las entrevistas

a los integrantes del equipo relevantes para el cambio de modelo. A continuación, se desarrollan estas tres dimensiones de la evaluación.

*“El 147 nos va a llevar puestos”*

En los tres meses de prueba se otorgaron 598 turnos programados (promedio de 56 semanales), sin contar sobretornos ni consultas de atención en el día. Versus los 36 turnos programados semanales previos (todos vespertinos), esto representa un aumento del 156% en la oferta, manteniéndose la atención de consultas de atención en el día (235 consultas, con un promedio de 4 por día).

El hecho de que en el 74% de los días de la prueba piloto no se completaran los turnos disponibles para atención en el día apoya la hipótesis de que el perfil predominante de la demanda no son consultas agudas sino subagudas y crónicas, y destaca la importancia de incorporar al equipo de enfermería en el proceso de atención, ya que se logró dar respuesta a una proporción considerable de consultas sin la necesidad de una intervención médica.

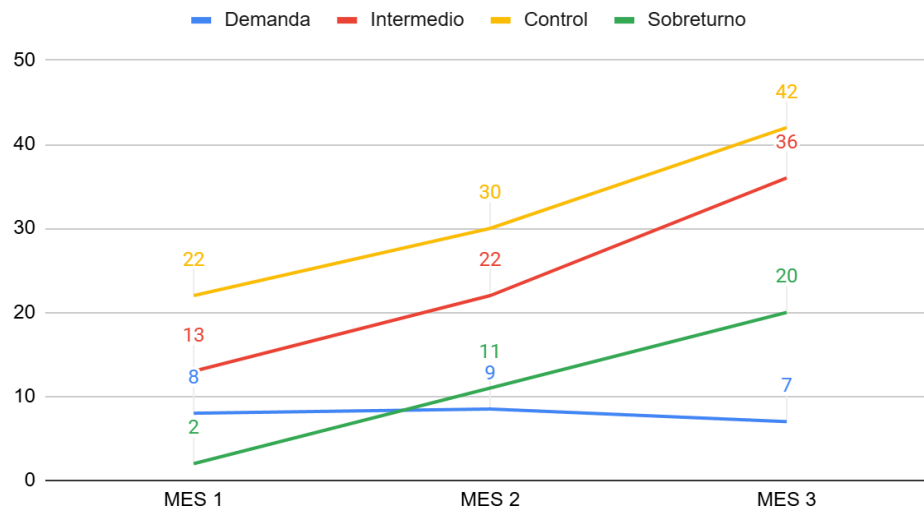
Del registro de tipos de turno (703 otorgados, algunos posteriores al período de prueba), el 55% fueron de "control", 34% "intermedio" y solo 12% "demanda", confirmando el perfil de demanda crónica.

El temor histórico sobre turnos obtenidos por usuarios de otras áreas a través de la "omnicanalidad" resultó infundado: solo el 7% de los turnos se obtuvieron por 147, boti u otros efectores. Este resultado, por sí solo, constituye uno de los puntos más relevantes de la experiencia, ya que permitirá planificar mejoras al modelo de atención, sabiendo que la población del área programática del CeSAC accede a la mayoría de los turnos sin este tipo de barrera de accesibilidad.

El ausentismo promedio fue del 26%, similar al documentado a nivel regional para atención ambulatoria (27,8%) (15). El resultado merece un análisis futuro, ya que la mitad ocurre con turnos a más de 29 días y otro cuarto entre 8-14 días, obligando a mejorar el presentismo local y la respuesta del modelo a demandas subagudas, respectivamente.

Los tiempos de espera promedio fueron: 8 días para "demanda", 20 para "intermedio" y 40 para "control". Como era esperable, los tiempos de espera fueron aumentando mes a mes (Figura 1), a medida que las agendas se completaron.

Figura 1. Evolución mensual del tiempo de espera para la atención programada. CeSAC 40, CABA, 2025.



#### *Encuesta de satisfacción a usuarios*

La encuesta (Anexo 1), realizada en la sala de espera con un total de 100 usuarios a encuestar -aunque 54 fueron encuestados al momento de redactar este relato de experiencia-, mostró mayor satisfacción (74% vs 65%) y menor insatisfacción (16% vs 26%) con el nuevo modelo respecto al anterior. La principal razón de satisfacción fue la facilidad en la obtención de turnos (54%), un aspecto fundamental del nuevo modelo.

#### *Entrevistas a los integrantes del equipo*

Las entrevistas evidenciaron un consenso respecto a la necesidad de transformar el modelo previo, en respuesta a una demanda transversal del equipo. Los motivos se agruparon en dos cuestiones centrales a cualquier institución que presta servicios de salud: el perfil de su población y la oferta asistencial.

Respecto a la demanda, se señaló el aumento pospandemia y cambios como "más adultos, más pacientes crónicos y dificultades con el acceso a la guardia", volviendo la respuesta "más desorganizada, resolviendo lo inmediato" cuando "los pacientes de demanda espontánea tenían problemas subagudos que podrían abordarse mejor en controles".

Sobre la oferta, se destacó la sobrecarga laboral del modelo anterior al responder al gran volumen de demanda con turnos limitados: "no había turnos para controles de salud, seguimiento de ECNT o seguimientos de pacientes " y "a veces resultaban demasiados turnos dados [...], sobrecargándose `todos` en el día a día. Y desde mi punto de vista, se los veía atender a las corridas o teniendo demasiada gente a la espera de su salida en el pasillo para responder dudas que podrían resolverse en la consulta de conseguir el turno".

La sobrecarga también se expresa en la necesidad de enfrentar día a día las restricciones impuestas por el modelo anterior: "desde mi tarea también me resultó mejor el cambio ya que me estresaba bastante tener gente que realmente necesitaba atención y que, por dar los 10 números permitidos, nos quedaban afuera o dábamos lo que no correspondía al día". Finalmente, se destacó "la inseguridad del barrio" que ponía en riesgo a "los pacientes (que) hacían fila en la madrugada y algunos se quedaban sin turno".

Todos consideraron positivo el nuevo modelo, y que los aspectos positivos beneficiaron tanto a usuarios como al equipo. El primer punto positivo para mencionar - quizás de los más importantes de toda la experiencia- es el hecho que todos los usuarios se van con un turno, si así lo desean. En línea con esta nueva accesibilidad, se agregó que "la gente no viene masivamente temprano"; que "se puede conseguir turnos de control a cualquier hora del día, y eso es buenísimo para un mejor funcionamiento"; y que "mejoró la distribución de turnos, (hay) menos acumulación de pacientes y (una) atención mejorada".

Se confirmó que "se atiende lo realmente urgente y no eran tantos al día como antes". Inesperadamente, se resolvieron totalmente los problemas con la renovación de

prescripciones crónicas<sup>2</sup>, ahora disponiendo de turnos de 30 minutos para revisar adherencia, efectos adversos, prevención cuaternaria, etc.

Entre los aspectos beneficiosos para el equipo de salud, se menciona que “la sala de espera está más ordenada a la mañana” y que “mejoró la accesibilidad, la calidad de nuestra atención y organización laboral”. Otro aspecto novedoso es el “trabajo conjunto con enfermería”, tanto en su plena incorporación a los procesos de atención de demandas espontáneas de adolescentes y adultos, como en la reducción de la sobrecarga asistencial (no prioritaria) al abordar y resolver una proporción significativa de dichas demandas.

Finalmente, cabe mencionar dos aspectos positivos relacionados con las agendas de turnos programados. Por un lado, en el afán de seguir conjugando la mayor accesibilidad posible con una atención de calidad, la disponibilidad y uso criterioso de sobretornos permite amortiguar el ausentismo. Por otro lado, al cumplir con la cantidad de horas exigidas de atención por “omnicanalidad” por el MSGCBA, los generalistas pueden dedicarse más que antes a otras tareas igual de importantes para el CeSAC que la asistencia.

Los aspectos negativos se relacionaron con tiempos de espera prolongados: "se generan cuellos de botella por saturación de turnos" y "se distorsiona la distancia en los días". La relación entre esta nueva restricción en la accesibilidad y el ausentismo es problematizada por un entrevistado, al decir que “lo negativo lo asocio con la demora de ciertos turnos y el ausentismo, o como dicen los pacientes, ‘ya se me pasó eso por lo que pedí turno’”.

Algunas respuestas que se fueron dando a esta dificultad hicieron resurgir el problema de la sobrecarga laboral. Así, se relacionan el hecho que “desde enfermería derivan pacientes que no serían para el día por el solo hecho de que dar turnos a un mes es demasiado para una persona que quizás deban verla como mucho en semana y media” y que “nos

---

<sup>2</sup> Las prescripciones de medicación crónica son digitales, con un plazo máximo de 9 meses. Previo al nuevo modelo, al vencerse una prescripción el usuario solicitaba su renovación en la recepción, y ésta se plasmaba en un “papelito” depositado en un sobre en el pasillo. La celeridad para su renovación dependía de la predisposición de los generalistas para tomarlos en sus ratos libres e ingresar a las historias clínicas electrónicas para renovar las prescripciones. El tiempo limitado para esta actividad atentaba contra la posibilidad de revisar criteriosamente el plan farmacológico de cada usuario, y que no se disponían de turnos para citar a los usuarios a tal fin.

seguimos sobrecargando porque hay que canalizar de alguna manera la demanda de agudos que muchas veces surge o las cosas que necesitan control, y entre los sobretornos, la demanda del día y las interurrencias de enfermería a veces es demasiado”.

Sobre los tiempos de espera, se mencionaron dos aspectos negativos más: la necesidad de mejorar los procesos de trabajo cuando “todavía se le repregunta al paciente una vez dada la categoría para sacar determinado turno, en su mayoría cuando damos intermedio, para cierto malestar. Al repreguntar en ventanilla las personas vuelven a nosotras más ofuscadas para la atención en el día, a veces lo reconsideramos para no generar más malestar” y que los usuarios “todavía no se adaptaron, lo que genera confusiones o reclamos” ya que “pacientes no muy enfermos quieren ser atendidos en día”.

## **EXPLICACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

### **Análisis e interpretación de la experiencia desarrollada**

Esta experiencia representa el esfuerzo de un equipo de atención primaria por responder a nuevas demandas asistenciales, en el contexto de presiones normativas del MSGCBA. Las oportunidades y condicionantes de la experiencia pueden analizarse utilizando los conceptos de habitus, micropolítica del trabajo en salud y burocracia profesional.

Hubo un reconocimiento unánime por parte del equipo de salud de que el modelo de atención previo ofrecía una respuesta reactiva a problemas de salud nuevos, propios tanto del envejecimiento poblacional como del mosaicismo epidemiológico de la CABA. Lo hacía, además, poniendo significativas barreras de accesibilidad como la puja diaria por un número limitado de turnos en un ámbito muchas veces inseguro, y casi siempre indigno. La sobrecarga laboral reducía la posibilidad de una atención de calidad tanto para controles periódicos como ECNT, y limitaba la disponibilidad de los generalistas para tareas no asistenciales.

La duración del modelo anterior puede interpretarse como resultado del habitus institucional, limitando lo que el equipo consideraba posible o legítimo. Los entrevistados

reconocieron, sin hacer mención explícita -naturalmente- a los efectos del habitus, que "a veces es difícil modificar el statu quo y vencer resistencias en todos los niveles de los actores involucrados", "había resistencia del equipo, tanto profesionales como no profesionales" y que "el motivo por el cual no cambiaban antes el modelo fue porque quizás no se animaban a realizarlo por miedo al cambio".

Mucho de lo sucedido antes, durante y -posiblemente- después de la prueba piloto se puede enmarcar dentro de la micropolítica del trabajo en salud. Esto se debe al hecho que se produjo, al interior del equipo de salud, un conjunto de dinámicas, decisiones y vínculos que se plasmaron en el nivel cotidiano de las prácticas (acuerdos, intercambios informales, circuitos formales, reuniones de equipo, etc.) donde la negociación de sentidos, saberes y modos de hacer en la producción del cuidado fueron elementos clave para la concreción y eventual continuación del nuevo modelo de atención.

Los entrevistados dan cuenta de esto al decir que, si bien "existen diferentes puntos de vista y no todos/as concuerdan", "el nuevo modelo tardó porque no había quien proponga la forma de atender (sic)" y "creo que se tardó por que implicó un grande cambio en la organización y la forma de trabajo; además era necesario que todo el equipo esté de acuerdo y capacitado para aplicarlo correctamente".

La estructura de las burocracias profesionales tiene la ventaja de permitir abordar tareas complejas y no rutinarias, donde se requiere juicio experto, como la justificación, planificación y ejecución de un nuevo modelo de atención. Esto ocurre, en gran parte, gracias a la naturaleza descentralizada de la estructura y la autonomía que la organización otorga a los profesionales.

Estas nociones permiten comprender claramente porqué, en el marco de presiones externas por parte del MSGCBA, el equipo de salud (pero fundamentalmente los generalistas, en este caso) logró idear un nuevo modelo de atención que diera respuesta a dichas presiones, sin descuidar el bienestar y satisfacción de los integrantes de la organización.

Es interesante, entonces, observar cómo a los mismos profesionales les resulta difícil identificar la amplia autonomía existente en la ejecución de su trabajo. En este sentido, han dicho, en clave de dificultad, que “hay que tener en cuenta ‘cómo’ y ‘quiénes’ pueden otorgar los turnos” y que “los CeSACs [...] cuentan con el problema de no tener una estructura organizativa acorde al tamaño de la institución por lo que hay demasiados y variados problemas de los que ocuparse sin tener áreas para ello”.

### **Determinantes y condicionantes de la experiencia**

El primer determinante fue el cambio progresivo en el perfil epidemiológico de la población, obligando al equipo a interpretar la nueva realidad mediante la cronicidad y mosaicismo epidemiológico.

Sin embargo, de no haber existido un conjunto de factores al interior del equipo, poco de lo relatado pudiese haber ocurrido. A diferencia de muchos equipos de salud del primer nivel de atención del país, existe una estabilidad en el tiempo del equipo del CeSAC 40 que es favorecida en parte por las condiciones de contratación (una planta permanente). Esto permitió que las mismas personas fueran testigos de la transformación del perfil epidemiológico de la población usuaria.

Además de la estabilidad, fue determinante que exista un nivel de compromiso elevado para con la atención de calidad y la mayor accesibilidad. Este compromiso se evidencia desde las decisiones tomadas desde la jefatura del CeSAC, hasta las acciones cotidianas de quienes “dan la cara” por la institución en la sala de espera y recepción.

Finalmente, es necesario reiterar la importancia del alto grado de autonomía profesional existente en organizaciones como el CeSAC 40, que permiten llevar adelante acciones instituyentes como un cambio de modelo de atención.

El principal condicionante fue el efecto del habitus para imaginar nuevas posibilidades en los procesos de trabajo, con una naturalización de ciertos modos de producir

salud y una resistencia a instituir nuevos modos durante la larga trayectoria del CeSAC desde un modelo reactivo a demanda hacia otro proactivo y programado.

### **Importancia para las/os autora/es**

El autor, partícipe e impulsor de la experiencia, constató que es posible una relación dialéctica entre marcos conceptuales y la gestión cotidiana de producción de cuidados en salud. La epidemiología, sumada a conceptos como habitus, micropolítica del trabajo en salud y burocracia profesional, apuntalaron y potenciaron la experiencia de transformar el modelo de atención.

### **Contribución al desempeño como integrantes de un equipo de salud**

Conversaciones informales con el equipo mostraron efectos positivos en su desempeño: las orientadoras ya no enfrentan el estrés de resolver una fila repleta en la primera hora, pudiendo abocarse a orientación y triage con una demanda repartida durante el día y sabiendo que todos obtendrán turno. Los enfermeros destacaron su nuevo rol más protagónico en procesos de atención. Los generalistas señalaron una mejora en la calidad de atención al dedicar más tiempo a consultas y la revisión de planes terapéuticos, además de más energía y tiempo para trabajo no asistencial.

### **Importancia para la comunidad**

Conceptualmente, esta experiencia fue importante al crear un modelo mejor organizado para responder a necesidades comunitarias: aumento considerable en oferta asistencial, mejor accesibilidad para demandas agudas y crónicas, y flexibilidad para demandas espontáneas. En un ámbito donde "la demanda es infinita, pero la oferta no", resulta valioso que toda persona que solicita turno se va con uno.

Para una experiencia de gestión de los servicios de salud, la satisfacción comunitaria es igualmente relevante. Si bien la encuesta se encuentra en etapa incipiente, los resultados

sugieren una reacción positiva al nuevo modelo, con una satisfacción comparativamente mayor al modelo previo.

## **SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA**

Desde el punto de vista de la gestión de los servicios de salud, esta experiencia partió de un problema, entendido como la diferencia entre la situación actual y la deseada (11). El CeSAC 40 contaba con un modelo de atención que no estaba organizado para dar respuesta a las demandas del actual perfil epidemiológico de su población y que, además, generaba malestar en el equipo por una variedad de razones.

Basándose en la micropolítica del trabajo en salud, atento a las resistencias producto del habitus, y aprovechando las oportunidades inherentes a una burocracia profesional, se propuso una reorganización de los recursos del CeSAC que, luego de tres meses de una prueba piloto, se ha constituido en un modelo de atención mucho mejor preparado para abordar el mosaico epidemiológico existente en el primer nivel de atención -tanto en el “Bajo Flores” como en el resto del país-. El modelo beneficia no solo a los usuarios, sino también al equipo de salud que ha visto mejoras en su desempeño cotidiano.

Quedan desafíos por abordar: encontrar una solución creativa a la menor disponibilidad de turnos adecuados para consultas agudas y subagudas; mejorar la oferta vespertina en la misma línea que la matutina; y reproducir la experiencia en pediatría, que mantiene la fila matutina por turnos limitados.

La primera reflexión en torno a la experiencia descrita es, sin duda, sobre la importancia de que los equipos de salud tengan la capacidad de identificar sus problemas más relevantes, a pesar de la multiplicidad de otras dificultades con las que se encuentran en lo cotidiano. En ese sentido, el equipo del CeSAC podría haber interpretado incorrectamente el malestar con el modelo previo, de no haber identificado la incongruencia entre la realidad epidemiológica actual y la oferta asistencial.

Una segunda reflexión es que esta experiencia no hubiese sido posible sin un equipo dispuesto a realizarla. Más allá de que los generalistas impulsaron el cambio, éste hubiese enfrentado obstáculos insuperables sin que orientadoras, personal de recepción y enfermería vieran sus beneficios potenciales y rompieran esquemas mentales impuestos por su habitus.

Una tercera, y última, reflexión es sobre la diferencia entre una gestión de los servicios de salud con, y sin, datos como insumo de trabajo. Desde el inicio se identificó la necesidad de generar datos sobre dimensiones clave del cambio, contribuyendo a discutir creencias, posturas y opiniones ligadas al habitus institucional. Así, indicadores que demostraron infundados los temores sobre turnos externos o alto ausentismo, y resultados preliminares de satisfacción que muestran aceptación comunitaria del cambio, resultaron una pieza fundamental de la experiencia.

#### **RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y SALUD COMUNITARIA**

Esta experiencia es relevante porque pone en discusión temas centrales de la atención primaria de la salud en nuestro país. Si bien el envejecimiento poblacional y la cronificación del perfil epidemiológico son evidentes para cualquiera que trabaje en el campo de la salud, y el abordaje de dicha cronicidad -liderada por las ECNT- está discursivamente en la agenda de salud, los modelos de atención ofrecidos por los equipos de salud del primer nivel de atención del país no demuestran una reorganización de sus recursos tendiente a abordar dicha realidad.

Hasta que los equipos de salud incorporen la epidemiología, para entender mejor su realidad local; pongan en debate conceptos como el habitus y la burocracia profesional, para revisar críticamente si los obstáculos al cambio siempre “vienen de afuera”; y apelen a la micropolítica del trabajo en salud como modo de empezar a producir nuevas formas de cuidado, seguirán viendo salas de espera llenas de mujeres embarazadas y niños.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Vivienda de la Ciudad. Censo del Barrio Rodolfo Ricciardelli [Internet]. 2018. Disponible en: <https://vivienda.buenosaires.gob.ar/censo-1-11-14>
2. Santoro AG. Desigualdades en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: mortalidad, fecundidad y estructura demográfica. Rev salud pública. 2020;21(1):94-101.
3. Centro de Estudios Metropolitanos. Documento CEM N°49: las desigualdades en la Ciudad de Buenos Aires [Internet]. 2022. Disponible en: <https://estudiosmetropolitanos.com.ar/wp-content/uploads/2022/06/Las-desigualdades-en-la-Ciudad-de-Buenos-Aires.-Junio-2022.pdf>
4. Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires – Año 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/ASIS%202020.pdf>
5. Maguid A, Bruno S. Migración, mercado de trabajo y movilidad ocupacional: el caso de los bolivianos y paraguayos en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Población de Buenos Aires. 2010;7(12):7-28.
6. Revista Anfibia. “Hasta que un día nos organizamos” [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.revistaanfibia.com/hasta-que-un-dia-nos-organizamos/>
7. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. Cuadernos de Antropología Social. 2014;39:91-114.
8. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cómo trabaja el primer nivel de atención de salud pública de la Ciudad [Internet]. 2022. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/noticias/como-trabaja-el-primer-nivel-de-atencion-de-salud-publica-de-la-ciudad>
9. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Norma 01/16. Equipos Básicos de Salud. Buenos Aires: Dirección de Informática Clínica, Estadística y Epidemiológica, Subsecretaría de Planificación Sanitaria; 2016.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales – Información Básica. Argentina. Serie 5 N° 66. Año 2022 [Internet]. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. 2024. Disponible en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie\\_5\\_nro\\_66\\_anuario\\_vitales\\_2022\\_3.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_66_anuario_vitales_2022_3.pdf)

11. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):275-293.
12. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1991.
13. Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo, 2000. Capítulo 10: "La burocracia profesional".
14. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):316-323.
15. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling - a systematic literature review. *Health Policy*. 2018;122(4):412-421.

## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta de satisfacción a usuarios sobre sistema de turnos

#### encuesta\_satisfaccion\_turnos

##### Sobre su atención

¿Se atendió en el centro de salud este año?

- Sí  
 No

##### Sobre el sistema de turnos anterior

¿Solicitó un turno usando el sistema de turnos anterior?

- Sí  
 No

Cuando solicitó turno con el sistema anterior, ¿logró conseguir turno?

- Sí  
 No

¿Qué tan satisfecho estaba con el sistema anterior?

- Muy satisfecho  
 Satisfecho  
 Insatisfecho  
 Muy insatisfecho  
 Prefiere no contestar

¿Cuáles fueron las principales razones de su satisfacción/insatisfacción con el sistema anterior? (puede elegir más de una)

- El turno se conseguía rápido  
 No se conseguía un turno rápido  
 Era fácil conseguir el turno  
 Era difícil conseguir el turno  
 Era inseguro hacer la fila a la mañana  
 Había mucha disponibilidad de turnos  
 No había disponibilidad de turnos  
 La calidad de atención era buena y/o el tiempo de la consulta era suficiente  
 La calidad de atención no era buena y/o el tiempo de la consulta era insuficiente  
 Otro

## Sobre el sistema de turnos nuevo

¿Solicitó un turno usando el sistema de turnos nuevo?

- Sí
- No

Cuando solicitó turno con el sistema nuevo, ¿logró conseguir turno?

- Sí
- No

¿Qué tan satisfecho está con el sistema nuevo?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho
- Prefiere no contestar

¿Cuáles son las principales razones de su satisfacción/insatisfacción con el sistema nuevo? (puede elegir más de una)

- El turno se consigue rápido
- El turno no se consigue rápido
- Es fácil conseguir el turno
- Es difícil conseguir el turno
- Hay disponibilidad de turnos
- No hay disponibilidad de turnos
- La calidad de atención es buena y/o el tiempo de la consulta es suficiente
- La calidad de atención no es buena y/o el tiempo de la consulta no es suficiente
- Otro