

## ANÁLISIS CRÍTICO DEL DOCUMENTO:

### “Lineamientos para la configuración de agendas de turnos.

### Efectores del primer nivel de atención Versión: 1.0- mayo 2023”

Comisión de análisis y propuestas para mejoramiento de procesos / agendamiento AMES  
Grupo de trabajo Gestión APS/AMES  
Grupo de trabajo TBC /AMES

CD AMES

Mayo de 2024

## 1-INTRODUCCIÓN:

### 1-a) ¿Desde dónde nos posicionamos como AMES?

El 1 de mayo, día de los trabajadores, AMES publicó en sus redes el siguiente comunicado:

Primero de mayo:

#### ESTAR AHI:

- en este primero de mayo, día de lxs Trabajadores. ...
- a un día donde se aprobó en Diputados una Ley vergonzosa que avanza sobre los Derechos de trabajadorxs ..
- queremos enviar nuestro saludo y decisión de SER PARTE de Sociedades Científicas que proponen, estudian, debaten, promueven Redes, acompañan, se esfuerzan e intentar ser ejemplares en sus lugares de trabajo, piensan en modelos de organizaciones de salud que tienen como visión garantizar el derecho a la salud y la atención de la enfermedad con calidad y calidez, resisten y luchan por condiciones de trabajo adecuadas y para que podamos sentirnos orgullosos como trabajadores de la salud de hacer las cosas bien.
- Quizás como nunca antes, nuestrxs pacientes: trabajadores o jubiladxs o sin trabajo, mas necesitan que estemos.
- Ese es nuestro desafío.
- Desde AMES-FAMG queremos ESTAR AHI.



Asociación Metropolitana de

Nos posicionamos como Sociedad Científica que nuclea a profesionales del primer nivel de atención y desde una de sus misiones institucionales, que es trabajar para asegurar el derecho a la salud de la población.

También, y como decimos en el comunicado, con condiciones de trabajo adecuadas y con modelos de organizaciones de salud que las hagan posibles.

Para que nuestro trabajo sea de calidad y “sintiéndonos orgullosos de hacer las cosas bien” como dice Mario Róvere.

### **1-b) Metodología de elaboración de las recomendaciones:**

Luego de la lectura del documento “Lineamientos...” la Comisión directiva de AMES decidió la conformación de un grupo ad hoc, formado con integrantes de la misma, a la que se sumaron miembros coordinadores de los Grupo de trabajo: Gestión APS/AMES y TBC/AMES.

De estas reuniones surge la identificación de oportunidades de mejora con las recomendaciones correspondientes.

Como evaluación inicial se encuentran en el documento “propósitos” con los que se acuerda en general.

Se rescata la importancia de plasmar en un documento ejes organizadores de la oferta asistencial del primer nivel de atención de la Red de cuidados progresivos del subsistema público de salud de la CABA

Avanzando en el análisis se identifica que hay conceptos que impresionan confusos y contradictorios.

### **1-c) Descripción del contexto institucional y valores que se ponen en tensión:**

Es imprescindible, a nuestro entender, incorporar a este análisis el intenso malestar expresado en distintos ámbitos por Médicos de CeSACs, tanto Generalistas como Pediatras, efectores incluidos en esta versión del documento. Pensamos que es un hecho de la realidad que debe ser problematizado para poder analizar sus causas y así poder realizar las modificaciones necesarias para poder garantizar el propósito enunciado en el inicio del documento.

Consideramos que las intervenciones implementadas desde el Ministerio de Salud de la CABA, expresan una política sanitaria basada en el control de procesos con utilización de indicadores de incierta eficacia, que lleva a una saturación por un lado y por otro que expresa una profunda desconfianza en los profesionales de la salud de los CeSACs, lo cual lleva a

la desmotivación, a la alienación y se expresa en una situación de malestar que torna casi imposible el dialogo y la comunicación.

En este sentido creemos que la medida de enviar Comunicaciones Oficiales intimando a profesionales, aduciendo el incumplimiento del contrato laboral “contando las horas y minutos que se deben”, o “los grados de criticidad” de cada uno de los profesionales que, a menos de 60 días de haber tomado sus puestos de trabajo, fue equivocada e injusta , constituyéndose en una medida disciplinaria que produjo un gran daño en las motivaciones y compromiso de las y los profesionales que las recibieron (más aún siendo en el mismo día en que el Gobierno Nacional despidió a 15,000 trabajadores en vísperas de Semana Santa).

## 2) ANÁLISIS DEL DOCUMENTO:

### 2.1. Propósitos. Organización del primer nivel de atención. Poblaciones georreferenciadas:

Como método seleccionamos partes del documento realizando comentarios acerca de los mismos y recomendaciones (en azul).

En relación a los propósitos del documento describe la organización del PNA y los principios que lo sustentan, así como la definición de equipos de salud, las tareas, actividades y las acciones que lo materializan en los 3 niveles de prevención (falta la prevención cuaternaria).

-En relación a la población geo-referenciada se identifica una tensión con la Ley básica de salud de la CABA ya sea para garantizar el acceso de población de otras jurisdicciones (en especial en CeSACs lindantes con límites geográficos de CABA) así como intra-jurisdicción de CABA.

¿Cómo se organiza el primer nivel de Atención para garantizar integralidad, longitudinalidad y continuidad de cuidados?  
Lo hace a través de sus Equipos de Salud Territoriales, Ampliados y Matriciales.

Sus tareas y actividades asientan en un amplio concepto de salud y se materializan en acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación hacia la población georreferenciada al primer nivel y a sus Equipos de Salud Territoriales

Consideramos que, si bien las “Agendas organizan”, por otro lado, son utilizadas para procesos de control basados en la desconfianza

#### **Objetivo general**

Facilitar el acceso de la población a los servicios de salud del primer nivel de atención y sus Equipos de Salud y la articulación del cuidado entre efectores de todos los niveles de atención.

#### **Objetivos específicos**

- Disponer un primer marco normativo para delinear la estructura del armado de agendas asistenciales de los profesionales que se desempeñan en efectores del primer nivel de atención.

## **2.2- Oferta asistencial general**

Un punto para traducir en el contexto de cada CeSAC y del análisis realizado en AMES acerca de la implementación del sistema de agendas es que tiende a homogeneizar el modelo de oferta, sin tener en cuenta las particularidades de cada CeSAC, **por lo que no se lleva a la realidad lo que el documento enuncia:**

La propuesta de este documento es otorgar un marco para el acceso a los turnos

-a través del Gestor de Encuentros de las disciplinas de los equipos territoriales, sin dejar de estratificar posibilidades, complejidad e idiosincrasia de cada centro de salud.

## **2.3- Atención interdisciplinaria**

Uno de los malestares identificados tiene que ver con la falta de inclusión de la modalidad de atención interdisciplinaria dentro de las “horas asistenciales”, **lo cual contradice lo que el documento enuncia :**

-respetando las horas de trabajo territorial, asistenciales, de **interdisciplina** y posibilitando la articulación con las agendas de efectores de otros niveles de atención.

## **2.4- Modificaciones y propuestas de mejora**

(En próximas versiones ...) “también aquellas modificaciones que con el uso nos vayan indicando procesos de mejora”.

Atentos a esto creemos que una de las posibles causas del malestar está relacionada a que, si bien el documento enuncia en relación a procesos de mejora las y los profesionales no están incluidos dentro de los “actores involucrados”, ni sus Sociedades científicas ni los Comité de Calidad, así como tampoco organizaciones de usuarios que podríamos contribuir a identificar dichas “oportunidades de mejora”.

#### **Involucrados**

- Jefes de Departamento y División de Áreas Programáticas.
- Coordinadores de Cobertura Porteña de Salud, Jefatura y referentes administrativos de CeSAC y CEMAR.
- Equipo de Implementación del Gestor de Encuentros

### **3. Formas de la oferta asistencial y procesos de agendamiento:**

Identificamos varios puntos en que se confunden las categorías y eso trae confusión en la implementación.

#### **Desde AMES se eleva la siguiente propuesta de mejora:**

##### **3.1.) Por forma de acceso al Turno:**

##### **3.1.a. - Por lugar de acceso al turno:**

##### **3.1.a. Turnos exclusivos del efector CeSAC:**

“De Uso Exclusivo del efector: son agendas configuradas para uso del efector. Con una proporción no mayor al 30% de la oferta total.”

Oportunidad de mejora: AMES propone que los turnos exclusivos para el efector sean en una proporción no menor del 70 %.

##### **3.1.a.1-Por auto-cita: a través del propio Médico:**

- a través de “programar cita”/SIGEHOS (\*)
- a través de “Gestor de encuentros” (\*\*)

### Oportunidades de mejora:

(\*) el sistema puede demorar minutos en que el disquito gire hasta llegar a poder dar el turno, esto dificulta y limita la utilidad de la herramienta.

(\*\*) ampliar el limite prospectivo a 9 meses para cita para pacientes crónicos, ya que los mismos constituyen una porción significativa de la población a cargo y coincidir con el limite prospectivo de la receta electrónica crónica para evitar turnos innecesarios.

#### 3.1.a.2 Turnos desde el mesón de CeSAC:

3.1.a.2.1-Turnos programados: límite prospectivo 6 meses (\*)

3.1.a.2.2-Turnos de demanda espontánea (sobretornos del día)

3.1.a.2.3-Turnos de atención inmediata: limite prospectivo 3 semanas -

(\*) Para la especialidad de Pediatría el límite prospectivo podrá extenderse a 60 días. Para el resto de las especialidades, si el efector de salud requiere ampliar el límite prospectivo, se deberán consensuar las razones con Jefatura de Departamento del Área Programática y la Dirección General de Atención Primaria.

#### 3.2.Turnos fuera del efector CeSAC: (omnicanalidad)

Oferta para uso de la RED

Serán de uso compartido en la RED las agendas con oferta Programada Individual

-Tipos de canales de atención: Autogestionados o digitales: página web/portal de turnos, mensajería instantánea/chat WhatsApp (BOTI), autogestión Turnos BA. Del tipo asistidos: presenciales (mesón/profesional), telefónico (147). En Atención primaria, esta oferta se direcciona por georreferencia

Propuesta de AMES: la omnicanalidad no debe superar el 30% de los turnos programados y se asignaran a población a cargo (pasiva y activa).

No es porque no estemos de acuerdo con procesos que levantan barreras de acceso administrativa a la atención, pero en el contexto de la realidad de los recursos disponibles creemos que se debe priorizar la oferta de población que cada jornada demanda la CeSAC.

### 3.2.a Por “tiempo” hasta la consulta:

**3.2.1. Programadas de Atención inmediata:** con un límite prospectivo de entre 2 y 10 días. Se puede configurar la opción sobretornos. (punto confuso)

#### **3.2.2. Espontáneas:**

**3.2.2.1 Urgencias subjetivas:**

**3.2.2.2 Urgencias objetivas**

**3.2.2.3. Emergencias en APS: (debe contarse con**

**- GPC**

**- Acreditación anual de competencias de personal médico y de enfermería de destrezas y equipamiento para su atención por el SAME**

Se puede configurar la opción sobretornos. (\*) (punto confuso)

**3.2.3 Programadas para seguimiento mediano;**

**14 hs/semana:** limite prospectivo 9 meses

**3.2.3.1 Individuales:**

**3.2.3.2 Grupales interdisciplinarias:** en las cuales participan más de un profesional de **distintas disciplinas**, abordan personas/familias con situaciones complejas de salud. Visibles para el otorgamiento de turnos programados o espontáneos según sea la prioridad definida de atención. Toda agenda interdisciplinaria debe estar asociada a la prestación SALUD INTEGRAL. **Están incluidas en las 14 hs**

(\*) Se debe configurar la disponibilidad de sobretornos en un 20% ó 1 sobretorno por cada hora de agenda programada.

Este tipo de agenda disponibiliza turnos a la Red de Salud.: **propuesta de mejora sea exclusivo del efector**

## 4. Procesos de trabajo:

### 4.1 ¿Cómo se calcula la población a cargo?

Si no se define este punto y se toman decisiones la demanda nunca será garantizada por la oferta de Médicx de cabecera, siendo un factor más que suma a las tensiones que se expresan en el malestar descripto

En este punto se propone definir el tamaño de Cápita de población a cargo del Médicx de cabecera:

Antecedentes de otros subsistemas de salud donde se implementa el modelo de Médicx de cabecera con población a cargo, como ejemplos:

- Cápita Médico de cabecera Hospital Italiano:

12 horas = 550 pacientes

Vs

- Equipo territorial 4 de CeSAC 22:  
MG +M Ped = 11.000 personas a cargo → supongamos que mitad para cada profesional sin tener en cuenta composición por edad = 5500 personas para MG y 5500 personas para MP.  
(Información obtenida ingresando al panel de SIGEHOS/Equipos de Salud).

Tener en cuenta:

- la frecuencia de consultas de población a cargo están influidas por edad de personas a cargo (mayor tasa de uso en adultos mayores y en niños)
- de población a cargo medir cual es la subpoblación “activa” (que consultaron alguna vez en los dos últimos años)

### Propuesta de mejora:

- a- Para cargos de 30 hs /semana (24 hs presenciales=16 hs de atención +8 hs de actividades comunitarias y de planificación): Cápita de 800 personas de subpoblación activa a cargo por Médico de cabecera
- b- Para cargos de 40 hs /semana (34 hs presenciales= 24 hs de atención +10 hs de actividades comunitarias y de planificación)

c- Para cargos CMB:

Cuando se completa el tamaño de la cápita se cierra ingreso a la misma y se planifican necesidades de nuevos Médicos de Cabecera.

4.2 - Horas de actividad comunitaria, planificación y docencia:  
incorporar en los tiempos de la carga horaria:

- Pase de pacientes en servicio
- Docencia de grado
- Docencia de postgrado: Tutoría de Residentes. Coordinadores locales.
- Investigación
- Reuniones de Comités (Calidad, Docencia, etc.)
- Reuniones de equipo
- Consultas de apoyo matricial con Profesionales CEMAR/segundo /tercer nivel de la Red: Teleconsultas.
- Equipo de gestión local por línea de cuidados
- Evaluación indicadores de calidad de población a cargo y de línea de cuidados seleccionada
- Coordinación/participación: Grupos de pacientes

5- Satisfacción de usuarios:

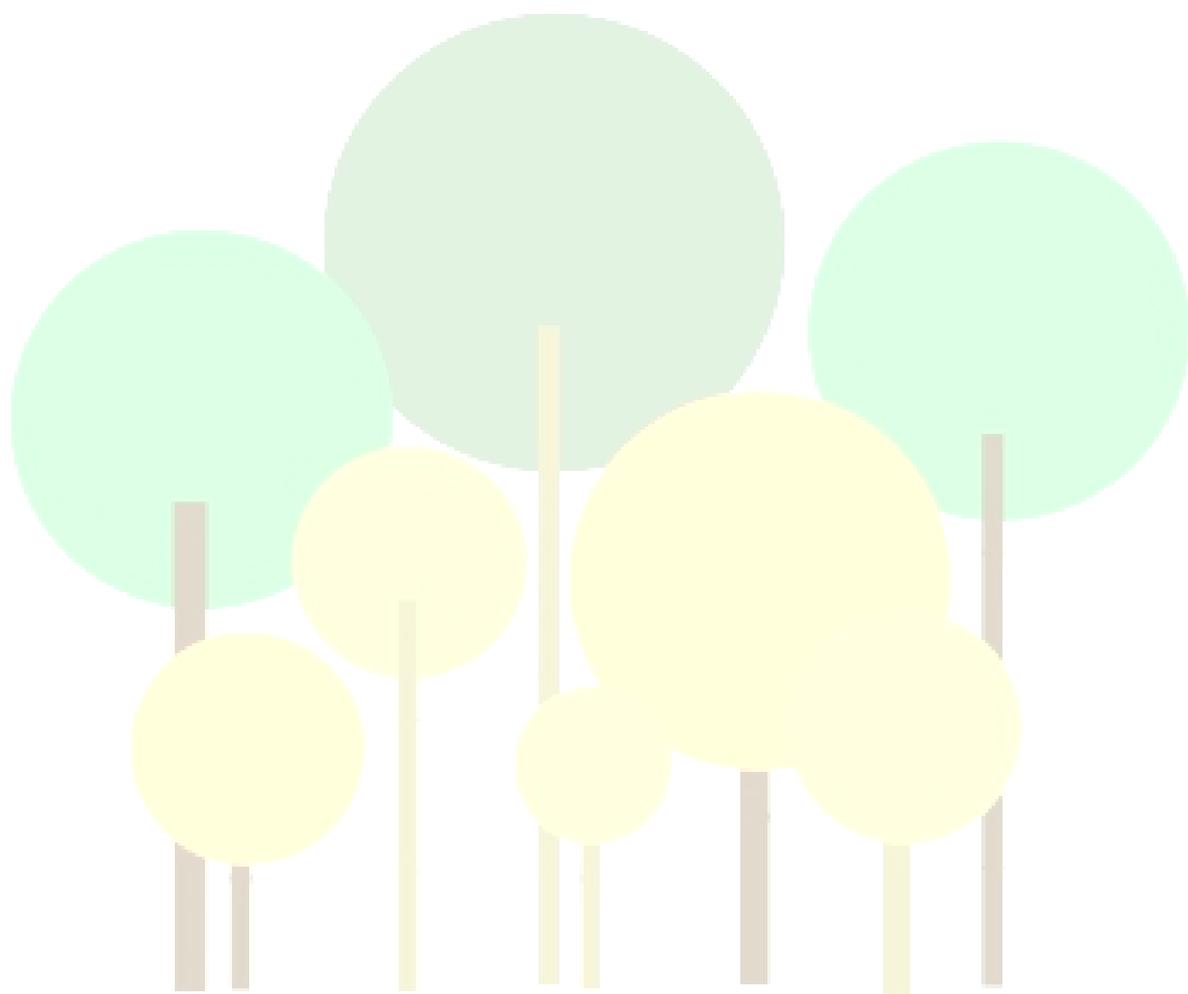
5-1- Usuario externo: a través de encuestas de satisfacción por Comités de calidad y mesas de Gestión local

5-2- Usuario interno:

5-2.1 -Horarios:

En CeSAC que cierran antes de las 18.00hs la carga horaria semanal se podrá fraccionar en 3 días de 8 hs. En esa opción se incorpora una hora para refrigerio y descanso en la mitad de la jornada diaria.

En la opción de 4 días de 6hs se habilita 40 minutos para refrigerio en la mitad de la jornada.



**AMES**

**Asociación Metropolitana de  
Equipos de Salud**