

ORIGINAL

Determinantes de la elección del primer nivel de atención en medicina como ámbito de formación y laboral: un estudio cualitativo



Juan Víctor Ariel Franco^{a,b,*}, Mariano Granero^{a,b,c}, Nadia Silvina Musarella^{a,b,d},
Carina Andrea Fernández^{a,b,e}, María Victoria Weisbrot^b y María Dolores Arceo^{a,b}

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^b Escuela de Medicina, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^c Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^d Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza, Buenos Aires, Argentina

^e Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 11 de julio de 2021; aceptado el 24 de agosto de 2021

Disponible en Internet el 16 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de la salud;
Medicina familiar;
Educación médica

Resumen

Objetivo: Explorar los determinantes de la elección del primer nivel de atención como ámbito laboral y de formación para las y los profesionales de la salud.

Diseño: Estudio cualitativo.

Emplazamiento: Cuatro universidades del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Participantes: Estudiantes de medicina y médicos recientemente egresados.

Método: Con base en la teoría fundamentada constructivista se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales para la recolección y subsecuente análisis de datos.

Resultados: Se realizaron 31 entrevistas y tres grupos focales durante 2019-2020. Se organizaron los conceptos emergentes en ejes temáticos de análisis. Se identificaron experiencias positivas y negativas en relación a la atención primaria de la salud (APS) en espacios curriculares y rotaciones prácticas, y un importante desconocimiento de los alcances de la misma. Para la elección de especialidades médicas son importantes los intereses personales, las proyecciones a futuro, el prestigio social, los ingresos económicos y los conocimientos de un área específica de la medicina. Existe una desvalorización en cuanto al rol y la capacidad resolutoria de la APS, y también se la asocia como más ligada a la asistencia de las poblaciones de bajos recursos socioeconómicos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.franco@hospitalitaliano.org.ar (J.V. A. Franco).

Conclusiones: El desconocimiento de la APS, su desprestigio y la remuneración insuficiente de los profesionales del primer nivel de atención fueron identificados como principales barreras para la elección de la APS como lugar de trabajo y formación. En contrapartida, el compromiso social, la posibilidad de tener un mejor estilo de vida y el tipo de relación médico-paciente aparecen como principales facilitadores.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Primary health care;
Family practice;
Medical education

Determinants of the choice of the first level of care in medicine as a field of training and work: A qualitative study

Abstract

Objective: To explore the determinants of eligibility and the choice of the first level of care as a workplace and training environment for health professionals.

Design: Qualitative study.

Setting: Four universities in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina.

Participants: Recently graduated doctors and medical students.

Method: Based on the grounded constructivist theory, semi-structured interviews and focus groups were conducted for data collection and subsequent analysis.

Results: 31 interviews and three focus groups were conducted during 2019–2020. Emerging concepts were organized in main axes for analysis. Positive and negative experiences were identified in relation to primary health care (PHC) in curricular spaces and practical rotations, and a significant lack of knowledge of its scope. For the choice of medical specialties, personal interests, future projections, social prestige, economic income and knowledge of a specific area of medicine are important. There is a devaluation in terms of the role and resolution capacity of PHC, and it is also associated with the assistance of populations with low socioeconomic resources.

Conclusions: Little knowledge of PHC, its lack of prestige, and insufficient remuneration for first-level care professionals were identified as the main barriers to choosing PHC as a place of work and training. In contrast, social commitment, the possibility of having a better lifestyle, and the type of doctor–patient relationship appear as the main facilitators.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La atención primaria de la salud (APS) incluye a la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (Organización Mundial de la Salud, OMS¹). Sin embargo, existen diversas dificultades en la implementación efectiva de la APS en nuestro país (Argentina): un modelo centrado en el hospital, un sistema de salud fragmentado y segmentado con escasos recursos humanos trabajando en la APS. Este problema es de índole global y fue identificado en la Declaración de Astana 2018, de la OMS². En Argentina, en los últimos años, la cantidad de cupos a nivel nacional otorgados para la residencia de medicina general fue en aumento y el número de cupos cubiertos, en descenso³.

La escasez de recursos humanos y la poca jerarquización de la APS se relacionan con la conformación histórica del campo médico, conceptualizado como *modelo médico*

hegemónico (MMH)⁴. En este modelo los saberes valorados tienden a ser biologicistas, ahistóricos y asociales⁵. Este modelo fomentó el desarrollo científico-tecnológico de la medicina, pero significó también la pérdida del abordaje integral de la salud de las personas.

El modelo de Bauer y Bland, con su posterior actualización por Bennet, identifica los posibles determinantes comunes de la elección de la especialidad (fig. 1)^{6–8}. En cuanto al primer nivel de atención, investigaciones en estudiantes de medicina en España y en Argentina identificaron la invisibilización de la medicina familiar como especialidad, con una fuerte preferencia por otras especialidades médicas^{9,10}. Aspirantes a las residencias, llamaban «todólogos» del sistema a los que ejercían la APS como especialidad¹¹. Sin embargo, no hemos identificado abordajes cualitativos que exploren este fenómeno en la población estudiantil. El objetivo de este trabajo fue explorar los determinantes de la elegibilidad del primer nivel de atención como ámbito laboral y de formación para las y los profesionales de la salud.

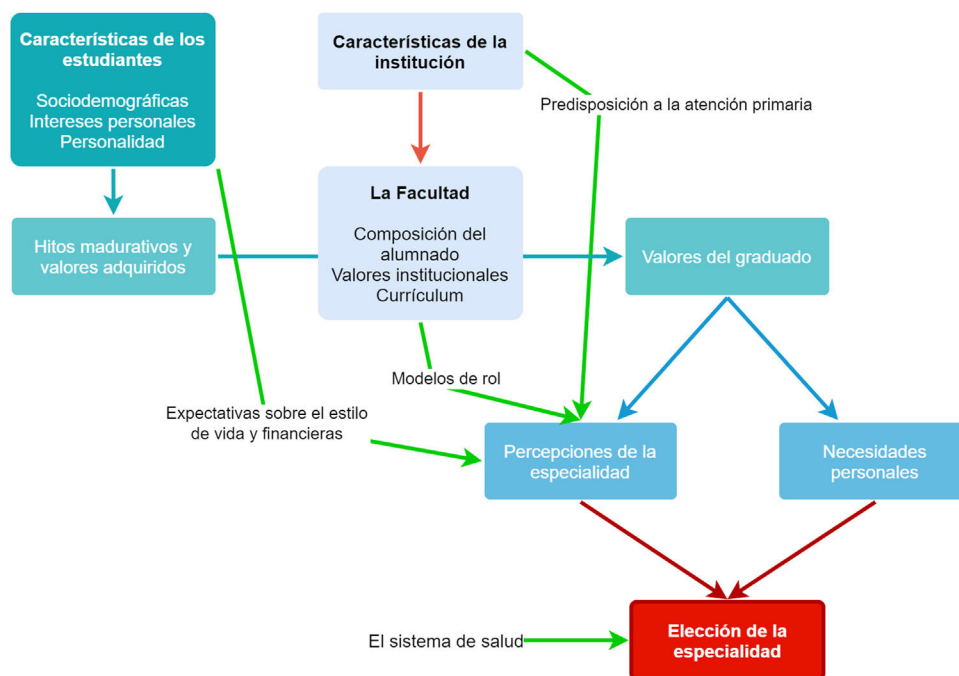


Figura 1 Factores relacionados con la elección de atención primaria.

Fuente: Representación gráfica simplificada del modelo de Bland & Bauer⁶ [recuadros azules] con elementos adicionales del modelo de Bennet⁸ [flechas verdes].

Participantes y métodos

Diseño, abordaje epistémico y contexto de la investigación

Realizamos un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo en el marco de la teoría fundamentada constructivista¹². La investigación transcurrió entre 2019-2021 en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Estrategia de muestreo y reclutamiento

Incluimos estudiantes y médicos y médicas recientemente egresados de las facultades de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), el Instituto Universitario del Hospital Italiano (IUHI), la Universidad Católica Argentina (UCA) y la Universidad de Buenos Aires (UBA). En la [tabla 1](#) se ve la descripción de las universidades incluidas. Invitamos a estudiantes de los primeros y últimos años de la carrera de medicina y médicos recientemente egresados. Trabajamos con un muestreo teórico, por lo tanto el número de entrevistas finalmente quedó sujeto al criterio de saturación. Los participantes fueron reclutados en bola de nieve. Las personas que invitaron y participaron de los grupos focales y entrevistas fueron investigadores que no estuvieron involucrados en la formación académica de dichos estudiantes.

Recopilación de datos, procesamiento y análisis

Realizamos la recolección de datos mediante entrevistas individuales semiestructuradas y entrevistas grupales en la modalidad de grupo focal. Algunas mediante

teleconferencia en el contexto de la pandemia por COVID-19. Recolectamos información básica sobre edad, género autopercebido y universidad en la que se están formando o se formaron. Todos los investigadores tenían experiencia en entrevistas para investigación cualitativa y se trabajó en duplas supervisadas para la realización de los grupos focales.

Para la codificación de datos utilizamos el conjunto de técnicas y procedimientos de la teoría fundamentada¹³. En la codificación abierta, cada investigador segmenta la información y genera categorías iniciales sobre el fenómeno estudiado, y en la codificación axial reunimos los datos y presentamos un informe narrativo con los resultados organizados por temas e ilustrado con una selección de citas textuales¹⁴⁻¹⁷. En cuanto a la validez de los datos, diferenciamos, con transcripciones textuales, los datos originales de nuestras propias conclusiones. Para garantizar la validez y fiabilidad de la investigación, teniendo en cuenta los posibles sesgos y posiciones de los investigadores sobre el tema de estudio, recurrimos a la triangulación de datos a nivel de la codificación y análisis, incorporando el análisis independiente de una socióloga¹⁸.

Para el análisis de los datos utilizamos el software Atlas.ti (Scientific Software Development GmbH). Organizamos los documentos y los registros de entrevistas transcritas en archivos de Word (Microsoft). Para el reporte de este estudio se siguieron los estándares reconocidos de transparencia para los reportes de investigaciones cualitativas¹⁹ y las normas de la revista²⁰.

Resultados

Las características de los participantes se resumen en la [tabla 2](#). Realizamos 31 entrevistas y tres grupos

Tabla 1 Características de las universidades incluidas

Universidades	Financiación	Tipo de currículum	Inclusión de APS
IUHI	Privada	Currículum integrado desde 2018, antes tradicional.	Atención primaria orientada a la comunidad durante los primeros tres años. En el ciclo biomédico se planifican rotaciones por atención primaria y también en el PFO.
UBA	Pública	Currículum tradicional	Escaso contacto con la APS en las materias de Medicina Familiar I, Medicina familiar II y en la PFO. Escaso trabajo comunitario y rotaciones prácticas. Se discute la estrategia de APS en las materias Salud Pública I y II.
UCA	Privada	Currículum tradicional con módulos integratorios	Contacto con la APS desde el primer año de la carrera y durante toda la carrera incluyendo la PFO. Cuenta con módulos de integración de contenidos de primero a quinto año a cargo de médicos de familia y médicos clínicos.
UNLAM	Pública	Currículum integrado	Contacto con la APS desde el primer año y durante toda la formación incluyendo la PFO. Realizan actividades en contacto con la comunidad en distintas materias (Promoción y educación para la salud, Programas, Investigación Acción, etc.)

Notas: las instituciones identificadas con un currículum integrado conjugan contenidos de diferentes disciplinas en sus espacios formativos en contraposición a los currículos tradicionales que siguen el modelo flexneriano.

APS: atención primaria de la salud; PFO: práctica final obligatoria.

Fuente: elaboración propia basada en el sitio web de las universidades e información provista por los docentes (parte del equipo investigador).

Tabla 2 Características de los participantes de las entrevistas y los grupos focales

Característica	Número (proporción) o promedio
<i>Total Entrevistas</i>	n = 46
<i>Género autopercebido (Mujeres/Hombres)</i>	36/10
<i>Edad (promedio)</i>	
Femenino	24 años
Masculino	23 años
<i>Etapas de la carrera</i>	
1° año	14
5-6° y Práctica final obligatoria	29
Egreso reciente	3
<i>Universidad</i>	
Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires	13 (28%)
Universidad de Buenos Aires	11 (24%)
Universidad Católica Argentina	11 (24%)
Universidad Nacional de La Matanza	11 (24%)

focales, entrevistando en total a 46 personas. En el **apéndice suplementario** se encuentra el detalle anonimizado de los participantes individuales y el número de entrevista. Los conceptos emergentes fueron agrupados en ejes temáticos de análisis: a) Experiencias de los participantes en la educación de grado; b) Motivos para elegir una especialidad; c) Percepciones generales del primer nivel.

Experiencias de los participantes en la educación de grado

Las distintas opiniones dan cuenta de que la carga horaria y la orientación en atención primaria varía entre las Facultades de Medicina, predominando una formación hospitalocéntrica, con alta carga horaria de materias cursadas en el hospital, con contenidos y prácticas más orientadas a las enfermedades y menos a la atención primaria. Existe mucha disparidad entre facultades en cuanto a las horas de formación en atención primaria: mientras en algunas son muy limitadas a un curso en los últimos años de la carrera, en otras la carga horaria es alta con materias incluso en cada año de la carrera. Sin embargo, la alta carga horaria no es sinónimo de haber tenido una adecuada formación.

No estuve en tantas consultas de atención primaria. Todavía no me tocó, estoy en el último año y todavía no me tocó ir a los centros de salud. (Ent. 3)

Una o dos visitas en lo que es un servicio de medicina familiar, pero como que no te alcanza eso para ver el trabajo del médico de familia. Así que algo para criticar es eso. (Grupo focal 1)

Las experiencias en las rotaciones prácticas de grado les permiten formarse una idea de lo que es el ámbito laboral y el trabajo que realizan los profesionales del primer nivel. En estas rotaciones identifican aspectos positivos y negativos y de ahí surgen algunas variables como: el rol del estudiante durante el proceso de aprendizaje, el clima de trabajo (buen trato, horizontalidad, vínculo personal/cercano), la organización de las rotaciones clínicas, las tareas encomendadas a los estudiantes y el acompañamiento por parte de los docentes. Finalmente, identificamos que los currículos que incluyen de manera transversal la formación en atención primaria

Tabla 3 Valoración de experiencias durante la educación de grado en atención primaria

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Tener un rol activo en el aprendizaje: <i>En ginecología [...] al principio del día, vos simplemente estás de espectador y al final del día ya algunas cosas te dejaban hacer, como por ejemplo los PAPs.</i> (Ent. 4) Buen clima de trabajo, ameno, llamándose por el nombre y con horizontalidad, en contraste con otras especialidades donde es más hostil y competitivo: <i>No está esa competitividad que sí está en otras especialidades [...] por ejemplo, terapia intensiva, [...] tipo milico, que es súper poco académico, o sea, no sirve para educar ni un poco.</i> (Ent. 6) Modelos de rol: profesionales y docentes con un gran entusiasmo por su trabajo y la atención primaria, con una buena relación médico-paciente observada en las consultas: <i>En medicina general pasamos por el consultorio y me gustó mucho también la atención [...] 'che, esto es la medicina, este contacto con el paciente, esta forma de atender. Te llamo por el nombre, te pregunto por tu marido, cómo anda'. Esto de la cercanía, esta es la medicina que quiero hacer, esto es lo que quiero atender.</i> (Ent. 9) Actividades comunitarias organizadas y relacionadas con la prevención y promoción de la salud. <i>Con una médica clínica de la salita y una trabajadora social [...] pudimos hacer un montón de actividades, pudimos ir a barrios muy alejados de la salita a vacunar [...], eso sí es muy lindo.</i> (Ent. 3)	Tener un rol pasivo en el aprendizaje: <i>En los CAPs [centros de atención primaria] éramos sombras, simplemente estábamos ahí y los médicos hacían su trabajo.</i> (Ent. 4) Problemas en los procesos asistenciales, ya sea desde el punto de vista de los recursos materiales y humanos, como del trato hacia los pacientes. <i>Y justo ese día no habían ido los médicos, nos mandaban con las enfermeras, tampoco había muchos insumos, estaba como más o menos.</i> (Ent. 33) Fallas en la organización de la cursada y profesionales poco vinculados con la actividad y el rol docente: <i>Muchas veces nos íbamos a las salitas y eran docentes que no tenían idea que nosotros teníamos que ir y por ahí no tenían un plan en el día para hacer.</i> (Ent. 3) <i>El trabajo práctico para hacer era de decir cómo era la estructura del centro de salud, si tiene las paredes pintadas o no (...) pero para mí no nos correspondía</i> (Ent. 13) Las actividades comunitarias no fueron siempre valoradas positivamente por su organización, implementación y objetivos. <i>Tampoco tiene sentido que te manden así porque terminás, pasó con algunas materias particulares que decís 'vengo a la salita pero no a ver nada de medicina' y terminás hablando con los vecinos.</i> (Ent. 23)

inflúan sobre las experiencias de los participantes. En la [tabla 3](#) se ofrece un resumen de los aspectos destacados.

Motivos para la elección de la especialidad

Dentro de los motivos importantes a la hora de elegir una especialidad de APS, existen aquellos que son comunes a todas las especialidades y otros relacionados específicamente a la APS. Los motivos comunes incluyen: los intereses en un área en particular de la medicina, los aspectos económicos, las percepciones relacionadas al prestigio de la especialidad y su capacidad resolutoria, la personalidad del estudiante, los modelos de rol y el conocimiento de la especialidad, el género y las preferencias personales (ver [tabla 4](#) para un resumen de los aspectos destacados). La docencia e investigación no parecen influir en la elección de una especialización. En cuanto a la elección de APS como lugar de trabajo, surgieron dimensiones similares a las anteriores (ver [tabla 5](#) para un detalle de estos conceptos).

Percepciones generales del primer nivel

Identificamos percepciones predominantemente negativas en relación al prestigio de la especialidad.

A veces la gente mira muchas series, o escucha muchas cosas que en la realidad no son así, que te ponen como el centro de la medicina ser cirujano, o llegar a esos puestos bien altos [...], nunca nadie habla de la atención primaria en sí. (Ent. 19)

Asociaron al primer nivel de atención con la «salita», representado por un espacio de trabajo opuesto al «hospital», al que se lo relaciona con mejores recursos diagnósticos y terapéuticos, mejores condiciones edilicias y laborales, con profesionales prestigiosos y donde se solucionan los problemas complejos de salud. «La salita» es identificada como un lugar destinado para las personas de estratos socioeconómicos bajos, con frecuencia ubicadas en localizaciones inseguras.

Yo siento que quizás, si viviese en una provincia o lo que sea, siento que el médico de familia es eso. (...) Lo veo mucho en la salita, lo veo mucho como clave en lugares de bajos recursos. Ahí, su tarea es fundamental. (Grupo Focal 3)

Existe desconocimiento sobre el alcance de la atención primaria y hasta en un caso se la confundió como el lugar donde se atienden urgencias. No se reconocen las especialidades como la medicina familiar y los médicos que trabajan en el primer nivel de atención no son reconocidos

Tabla 4 Motivos generales para la elección de la especialidad**Intereses en un área en particular**

No elegirían algo que no les interesa, sin embargo la elección está también muy condicionada por aspectos económicos y por el prestigio profesional, muchas veces resolviendo la elección, entre sus preferencias, por estos dos últimos factores.

No haría algo que no me gusta solo por la parte económica pero no sé si soy capaz de hacer algo que me encanta pero no me trae muchos beneficios económicos. (Ent. 32)

Aspectos económicos

Importante a la hora de elegir una especialidad. Existe preocupación en cuanto a percibir una remuneración que les permita independizarse y tener el estilo de vida que desean, sin trabajar una gran cantidad de horas, especialmente luego de una larga y sacrificada carrera. Frecuentemente esto es identificado en el discurso indirecto: los entrevistados lo reconocen como un factor que influiría a otros colegas.

Tengo varios amigos de Resistencia [ciudad en Argentina] que estudian medicina y todos van, no por el pensamiento de qué es lo que les gusta, sino por el pensamiento de tener un estado económico bastante alto o poder llevarse bien en la vida. Pero me parece que definitivamente influye, pero depende la persona igual, no todos piensan de la misma manera. Pero me parece que la mayoría de las personas eligen en relación al dinero. (Ent. 28)

Prestigio de la especialidad y capacidad resolutive

Determinadas especialidades son mejor remuneradas (p. ej., Anestesiología) asociadas al éxito profesional y al reconocimiento social. También conocidas por su capacidad de dar resultados positivos a corto plazo (p. ej., Quirúrgicas).

Como decía ella, lo del ego, ¿qué buscás vos para tu estilo de vida de acá a futuro? ¿Que te reconozcan y te traigan regalos al consultorio porque el éxito fue de la operación de las seis horas que hiciste hace un rato o realmente querés conocer al paciente y seguirlo por un montón de tiempo y atravesar la cronicidad por la que esté pasando? Si querés una cosa o la otra es lo que te define la elección. (Grupo Focal 1)

Personalidad del estudiante

La empatía aparece como necesaria para el seguimiento longitudinal con tendencia a realizar una especialidad de APS en contraposición con la frialdad y seriedad relacionadas con especialidades quirúrgicas.

La personalidad de cada uno también juega mucho en lo que es la elección. Tengo por ahí compañeros que yo los veo en el día a día, no me los imaginaria nunca en atención primaria por ejemplo, pero me los imagino más no sé, con la cofia, con el bisturí, son como una personalidad más seria, más fríos, no sé. No me los imaginaria nunca en atención primaria. (Ent. 3)

Los modelo de rol y el conocimiento previo de la especialidad

Importante durante las rotaciones prácticas, generando conocimiento sobre la especialidad y el rol del profesional, tanto para acercarse como alejarse de distintas ramas de la medicina.

Lo conocí en algunos médicos de cabecera, mi familia tenía médicos de cabecera que se encargaban de abordarnos a nosotros como un todo, entonces yo tenía mi médico de cabecera que ante alguna eventualidad me derivaba pero él manejaba de una forma integral lo que a mí me pasaba, los vínculos con mi familia y demás y a mí me gustaba ese estilo. (Ent. 26)

Género

Podrías ser más complejo el desarrollo profesional para las mujeres en ciertas áreas como Cirugía o Traumatología.

Por ejemplo, Ginecología y obstetricia son básicamente todas médicas mujeres salvo dos o tres residentes varones. Traumatología son casi todos varones (...) en medicina familiar no creo que haya un determinante de género (Ent. 29)

Tabla 4 (continuación)

Preferencias personales	Ámbito de trabajo: ámbito hospitalario vs. ambulatorio. Algunos mencionan que en realidad el hospital y los enfermos es con lo que están más familiarizados y por eso se sienten más cómodos en este ámbito. En general en los primeros años se proyectan trabajando más en el ámbito hospitalario y luego más avanzada su vida profesional en ámbito ambulatorio. Además este último tiene horarios regulares, lo que les permite tener una calidad de vida donde puedan integrar lo profesional con lo personal. <i>No me gustaría estar en el lugar del médico así, en ese contexto, en el consultorio, atendiendo paciente tras paciente, bueno como te decía, yo me imagino más en un hospital, en una clínica, donde haya movimiento y todo esto.</i> (Ent. 17) <i>Como así más a futuro sí me veo como más en consultorio (...) algo más tranquilo, más que nada por mi proyecto de vida, qué sé yo, de acá a 10 años pienso que quizás ya quiera formar una familia, hacer algo un poco diferente.</i> (Ent. 9) Gestión pública o privada: Los recursos económicos con que cuenta el ámbito privado son identificados como necesarios para poder realizar investigación; así como los recursos tecnológicos para la realización de especialidades quirúrgicas. <i>Pienso: si voy a elegir entre formarme en el ámbito público o privado, teniendo en cuenta eso especialmente, los recursos tecnológicos que tiene cada sector.</i> (Ent. 32) Estilo de vida: La zona de trabajo (ciudad o rural), la carga y flexibilidad horaria, las guardias (turnos), el espacio que le quieren dedicar a su vida privada y el deseo de formar una familia. <i>Prefiero hacer algo que, estar más tranquilo con algunas situaciones y estar más tranquilo y tener más tiempo para mí y poder hacer las cosas que me gustan aparte de la medicina, la medicina me gusta mucho pero hacer otras cosas y distraerme y poder dedicarle tiempo a otras cosas. (...) Prefiero priorizar la calidad de vida.</i> (Ent. 25)
-------------------------	--

académicamente. Se los relaciona con conocimientos básicos y no actualizados, y tanto los pares como los pacientes no valoran su labor.

Para los pacientes, me parece que al médico de familia o al médico clínico incluso se lo ve como un médico que poco sabe, poco entiende, «voy al especialista». Lo he escuchado un montón digamos, incluso en mi familia están todos como súper especialistas por todos lados. (Ent. 9)

Algunos identifican cualidades positivas de la atención primaria, reconociéndola como imprescindible para la prevención y promoción de la salud. Además, algunos destacan que los médicos de familia abordan al paciente de forma integral, con un enfoque biopsicosocial y tomando decisiones compartidas con ellos. También se resalta el buen clima de trabajo, el tiempo que pueden destinar a la vida personal y la posibilidad del seguimiento longitudinal de los pacientes y las familias.

No tienen guardias, es un lugar más ameno, cómodo, en el sentido de que es un grupo reducido de profesionales en un área más reducida, más controlada por así decirlo, donde los pacientes que vienen ya los conocen, porque son personas de la comunidad, y eso también me gusta. (Ent. 10)

Discusión

Identificamos algunas barreras para la elección del primer nivel de atención como lugar de trabajo y formación. En primer lugar, el desconocimiento de la APS surge de las

experiencias como usuarios del sistema de salud o como estudiantes en las rotaciones de grado. Por otro lado, el desprestigio surge como una barrera importante para la elegibilidad de las especialidades de atención primaria, en coincidencia con las barreras descritas por Bauer y Bland⁶.

El desprestigio puede representarse, por un lado, en la opinión instalada en la sociedad que descalifica la tarea de los médicos de APS (en «la salita») porque los relaciona con una pobre capacidad resolutoria para problemas de salud complejos; por el otro, en la opinión de docentes médicos y grupo de pares, quienes se refieren a los profesionales del primer nivel con escasa formación académicamente, escasos recursos tecnológicos y trabajando en ámbitos precarizados. También identificamos las expectativas financieras como una barrera, en línea con lo que Bennet describe sobre su influencia en la elección de una especialidad⁸, ya que la mayoría considera que los profesionales del primer nivel no están adecuadamente remunerados. Además, la APS se percibe frecuentemente como destinada a las personas con menos recursos socioeconómicos. Este hallazgo se encuadra dentro de las concepciones de «APS selectiva», destinada a los más vulnerables, en vez de ser una estrategia universal de salud²¹⁻²³. La percepción de una «medicina para pobres»²³ la convierte en poco atractiva, en comparación con otras especialidades que se perciben como más prestigiosas, bien remuneradas y clínicamente más desafiantes. Estos resultados se enmarcan en un contexto con características sociales, culturales y sanitarias que tienen profundos lazos con el MMH⁴.

En cuanto a los facilitadores, uno de los principales identificados tiene que ver con el perfil del estudiante, en el que se destaca su compromiso social y la priorización de un

Tabla 5 Motivaciones relacionadas a la elección de APS como lugar de trabajo

Motivos para elegir APS	Motivos para no elegir APS
Interés específico en APS, fundamentado en experiencias positivas. <i>Y me parece que los que eligen la APS, son los que lo hacen porque ama, porque es lo que les gusta. Sé que todas las especialidades se deberían de elegir por lo que les gusta aunque no sea así, yo creo que a ellos les encanta ayudar a la gente, la medicina familiar, lo que es ser sociables, les encanta eso. (Ent. 28)</i>	Desconocimiento y poca visibilidad de la APS; sobrecargada y con pocos insumos. <i>Porque lo que no se muestra, nadie lo elige porque no se conoce. Lo que no se conoce no se elige. (Grupo focal 2) (Sobre atención primaria) No me imagino mucho cómo es, porque no tuve práctico y en toda la carrera no tuve ningún contacto. (Ent. 16)</i> <i>No se pone mucha atención en lo que sería Atención Primaria en cuanto económicamente hablando, no se invierte mucho ahí. Yo fui a salitas muy precarias, que no tienen muchos recursos, que se arreglan con lo que pueden. (Ent. 3)</i>
Lo económico, en algunos participantes, no afectaría la motivación. <i>(Respecto a APS) Creo que mis elecciones para un lado o para el otro te las fui comentando y cada uno tiene barreras y fortalezas, que las iré despejando en este tiempo. Pero lo económico no es una barrera. (Ent. 13)</i>	Las percepciones en relación a los ingresos serían predominantemente negativas. <i>(sobre Medicina Familiar) La mayoría, como me dicen mis compañeros o profesionales, es que no es medicina, que te vas a «cagar de hambre», que estás loco, que prefieren hacer una residencia o cursar en un ámbito hospitalario porque el conocimiento es distinto, el contacto con las patologías es distinto. (Ent. 13)</i>
Una buena relación médico paciente, centrada en la persona, contextual e integral. <i>Creo que es muy importante lo positivo, generar el vínculo con el paciente, lo decía un poco en la entrevista, uno se pone como en el lugar del paciente. (...) El vínculo que genera un médico con el paciente me parece súper importante. (Grupo focal 2)</i>	La dinámica de la APS y la relación medico-paciente sería poco atractiva para algunos. <i>Tampoco hay tanta acción. [...] En un consultorio es todo más progresivo, más lento, capaz es mi idea y está mal. Por esto yo no elegí medicina familiar, también. (Grupo focal 3) [...] hay compañeros que no le interesan trabajar con la persona sino más operar o algo así. (Ent. 31)</i>
La APS se percibe como eficiente y costo-efectiva. <i>Veo que nuestro sistema [...] está centralizado en los hospitales y me desespera, porque todo esto de atención primaria se podría hacer un médico generalista [...] Es hasta costo efectivo, pero bueno, por lo menos que las especialidades que elijamos nos planteemos hacer atención primaria como importante. (Grupo focal 1)</i>	Los usuarios del sistema de salud no conocen a la APS. <i>A mí me pasó con un familiar al momento de elegir que la gente no conoce medicina familiar. Entonces «¿Qué querés seguir? -Medicina Familiar -¿Y qué es eso?» (...) Eso para mí es algo en contra. (Grupo focal 2)</i> <i>Parecería que el mismo sistema no les da lugar a los especialistas en medicina familiar, porque está todo tan fraccionado (...) Si te duele la mano vas al traumatólogo de mano. Si el pediatra, al pediatra (...) Entonces quiénes llegan a los que consultan con el médico de familia. (Grupo focal 3)</i>
El rol positivo en la promoción y prevención de la salud, como también el manejo de problemas prevalentes. <i>¿Y por qué otros eligen ser médicos de atención primaria? E: Tal vez porque ven esto, la visión longitudinal y quieren generar un verdadero cambio, no solo tratar a un paciente sino generar una prevención y una promoción real. (Ent. 10)</i> <i>Y a mí me gusta mucho lo que es educación para la salud, hacer charlas, me gusta organizar ese tipo de cosas. Charlas de no sé, de procreación responsable, salud sexual, nada, pude dar charlas de alimentación saludable, esas cosas así en salitas en hospitales. Dentro de lo que sería atención primaria me gusta mucho el tema de la educación, sí. (Ent. 3)</i>	La APS se identifica con un área de conocimiento difusa, poco resolutive, y muchos prefieren un ámbito más acotado y relacionados a órganos y patologías específicas. <i>(quienes no eligen APS) les interesa más la persona enferma (Ent. 34)</i> <i>[...] lo que me da miedo, es el tema de la incertidumbre que se maneja. Como que se abarca tantas patologías... (Ent. 31)</i> <i>Yo creo que también los resultados son a largo plazo, son difusos, es un proceso cuando en realidad no sé, yo entro a un quirófano y al paciente lo saco curado, le saco la vesícula y ya tuve un resultado, en el momento. Ya le salvé la vida. En cambio la atención primaria es algo mucho más paulatino, es un proceso, las recompensas para el médico y para el paciente son mucho menores, mucho menos inmediatas. (Grupo focal 2)</i>

abordaje comunitario de la salud. También cobra importancia el estilo de vida a futuro, jerarquizando una especialidad que no tenga una alta carga horaria. Estos hallazgos coinciden con los identificados por trabajos previos^{11,24}. También se valoró la relación médico-paciente, la integralidad, el valor de la medicina centrada en la persona y la importancia del seguimiento longitudinal de los pacientes. Esto último coincide con un estudio previo que identificó la preferencia por la longitudinalidad con la elección de la especialidad de medicina familiar²⁵.

Creemos que nuestros resultados podrían contribuir para identificar y comprender problemáticas similares en otras jurisdicciones del país, ya que existen características comunes del sistema de salud²⁶, los programas educativos²⁷ y las residencias médicas. Incluso algunos de los problemas relacionados con la representatividad, visibilidad y el rol de la APS descritos por nuestros participantes, podrían ponerse de manifiesto en otras partes de nuestro país y, considerando las similitudes con lo hallado en la bibliografía, también a nivel internacional en entornos con una problemática similar^{6,7}.

Conclusiones, limitaciones y utilidad

El desconocimiento de la APS, su desprestigio y la remuneración insuficiente de los profesionales del primer nivel de atención fueron identificados como principales barreras para la elección de la APS como lugar de trabajo y formación. En contrapartida, el compromiso social, la posibilidad de tener un mejor estilo de vida, y el tipo de relación médico-paciente aparecen como principales facilitadores.

Dentro de las limitaciones identificamos que la suspensión de las clases presenciales y rotaciones prácticas por la pandemia en el 2020, pudo haber afectado las percepciones de los participantes en relación con su formación de grado. Además, nuestra muestra contó con un escaso número de población masculina, situación que podría ser explicada, en parte, por la feminización de la carrera de medicina en los últimos tiempos²⁸. También reconocemos limitaciones inherentes al grupo investigador, cuya óptica mayoritaria desde la medicina familiar puede haber influenciado el análisis, si bien intentamos mitigarlo mediante la reflexividad y triangulación disciplinar incorporando a una socióloga en nuestro equipo. Sin embargo, no hemos implementado métodos adicionales como la verificación de los resultados por los participantes y otros tipos de triangulación (de datos o de metodologías).

Consideramos que nuestros hallazgos tienen varias implicaciones. En primer lugar, es importante que la APS sea un eje central para la reorganización y estructuración del sistema de salud, configurándose como una plataforma sólida para el desarrollo curricular de la formación de grado y posgrado. En segundo lugar, si bien el perfil del egresado de Medicina a nivel nacional resalta «la importancia de la atención primaria de la salud»²⁹, creemos que se debe trabajar íntegramente junto a los organismos reguladores y las Facultades de Medicina en la implementación efectiva de una educación médica fundamentada en APS, con un cuerpo docente comprometido en esta tarea y ejerciendo adecuados modelos de rol. A nivel del posgrado, la formación en APS en nuestro país es frágil y dividida¹¹. Por lo tanto, en futuras investigaciones es importante explorar

los incentivos necesarios para favorecer la formación de médicos especialistas del primer nivel de atención.

Lo conocido sobre el tema

- Existe una crisis en los recursos humanos en atención primaria a nivel internacional.
- En Argentina, las plazas de residencia de medicina familiar tienen una ocupación decreciente en los últimos años.
- Las especialidades del primer nivel, como medicina familiar, son poco conocidas o priorizadas por los estudiantes de medicina.

Qué aporta este estudio

- Existe un profundo desconocimiento de la atención primaria por parte de los estudiantes de medicina.
- El primer nivel de atención y sus profesionales son poco valorados en su capacidad resolutoria, infraestructura, prestigio y remuneración.
- Algunos estudiantes podrían elegir el primer nivel de atención valorando la relación médico-paciente, integralidad, longitudinalidad y su rol social.

Consideraciones éticas

El presente protocolo ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (número de aprobación 3980).

Financiamiento

El presente trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina - Salud Investiga 2019-2020 - RENIS N.º: IS002802.

Conflicto de intereses

Ninguno para declarar

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2021.102192](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102192).

Bibliografía

1. Primary health care [Internet]. World Health Organization. [consultado 20 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/primary-health/en/>.
2. Astana Declaration [Internet]. World Health Organization, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.

3. Ministerio de Salud - Dirección de Capital Humano. Residencias nacionales. Evolución de la oferta de cargos totales [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/5-evolucion-ofertas-cargos-especialidades-aps-2004-2019.pdf>.
4. Menéndez EL. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa; 2020 (Serie Salud Colectiva).
5. Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Med Colomb [Internet]. 2008;33:33-41 [consultado 20 Abr 2021]. Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1750>.
6. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. Acad Med [Internet]. 1995;70:620-41, <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199507000-00013>.
7. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. Med Teach [Internet]. 2016;38:18-29, <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2015.1074990>.
8. Bennett KL, Phillips JP. Finding, recruiting, and sustaining the future primary care physician workforce: a new theoretical model of specialty choice process. Acad Med [Internet]. 2010;85 10 Suppl:581-8, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ed4bae>.
9. Suárez JS, Álvarez MS, Hernández PMA, Llamas MAA, Artiach EM, Fernández EC. Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria [Internet]. 2001;27:324-30, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)79375-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)79375-4).
10. Borracci RA, Poveda-Camargo RL, Pittaluga RD, Arribalzaga EB, Ferraina P. Preferencias de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires en la elección de la especialidad. Educac Med [Internet]. 2012;15:155-60 [consultado 21 Abr 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-18132012000300008&lng=es&nrm=iso
11. Dursi C, Millenaar V. Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación [Internet]. Formación de Equipos de Salud en la Provincia de Buenos Aires. 2017:1-191 [Consultado 10 Jul 2021] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983094>
12. Denzin NK, Lincoln YS. Métodos de recolección y análisis de datos. Barcelona: Gedisa;; 2011. p. 539.
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2016. p. 341.
14. Creswell JW, Poth CN. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches [Internet]. California: SAGE Publications; 2012. p. 448.
15. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006 [Consultado 10 Jul 2021] Disponible en: <https://www.gedisa.com/gacetillas/240022.pdf>
16. Gaete Quezada R. Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. Ciencia, docencia y tecnología [Internet]. 2014;25:149-72 [Consultado 10 Jul 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/145/14531006006.pdf>
17. Trinidad Requena A, Jaime Castillo AM. Meta-análisis de la investigación cualitativa. El Caso de la evaluación del Plan Nacional de Evaluación y Calidad Universitaria en España. Rev Int Sociol [Internet]. 2007;65:45-71 [consultado 04 Jun 2021]. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/52>
18. Maxwell JA. Qualitative Research Design: An Interactive Approach [Internet]. California: SAGE Publications; 2012. p. 232.
19. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med [Internet]. 2014 Sep;89:1245-51, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
20. Fernández de Sanmamed Santos MJ. Adecuación de las normas de publicación en revistas científicas a las investigaciones cualitativas. Aten Primaria [Internet]. 2000;25:502-4, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78552-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78552-0).
21. Kiernan J.P. Alma-Ata: 25 años después [Internet]. [consultado 02 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>.
22. Mahler H. Primary health care comes full circle. Bull World Health Organ. 2008;86:747-8, <http://dx.doi.org/10.2471/blt.08.041008>.
23. Franco-Giraldo Á. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev Fac Nac Salud Pública. 2011;30:83-294 [Consultado 10 Jul 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058127035.pdf>
24. Kremer P, Daverio D, Pisani O, Nasini S, García G, Bossio P, et al. Factores condicionantes de la elección y permanencia en la práctica de la Medicina General y Familiar como especialidad médica. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2014;5:30-7 [consultado 08 Abr 2021]. Disponible en: <https://ojsrasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/249>
25. Naimer S, Press Y, Weissman C, Zisk-Rony RY, Weiss YG, Tandeter H. Medical students' perceptions of a career in family medicine. Isr J Health Policy Res [Internet]. 2018;7:1, <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-017-0193-9>.
26. Vallese MC, Roa R. [Family and general medicine in Argentina]. Aten Primaria. 2006 Dec;38:577-9, <http://dx.doi.org/10.1157/13095931>.
27. Marín GH. Discrepancias entre el perfil deseado y alcanzado en el egresado de la carrera de medicina. FEM. 2014;17:83-91 [Consultado 10 Jul 2021] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322014000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Falasco SI, Angel Falasco M. Formación de especialistas en Latinoamérica: Argentina. Educación Médica [Internet]. 2018;19:4-11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.002>.
29. Ministerio de Educación. Resolución 1314/2007 [Internet]. 2007. [Consultado 10 Jul 2021] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1314-2007-132311>.