Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 24 | Número 3 | Octubre 2026

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina

Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 24 | Número 3 | Octubre 2026

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina
archivosmfyg.arg@gmail.com

Federación de Medicina Familiar y General

Presidenta
Cecilia Astegiano

Vicepresidenta
Mariana Castaño

Presidente honorario
Mario Acuña

Archivos De Medicina Familiar y General

Volumen 4, Número 3. Año 2026 I SSN 1852-656X

La Revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

Editora Responsable

Ana Carolina Godoy. Universidad Nacional de Córdoba.

Editoras/es Asociadas/os

María Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

Lisandro Utz. Médico, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Mariana Castaños. Ministerio de Salud y Deportes, Mendoza, Argentina.



Editores Ejecutivos

Angie Echavarría. Médica, Sanatorio Güemes, CABA, Argentina.

Sofía Cabral. Médica especialista en medicina familiar. ASAMEFA, Salta, Argentina.

Patricio Jorge Cacace. Médico especialista en medicina familiar, Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina.

Matías Cabeza. Obra Social del Personal de la Construcción (OsPeCon), Argentina.

Comité Editorial

Humberto Jure. Médico especialista en medicina familiar. Mg. en Salud Pública. Doctor en Medicina, Universidad Nacional de Córdoba.

Ana Carolina Aymat. Médica. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), Federación Argentina de Medicina Familiar y General.

Pedro Silberman. Médico pediatra. Mg. en Salud Pública. Doctor en Cs. Médicas. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Abraham Tamez Rodríguez. Universidad de Monterrey, México.

Cecilia Astegiano. Médica especialista en medicina familiar. Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba.

Julio David Matz. Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

María Verónica Grunfeld. Médica especialista en medicina familiar. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Pablo Julian Badr. Médico. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Silvina López. Médica especialista en medicina familiar, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

Agustina Piñero. Médica especialista en medicina familiar. Hospital Privado de Córdoba, Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba.

Félix Fernando Aragón. Médico especialista en medicina familiar. Asociación de Medicina Familiar de Tucumán.

Franco José Aráoz. Médico especialista en medicina familiar. Residencia de medicina general de CAPS, Villa Verde, Pilar, Buenos Aires.

Cecilia Auat Chein. Médica. Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Guillermo Gorgo. Médico especialista en medicina familiar y general, Ospecon, Construir Salud.

Andrea Pérez. Médica especialista en medicina familiar y general, Universidad Nacional de Córdoba.

Diego Palomo. Médico especialista en medicina general y familiar. Mg. en epidemiología, gestión y políticas de salud. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca.

María Valeria Santillán. OsPeCon, Tucumán, Argentina.

Diseño Gráfico

Romina Perez Manelli. Buenos Aires, Argentina. rperezmanelli@gmail.com

ÍNDICE

Editorial
Lo que permanece. Autora: Ana Carolina Godoy Páginas: 1-3

Editorial
Recuperación de los primeros ejemplares de la revista Archivos de Medicina Familiar y General. Autor: Sergio Terrasa Página: 4-5

Artículo original
Tiempo de consulta y percepción de usuarios sobre atención recibida por médicos de familia y comunidad. Canelones, Uruguay, 2024. Autores/as: Sofía Bergeret, Adán Gonzalez Páginas: 6-16

Artículo original
Tendencias en la elección de especialidades médicas y desigualdades territoriales: un análisis del sistema nacional de ingreso a residencias médicas en Argentina.
Autores/as: Pedro Silberman, Emiliano López, José Manuel Bavio, Pablo Badr, Martín Silberman Páginas: 17-28

Artículo original
Características sociodemográficas del embarazo adolescente en una unidad de atención primaria: estudio de casos y controles en Ciudad Juárez, Chihuahua.
Autores/as: Erika Elizabeth Gómez Cruz, Nadia Melina Saldívar García, Edna Edith Licerio Pérez Páginas: 29-37

Entrevista
Medir para mejorar: calidad asistencial y desarrollo profesional en Medicina Familiar.
Entrevistadora: M. Florencia Grande Ratti. Páginas: 38-44

Entrevista
La bitácora como herramienta pedagógica en la formación en gestión de servicios de salud. Entrevistadora: M. Florencia Grande Ratti. Página: 45-56

Artículo de reflexión
La importancia de certificar la especialidad en Medicina Familiar y/o General.
Autores/as: Patricio J. Cacace, Raúl Urquiza, Alejandra Rivas Tornese, Ana Carolina Aymat. Página: 57-61

Editorial

Lo que permanece

En estos últimos meses comenzamos a recuperar los primeros números de Archivos de Medicina Familiar y General para ponerlos nuevamente a disposición en nuestra página web. Volver a esas publicaciones, algunas de hace más de veinte años, tiene algo particular. Nos encontramos con nombres conocidos, con otros que quizás ya no reconocemos, con temas que siguen ocupándonos y con discusiones que creíamos más recientes. También con el trabajo de muchas personas que hicieron posible que esta revista llegara hasta acá.

Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer a quienes iniciaron este recorrido en 2004. Los primeros editores de la revista fueron Agustín Ciapponi, Sergio Terrasa y María Cecilia Vallese, del Hospital Italiano de Buenos Aires. En particular, quiero agradecer a Sergio y María Cecilia, que se ocuparon de digitalizar aquellos primeros números y colaboraron para que hoy podamos comenzar a incorporarlos a nuestro portal.

En este número, Sergio Terrasa comparte algunas reflexiones sobre los comienzos de la revista. Su mirada nos permite conocer de primera mano cómo surgió este proyecto y las inquietudes que acompañaron sus primeros años.

Recuperar estas publicaciones es una forma de reconocernos como parte de una historia. Una historia que no empieza con nosotros y que, esperamos, tampoco termine con nosotros.

Durante 2025 dedicamos varias reflexiones a la inteligencia artificial y a las tecnologías que van modificando nuestra práctica. En las editoriales de este año, Mariana Castaños nos invitó a recuperar lo esencial frente a la algoritmización mientras que Agustina Piñero se preguntó por la permanencia del vínculo médico-paciente cuando la enfermedad avanza y la curación deja de ser posible. Releyéndolas, encuentro una preocupación compartida: qué estamos dispuestos a preservar de nuestra manera de ejercer la medicina, incluso cuando cambian las herramientas, las instituciones o las posibilidades de intervención.

Pero hay algo que me inquieta de estas discusiones. Hablamos de la importancia de escuchar, de acompañar, de sostener vínculos a lo largo del tiempo. Y al mismo tiempo, las condiciones que permiten hacer todo eso se vuelven cada vez más difíciles.

En Argentina atravesamos una crisis de financiamiento de las universidades públicas. También hemos vuelto a discutir qué lugar debe tener la Medicina Familiar en la formación de grado. Mientras reivindicamos la importancia de una atención primaria fuerte, asistimos a la reducción y reformulación de un programa como Remediar, que durante años permitió acceder a medicamentos esenciales en los centros de salud. ¿De qué hablamos cuando defendemos una medicina centrada en las personas si se debilitan las condiciones que permiten atenderlas? ¿Cómo se sostiene la continuidad del cuidado cuando faltan medicamentos? ¿Qué lugar le damos a la integralidad en la formación de quienes van a ejercer la medicina?

Los feminismos llevan décadas señalando que los cuidados sostienen la vida, pero también que su distribución es desigual. La ética feminista del cuidado nos propone tratar el cuidado como un asunto político: quién cuida, quién recibe cuidados, en qué condiciones y quién asume la responsabilidad de que esos cuidados sean posibles. Cuando los sistemas

públicos reducen sus respuestas, las necesidades de cuidado no desaparecen. Alguien tiene que hacerse cargo.

Pienso en las familias, especialmente en las mujeres, que reorganizan sus vidas para acompañar a alguien enfermo o sostener un tratamiento. Pienso también en los equipos de salud. Muchas recordamos las redes entre profesionales para conseguir medicamentos, completar tratamientos o encontrar una respuesta que permitiera a una persona ejercer sus derechos. También recordamos lo que significó que determinados medicamentos comenzaran a estar disponibles en los centros de salud, sin depender de contactos personales ni de la capacidad económica de quienes los necesitaban.

Esas experiencias hablan del compromiso de los equipos, pero también de sus límites. Una red de profesionales puede resolver una situación particular. Una política pública puede modificar las condiciones de acceso para toda una población. Y cuando esa política se debilita, la necesidad vuelve a recaer sobre quienes tienen menos posibilidades de resolverla.

La situación de Remediar obliga, además, a pensar en clave de gestión. Si se reduce la provisión nacional de medicamentos, otros niveles del Estado deberán evaluar cómo sostener tratamientos y garantizar recursos para sus poblaciones. Provincias y municipios pueden encontrarse ante nuevas exigencias de compra, distribución y financiamiento. Pero no parten del mismo lugar: tienen diferentes recursos, capacidades administrativas, estructuras sanitarias y posibilidades de respuesta. Una decisión que parece uniforme a nivel nacional puede producir consecuencias muy diferentes en cada territorio.

¿Qué deberán dejar de financiar las jurisdicciones para incorporar nuevas erogaciones? ¿Qué capacidad tendrán los gobiernos locales para absorber esos costos? ¿Cómo evitar que la disponibilidad de un tratamiento dependa cada vez más del código postal? No son preguntas administrativas separadas del cuidado: de sus respuestas depende, en parte, que una prescripción se convierta efectivamente en un tratamiento.

En este punto me resulta difícil no pensar en la noción de necropolítica de Achille Mbembe. El concepto fue formulado para analizar formas de poder y violencia en las que ciertas poblaciones quedan expuestas a la muerte; no se trata de equiparar sin más esos escenarios con una decisión presupuestaria. Pero sí de tomar en serio la pregunta que abre: cómo se distribuyen socialmente las posibilidades de vivir y quiénes quedan más expuestos cuando se retiran protecciones. Una interrupción de tratamientos puede producir complicaciones graves y, en determinadas circunstancias, muertes evitables. El riesgo no es el mismo para quien puede comprar un medicamento que para quien depende enteramente de que esté disponible en su centro de salud.

Desde la Medicina Familiar vemos cómo estas decisiones llegan a la vida cotidiana. Sabemos que una indicación clínica puede ser correcta y aun así resultar imposible de cumplir. También sabemos que la voluntad de los equipos no puede reemplazar indefinidamente aquello que debería sostener una política pública. Tenemos conocimientos y experiencias para aportar a estas discusiones: en la consulta, en la investigación, en la formación y en la gestión. Hacer visibles las barreras de acceso y sus consecuencias también es parte de nuestro trabajo.

Volver a los primeros números de *Archivos* me hace pensar que nuestra historia está hecha, entre otras cosas, de estas discusiones sobre qué medicina queremos ejercer y en qué sistema de salud. Cambian las herramientas, los problemas y los contextos. Hay preguntas, sin embargo, que reaparecen. Quizás una de nuestras responsabilidades como revista sea seguir dándoles lugar, incluso cuando incomodan.

Dentro de veinte años, cuando alguien vuelva a recorrer los números que publicamos hoy, ¿qué encontrará sobre las preocupaciones de nuestra época? ¿Qué habremos sido capaces de discutir, documentar y defender? No tengo una respuesta cerrada. Sí creo que nuestros valores como especialidad se ponen a prueba en esas preguntas y en las decisiones concretas que tomamos frente a ellas.

Ana Carolina Godoy

Editora responsable
Mg. en Salud Colectiva y en Sistemas de Salud y Seguridad Social.
Médica de Familia. Universidad Nacional de Córdoba
Mail: anacgodoy@yahoo.com.ar

Bibliografía consultada

1. Castaños M. El retorno a lo esencial: La Medicina Familiar como antídoto en la era de la algoritmización. Arch Med Fam Gen [Internet]. 13 de marzo de 2026 [citado 23 de octubre de 2026];23(1). Disponible en: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/363
2. Piñero A. En Medicina Familiar: ¿la relación médico-paciente tiene fecha de caducidad? Arch Med Fam Gen [Internet]. 26 de junio de 2026 [citado 23 de octubre de 2026];23(2). Disponible en: https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/368
3. Mbembe A. Necropolitics. Public Cult. 1 de enero de 2003;15(1):11-40. doi:10.1215/08992363-15-1-11
4. Argentina.gob.ar [Internet]. 2020 [citado 23 de octubre de 2026]. ¿Qué es Remediar? Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar/que-es-remediar
5. Argentina.gob.ar [Internet]. 2026 [citado 23 de octubre de 2026]. TEXTO ORIGINAL - Resolución 1447/2026 - MINISTERIO DE SALUD. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/norma-431254/texto

Autora para correspondencia: Ana Carolina Godoy, anacgodoy@yahoo.com.ar

Cómo citar: Godoy AC. Lo que permanece. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):1-3.

Editorial

Recuperación de los primeros ejemplares de la revista Archivos de Medicina Familiar y General

Comencé a concurrir a los congresos de Medicina Familiar a mediados de la década del noventa del siglo pasado, durante el segundo año de mi residencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

En esos intercambios con colegas de diferentes lugares de Argentina tuve la oportunidad de presenciar exposiciones orales y posters de muchos trabajos de investigación que abordaban las problemáticas más variadas. También me fui enterando durante esos intercambios que muchas de esas comunicaciones quedaban limitadas a esos eventos sin difundirse luego en revistas científicas.

Unos pocos años después, en 2001, tuvo lugar en Huerta Grande, Córdoba, el primer congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG). Fue durante algunos de los intervalos de ese congreso que, fernets de por medio, Luis Benejam -en aquel momento Presidente de la Comisión Nacional de Residentes de Medicina Familiar y General- nos mostró a Agustín Ciapponi y a mí la revista que había lanzado ese colectivo. Recuerdo perfectamente que su tapa era roja, que el tamaño de su página era pequeño (quizás una hoja tamaño A5) y que ese ejemplar incluía un artículo sobre el manejo ambulatorio de la bronquiolitis. Fue en ese momento que coincidimos en que la FAMFYG tenía que tener su propia publicación para cobijar a toda esa producción científica que era gestada con mucho esfuerzo durante al menos un año, florecía en cada uno de los congresos y generalmente moría también, una vez finalizado cada uno de esos eventos. Dado que Agustín y yo habíamos ganado cierta experiencia debido a nuestro trabajo en el comité editorial de la revista EVIDENCIA, nos prometimos comenzar a trabajar en el desarrollo de tal publicación para el congreso siguiente. En pocos meses sucedió la crisis argentina de 2001, el congreso de FAMFYG 2002 nunca sucedió y la idea quedó hibernando en alguna madriguera.

Varios de nosotros nos reencontramos al año siguiente en Salta (2003), donde retomamos las conversaciones y el entusiasmo de volver a avanzar con el proyecto. Quiso la fortuna que Cecilia Vallese y yo nos conociéramos durante el check-in del vuelo de regreso a Buenos Aires desde el aeropuerto de Salta. Ese check-in nos puso en asientos contiguos y durante ese viaje Cecilia se enamoró de la idea de la revista y en seguida se puso la camiseta del primer comité editorial y comenzó a empujar con mucho entusiasmo. Nos reunimos varias veces en su casa y en la de Agustín Ciapponi. Mario Acuña, Jorge Bernstein también fueron de la partida, mientras que Luis Benejam, que ya había terminado su residencia, nos acompañaba desde Tucumán y Agustina Piñero, desde Córdoba. Recuerdo que Luis fue quién consiguió el primer espónsor para solventar algunos de los gastos de diseño y de impresión -el municipio de “Las Talitas” (Tucumán), donde trabajaba como médico de familia-, y que Leonardo Ortega (diseñador amigo de Ceci Vallese) aportó desinteresadamente el diseño de las portadas y los isologos de los primeros ejemplares de la revista.

Luego de revisar varias publicaciones que para nosotros eran modelos a imitar e inspirados en ellas, redactamos el primer reglamento de la revista y las instrucciones para los autores. Cada uno de nosotros aportó su granito de arena para lograr una masa crítica de contenidos para armar el primer número que vería la luz en 2004 durante el III Congreso de la FAMFYG (Buenos Aires), esponsorizada parcialmente por la editorial colombiana MediLegis.

En esa época, donde las teleconferencias solo aparecían en la serie futurista Los supersónicos, todas las reuniones del comité editorial eran presenciales y en la casa de alguno de nosotros. Cada vez que se acercaba el congreso, comenzábamos a secretar adrenalina para llegar a tiempo con el cierre de los contenidos editados y corregidos de la revista, con el maquetado realizado por nuestra diseñadora, con la impresión de cerca de mil ejemplares en papel -conseguir las firmas de los cheques de los responsables de FAMFYG no era cosa fácil- y para efectivizar la logística del traslado de los números impresos al sitio donde se hacía cada congreso (más de una vez fueron llevados en la camioneta de Walter Fusini, el marido de Cecilia Vallese, a quien recuerdo con mucho cariño). Unos pocos años después, las nuevas épocas hicieron obligatorio comenzar a habitar el espacio de Internet y junto con Agustina Piñero comenzamos a andar a los tumbos por la plataforma Open Journal System, que es donde continúa alojada nuestra publicación.

Luego de estos inicios, en los que la revista fue criándose fundamentalmente en Buenos Aires, a los ocho años de edad se mudó a Bahía Blanca, posteriormente a Tucumán y Córdoba y, con el tiempo y con la ayuda de la conectividad, ahora vive en varios lugares de nuestra patria, lo que refuerza su carácter federal al que obliga el nombre de la Federación que la sostiene.

Afortunadamente, a lo largo de más de dos décadas la revista no ha dejado de publicarse, o mejor dicho: ante el flaqueo de algunos brazos, fueron apareciendo otros liderazgos que mantienen la llama encendida.

Lamentablemente, se había perdido el material de los primeros números de la publicación, que fue rescatado a partir de los archivos de nuestra querida Cecilia Vallese, que los tenía bien atesorados. Por lo tanto, y luego de un enorme trabajo de gestión del actual comité editorial, tengo el privilegio de anunciar que esos documentos que retratan algún pedacito de nuestra historia vuelven a estar disponibles en línea.

Luego de más de dos décadas, de algunos amigos que han partido (Mario Acuña, Agustín González Calbano, Walter Fusini) y a partir de esa recuperación del valioso material bibliográfico, agradezco la invitación del actual comité editorial de AMFYG a escribir este relato del inicio del camino de nuestra querida publicación, celebrando su persistencia a través de varias generaciones de médicas y médicos de familia de unos cuantos pagos de nuestra patria.

Sergio Terrasa

Médico Especialista en Medicina Familiar. Magíster en Efectividad Clínica y Doctor en Ciencias de la Salud. Secretaría de Investigación de la Universidad Hospital Italiano. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ex editor de la Revista Archivos de Medicina Familiar y General (2004 a 2011).

Autor para correspondencia: Sergio Terrasa, sergio.terrasa@hospitalitaliano.org.ar

Cómo citar: Terrasa S. Recuperación de los primeros ejemplares de la revista Archivos de Medicina Familiar y General. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):4-5.

Tiempo de consulta y calidad de atención en consultas de médicos de familia y comunidad. Canelones, Uruguay, 2024

Consultation time and perceptions of health care by family and community physicians. Canelones, Uruguay, 2024

Autores/as: Sofía Bergeret[a], Adán Gonzalez[b]

[a] *Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de la República, Uruguay.*
[b] *Médico especialista en Medicina General Integral (Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba). Unidad académica de Medicina Preventiva y Social, Universidad de la República, Uruguay. Mail: adangonzalezenuy2013@gmail.com*

Resumen

El presente estudio, realizado en el primer nivel de atención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en Canelones Oeste, Uruguay, tuvo el objetivo de estimar el tiempo de consulta promedio y describir algunas características de la atención brindada por médicos de familia y comunidad. Consiste en un estudio observacional de tipo descriptivo mediante una encuesta anónima, de participación voluntaria, a través de un formulario impreso que fue completado por los pacientes luego de retirarse de la consulta. A su vez, se realizó una encuesta a los médicos posterior a cada consulta. Se obtuvo una muestra de 210 pacientes y 11 médicos. La duración de la consulta tuvo una mediana de 13 minutos. 84,2% de los pacientes refirieron que el tiempo fue adecuado. En cambio, solo a 52,5% de los médicos les pareció que el mismo fue suficiente. Las respuestas a las preguntas sobre satisfacción del paciente con la consulta dieron resultados muy positivos. Las variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con tiempos de consultas más extensos fueron: haber concurrido con su médico de referencia, haberse agendado hace más de 48 horas y haber abordado temas emocionales en la consulta. Los resultados evidenciaron una buena percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida. Se observó una discordancia entre la percepción del médico y del paciente respecto a si el tiempo de consulta había sido suficiente.

Palabras clave: agenda médica, presión del tiempo, satisfacción del paciente, primer nivel de atención, calidad de la atención de salud.

Abstract

This study, conducted at the primary care level of Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) in Canelones Oeste, Uruguay, aimed to estimate the average consultation time and describe some characteristics of the care provided by family and community physicians. It consisted of a descriptive observational study using an anonymous, voluntary survey completed by patients after their appointment. Physicians were also surveyed after each consultation. The sample

Autora para correspondencia: Sofía Bergeret, sofiabergeret@gmail.com
Recibido: 09/11/2025 Aceptado: 14/07/2026.

Cómo citar: Bergeret S, Gonzalez A. Tiempo de consulta y calidad de atención en consultas de médicos de familia y comunidad. Canelones, Uruguay, 2024. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):6-16.

comprised 210 patients and 11 physicians. The median consultation duration was 13 minutes. 84,2% of patients reported that the consultation time was adequate. However, only 52,5% of physicians felt it was sufficient. Responses to questions regarding patient satisfaction with the consultation yielded very positive results. The variables that showed a statistically significant association with longer consultation times were: having visited their usual primary care physician, having scheduled the appointment more than 48 hours in advance, and having discussed emotional issues during the consultation. The results indicated a positive patient perception of the quality of care received. A discrepancy was observed between the physician's and the patient's perceptions regarding whether the consultation time was sufficient.

Key words: Appointments and schedules, time pressure, patient satisfaction, Primary Health Care, Quality of Health Care.

Introducción

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) es una especialidad clínica fundamental encargada del seguimiento y la resolución de problemas de salud de individuos, familias y comunidades (1). Es la especialidad responsable de proveer atención integral y continua en el primer nivel de atención (PNA). La existencia de médicos que provean estos cuidados se asocia con mejores resultados de salud, incluyendo una menor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y bajo peso al nacer (2-6). Los profesionales de MFYC logran esto al integrar la atención de problemas agudos y crónicos con actividades preventivas y de salud mental, adaptadas a las necesidades de cada persona (5).

Para llevar a cabo este trabajo de manera efectiva, se requiere un tiempo de consulta adecuado (7, 8, 10, 11,17,19). Este tiempo es esencial no solo para el diagnóstico y el tratamiento, sino también para la educación, el consejo, la motivación de cambios de conducta y el trabajo administrativo (como el registro en la historia clínica). Un elemento crucial es la construcción de una relación personal y a largo plazo entre el paciente y el médico, considerada fundamental para una atención centrada en el paciente (2, 14). La ausencia de tiempo suficiente en la consulta limita la empatía, la negociación de la agenda y la toma de decisiones compartida con el paciente, además de causar estrés y burn-out en los médicos (7,8).

La duración de las consultas del PNA varía significativamente en el mundo. Una revisión sistemática de 2017 que analizó más de 28 millones de consultas en 67 países mostró una duración media que oscilaba desde 48 segundos en Bangladesh hasta 22,5 minutos en Suecia (9).

Algunos estudios sugieren que las consultas más extensas se asocian con menos prescripciones, más consejo sobre prevención y hábitos saludables, y mayor satisfacción del paciente (8, 13, 16, 20-22). Sin embargo, otros estudios matizan esta relación. Una revisión de 2023 concluyó que la satisfacción del paciente es un concepto complejo influenciado por múltiples factores como la comunicación, el tiempo de espera, la edad y la educación del paciente, y no encontró una asociación directa y consistente entre la satisfacción y la duración de la consulta (18).

En resumen, la evidencia sugiere que un tiempo de consulta más extenso parecería relacionarse con una atención más integral y segura, aunque su duración óptima y el impacto directo en la satisfacción del paciente son temas de debate en la literatura.

En la zona de Canelones Oeste, la Red de Atención Primaria del primer nivel de atención (PNA) de ASSE cuenta con 23 médicos de familia y comunidad además de médicos generales. Los mismos tienen una zona asignada y realizan consultas programadas, espontáneas y visitas domiciliarias de la zona

que tienen asignada. Respecto a las consultas, aproximadamente el 90% son programadas y 10% son espontáneas, siendo estas últimas otorgadas por la policlínica el mismo día de la consulta, reservadas para situaciones de pacientes que acuden sin número y por distintos motivos no pueden aguardar a una próxima consulta.

Si bien los médicos de familia y comunidad de la zona contaban previamente con una duración de consulta de 20 minutos, este tiempo se redujo en el año previo al estudio a 15 minutos por paciente. El presente estudio, realizado por un grupo de 6 estudiantes del curso de Metodología Científica 2 de Facultad de Medicina, Udelar, busca contribuir al conocimiento de los aspectos abordados en consultas de médicos de familia de la zona, el tiempo de duración de las mismas y la satisfacción de los usuarios.

El presente trabajo es el primero en abordar este tema en Uruguay, y puede representar un aporte significativo que permita caracterizar mejor la calidad de atención. También puede ser material útil para los tomadores de decisiones e impactar positivamente en la calidad de vida y cuidado de los pacientes y de los médicos.

Los objetivos generales fueron: por un lado, medir el tiempo de consulta promedio de las consultas de médicos de familia y comunidad de ASSE, Canelones oeste, año 2024. Por otro lado, describir algunas características de la atención brindada en dichas consultas.

Los objetivos específicos fueron: caracterizar demográficamente la población que concurrió a las consultas en donde se realizó el estudio; contabilizar los pacientes que concurrían con su médico de referencia; conocer el tipo de consulta según los pacientes y cuánto tiempo antes solicitó esta consulta; calcular si existe asociación estadística de estos datos con la duración de la consulta; detallar algunas acciones realizadas durante la consulta según el relato de los pacientes al finalizar las mismas y si existe asociación estadística con el tiempo de consulta; conocer la satisfacción de los usuarios con el tiempo de consulta y con la atención brindada por el médico y si existe asociación estadística con la duración de la consulta y conocer la percepción del médico en relación al tiempo de las consultas que realizó, y la razón por la que el tiempo no fue suficiente en los casos en que no lo fue.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fueron usuarios adultos y médicos de familia y comunidad del PNA de ASSE de la zona Canelones Oeste. La muestra fueron los médicos de familia y comunidad de las policlínicas Antelo, Progreso, Tiscornia, Obelisco, 18 de Mayo, Mario Pareja, Herten y Sauce y los pacientes que concurrieron a sus consultas y desearon participar. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El estudio se realizó entre julio y setiembre de 2024. En la selección de las consultas se buscó incluir la mayor cantidad de médicos y policlínicas en las que los investigadores (6 estudiantes de 6to año de Facultad de Medicina) pudieran concurrir a realizar el trabajo, según sus horarios disponibles.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, haber concurrido a las consultas los días que se realizó la investigación y acceder a participar, además de los médicos de familia y comunidad de las policlínicas en las que se concurrió a realizar el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: médicos de familia y comunidad que tenían estudiantes a cargo (debido a que el tiempo de consulta con estudiantes a cargo es mayor) y médicos de familia que participaron como colaboradores en el estudio (para evitar conflictos de interés).

Se realizó una encuesta anónima, de participación voluntaria, a través de un formulario impreso que fue autoadministrado por los pacientes en la sala de espera de las policlínicas de Canelones Oeste.

La encuesta fue elaborada por el equipo investigador en base a otros estudios similares

encontrados en la revisión bibliográfica (Figuras 1 y 2).

Las variables que incluía la encuesta fueron: género, edad, escolaridad, tipo de consulta (repetición de medicación, problema de salud puntual, varios motivos de consulta o control en salud), si consultó con su médico habitual, qué le pareció el tiempo de consulta, cuánto tiempo hace que pidió la consulta de ese día.

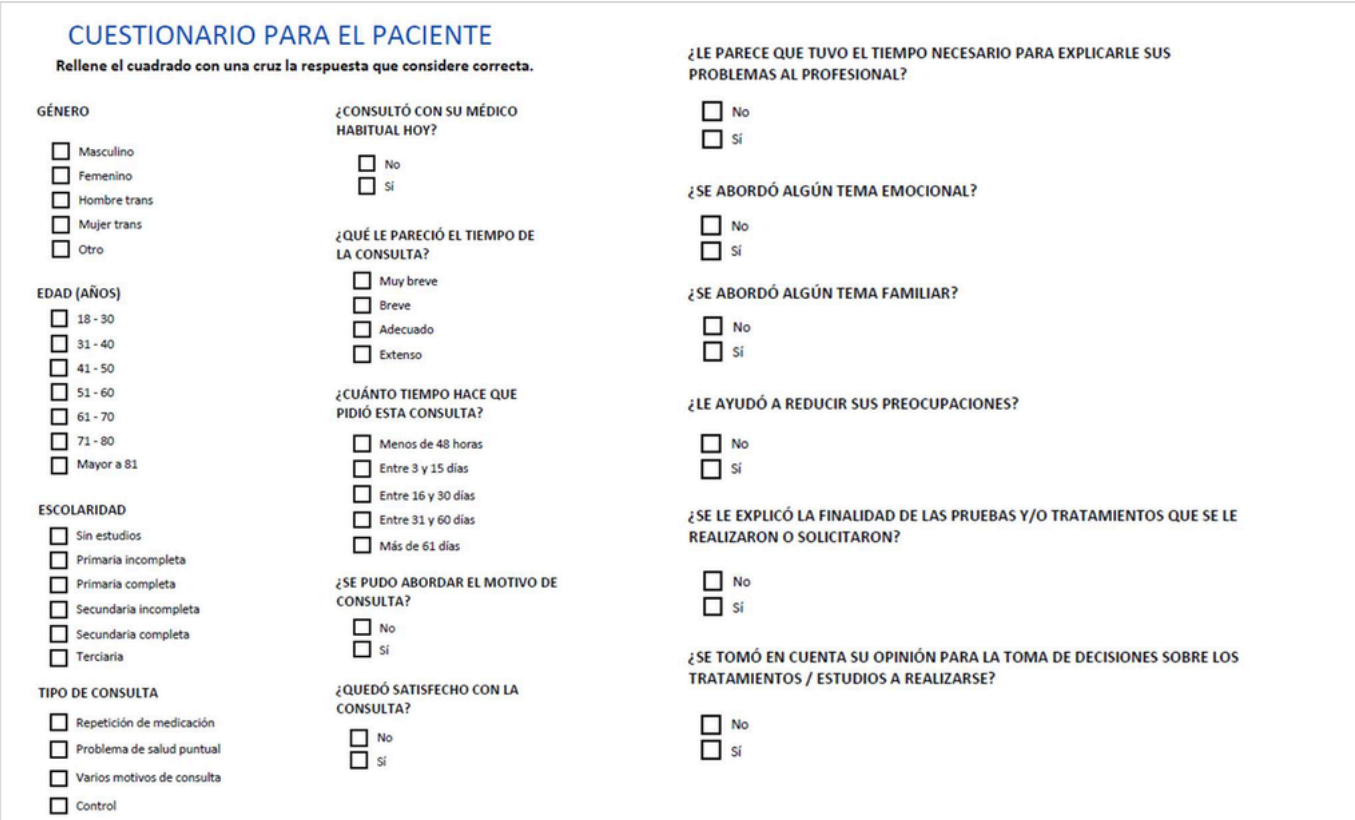
Para valorar la satisfacción de los pacientes con la consulta se les preguntó: si se pudo abordar el motivo de consulta, si quedaron satisfechos con la consulta, si habían tenido el tiempo necesario para explicarle los problemas al profesional, si le había ayudado a reducir sus preocupaciones.

Las acciones realizadas durante la consulta que se incluyeron en el cuestionario de los pacientes fueron: si se había abordado algún tema familiar, algún tema emocional, si se le había explicado la finalidad de las pruebas o tratamientos solicitados, si se había tomado en cuenta su opinión para la toma de decisiones de tratamientos o estudios a realizarse.

Al médico se le preguntó si el tiempo de consulta fue suficiente, y en caso de responder que no, cuáles fueron los motivos.

Se comenzó a contabilizar el tiempo con un cronómetro una vez que el paciente entró a la consulta y se finalizó de contabilizar en el momento que se retiró. Posterior a la consulta se entregó la encuesta a los pacientes y otra breve encuesta al médico. Los médicos desconocían las preguntas incluidas en la encuesta a los pacientes. Ambas encuestas fueron autoadministradas y tenían un número con el fin de correlacionar los resultados al analizar los datos. A su vez, el tiempo cronometrado de la duración de la consulta fue asociado con ambas encuestas.

Los instrumentos de recolección fueron el cronómetro del dispositivo móvil y la encuesta realizada por los investigadores.



CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Rellene el cuadrado con una cruz la respuesta que considere correcta.

GÉNERO
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Hombre trans
- ☐ Mujer trans
- ☐ Otro

EDAD (AÑOS)
- ☐ 18 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 60
- ☐ 61 - 70
- ☐ 71 - 80
- ☐ Mayor a 81

ESCOLARIDAD
- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Terciaria

TIPO DE CONSULTA
- ☐ Repetición de medicación
- ☐ Problema de salud puntual
- ☐ Varios motivos de consulta
- ☐ Control

¿CONSULTÓ CON SU MÉDICO HABITUAL HOY?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿QUÉ LE PARECIÓ EL TIEMPO DE LA CONSULTA?
- ☐ Muy breve
- ☐ Breve
- ☐ Adecuado
- ☐ Extenso

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE PIDIÓ ESTA CONSULTA?
- ☐ Menos de 48 horas
- ☐ Entre 3 y 15 días
- ☐ Entre 16 y 30 días
- ☐ Entre 31 y 60 días
- ☐ Más de 61 días

¿SE PUDO ABORDAR EL MOTIVO DE CONSULTA?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA CONSULTA?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿LE PARECE QUE TUVO EL TIEMPO NECESARIO PARA EXPLICARLE SUS PROBLEMAS AL PROFESIONAL?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿SE ABORDÓ ALGÚN TEMA EMOCIONAL?
- ☐ No
- ☐ Sí

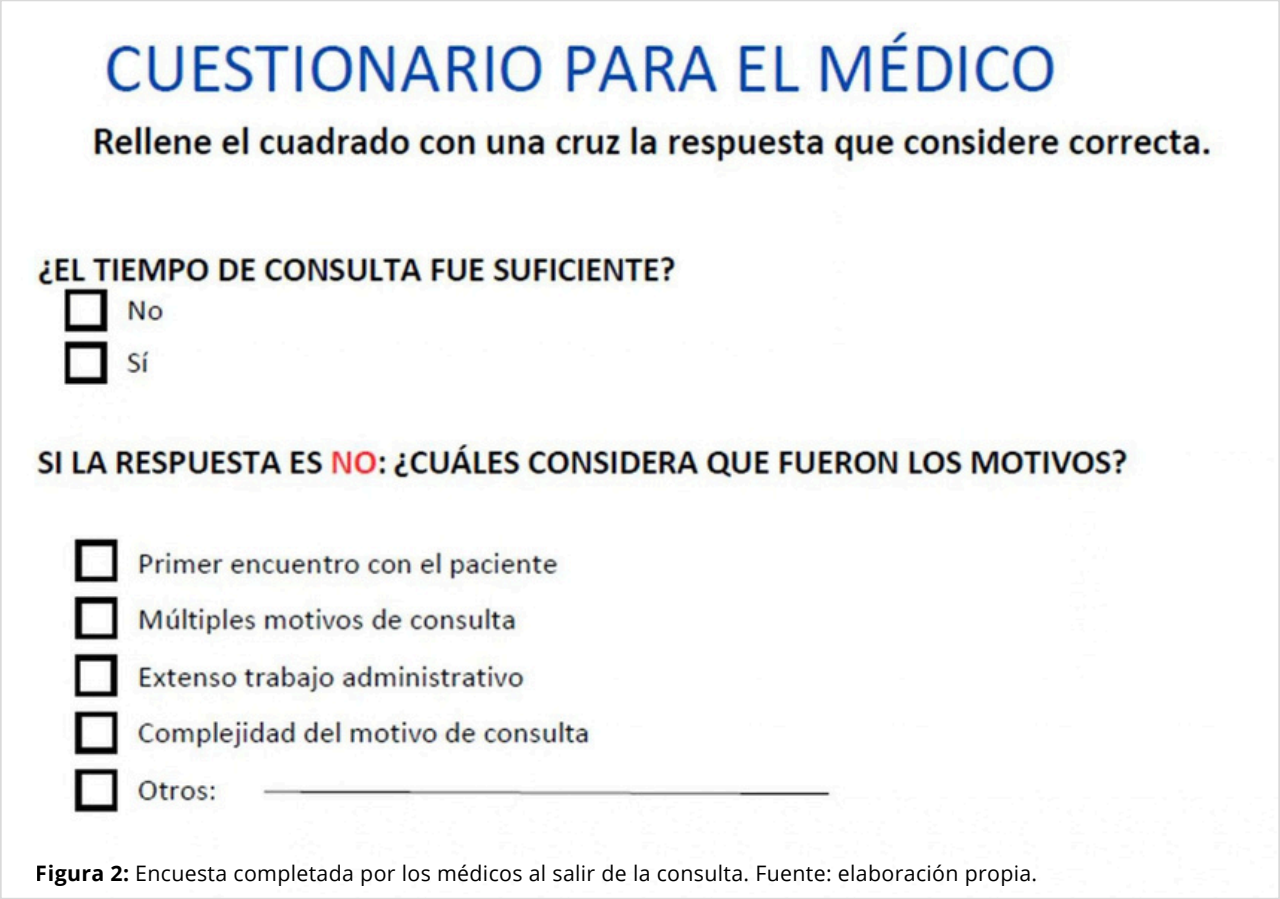
¿SE ABORDÓ ALGÚN TEMA FAMILIAR?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿LE AYUDÓ A REDUCIR SUS PREOCUPACIONES?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿SE LE EXPLICÓ LA FINALIDAD DE LAS PRUEBAS Y/O TRATAMIENTOS QUE SE LE REALIZARON O SOLICITARON?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿SE TOMÓ EN CUENTA SU OPINIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS / ESTUDIOS A REALIZARSE?
- ☐ No
- ☐ Sí

Figura 1: Encuesta completada por los pacientes al salir de la consulta. Fuente: elaboración propia.


CUESTIONARIO PARA EL MÉDICO

Rellene el cuadrado con una cruz la respuesta que considere correcta.

¿EL TIEMPO DE CONSULTA FUE SUFICIENTE?

☐ No

☐ Sí

SI LA RESPUESTA ES NO: ¿CUÁLES CONSIDERA QUE FUERON LOS MOTIVOS?

☐ Primer encuentro con el paciente

☐ Múltiples motivos de consulta

☐ Extenso trabajo administrativo

☐ Complejidad del motivo de consulta

☐ Otros: _____

Figura 2: Encuesta completada por los médicos al salir de la consulta. Fuente: elaboración propia.

Se recolectaron las respuestas a las distintas variables encuestadas en una tabla de Excel de forma anónima. Se hizo una gráfica con la distribución de las consultas según el tiempo, obteniéndose la mediana para dar respuesta al primer objetivo general.

Se confeccionaron tablas expresadas en frecuencia absoluta y relativa de las variables del otro objetivo general (describir algunas características de la atención brindada): el tiempo de espera hasta la consulta, si concurría con su médico de referencia, el motivo por el cual el paciente refería haber concurrido a la consulta, la percepción de los pacientes y de los médicos sobre si el tiempo había sido suficiente, breve o extenso, las razones por las que los médicos consideraban que el tiempo de consulta había sido breve. También se presentaron los porcentajes de pacientes que refirieron haber quedado satisfechos con la consulta, si se pudo abordar el motivo de consulta, si tuvo tiempo para explicar sus problemas al profesional, si la consulta le ayudó a reducir sus preocupaciones, si se le había informado sobre la finalidad de los tratamientos indicados, si la toma de decisiones había sido compartida, si se había abordado algún tema emociona y algún tema familiar.

Se realizaron tablas para visualizar la correlación entre distintas variables por contraste de hipótesis utilizando el método chi cuadrado y aceptando un margen de error de 0.05. Las variables en que se buscó una correlación fueron: la respuesta de los pacientes y los médicos a si el tiempo de consulta había sido adecuado; el tiempo de consulta y el motivo por el cual el paciente había concurrido, el tiempo de consulta y haber concurrido con el médico de referencia, el tiempo de consulta y el género, el tiempo de consulta y el tiempo de espera desde que se agendó, el tiempo

de consulta y haber abordado temas emocionales o familiares. En los casos en que los médicos respondían que el tiempo no había sido suficiente para la consulta porque el paciente traía múltiples motivos de consulta, se correlacionó cuál había sido el motivo de consulta según los pacientes.

Resultados

Este estudio analizó la duración de las consultas en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la zona de Canelones Oeste, Uruguay, entre julio y setiembre de 2024. Se encuestó a 210 pacientes de 8 policlínicas y a 11 médicos de familia. De los 23 MFYC que trabajan en la zona, 2 fueron excluidos porque tenían estudiantes en su consulta, una fue excluida porque participó del proyecto de investigación y 2 no respondieron los mensajes enviados para coordinar su participación. Las consultas en las que se realizó la investigación fueron las que los investigadores podían concurrir, según sus horarios disponibles. Hubo un porcentaje bajo de pacientes que no accedieron a participar, ya sea porque no querían firmar el consentimiento para participar de la investigación, por razones de tiempo (ya que la encuesta debían completarla al salir de la consulta) u otras razones. No se llevó el registro de estos, pero los investigadores reportaron que fueron algo menos del 10% de los usuarios invitados a participar.

La muestra de pacientes fue mayoritariamente femenina (65,2%), y la edad más frecuente se ubicó entre los 61 y 70 años (Tabla 1). La mayoría de los encuestados (174 pacientes) concurrió con su médico de referencia, representando el 82,9% del total.

La mediana de la duración de la consulta fue de 13 minutos, con un rango que varió de 2 a 38 minutos (Gráfico 1).

La duración promedio de la consulta fue mayor para los pacientes que consultaron por varios motivos (15 minutos) que para aquellos que lo hicieron por un único motivo o para repetir medicación (11-12 minutos). 15,9% de los se agendaron 48 horas previo a la consulta (Tabla 2), y los tipos de consulta mencionados en los pacientes se muestran en la Tabla 3.

Tabla 1: Características de la muestra de estudio.

Edad (años)	FA	FR (%)
18-30	29	13,8
31-40	14	6,7
41-50	42	20
51-60	37	17,6
61-70	47	22,4
71-80	31	14,8
Mayor de 80	10	4,8
Total	210	100
Género	**FA**	**FR (%)**
Femenino	137	65,2
Masculino	73	34,8
Total	210	100
Escolaridad	**FA**	**FR (%)**
Sin estudios	1	0,5
Primaria incompleta	50	23,8
Primaria completa	58	27,6
Secundaria incompleta	59	28,1
Secundaria completa	27	12,9
Terciaria	15	7,1
Total	210	100

La mayoría de los pacientes (84,2%) percibió el tiempo como adecuado, mientras que solo el 52,5% de los médicos consideró que el tiempo fue suficiente. Cuando los médicos reportaron que el tiempo no fue suficiente, la razón más común fue la presencia de múltiples motivos de consulta (48,3%). La frecuencia de las otras respuestas fue: complejidad del motivo de consulta: 27,9%, primer encuentro con el paciente: 15,3%, trabajo administrativo: 8,5%.

En las consultas en que el médico respondió que el tiempo no había sido suficiente porque el paciente traía múltiples motivos de consulta, 19,3% de los pacientes respondieron que habían concurrido solamente a repetir medicación, 15,8% respondieron que habían concurrido por un motivo de consulta puntual, 12,3% que habían concurrido a control y solo algo más de la mitad de los pacientes (52,6%) reconocieron haber concurrido por múltiples motivos de consulta.

La totalidad de los pacientes respondió haber quedado satisfecho con la consulta. 97,6% refirió que se pudo abordar el motivo de consulta. 97,1% de los encuestados percibió que tuvo el tiempo necesario para explicarle sus problemas al profesional. 92,3% refirió que la consulta le ayudó al paciente a reducir sus preocupaciones. El 96,5% afirmó haber sido informado por el profesional sobre la finalidad de pruebas o tratamientos indicados. El 98% refirió que la toma de decisiones fue compartida.

Acerca del abordaje de algún tema emocional durante la consulta, 26,3 % de los pacientes respondió positivamente y el porcentaje de consultas en que se abordó algún tema familiar fue de 22,4%.

El análisis de las asociaciones estadísticas reveló lo siguiente:

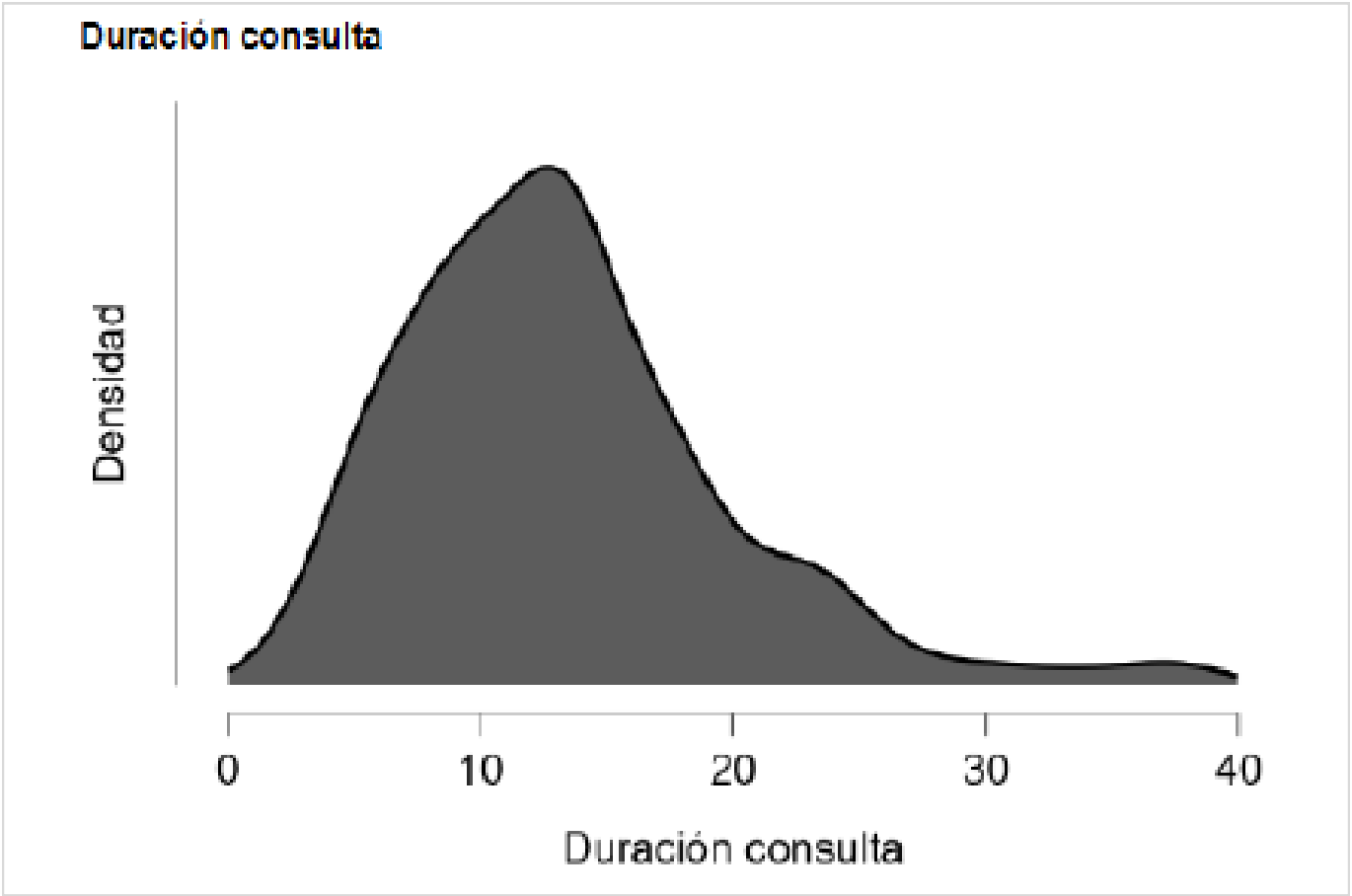


Gráfico 1: Distribución de la muestra según duración de las consultas. Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: Frecuencia de las respuestas según tiempo de espera hasta la consulta.

Agenda	FA	FR (%)
< 48 horas	33	15,9
Entre 3 y 15 días	44	21,2
Entre 16 y 30 días	66	31,7
Entre 31 y 60 días	46	22,1
> 60 días	19	9,1
Total	208	100

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa. Fuente: elaboración propia.

Tabla 3: Frecuencia de las respuestas según motivo de consulta referido por el paciente.

Tipo de consulta	FA	FR (%)
Repetición de medicación	33	15,7
Problema de salud puntual	45	21,4
Varios motivos de consulta	86	41
Control	46	21,9
Total	210	100

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa. Fuente: elaboración propia.

- Tiempo de consulta vs. Médico de referencia: Hubo una asociación estadísticamente significativa (p=0.034). El 30,6% de las consultas con el médico de referencia duraron más de 15 minutos, en comparación con solo el 13,8% de las consultas que no eran con el médico de referencia.
- Tiempo de consulta vs. tiempo de espera: Se encontró una asociación significativa (p=0.026). El 69,7% de las consultas que se agendaron con más de 48 horas de antelación duraron más de 15 minutos, mientras que el 87,9% de las que se agendaron con menos de 48 horas duraron 15 minutos o menos.
- Tiempo de consulta vs. Abordaje emocional: Se observó una asociación significativa (p=0.027). El 36,2% de las consultas que duraron más de 15 minutos abordaron temas emocionales, y 63,8% no. En las consultas más cortas, 23% refirieron abordar temas emocionales mientras que 77% no lo hicieron.

No se encontró asociación estadística entre las otras variables analizadas y el tiempo de consulta.

Discusión

El presente estudio constituye el primer acercamiento en Uruguay a la medición del tiempo de consulta en el Primer Nivel de Atención (PNA) para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. La mediana de duración de 13 minutos hallada en Canelones sitúa a la práctica local en un rango intermedio en comparación con la variabilidad internacional, que oscila entre pocos minutos en algunos países y más de 20 minutos en sistemas europeos como el de Suecia. Un hallazgo relevante es el amplio rango de duración (2 a 38 minutos), lo que sugiere una capacidad de adaptación del profesional a la complejidad del motivo de consulta, a pesar de la reducción administrativa del tiempo de agenda de 20 a 15 minutos.

Uno de los puntos más llamativos es el 100% de satisfacción reportado por los pacientes. Si bien este resultado es sumamente positivo, debe interpretarse con cautela debido a la probable influencia de un "sesgo de cortesía", donde los usuarios tienden a calificar favorable-

mente la atención recibida en encuestas presenciales realizadas inmediatamente después de la consulta.

En cuanto a la percepción de si el tiempo de consulta había sido suficiente, se observó una discordancia significativa entre médicos y pacientes. Mientras que el 84,2% de los pacientes percibió el tiempo como adecuado, entre los médicos se evidenció una opinión dividida, donde solo el 52,5% consideró que el tiempo fue suficiente. Es fundamental notar que, aunque este 52% no permite afirmar categóricamente que el tiempo es insuficiente para la mayoría de los profesionales, sí marca un contraste evidente con la percepción casi unánime de los usuarios. Esta brecha puede explicarse porque el paciente suele centrarse en la resolución de un síntoma o problema puntual, mientras que el médico de MFyC, con una visión integral, experimenta lo que se denomina "estrés temporal" al no poder abordar siempre metas de prevención o promoción de la salud en el mismo encuentro (7).

Esta discrepancia se profundiza al analizar los múltiples motivos de consulta. Casi la mitad de los médicos (48,3%) identificó la multiplicidad de temas como la razón principal de la falta de tiempo. Sin embargo, se detectó una falta de coincidencia en la percepción del paciente: poco más de la mitad de quienes presentaron múltiples temas según el médico reconocieron haberlo hecho, y un 19,3% de los casos que el médico sintió como sobrecargados fueron reportados por el usuario como simples repeticiones de medicación.

Los resultados confirmaron algunas asociaciones estadísticas: las consultas con el médico de referencia y aquellas que abordaron temas emocionales fueron significativamente más extensas. Esto reafirma que la continuidad asistencial y el enfoque biopsicosocial requieren de una inversión de tiempo superior para desplegarse plenamente, hallazgo que guarda coherencia con estudios internacionales que vinculan las consultas más largas con una mayor exploración de problemas psicosociales y una reducción de prescripciones innecesarias (8,13,15,16).

En cuanto a la asociación de consultas de pacientes que se agendaron con más de 48 horas de antelación con una mayor duración de la consulta, esto puede deberse a que las consultas agendadas de forma espontánea (con menos de 48 horas) suelen ser por motivos más urgentes y puntuales, lo que limita su duración.

Finalmente, es necesario reconocer las limitaciones del estudio. El tiempo cronometrado no incluyó la labor administrativa previa y posterior a la consulta, lo que subestima la carga horaria real del profesional. Además, existe la posibilidad de un efecto Hawthorne, donde los médicos, al saberse observados, podrían haber dedicado más tiempo a sus pacientes. En futuras investigaciones, sería valioso explorar las expectativas previas de los médicos y de los pacientes, para comprender mejor cómo estas moldean su conformidad con el tiempo asignado.

Reflexiones finales

Se destaca de este estudio la alta satisfacción de los pacientes con la atención de los médicos de familia y comunitarios de la zona de Canelones oeste, Uruguay. También la discordancia entre la percepción del médico y del paciente respecto a si el tiempo de consulta había sido suficiente o no, siendo suficiente para el paciente, pero no para casi la mitad de los médicos. Esto puede estar asociado a las expectativas del médico y el paciente de lo que se debía abordar en la consulta. En futuras investigaciones se podría buscar conocer dichas expectativas y su influencia en la conformidad con la consulta.

Los hallazgos también sugieren una asociación entre tiempos de consulta más extensos y factores clave de la especialidad, como la longitudinalidad de la atención con el médico de referencia y el abordaje de aspectos emocionales en la consulta.

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización a la Dirección de la Red de Atención Primaria (RAP), el aval al Departamento de MFYC, y el aval del decano de la Facultad de Medicina. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina. Se les solicitó el consentimiento informado antes de completar las encuestas tanto a pacientes como a médicos que participaron del proyecto.

Para resumir algunas partes del trabajo original se utilizó la herramienta de inteligencia artificial Notebook LM.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés y que no se contó con financiación.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los estudiantes que realizaron esta investigación como parte del ciclo de Metodología Científica II, en el 6to año de la carrera de Doctor en Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Ellos son: Shanara Dell`Oca Sardeña, Lucía Grillo, Sebastián Hernandez Gimenez, Antonela Lambache Micco, Eliana Migues Chiminelli y María Yleana Stancati García.

Referencias bibliográficas

1. Kopitowski K. Bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar. En: Mutchinik M, editor. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 4a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. p. 3-17.

2. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract.2022;72(715):e84–90.

3. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Intern Med. 2019;179(4):506-514. 10.1001/jamainternmed.2018.7624

4. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? J Public Health Med. 2002;24(4):252–4.

5. Stange KC, Jaén CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. J Fam Pract. 1998 May;46(5):363-8.

6. Mukhinindi R, Ross AJ. Perceptions of specialists in the public sector, on the role and value of family medicine. S Afr Fam Pract. 2022;64(1):e1–7.

7. Von dem Knesebeck O, Koens S, Marx G, Scherer M. Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. BMC Fam Pract. 2019 Oct 22;20(1):142.

8. Satterwhite S, Nguyen MT, Honcharov V, McDermott AM, Sarkar U. Good care is slow enough to be able to pay attention: primary care time scarcity and patient safety. J Gen Intern Med. 2024 Jul;39(9):1575-1582.

9. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017;7(10):e017902.

10. Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. Scand J Prim Health Care. 2008;26(1):29–34.

11. Braddock CH, Snyder L. The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 2005;20(11):1057–62.

12. Commonwealth Fund. International Survey of Primary Care Doctors TOPLINE [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2015.

13. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract.2002;52(485):1012–20.

14. World Health Organization. Primary health care: Now more than ever. The world health report 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.

15. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. BMJ.1986;292(6524):870–3.

16.Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. Br J Gen Pract. 1991;41(343):48–54.

17. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, et al. I want more time with my doctor: a quantitative study of time and the consultation. Fam Pract.2004;21(5):479–83

18. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. Healthcare (Basel). 2023;11(5).

19. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chil. 2013;141(3):361–6.

20. Torres-Reyes ED, Carranza-Guzmán FJ, Tamez-Rodríguez AR, Álvarez-Villalobos NA. Correlation between consultation time and patient´s satisfaction in primary care. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):759–66.

21. Alarcon-Ruiz CA, Heredia P, Taype-Rondan A. Association of waiting and consultation time with patient satisfaction: secondary-data analysis of a national survey in Peruvian ambulatory care facilities. BMC Health Serv Res. 2019;19(1).

22. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med. 2001;161(11):1437–42

Tendencias en la elección de especialidades médicas y desigualdades territoriales: un análisis del sistema nacional de ingreso a residencias médicas en Argentina

Trends in the Selection of Medical Specialties and Territorial Inequalities: An Analysis of the National Residency Admission System in Argentina

Autores: Pedro Silberman[a], Emiliano López[b], José Manuel Bavio[c], Pablo Badr[d], Martín Silberman[e]

[a] *Médico. Centro de Estudios en Salud Colectiva, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.*
[b] *Médico. Instituto Cs. de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. Facultad de Cs. Médicas, Universidad de Buenos Aires.*
[c] *Matemático. Universidad Nacional del Sur, Depto. de Matemática.*
d Médico. Centro de Estudios en Salud Colectiva, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.
[e] *Médico. Instituto Cs. de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche.*
Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce NCK.

Resumen

La distribución de especialistas médicos en Argentina enfrenta tensiones crecientes entre la concentración urbana y el déficit de especialidades vinculadas a la atención primaria de la salud (APS). Este estudio analiza la tendencia en la elección de especialidades médicas en el Examen Único (EU) de ingreso a residencias, instrumento de evaluación común coordinado por el Ministerio de Salud de la Nación, y la migración interna hacia el Concurso Unificado (CU), concurso integrado de residencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires y los hospitales nacionales, durante el período 2018-2024, utilizando datos del Observatorio Federal de Talento Humano en Salud. Se examinaron 37 especialidades mediante un enfoque metodológico dual: modelos de regresión lineal y técnicas de ensamble, con el fin de proyectar la dinámica de inscripciones hasta 2035. Los resultados muestran un marcado descenso en la elección de especialidades estratégicas para la APS, como clínica médica, pediatría, medicina general-familiar y cirugía infantil, con riesgo de desaparición en las proyecciones más pesimistas. En contraste, especialidades de alta demanda tecnológica, como oftalmología, dermatología, urología y otorrinolaringología, presentan tendencias crecientes y sostenidas. Respecto de la migración, se observó un aumento del 46,2% en la inscripción de egresados de distintas provincias hacia el CU, con mayor fuga desde territorios patagónicos y del norte argentino. Este escenario profundiza las desigualdades territoriales en la disponibilidad de profesionales y debilita la capacidad del sistema sanitario para garantizar el derecho a la salud con equidad. Se concluye que la planificación de recursos humanos en salud no puede depender únicamente de las preferencias individuales ni de las dinámicas del mercado, sino que requiere políticas públicas activas, con incentivos y regulaciones, orientadas a fortalecer la APS y asegurar la distribución equilibrada de especialistas en el país.

Palabras clave: Atención primaria de la salud; Residencias médicas; Recursos humanos en salud; Desigualdades territoriales.

Autor para correspondencia: Pedro Silberman, silbermanpedro@gmail.com
Recibido: 30/08/2026 Aceptado: 22/10/2026.

Cómo citar: Silberman P, López E, Bavio JM, Badr P, Silberman M. Tendencias en la elección de especialidades médicas y desigualdades territoriales: un análisis del sistema nacional de ingreso a residencias médicas en Argentina. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):17-28

Abstract

The distribution of medical specialists in Argentina reveals a growing imbalance between urban concentration and the shortage of primary health care (PHC)-related specialties. This study analyzes trends in specialty choices through the Single Residency Entrance Examination (Examen Único, EU), a common assessment coordinated by Argentina's National Ministry of Health, and internal migration towards the Unified Residency Competition (Concurso Unificado, CU), the integrated selection process for residencies in the City of Buenos Aires, Buenos Aires Province and national hospitals, between 2018 and 2024, based on data from the Federal Observatory of Human Health Resources. Thirty-seven specialties were evaluated through a dual methodological approach: linear regression models and ensemble forecasting techniques, aiming to project enrollment dynamics up to 2035. Results show a significant decline in strategic PHC specialties—such as internal medicine, pediatrics, family/general medicine, and pediatric surgery—with projections indicating a potential extinction in the most pessimistic scenarios. Conversely, high-technology and procedure-oriented specialties, including ophthalmology, dermatology, urology, and otolaryngology, display sustained growth. Regarding migration, there was a 46.2% increase in the enrollment of graduates from different provinces in the CU, with higher outflows from Patagonian and northern regions. This trend exacerbates territorial inequalities in workforce availability and undermines the health system's ability to ensure equitable access to care. The findings highlight that health workforce planning cannot be left solely to individual preferences or market dynamics but requires active public policies, combining incentives and regulatory mechanisms. Strengthening PHC and ensuring a balanced distribution of specialists across the country are essential for safeguarding the right to health and advancing equity in Argentina's health system.

Keywords: Primary health care; Medical residency; Health workforce; Territorial inequalities.

Introducción

Existe amplia evidencia sobre la importancia de la atención primaria de la salud (APS), y en particular del primer nivel de atención (PNA), para resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población (1-4) y mejorar el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Sin embargo, esta estrategia requiere un sistema que garantice una estructura racional de distribución y disponibilidad de médicos de distintas especialidades. En Argentina, durante los últimos quince años, los mecanismos de adjudicación y distribución de especialistas en el sistema de residencias médicas han priorizado las decisiones individuales de los postulantes por sobre la planificación estratégica orientada a promover la elección de especialidades prioritarias y, de este modo, asegurar una distribución profesional acorde con las necesidades de salud de la población en cada provincia (5,6).

La elección de especialidades vinculadas a la APS se relaciona con diversos factores que no parecen ser determinantes para los egresados y egresadas de las carreras de medicina en Argentina (7,8). La evidencia de los últimos seis años advierte, además, un incremento en la elección de especialidades no priorizadas por el Consejo Federal de Salud de Argentina (9).

En cuanto a las aspiraciones individuales, la literatura internacional muestra que la elección de especialidad comienza a definirse en los últimos años de la carrera, influida tanto por factores económicos como no económicos, entre ellos el interés académico, las competencias requeridas y las expectativas sobre el estilo de vida (10-12). Esta elección tiende a agrupar a los estudiantes en dos grandes categorías: aquellas especialidades centradas en procesos intersubjetivos y tecnologías "blandas" (13,14), y aquellas orientadas a la técnica y a las tecnologías "duras".

Un metaanálisis de 75 artículos que incluyó casi un millón de estudiantes identificó 12 factores que influyen en la elección de especialidad, con diferentes pesos relativos, clasificados en económicos y no económicos.

Por ejemplo, en Estados Unidos un médico de familia percibe ingresos hasta cuatro veces menores que los de un cardiólogo u ortopedista, lo que condiciona la elección (15).

Entre los factores no económicos, los individuales resultan centrales: destacan el interés académico y las competencias propias de la especialidad, seguidos por la expectativa de un estilo de vida flexible y con bajo nivel de estrés, independientemente del nivel de ingresos de las regiones estudiadas (15,16).

En Argentina, estas elecciones no han respondido a las necesidades sanitarias. Un ejemplo es Medicina General-Familiar, que representa apenas el 4% de las elecciones, frente al 24% registrado en España (5,17). Esta brecha evidencia la necesidad de planificar la producción de la fuerza de trabajo en salud mediante estrategias que orienten tanto la elección de especialidades como la localización de los lugares de formación, en función de las necesidades sanitarias de cada región del país.

La elección de especialidad y lugar de radicación de los egresados y egresadas de medicina en Argentina constituye un problema que afecta la accesibilidad a la atención de amplios sectores de la población, particularmente de aquellos con mayores necesidades, y que se ha agudizado en las últimas décadas en detrimento de la APS.

Existen experiencias internacionales que demostraron ser efectivas para promover la radicación de profesionales en territorios y especialidades priorizadas bajo un enfoque de APS (17-19). En Argentina, entre 2011 y 2019 se implementaron dos estrategias unificadas: el Examen Único y el Concurso Unificado, respectivamente. Ambas tuvieron como propósito “trabajar en favor de la equidad de oportunidades en el acceso a la formación de especialistas, …y promover una mejor distribución de los jóvenes profesionales entre las provincias…”.

Para facilitar la comprensión del sistema argentino de ingreso a residencias, conviene distinguir ambos mecanismos. El Examen Único (EU) de ingreso a residencias del equipo de salud, coordinado por el Ministerio de Salud de la Nación desde 2011 hasta su suspensión en 2025, fue un instrumento de evaluación común: una prueba escrita de selección múltiple, con preinscripción y cronograma unificados, que se rendía en forma simultánea en todo el país y se corregía de manera centralizada (6,21). Las jurisdicciones provinciales y las instituciones que adherían al EU, incluidos hospitales del sector privado y universidades utilizaban sus resultados para elaborar sus órdenes de mérito, pero cada una conservaba su propia oferta de vacantes, su reglamento y su proceso de adjudicación. Al inscribirse, cada postulante elegía una especialidad y una jurisdicción o institución de destino, por lo que el EU permitía observar de manera centralizada las preferencias de especialidad y de lugar de formación de los egresados y egresadas de todo el país.

El Concurso Unificado (CU) de Residencias del Equipo de Salud fue una estrategia conjunta sancionada por la Resolución 250/2019 de la Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria (20) para la integración del examen y otorgamiento de vacantes de residencias básicas y articuladas, de los hospitales e instituciones nacionales, de la Provincia de Buenos Aires, y de los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A diferencia del EU, que era un instrumento de evaluación, el CU es un concurso: las tres jurisdicciones que lo integran (Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA], Provincia de Buenos Aires y hospitales e instituciones nacionales) unificaron su reglamento, el orden de mérito y el proceso de adjudicación de vacantes, y para las residencias médicas básicas adherían al EU como examen de ingreso (21). En consecuencia, en el caso de las residencias médicas básicas, todo postulante al CU rendía el EU, pero no todo postulante al EU participaba del CU: quienes elegían una residencia en otra provincia competían en el orden de mérito de esa jurisdicción, mientras que quienes elegían el CU competían en un único orden de mérito por el conjunto de vacantes de las tres jurisdicciones.

Por ello, en este trabajo el EU constituye la fuente para analizar la elección de especialidades a nivel nacional, y la elección del CU como destino por parte de postulantes radicados en otras provincias se utiliza como indicador de migración interna. Este esquema se modificó en 2025, cuando el Ministerio de Salud de la Nación dispuso la supresión del EU y anunció que las jurisdicciones organizarían sus propios exámenes de residencias, medida que comenzó a regir en 2026 (22).

En este contexto, y a casi década y media de la implementación del Examen Único, resulta pertinente preguntarse cuáles han sido las tendencias en relación con la cobertura de especialidades priorizadas y el equilibrio en la distribución de especialistas en el país.

En este marco, el presente trabajo tiene dos objetivos: en primer lugar, analizar la tendencia en la elección de especialidades médicas por egresados y egresadas de medicina durante los años 2018-2024 en Argentina a través del EU, y estimar proyecciones al 2035; y en segundo lugar, examinar la migración interna desde cada una de las provincias hacia el CU.

Metodología

La tendencia en la elección de especialidades médicas (TEEM), se evaluó mediante el porcentaje de inscriptos de cada especialidad sobre el total de inscriptos en el EU por cada año.

La migración interna hacia el CU (MIGCU) refiere al porcentaje de inscriptos al EU radicados en cada una de las jurisdicciones que eligieron el CU como destino para realizar la residencia, en un determinado año.

Se analizaron 37 especialidades médicas básicas, entre los años 2018-2024, consolidando las especialidades de Pediatría y Pediatría Articulada por tratarse de un mismo campo formativo.

El análisis de la TEEM, se realizó en dos etapas.

En la primera etapa, se elaboró un ranking para ubicar las especialidades en función a la tendencia lineal, (dirección y la magnitud) sobre un modelo de regresión lineal en base a la tasa de inscripción (inscriptos a una determinada especialidad por año/inscriptos totales por año) X 100). De este resultado se decidió analizar las de mayor crecimiento (Dermatologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia y traumatologia, Oftalmologia y Diagnóstico por imágenes) y las de mayor decrecimiento (Cirugía infantil o Pediátrica, Anestesiología, Neonatología, Medicina general y/o medicina de familia, Clinica medica y Pediatria).

En la segunda etapa, se realizó el análisis de series temporales y la generación de pronósticos a 10 años. Para ello, se implementó una metodología dual que combina un modelo de tendencia lineal y un modelo ensamble, utilizando Python como herramienta computacional principal con las librerías pandas, numpy, scikit-learn y matplotlib. Dado el conjunto de datos de 7 observaciones anuales por especialidad médica (período 2018-2024), se desarrollaron estos dos enfoques complementarios para maximizar tanto la robustez como la interpretabilidad de las proyecciones (23,24).

Para el modelo de pronóstico lineal se aplicó regresión lineal simple utilizando el módulo LinearRegression de scikit-learn, proyectando hacia los siguientes 10 años. Este enfoque se seleccionó como método principal debido a su alta interpretabilidad, capacidad para identificar patrones direccionales consistentes, y parsimonia metodológica apropiada para series temporales cortas. El modelo ensamble combinó cuatro técnicas diferenciadas adicionales ponderadas sobre la lineal: suavizado exponencial (α=0.4), extrapolación de tendencia lineal, promedio móvil (ventana=3), promedio ponderado con pesos exponenciales, y ajuste polinomial de segundo grado. Asignando pesos específicos basados en su relevancia para proyecciones de largo plazo: tendencia lineal (40%), promedio ponderado (30%), promedio móvil (15%), suavizado exponencial (10%) y ajuste polinomial (5%). Esta ponderación privilegia los métodos que han demostrado mayor estabilidad en proyecciones para series temporales cortas.

Los análisis pronósticos y algunos gráficos se hicieron utilizando Python como herramienta computacional principal con las librerías pandas, numpy, scikit-learn y matplotlib (25-28).

En los gráficos se incluyeron la evaluación de tendencias porcentuales relativas anuales, permitiendo comparaciones normalizadas entre especialidades médicas de diferentes volúmenes absolutos. Esta normalización facilita la identificación de especialidades con crecimiento/decrecimiento relativos, ya que, el objetivo de la normalización es transformar las características para que estén en una escala similar (29).

Para el análisis de la variable, MIGCU, se calculó para cada provincia el porcentaje promedio de elección del CU, en todo el periodo de estudio, y su variación promedio anual. La representación cartográfica y la visualización de estos resultados se realizó mediante la aplicación Flourish, una plataforma en línea para la creación de gráficos interactivos y mapas (30).

Los datos, correspondientes a las inscripciones al EU, se obtuvieron del Observatorio Federal de Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud de la Nación (31).

Resultados

1. Tendencia en la elección de especialidades médicas y proyección al 2035

La tendencia en la elección de especialidades médicas y sus proyecciones se analizan en función a la posición del ranking. En primer lugar se analizarán las primeras seis más elegidas.
En el caso de las especialidades de clínica médica, pediatría, medicina familiar y cirugía infantil, hubo un marcado descenso en el periodo de estudio. Si bien el porcentaje de elección de estas especialidades es heterogéneo, las proyecciones lineales estiman la extinción de sus elecciones para el año 2036. La modalidad de ensamble muestra proyecciones más optimistas, pero en todos los casos con un descenso progresivo, con la excepción de cirugía infantil, que podría estabilizarse en torno al 0.85 %. En cuanto a las especialidades de anestesia y neonatología, los datos históricos muestran un comportamiento más errático, con un repunte en los últimos años del periodo de estudio, proyecciones lineales estabilizadas hasta el año 2036, y proyecciones con la metodología de ensamble en alza, pero sin alcanzar para el año 2036 los máximos valores obtenidos en la serie histórica (Ver gráfico 1).

El segundo grupo incluye especialidades clínico-quirúrgicas y de alta demanda tecnológica, y a diferencia del primero, todas muestran tendencias positivas y crecientes. Las proyecciones hasta el año 2036 son todas positivas, superando los valores históricos registrados en todos los casos, tanto con la tendencia lineal como con el método de ensamble. En las especialidades de oftalmología, dermatología, urología y otorrinolaringología, las proyecciones más conservadoras muestran al año 2036 porcentajes que quintuplican los registros de inicio de las series históricas (gráfico 2).

2. Análisis de la Migración Interna hacia el Concurso Unificado

El CU es una instancia de adjudicación para las residencias de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires y Hospitales Nacionales. Con excepción de estos distritos (que son el entorno natural del CU), el porcentaje de inscripción de personas de otras provincias al CU se incrementó en un 46,20% en el periodo de estudio (del 27,7% al 40,5%) (Gráfico 3).

El porcentaje promedio más alto en el CU durante el periodo de estudio se presentó en las provincias de Tierra del Fuego (74,4%), Chubut (69,5%), La Pampa (66,5%), Santa Cruz (65,9%), Río Negro (50,3%). Las provincias con menor porcentaje promedio en el CU fueron San Juan (17,5%), La Rioja (16,1%), Mendoza (14,2%), Santa Fe (11,6%) (Gráfico 4 y tabla 1; mapa interactivo (32)).

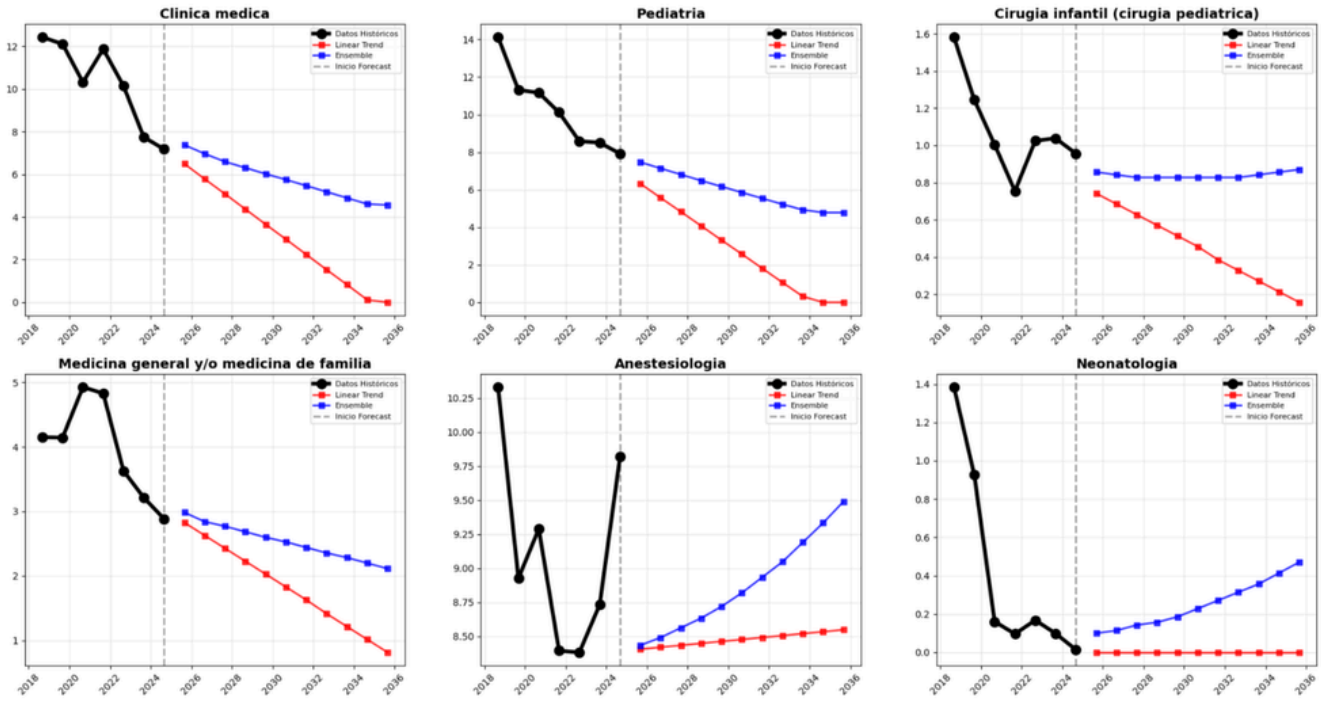


Gráfico 1. Porcentaje de elección en especialidades prioritarias

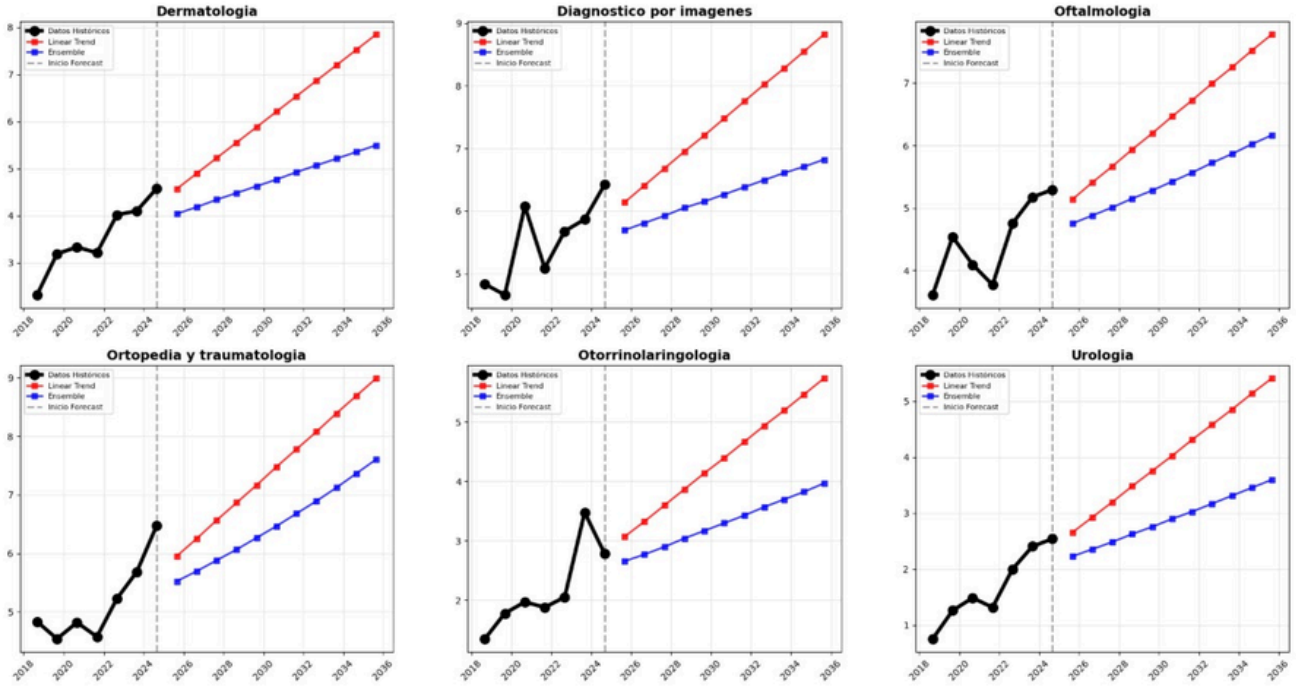


Gráfico 2. Porcentaje de elección de especialidades quirúrgicas y de alta demanda tecnológica

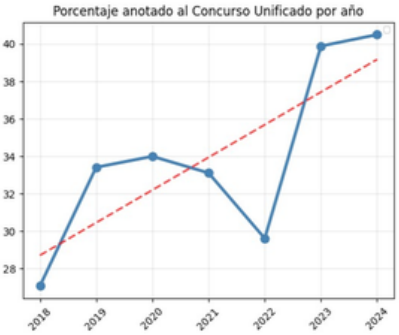


Gráfico 3. Porcentaje de egresadas/os inscriptos en el Concurso Unificado. Periodo 2018-2024

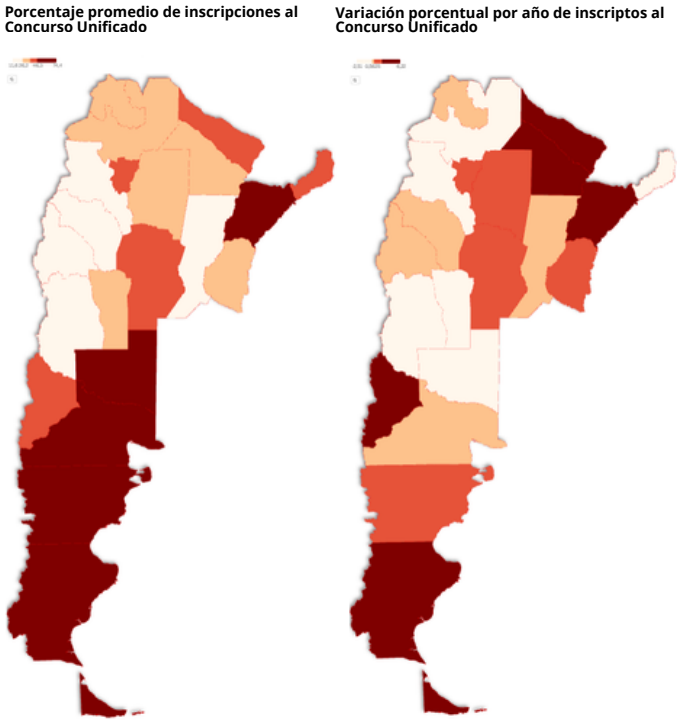


Gráfico 4: Porcentaje promedio de inscripción al Concurso Unificado por provincias. Periodo 2018-2024. **Nota**: En el mapa figuran solo las provincias que tienen migración interna.

Durante el periodo de estudio, 17 de las 22 provincias incrementaron la fuga de profesionales hacia el CU. El mayor incremento anual de fuga lo presentaron las provincias de Formosa (6%), Santa Cruz (5%), Corrientes (5%), Chaco (4%) y Neuquén (4%). Solo cuatro provincias presentaron una tendencia opuesta, con una reducción anual entre el 1 y el 3%. Las provincias que disminuyeron su fuga hacia el CU por año fueron Salta (-1%), Misiones (-2%), Catamarca (-2%) y San Luis (-3%). (Tabla 1; mapa interactivo (33)).

Discusión

Este estudio analiza los datos históricos de inscripción y adjudicación al Sistema Nacional de Residencias Médicas. Si bien en Argentina existen otros sistemas de residencias médicas con procesos de ingreso independientes, el EU del Ministerio de Salud de la Nación se destaca por su volumen (con alrededor de 7500 inscripciones anuales) y por la participación de todas las provincias (salvo Córdoba), de hospitales del sector privado y las Universidades de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Córdoba.

Los resultados evidencian que las especialidades médicas priorizadas y esenciales para la estrategia de APS experimentan un marcado descenso en inscripciones, incluso con riesgo de desaparición en las proyecciones más pesimistas. En el extremo de esta situación se encuentran seis especialidades con mayor selectividad entre los futuros residentes. Existe evidencia que esta favorable inclinación podría deberse a una elección por un modo de vida con menores exigencias laborales, una atracción por las competencias de la especialidad (15,16). Las especialidades que muestran mayor tendencia en la elección en este estudio, son aquellas que permiten mayor retorno de la inversión respecto a las horas de trabajo realizadas (34). También coinciden con una mayor percepción sobre los ingresos, oportunidades laborales futuras, prestigio y el deseo de "hacer una diferencia positiva en las personas"(35).

Si este escenario se mantiene sin intervención, se verá comprometida la formación en áreas clave y en consecuencia, la capacidad del sistema de salud para atender necesidades prevalentes. El debilitamiento del primer nivel de atención traería graves consecuencias, como dificultades de acceso, menor prevención primaria y secundaria y, a la vez, riesgos de sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Un superávit de profesionales en ciertas especialidades también resulta problemático en términos del mercado laboral, dado que su rentabilidad depende de procesos diagnósticos o terapéuticos no siempre vinculados a necesidades reales (36-38). Esta dinámica tensiona la relación entre oferta y demanda, reproduciendo inequidades y desplazando la orientación de un sistema que debe velar por el derecho a la salud, hacia lógicas de rentabilidad.

Otro aspecto crítico es la creciente fuga de profesionales desde provincias hacia el CU (CABA, Provincia de Buenos Aires y hospitales nacionales). Los flujos de profesionales (nacionales o internacionales) son fenómeno extensamente estudiado y multicausal (39,40),

Provincia	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Promedio	Variacion Anual
Tierra del Fuego	66,7%	83,3%	55,6%	75,0%	80,0%	60,0%	100,0%	74,4%	2,8%
Chubut	63,6%	73,9%	59,0%	69,8%	77,4%	64,7%	77,8%	69,5%	1,5%
La Pampa	70,0%	62,5%	62,8%	66,7%	62,1%	86,2%	55,0%	66,5%	0,1%
Santa Cruz	33,3%	85,0%	52,6%	65,0%	64,3%	75,0%	85,7%	65,9%	5,3%
Río Negro	54,4%	46,7%	41,9%	51,5%	50,0%	55,3%	52,5%	50,3%	0,7%
Corrientes	38,2%	41,5%	34,5%	37,5%	45,7%	60,4%	66,4%	46,3%	4,8%
Neuquén	28,6%	42,6%	35,3%	36,2%	58,1%	45,2%	56,7%	43,2%	4,0%
Cordoba	33,0%	45,6%	40,3%	45,0%	38,5%	57,5%	41,9%	43,1%	1,7%
Formosa	21,8%	27,6%	22,8%	45,5%	41,0%	63,3%	50,0%	38,9%	6,2%
Tucumán	25,5%	37,5%	35,4%	52,6%	38,4%	40,7%	37,2%	38,2%	1,6%
Misiones	41,3%	44,3%	31,2%	35,3%	36,4%	39,0%	26,9%	36,3%	-1,7%
Chaco	29,2%	31,2%	24,2%	32,1%	35,8%	41,7%	59,0%	36,2%	4,4%
San Luis	33,3%	39,1%	23,8%	31,7%	17,2%	18,8%	25,7%	27,1%	-2,5%
Jujuy	12,8%	34,1%	27,2%	36,4%	24,6%	24,5%	26,6%	26,6%	0,7%
Salta	20,2%	30,8%	29,9%	35,5%	29,8%	18,8%	19,0%	26,3%	-1,0%
Entre Ríos	22,7%	23,1%	23,9%	25,2%	26,3%	31,1%	30,9%	26,2%	1,5%
Santiago del Estero	18,2%	29,3%	22,6%	33,3%	21,4%	33,3%	25,0%	26,2%	1,0%
Catamarca	32,4%	18,2%	20,0%	33,3%	35,0%	18,2%	10,0%	23,9%	-1,9%
San Juan	15,2%	12,9%	19,9%	20,2%	14,1%	18,9%	21,5%	17,5%	0,9%
La Rioja	14,7%	10,0%	21,3%	16,7%	12,5%	20,0%	17,9%	16,1%	0,7%
Mendoza	12,2%	12,9%	13,2%	16,0%	16,5%	12,1%	16,4%	14,2%	0,5%
Santa Fe	7,5%	10,2%	13,0%	13,3%	11,8%	11,0%	14,6%	11,6%	0,8%

que, en un contexto federal marcado por la desigual distribución de médicos por habitantes (5), profundiza desequilibrios que ponen en riesgo la atención médica en vastas regiones del país.

Cada especialidad debería tener un lugar en un sistema de salud integral. Sin embargo, en base a la evidencia de este trabajo, es urgente avanzar hacia nuevos modelos de planificación de recursos humanos en salud. En esta línea, los modelos basados en necesidades o competencias, (41,42) ofrecen una perspectiva innovadora sobre la planificación y permiten tomar decisiones políticas explícitas orientadas a la equidad, por sobre las lógicas individuales o del mercado.

Se trata de un debate impostergable que debe formar parte de la agenda política nacional. En este sentido, resultan de especial interés las políticas asumidas por el gobierno de la provincia de Buenos Aires, con un sistema de incentivos para las especialidades priorizadas (43) así como un mecanismo de ingreso diferenciado para las mismas (44), lo cual vislumbra un resultado positivo en la adjudicaciones en residencias de APS.

El Estado tiene la responsabilidad ineludible de definir políticas según las necesidades de salud de la población, como condición no negociable. Los incentivos académicos, económicos y formativos son herramientas necesarias para orientar elecciones, pero insuficientes si se los aísla de un marco regulatorio claro. Dejar la elección exclusivamente en manos de los egresados/as genera un falso escenario de neutralidad y abre paso a una lógica de “suma cero”, en la cual la consolidación de ciertas especialidades ocurre en detrimento de las más necesarias.

La migración hacia grandes centros urbanos -especialmente a CABA, Hospitales Nacionales y provincia de Buenos Aires- refuerza estas desigualdades. El Ministerio de Salud de la Nación, como rector de una estrategia federal de APS, debería diseñar políticas que combinen incentivos y restricciones para contrarrestar esta tendencia. En este sentido, el CU demostró ser ineficaz para la distribución equitativa de profesionales. Peor aún, la decisión de desmantelar el EU (22) implicó eliminar una herramienta de monitoreo y planificación, sin atender las causas estructurales de la desigualdad. Con ello, se perdió la posibilidad de articular políticas compensatorias que equilibren la distribución, quedando la dinámica de formación médica aún más subordinada a intereses de mercado y elecciones individuales.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, las proyecciones se construyeron a partir de una serie temporal corta, de siete observaciones anuales (2018-2024) por especialidad, que se extrapola a un horizonte de alrededor de diez años. Con series de esta extensión no es posible identificar ciclos, cambios estructurales ni patrones no lineales, y la incertidumbre de los pronósticos crece a medida que se alejan del último dato observado (23,24). Además, el período incluye perturbaciones excepcionales, como la pandemia de COVID-19 y la conformación y consolidación del CU durante los primeros años de la serie, que pueden influir de manera desproporcionada en las pendientes estimadas.

En segundo lugar, las proyecciones deben interpretarse como escenarios exploratorios de continuidad de las tendencias observadas y no como predicciones. Se presentan como estimaciones puntuales, sin intervalos de predicción, y los pesos asignados a los componentes del modelo ensamble se definieron a priori, sin validación fuera de la muestra. El modelo lineal, por su parte, extrapola indefinidamente la pendiente observada y puede alcanzar valores nulos, por lo que la «extinción» proyectada de algunas especialidades expresa la magnitud del descenso más que un desenlace esperable. Asimismo, el indicador utilizado es la proporción de inscriptos de cada especialidad sobre el total, de modo que su descenso no implica necesariamente una reducción equivalente en el número absoluto de postulantes, que también depende de la evolución del total de inscriptos al EU.

En tercer lugar, los datos permiten aproximarse solo de manera parcial a los movimientos de profesionales entre jurisdicciones. El indicador MIGCU se basa en la jurisdicción de radicación y en el destino elegido al momento de la inscripción al EU; refleja, por lo tanto, una intención de formarse fuera de la propia jurisdicción y no una migración efectiva. Los datos no permiten conocer si los postulantes obtuvieron finalmente una vacante, si completaron la residencia ni si, una vez finalizada, regresaron a su provincia o se radicaron en otro lugar. Tampoco permiten seguir trayectorias individuales, distinguir entre lugar de origen, de residencia y de universidad de egreso, ni captar a quienes se postularon en sistemas de ingreso independientes del EU, como el de la provincia de Córdoba o los de algunas instituciones privadas. En consecuencia, el término «fuga» debe entenderse como la orientación de la demanda de formación hacia el CU y no como una pérdida definitiva de profesionales para las provincias.

Por último, el análisis no incorporó otros factores que podrían influir en las tendencias observadas, entre ellos la oferta y distribución de vacantes por especialidad y jurisdicción, el financiamiento de los cargos, las diferencias de remuneración y de condiciones laborales de los residentes entre jurisdicciones, las expectativas de ingresos y el mercado de trabajo de cada especialidad, el contexto macroeconómico, la composición de los postulantes según género, universidad de egreso o país de titulación, los cambios normativos y los incentivos específicos implementados en algunas jurisdicciones. Su

inclusión en estudios futuros permitiría avanzar desde la descripción de las tendencias hacia la identificación de sus determinantes

Este trabajo, también alienta avanzar sobre otras líneas de investigación. Futuros estudios podrían desagregar tendencias en función de variables como: institución formadora, género, trayectoria sociocultural; o incluso buscar asociaciones o mecanismos causales entre estos resultados y diferentes factores políticos, sociales o económicos, y de esta manera, actuar de proxy para fortalecer políticas que funcionan y alinear aquellas que se alejen de lo que el país necesita.

En este escenario, la ausencia de un mecanismo nacional de regulación compromete seriamente la capacidad del sistema para formar y distribuir a sus profesionales según las necesidades colectivas.

Las inequidades en la elección de especialidades y lugar de formación también encuentran su origen en leyes, resoluciones y normativas que involucran a múltiples actores con intereses en pugna. Por ello, resulta clave convocar a los sectores y actores estratégicos para planificar de manera conjunta políticas que integren estas perspectivas y promuevan consensos sostenibles.

Bibliografía

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-65.
2. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. Ann Intern Med. 2005;142(8):691-9.
3. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Aff (Millwood). 2005;Suppl Web Exclusives:W5-97-107.
4. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Aff (Millwood). 2004;Suppl Web Exclusives:W184-97.
5. Silberman P, Silberman M. ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. Arch Med Fam Gen. 2022;19(3).
6. Silberman P. Residencias médicas en Argentina: características y desempeño de aspirantes en el examen único y en la adjudicación de plazas durante los años años 2020-2022 en Argentina [tesis doctoral]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2023. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/160090
7. Silberman P, Silberman M. Factores relacionados a la elección de residencias médicas que reproducen las desigualdades en la distribución de especialistas en Argentina. Investig Educ Med. 2023;12(47):22-32.
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. 2010;85(10 Suppl):S81-8. doi:10.1097/ACM.0b013e3181ed4bae
9. Consejo Federal de Salud (COFESA). Acta 05/08. V Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: COFESA; 2008 dic 18. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-11/acta-05-08.pdf
10. Schoon B, Kötter T. Intracurricular factors influencing medical students' specialty choice: a systematic review. Adv Med Educ Pract. 2024;15:1127-40. doi:10.2147/AMEP.S491008
11. Woolf K, Elton C, Newport M. The specialty choices of graduates from Brighton and Sussex Medical School: a longitudinal cohort study. BMC Med Educ. 2015;15:46.
12. Querido SJ, Wigersma L, ten Cate O. Traveling by winding roads or highways: stability of medical students' specialty preferences over time. Med Teach. 2020;42(11):1298-300.
13. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, Sánchez-Mendiola M. Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. Investig Educ Med. 2017;6(23):152-60. doi:10.1016/j.riem.2017.05.005

14. Borges NJ, Manuel RS, Duffy RD, Fedyna D, Jones BJ. Influences on specialty choice for students entering person-oriented and technique-oriented specialties. Med Teach. 2009;31(12):1086-8.
15. Yang Y, Li J, Wu X, Wang J, Li W, Zhu Y, et al. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019;9(3):e022097. doi:10.1136/bmjopen-2018-022097
16. 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. 2016;38(1):18-29.
17. Scheffer MC, Pastor-Valero M, Cassenote AJF, Compañ Rosique AF. How many and which physicians? A comparative study of the evolution of the supply of physicians and specialist training in Brazil and Spain. Hum Resour Health. 2020;18(1):30. doi:10.1186/s12960-020-00472-0
18. Figueiredo AM, McKinley DW, Massuda A, Azevedo GD. Evaluating medical education regulation changes in Brazil: workforce impact. Hum Resour Health. 2021;19(1):33. doi:10.1186/s12960-021-00580-5
19. Puddey IB, Playford DE, Mercer A. Impact of medical student origins on the likelihood of ultimately practicing in areas of low vs high socio-economic status. BMC Med Educ. 2017;17(1):1. doi:10.1186/s12909-016-0842-7
20. Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria. Resolución 250/2019: Concurso Unificado de Residencias del Equipo de Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación; 2019 nov 29.
21. Ministerio de Salud de la Nación. Examen Único para Residencias 2019 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2019 abr 29 [citado 2026 oct 17]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/examen-unico-para-residencias-2019
22. Ministerio de Salud de la Nación. Lugones anunció que desde 2026 las jurisdicciones organizarán los exámenes de residencias [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/lugones-anuncio-que-desde-2026-las-jurisdicciones-organizaran-los-examenes-de-residencias
23. Montgomery DC, Jennings CL, Kulahci M. Introduction to time series analysis and forecasting. 2nd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2015.
24. Hyndman RJ, Athanasopoulos G. Forecasting: principles and practice [Internet]. 2nd ed. Melbourne: OTexts; 2018. Disponible en: https://otexts.com/fpp2/
25. McKinney W. Data structures for statistical computing in Python. En: van der Walt S, Millman J, editores. Proceedings of the 9th Python in Science Conference; 2010; Austin (TX). p. 56-61.
26. Harris CR, Millman KJ, van der Walt SJ, Gommers R, Virtanen P, Cournapeau D, et al. Array programming with NumPy. Nature. 2020;585(7825):357-62.
27. Pedregosa F, Varoquaux G, Gramfort A, Michel V, Thirion B, Grisel O, et al. Scikit-learn: machine learning in Python. J Mach Learn Res. 2011;12:2825-30.
28. Hunter JD. Matplotlib: a 2D graphics environment. Comput Sci Eng. 2007;9(3):90-5. doi:10.1109/MCSE.2007.55
29. Lima FT, Souza VMA. A large comparison of normalization methods on time series. Big Data Res. 2023;34:100407. doi:10.1016/j.bdr.2023.100407
30. Flourish. Flourish: visualización de datos y mapas interactivos [Internet]. Londres: Flourish; 2025. Disponible en: https://flourish.studio/
31. Observatorio Federal de Talento Humano en Salud. M.A.P.A. Monitoreo para el Análisis y Planificación de Acciones [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; [citado 2025 ago 10]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/mapa#3
32. Mapa interactivo del gráfico 4 [Internet]. Flourish; [citado 2026 abr 22]. Disponible en: https://public.flourish.studio/visualisation/24766448/
33. Mapa interactivo del gráfico 5 [Internet]. Flourish; [citado 2026 abr 22]. Disponible en: https://public.flourish.studio/visualisation/24763316/
34. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editores. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017. 268 p.

35. Puertas EB, Orellana RA, Muñoz BE, Jiménez JA, Medina Quiroz IG, Terrón L, et al. Factores que influyen en la elección de una carrera en atención primaria entre los estudiantes de medicina en América Central. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e94. doi:10.26633/RPSP.2020.94
36. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit. 2006;20(Supl 3):66-71.
37. Spinelli H. El interés del desinterés en la epidemiología de servicios y sistemas de salud. Salud Colect. 2023;19:e4365. doi:10.18294/SC.2023.4365
38. Organización Mundial de la Salud, OCDE, Banco Mundial. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS; 2020.
39. Ghanbari-Jahromi M, Ahmadi Marzaleh M. Factors affecting brain drain and a solution to reduce it in Iran's health system: a qualitative study. Arch Iran Med. 2024;27(8):427-38. doi:10.34172/aim.28863
40. Dohlman L, DiMeglio M, Hajj J, Laudanski K. Global brain drain: how can the Maslow theory of motivation improve our understanding of physician migration? Int J Environ Res Public Health. 2019;16(7):1182. doi:10.3390/ijerph16071182
41. MacKenzie A, Tomblin Murphy G, Audas R. A dynamic, multi-professional, needs-based simulation model to inform human resources for health planning. Hum Resour Health. 2019;17(1):42. doi:10.1186/s12960-019-0376-2
42. Tomblin Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Langley J, Hickey M, Cook A. Pilot-testing an applied competency-based approach to health human resources planning. Health Policy Plan. 2013;28(7):739-49.43. doi:10.1093/heapol/czs115
43. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Kicillof y Kreplak presentaron el Programa Más Salud, Más Cuidados [Internet]. La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires; 2025 sep 6. Disponible en: https://www.gba.gob.ar/comunicacion_publica/gacetillas/kicillof_y_kreplak_presentaron_el_programa_m%C3%A1s_salud_m%C3%A1s_cuidados
44. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Pre-residencias: programa de becas de capacitación [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2023 dic 29. Disponible en: https://campusff.ms.gba.gov.ar/comunidaddea-ff/2023/12/29/pre-residencias-programa-de-becas-de-capacitacion/

Características sociodemográficas del embarazo adolescente en una unidad de atención primaria: estudio de casos y controles en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Sociodemographic characteristics of adolescent pregnancy in a primary care unit: a case-control study in Ciudad Juárez, Chihuahua.

Autoras: Erika Elizabeth Gómez Cruz[a], Nadia Melina Saldívar García[b], Edna Edith Licerio Pérez[c]

[a] *Residente de Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 67, Cd. Juárez, Chihuahua.*
[b] *Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, adscrito al Hospital General de Zona no. 35, Cd. Juárez, Chihuahua.*
[c] *Médico especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 67, Cd. Juárez, Chihuahua.*

Resumen

Objetivo: Analizar la asociación entre factores sociodemográficos, educativos, sexuales y familiares y el embarazo adolescente. Material y métodos: Estudio observacional analítico de casos y controles realizado en adolescentes de 10 a 19 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar en Ciudad Juárez, Chihuahua, atendidas entre enero y agosto de 2025. Tras el cálculo de la muestra con una confianza de 95% y un margen de error del 5%, se obtuvo un tamaño de muestra de 101 pacientes embarazadas adolescentes, las cuales fueron comparadas con población control de adolescentes no embarazadas, seleccionadas con restricción por rango de edad y procedentes de la misma población de origen. La información se obtuvo mediante una adaptación de la Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM 2015). Se realizó análisis descriptivo y bivariado mediante Chi-cuadrada y U de Mann-Whitney, para identificar variables asociadas con el embarazo adolescente. Resultados: La media de edad fue de 17 ±2 años, predominando el grupo con escolaridad media superior o mayor (80%), estado civil soltera (65%) y el uso de condón (27.7%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el embarazo adolescente y el nivel educativo ($\chi^2 = 28.056$, $p < 0.001$). La permanencia escolar mostró una asociación inversa con el embarazo en la población estudiada ($\chi^2 = 76.939$, $p < 0.001$). Para la valoración de deseabilidad de embarazo, se interrogó únicamente a las participantes embarazadas sobre el deseo o planificación del embarazo en cuestión, encontrando que un alto porcentaje (46.5%) aceptó la búsqueda intencionada o el deseo de embarazarse. Conclusión: Existe una asociación significativa entre el embarazo adolescente y factores como el uso del condón, la permanencia escolar y la escolaridad. Se recomienda implementar programas institucionales que ofrezcan proyectos de vida enfocados en la educación superior y formación de oficios accesibles para las adolescentes en estado de vulnerabilidad.

Palabras clave: Prevención primaria, Embarazo adolescente, Factores de riesgo.

Abstract

Objective: To analyze the association between sociodemographic, educational, sexual, and family factors and adolescent pregnancy. Materials and Methods: An analytical, observational case-control

Autora para correspondencia: Erika Elizabeth Gómez Cruz, eegc.elizabeth94@gmail.com
Recibido: 02/09/2025 Aceptado: 25/10/2026.

Cómo citar: Gómez Cruz EE, Saldívar García NM, Licerio Pérez EE. Características sociodemográficas del embarazo adolescente en una unidad de atención primaria: estudio de casos y controles en Ciudad Juárez, Chihuahua. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):29-37.

study was conducted involving female adolescents aged 10 to 19 who were beneficiaries of the Family Medicine Unit in Ciudad Juárez, Chihuahua, and received care between January and August 2025. Based on a sample size calculation using a 95% confidence level and a 5% margin of error, a sample of 101 pregnant adolescents was obtained and compared with a control group of non-pregnant adolescents, selected based on age-range restrictions and drawn from the same source population. Data were collected using an adapted version of the National Survey of Children, Girls, and Women in Mexico (ENIM 2015). Descriptive and bivariate analyses were performed using the Chi-square test and the Mann-Whitney U test, to identify variables associated with adolescent pregnancy. Results: The mean age was 17 ± 2 years; the predominant characteristics were having an upper secondary education or higher (80%), being single (65%), and condom use (27.7%). A statistically significant association was found between adolescent pregnancy and educational level ($\chi^2 = 28.056$, $p < 0.001$). School attendance showed an inverse association with pregnancy in the studied population ($\chi^2 = 76.939$, $p < 0.001$). To assess pregnancy desirability, only pregnant participants were asked about whether the pregnancy was planned or desired; a high percentage (46.5%) acknowledged having intentionally sought or desired to become pregnant. Conclusion: There is a significant association between adolescent pregnancy and factors such as condom use, school attendance, and educational level. It is recommended to implement institutional programs that provide life projects focused on higher education and accessible vocational training for adolescents in vulnerable situations.

Keywords: Primary prevention, Adolescent pregnancy, Risk factors.

Introducción

El embarazo adolescente, definido como aquel que ocurre entre los 10 y 19 años de edad, constituye un problema de salud pública con implicaciones sociales, educativas y económicas. En México, diversos estudios han identificado la influencia de factores socioculturales, familiares y educativos en su ocurrencia, así como sus repercusiones en los proyectos de vida de las adolescentes. En el estado de Morelos, Monterrubio-Flores y colaboradores identificaron que el nivel educativo desempeña un papel importante en el embarazo adolescente y su recurrencia. Por otra parte, en Ciudad Juárez, Chihuahua, se han desarrollado investigaciones orientadas a identificar los factores asociados a esta problemática, mientras que los informes estatales han documentado la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y atención integral de esta población (1–4).

Se han identificado distintos factores asociados al embarazo a edad temprana, entre ellos la funcionalidad familiar y las características de la relación de pareja. La situación conyugal, la edad de la pareja y el inicio temprano de la vida sexual son aspectos relevantes en el estudio del embarazo adolescente, por lo que resulta importante considerar tanto el entorno familiar como las relaciones afectivas y sexuales de esta población (2,5,6).

En el ámbito cultural, se encuentran distintos determinantes implicados en la sexualidad de la mujer adolescente. De esta deriva la falta de acceso o el poco conocimiento de la anticoncepción y sus métodos, que conlleva la aceptación del estigma social de la sexualidad en los jóvenes y la opresión de la sexualidad femenina (2,7).

Las consecuencias médicas resultantes del embarazo adolescente, tales como anemia materna, bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte materno-fetal, representan un alto costo para el sector salud, especialmente en países en vías de desarrollo donde la incidencia de jóvenes embarazadas es mayor. El embarazo a temprana edad se relaciona además con efectos sociales, especialmente en la madre, como la deserción escolar y

problemas de salud mental, entre ellos ansiedad y depresión (8,9).

Es, por tanto, que el abordaje del embarazo adolescente con énfasis en los factores de riesgo asociados tiene como propósito la prevención de futuros embarazos, en jóvenes susceptibles, al identificar y reducir o erradicar los factores de riesgo modificables.

Objetivo

Analizar la asociación entre factores sociodemográficos, educativos, sexuales y familiares y el embarazo adolescente en adolescentes atendidas en una unidad de medicina familiar en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Material y métodos

El diseño del estudio es observacional analítico de casos y controles. La población diana del estudio estuvo constituida por adolescentes entre los 10 a 19 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 67, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Ciudad Juárez, Chihuahua. Se incluyeron adolescentes atendidas durante el periodo de enero a agosto del 2025. Se tomó como población de referencia un total aproximado de 135 adolescentes embarazadas atendidas anualmente en la UMF No. 67. Al tratarse de una población finita, se utilizó la fórmula para cálculo de tamaño de muestra para una proporción en población finita, considerando un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una proporción esperada del 50%, al no contar con una estimación previa. Con estos parámetros se obtuvo un tamaño de muestra aproximado de 101 adolescentes embarazadas, las cuales fueron comparadas con población control de adolescentes no embarazadas, seleccionadas con restricción por rango de edad y procedentes de la misma población de origen.

Para la recolección de datos se utilizó una adaptación de la Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM 2015) considerando indicadores utilizados por la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) para la evaluación de factores asociados al embarazo adolescente.

Se realizó análisis descriptivo de las variables estudiadas, y posteriormente un análisis bivariado para comparar a las adolescentes embarazadas con las no embarazadas. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-cuadrada para evaluar su asociación con el embarazo adolescente. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney cuando correspondió. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% para estimar la magnitud de las asociaciones. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS Statistics versión 31.0.

Resultados

Se incluyeron un total de 202 mujeres (Tabla 1), representadas por 101 adolescentes embarazadas y 101 adolescentes no embarazadas, las cuales tenían una media de edad de 17 ± 2 años, la mayoría (80%) había cursado escolaridad media superior o grados mayores, y el 68% seguía estudiando al momento de la investigación. El 33% de los casos estudiados mantenían una relación de noviazgo con su última pareja sexual, la edad promedio de la pareja sexual fue de 20 ± 4 años y más de la mitad de las entrevistadas (65%) se encontraban solteras, viviendo con sus padres.

Con relación a las características clínicas de la muestra (Tabla 2), se encontró que la edad promedio de inicio de vida sexual fue de 15 ± 1 años. Entre las participantes que habían iniciado vida sexual y contaban con información disponible sobre esta variable, 27.7% (36/130) refirió haber utilizado condón en su última relación sexual. Asimismo, el número promedio de parejas sexuales fue de 2±1. En cuanto a satisfacción familiar, la mayoría refirió estar muy satisfecha (76%) con su relación familiar.

Considerando únicamente a las adolescentes embarazadas (n=101), se identificó que casi la mitad de la población 46.5% (n= 47) planeó su embarazo o deseaba embarazarse.

Tabla 1. Características generales de las adolescentes incluidas en el estudio (n=202)

Variables	Valor
Edad, *años*	17 ± 2
Escolaridad media superior o mayor, *N* (%)	162 (80)
Permanencia escolar, *N (%)*	138 (68)
Relación con la pareja sexual, *N (%)* Noviazgo Esposo Pareja conviviente Pareja casual Otro No aplica	 67 (33) 10 (5) 52 (26) 2 (1) 1 (0.5) 70 (35)*
Edad de la pareja sexual, *años*	20 ± 4*
Estado civil, *N (%)* Soltera Unión libre Casada	 131 (65) 61 (30) 10 (5)

Fuente: Gómez Cruz, Erika Elizabeth, 2025.
**Las variables relacionadas con la pareja sexual se calcularon únicamente entre las participantes que habían iniciado vida sexual (n=132). La categoría «No aplica» corresponde a las 70 participantes que no habían iniciado vida sexual.*

Tabla 2. Características clínicas de la muestra estudiada

Variables	Valor
Embarazo deseado, *N (%)*	47/101 (46.5)
Inicio de vida sexual, años	15 ± 1*
Uso de condón, *N (%)*	36/130 (27.7)*
Número de parejas sexuales, *personas*	2 ± 1*
Satisfacción familiar, *N (%)* Muy satisfecha Algo satisfecha Ni satisfecha, ni insatisfecha Poco satisfecha Muy insatisfecha	 153 (76) 28 (14) 13 (6) 3 (1) 5 (2)

Fuente: Gómez Cruz, Erika Elizabeth, 2025.
**Las variables relacionadas con la vida sexual se calcularon únicamente entre las participantes que habían iniciado vida sexual (n=132). Para la variable uso de condón, se excluyeron dos participantes embarazadas que respondieron no saber o no recordar su uso en la última relación sexual.*

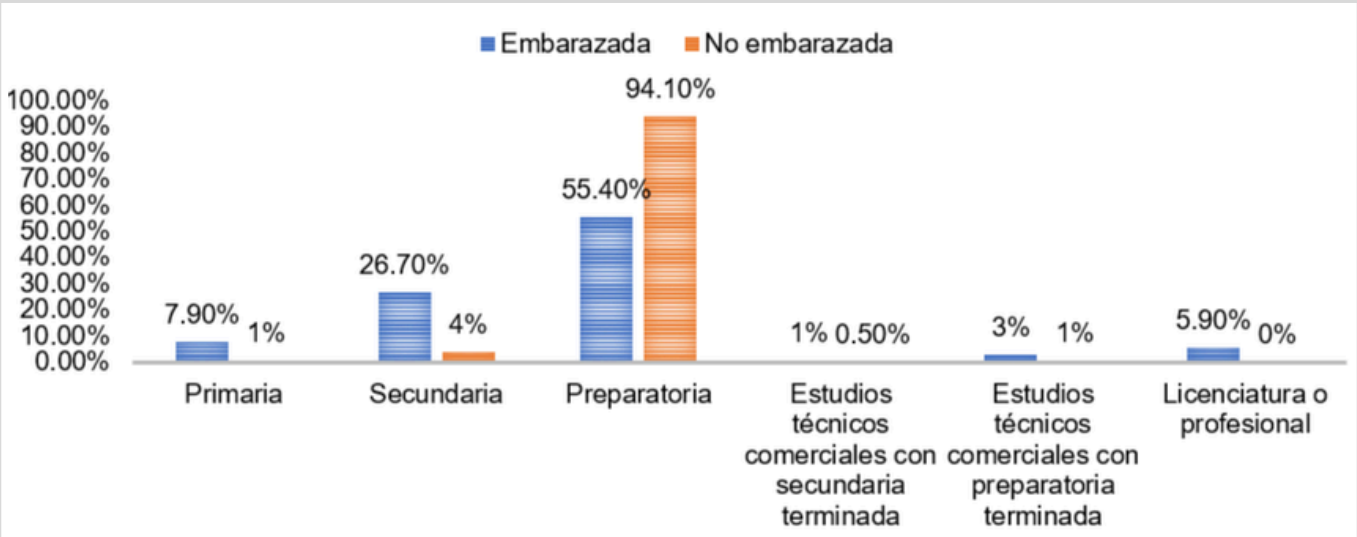


Figura 1: Grado de escolaridad en casos y controles.
Fuente: *Gómez Cruz, Erika Elizabeth, 2025*

Tabla 3. Comparación de las características de las adolescentes embarazadas y no embarazadas

Variables	Embarazada n=101	No embarazada n=101	Valor *P*
Edad, *años*	17 ± 1	16 ± 1	<0.001**
Escolaridad preparatoria o mayor, *N (%)*	66 (65)	96 (95)	<0.001
Permanencia escolar, *N (%)*	40 (40)	98 (97)	<0.001
Inicio de vida sexual, años	16 ± 1	15 ± 1	<0.001**
Uso de condón, *N (%)*	20/99 (20.2)	16/31 (51.6)	<0.001*
Relación de noviazgo con la pareja sexual, *N (%)*	38/101 (38)	29/31 (93)	<0.001*
Edad de la pareja sexual, *años*	20 ± 4	18 ± 2	0.001*
Número de parejas sexuales, *personas*	2 ± 1	1 ± 1	0.038**
Estado civil soltera, *N (%)*	33 (33)	98 (97)	<0.001
Satisfacción familiar, *N (%)*	78 (77)	75 (74)	249

Fuente: Gómez Cruz, Erika Elizabeth, 2025.
**Las variables relacionadas con la vida sexual se calcularon únicamente entre las participantes que habían iniciado vida sexual (n=132). Para la variable uso de condón, se excluyeron dos participantes embarazadas que respondieron no saber o no recordar su uso en la última relación sexual. **Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes*

Se observaron diferencias en la distribución del grado de escolaridad entre ambos grupos (Figura 1). En las adolescentes no embarazadas predominó el nivel preparatoria (94.1%, N=95), sin embargo, en el mayor grado de estudios, licenciatura o profesional, sólo se presentaron participantes pertenecientes al grupo de embarazadas, aunque con un porcentaje mínimo (5.9%).

Al distribuir las variables con las participantes embarazadas, se encontraron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 3), con un mayor grado de escolaridad en las adolescentes no embarazadas (95% vs 65%, p <0.001), mayor asistencia escolar en el grado actual (97% vs 40%, p <0.001), y una edad menor de la pareja sexual (p 0.001).

En el análisis bivariado (Tabla 4) se observó que las variables que tuvieron asociación estadísticamente significativa fueron el seguir estudiando (OR 0.020, p <0.001) y el uso de preservativo (OR 0.237, p <0.001), se consideró además que una escolaridad media superior representa menores odds de embarazo adolescente, sin embargo, aunque el 65.3% de las embarazadas tienen escolaridad media o superior, también el 95% de las no embarazadas tienen ese nivel de educación.

Discusión

En los 202 sujetos pertenecientes al presente estudio se observó una media de edad de 17 ± 2 años, concordante con lo referido en la literatura e identificado por Marín Arias, (2024), en una población con características similares, pero de nacionalidad predominantemente costarricense, cuya media de edad fue de 17,4 ± 1,5 años, sin embargo, discrepa de lo identificado en estudios dentro del país, como lo es el realizado por Monterrubio Flores, (2024), en Morelos, México (1,10,11).

En referencia con las características de pareja, se observaron diferencias en el tipo de relación reportada por los participantes. Entre las adolescentes que habían iniciado vida sexual, la relación de noviazgo fue menos frecuente en las embarazadas que en las no embarazadas, (38% vs 93%; p <0.001), por su parte, estudio realizado en Perú por Ybaseta Medina y colaboradores (2024), afirma que el 43.9% de los casos estudiados mantenían una relación de unión libre con la pareja sexual (12).

Existen pocos estudios recientes sobre la educación y vida sexual de las adolescentes juarenses, entre los más relevantes se encuentra el realizado por Martínez Canizales,

Tabla 4. Factores asociados a embarazo adolescente

Características	OR	IC 95%	*p*
Escolaridad secundaria o menor	10.182	3.791 – 27.349	<0.001
Permanencia escolar	20	0.006 - 0.068	<0.001
Uso de condón	237	0.101 - 0.560	<0.001

Fuente: Gómez Cruz, Erika Elizabeth, 2025.
**OR: odds ratio crudo (no ajustado); IC95%: intervalo de confianza del 95%. Los OR se calcularon mediante análisis bivariado, sin ajuste por posibles variables de confusión.*

(2022), cuyos resultados fueron similares a los encontrados en esta investigación, con una media de edad al debut sexual de 15 años, vs la media de 16 ± 1 años identificada para adolescentes embarazadas en este estudio, y una edad de la pareja sexual mayor, donde el 75% de las chicas entrevistadas declaró un inicio de vida sexual con individuos mayores que ellas, concordante con lo encontrado en este análisis, donde la media de edad de la pareja sexual fue de 20 ± 4 años. El uso inconsistente de método anticonceptivo, especialmente método de barrera persiste en ambas investigaciones. Si bien, Martínez Canizales no abordó el número de parejas sexuales en su redacción, el resultado encontrado en esta investigación presentó un promedio de 2 ±1 parejas por adolescente entrevistada (1,13).

Una consideración metodológica importante del presente estudio es la diferencia en el antecedente de inicio de vida sexual entre los grupos comparados. Mientras que la totalidad de las adolescentes embarazadas había iniciado vida sexual, únicamente 31 de las 101 participantes del grupo control (30.7%) refirieron dicho antecedente. Para el análisis del uso de preservativo se consideraron exclusivamente las participantes sexualmente activas con respuestas válidas (n=130), lo que permitió realizar una comparación específica de esta variable, aunque no elimina las limitaciones de comparabilidad del estudio.

Para la valoración de deseabilidad de embarazo, se interrogó únicamente a las participantes embarazadas sobre el deseo o planificación del embarazo en cuestión, encontrando que una proporción considerable (46.5%) aceptó la búsqueda intencionada o el deseo de embarazarse, lo cual difiere con lo establecido en la literatura y lo manifestado en el estudio intergeneracional sobre embarazo adolescente, realizado por el Instituto Chihuahuense de las Mujeres en 2019, quien reporta que solo dos de las participantes declararon explícitamente haber planeado el embarazo. A pesar de ello, Mendoza y cols., (2024), reportó resultados semejantes a los de este estudio, ya que el 69.5% de la población estudiada si deseaba convertirse en madre precozmente. Este hallazgo resulta relevante debido a que muestra que, en una proporción considerable de las participantes, el embarazo no ocurre necesariamente en ausencia de una intención reproductiva (4,14).

Aparentemente, en el presente estudio la percepción de satisfacción familiar no jugó un papel importante en su asociación con el embarazo adolescente, ya que tanto en el grupo de embarazadas, como en el de no embarazadas, más de la mitad declaró estar satisfecha con su vida familiar, lo cual disiente con lo mencionado en la bibliografía, como lo descrito por Ruiz Pérez (2022), quien cataloga al 52% de su población dentro del grupo de familia disfuncional. Esta diferencia de resultados podría explicarse debido a que lo evaluado en el presente estudio fue únicamente la percepción de la adolescente, mientras que Ruiz Pérez, realizó una evaluación más precisa, mediante el uso del instrumento “Test de funcionamiento familiar FF-SIL” (15).

Uno de los datos más llamativos identificados en este estudio, fueron los relacionados a la escolaridad. Los resultados del análisis de chi-cuadrado ($\chi^2 = 28.056$, $p < 0.001$) evidencian una asociación significativa entre el nivel educativo y la ocurrencia de embarazo. Las adolescentes con escolaridad secundaria o menor presentaron 10.18 veces mayores *odds* de embarazo adolescente en comparación con aquellas con escolaridad media superior o mayor (IC95%: 3.79–27.34). Si bien, en el mayor grado de estudios, se encontraron únicamente adolescentes embarazadas, estos se consideran casos aislados, ya que la proporción fue mínima. Dichos resultados coinciden con lo establecido previamente, y se relacionan con la permanencia escolar, ya que al igual que en este estudio, Martínez Canizales reportó que, en su grupo de estudio, se presentó una alta tasa de deserción escolar entre las adolescentes embarazadas, al igual que lo referido por Mendoza y colaboradores (2024), donde más de la mitad de las encuestadas (61.2%), no asistían a la escuela al momento de estudio (1,13,14).

Conclusión

Si bien el preservativo continúa siendo un recurso esencial para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, en la población estudiada su uso mostró una asociación inversa con el embarazo adolescente. Sin embargo, destaca que una proporción considerable de las adolescentes embarazadas (46.5%) manifestó haber deseado o buscado intencionadamente el embarazo.

Este hallazgo, aunado a las asociaciones identificadas con el nivel educativo y la permanencia escolar, sugiere que las estrategias de prevención del embarazo adolescente podrían beneficiarse de un abordaje que trascienda la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos. En este sentido, resulta pertinente considerar intervenciones que promuevan alternativas de proyectos de vida, especialmente entre adolescentes en situación de vulnerabilidad, mediante oportunidades de educación formal y capacitación para el trabajo que favorezcan el desarrollo de habilidades, aspiraciones personales y decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.
Aunque los resultados no permiten establecer relaciones causales ni demostrar la efectividad de estas intervenciones, aportan elementos para orientar futuras estrategias institucionales de atención integral a la población adolescente.

Limitaciones

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra la diferencia de edad entre los grupos comparados. Aunque las participantes fueron seleccionadas mediante restricción del rango etario de 10 a 19 años y procedían de la misma población de origen, esta estrategia no garantizó una distribución etaria equivalente. Asimismo, se identificó una diferencia importante en el antecedente de inicio de vida sexual, ya que la totalidad de las adolescentes embarazadas había iniciado vida sexual, mientras que únicamente 31 de las 101 no embarazadas (30.7%) refirieron dicho antecedente. Esta diferencia limita la comparabilidad de los grupos respecto a las conductas sexuales y representa una posible fuente de sesgo de selección.

Finalmente, aunque se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la permanencia escolar y el embarazo adolescente, el diseño del estudio no permitió establecer la temporalidad de dicha relación, por lo que no es posible determinar si la interrupción escolar precedió al embarazo u ocurrió como consecuencia de este. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse como asociaciones estadísticas y no como relaciones causales.

Consideraciones éticas

La presente investigación fue realizada con previa aprobación del Comité Local de Investigación no. 802 y el Comité de Ética de Investigación no. 8028, se apega a los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Este estudio se considera investigación sin riesgo ya que utiliza como herramienta cuestionarios que no pretenden manipular la conducta del sujeto y posterior a consentimiento informado en las adolescentes mayores de edad, y asentimiento informado en menores de edad.

Conflicto de intereses

En el presente estudio no existe ningún conflicto de intereses.

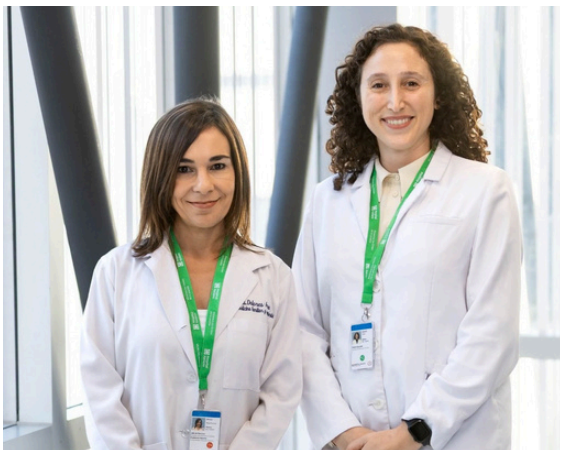
Referencias

1. Monterrubio-Flores EA, León-Rogel L, Rueda-Neria CM, Parada-Toro IM. Factores socioculturales: embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos, México. 2012-2022. Horiz Sanit. 2024;23(1):129-140. doi:10.19136/hs.a23n1.5678.

2. Romero Roblero GJ. Factores asociados a embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México; durante el periodo de febrero a noviembre del 2020 [tesis de especialidad]. Ciudad Juárez (Chihuahua): Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2022. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.11961/6117
3. Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Chihuahua. Informe GEPEA 2021. Chihuahua (México): Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes; 2022.
4. Instituto Chihuahuense de las Mujeres. Estudio intergeneracional sobre embarazo en adolescentes, derivado de la meta 8MT. Situación del embarazo en adolescentes y municipios con tasa de fecundidad adolescente alta y muy alta. Chihuahua (México): Instituto Chihuahuense de las Mujeres; 2019.
5. Benítez Meza S, Ibarra Ozcariz SG, Rolón Ruiz Díaz Á, Espínola de Canata M, Páez M. Factores de riesgo relacionados al embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020-2021. Rev Cient Cienc Salud. 2022;4(2):56-63. doi:10.53732/rccsalud/04.02.2022.56.
6. Carreño-Meléndez J, Mota-González C, Sánchez-Bravo C. El embarazo adolescente: un error o un deseo cumplido. Perinatol Reprod Hum. 2023;37(2):54-63. doi:10.24875/PER.23000008.
7. Ahuanlla Anco M, Unocc Pacheco SN, Cornejo Cavero ES, Astudillo Rojas RV, Llallico Ricse CR, Alvarez Huari MY. Embarazo en la adolescencia: factores de riesgo, consecuencias y actividades de prevención. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2023;7(4):9134-9150. doi:10.37811/cl_rcm.v7i4.7617.
8. Chakole S, Akre S, Sharma K, Wasnik P, Wanjari MB. Unwanted teenage pregnancy and its complications: a narrative review. Cureus. 2022;14(12):e32662. doi:10.7759/cureus.32662.
9. Harron K, Gilbert R, Fagg J, Guttmann A, van der Meulen J. Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. Lancet Public Health. 2021;6(2):e97-e105. doi:10.1016/S2468-2667(20)30210-3.
10. Marín-Arias L, Gutiérrez Obregón Y. Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los equipos básicos de atención integral en salud en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. Acta Med Costarric. 2024;66(1):1-8. doi:10.51481/amc.v66i1.1380.
11. Maldonado Rengel RE, Suarez R, Rojas Rodríguez AL. Una mirada distinta al embarazo adolescente. RECIMUNDO. 2020;4(4):228-235. doi: 10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.228-235.
12. Ybaseta-Medina J, Meza-León J, Morales-Bellido E, Condori-Orosco MM, Cornejo-Chacaltana RG. Análisis de las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas, atendidas en un Hospital General de Ica, Perú. Rev Med Panacea. 2024;13(1):8-20. doi:10.35563/rmp.v13i1.565.
13. Martínez Canizales G. Debut sexual, uso de métodos anticonceptivos y aspiraciones educativas en un grupo de madres adolescentes en Ciudad Juárez, Chihuahua. Clivajes Rev Cienc Soc. 2022;(17):134-154. doi:10.25009/clivajesrcs.i17.2755.
14. Mendoza A, Flores Castro H, Martínez L, Rosales K, De León R. Factores psicosociales de riesgo que inciden en el embarazo adolescente mujeres de control prenatal en Panamá. REVCOG. 2024;28(2):34-40. doi:10.37980/im.journal.revcog.20242420.
15. Ruiz Pérez QP. Aspectos socioeconómicos y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México [tesis de especialidad]. San Luis Potosí (México): Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2022. Disponible en: https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7573

Entrevista a María Dolores Arceo* y Paula Riganti**

Medir para mejorar: calidad asistencial y desarrollo profesional en medicina familiar



*Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Doctora en Ciencias de la Salud (UHIBA). Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Mail: dolores.arceo@hospitalitaliano.org.ar

**Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Magíster en Educación Médica (Universidad de Cardiff). Médica asociada. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Mail: paula.riganti@hospitalitaliano.org.ar

MFGR. Hoy tenemos el privilegio de conversar con ellas, nada más y nada menos que la Jefa actual y la Coordinadora del Área de Prácticas Pertinentes y Mejora Continua de la Atención del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ante todo, muchas gracias por su valioso tiempo y por aceptar la invitación. En esta entrevista, nos acompañan para contarnos en qué consiste el Programa de Calidad Asistencial, y cómo se articula con la Formación Profesional Continua (de los/as médicos/as que forman parte).

MDA. Un placer para nosotros poder compartir nuestra experiencia extramuro para otros colegas a quienes pueda resultarles útil o replicable en sus respectivos ámbitos laborales. Nuestro Programa de Calidad cuenta con dos grandes ejes. Por un lado, las prácticas asistenciales (que tiene que ver con los datos relacionados al paciente) y, por otro lado, con la formación académica y el desarrollo profesional continuo (que tiene que ver con los/as médicos/as propiamente dichos). Sin embargo, ambos se integran a través de indicadores que nos permiten monitorear la evolución del desempeño y, al mismo tiempo, ofrecer incentivos económicos en base a los resultados.

En el componente académico evaluamos la participación en actividades docentes como talleres o ateneos clínicos. Además en el servicio una vez por semana se realizan grupos de discusión de pacientes los cuales cada participante puede contar sus dudas. El diseño de las actividades académicas se realiza por ejes temáticos, eso nos permite otorgar un bono extra a quienes deciden focalizar su formación en un eje temático anual, ya que consideramos que la profundización en un área específica aporta mayor valor que la dispersión en múltiples temas aislados.

Autora para correspondencia: María Florencia Grande Ratti, maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Cómo citar: Grande Ratti MF. Entrevista a María Dolores Arceo y Paula Riganti: medir para mejorar: calidad asistencial y desarrollo profesional en medicina familiar. Arch Med Fam Gen. 2026 Nov;23(3):38-44.

En cuanto al desarrollo profesional continuo, incorporamos recientemente un sistema de créditos voluntarios que reconoce actividades realizadas dentro del Servicio que contribuyen al crecimiento profesional, aunque no estén estrictamente vinculadas a la asistencia de eventos académicos.

MFGR. ¡Qué interesante! Te interrumpo para preguntarte un poco más de detalle sobre ¿cómo se evalúan estas prácticas asistenciales dentro del programa?.

PR. Evaluamos las llamadas "prácticas distintivas", que buscan reforzar el perfil del médico/a de familia. Incluyen atención en salud infantil, salud de la mujer, salud del adulto mayor, problemas osteomioarticulares, salud mental y abordajes psicosociales. El año pasado, también incorporamos el contacto al paciente internado, para fomentar el aspecto relacional de la continuidad del cuidado (que el paciente vea a un mismo profesional a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos, ya sea ambulatorio como internación). A su vez, contamos con otros indicadores de continuidad del cuidado y accesibilidad. Por ejemplo, la continuidad se mide mediante el índice CoC (por sus siglas en inglés de Continuity of Care), que varía entre 0 y 1, especialmente valorada por los pacientes con enfermedades crónicas para la atención primaria [1].

MFGR. Esto último que mencionas, es algo que habitualmente no enseñan, sino que más bien "se aprende haciendo". Todos/as sabemos que desarrollo y sostenimiento indicadores exige trabajo en equipo y un esfuerzo unificado, entendiendo que dicha evaluación requiere recurso humano con tiempo protegido para realizar esa tarea. Y también que necesitamos de la colaboración de otros actores, porque en tu caso necesitas articular con datos hospitalarios que te provee el Departamento de Informática en Salud. Entonces me pregunto varias cuestiones relacionadas a la recolección y al análisis de los datos: ¿quién/es se ocupan de las mediciones? ¿con qué periodicidad miden?, y ¿qué desafíos pendientes tienen por resolver?.



MDA. Indudablemente. Es fundamental que nosotros lo visualizamos como una inversión estratégica —y no un costo—. Las mediciones forman parte de una decisión política de la Jefatura del Servicio, que definió a la calidad y la formación profesional continua como ejes estratégicos, alineados con el marco estratégico de la dirección hospitalaria. La implementación y el seguimiento se realizan desde el Programa de Calidad en articulación con Bioestadística e Informática. Contamos con recursos humanos y tiempo asignado específicamente para poder cumplir con esta tarea en tiempo y forma, cuya función es rentada. En realidad, operativamente contamos con un fondo que destinamos para un premio anual, que se traduce en un bono financiero y funciona como incentivo económico para fomentar la adherencia a la formación continua y a los estándares definidos por el Servicio.

Medimos sistemáticamente con periodicidad anual. Estas mediciones nos permiten comparar internamente tendencias de los últimos años, analizar metas alcanzadas y las que no (que demandan reflexión y estrategia), y revisar aquellos indicadores que requieren reformulación. En este sentido, todos los años existen indicadores preexistentes que se sostienen, otros nuevos que se incorporan, y algunos que quizás se eliminan, porque un modelo solamente aditivo resulta en sobrecarga, en sobreinformación, y en desgaste.

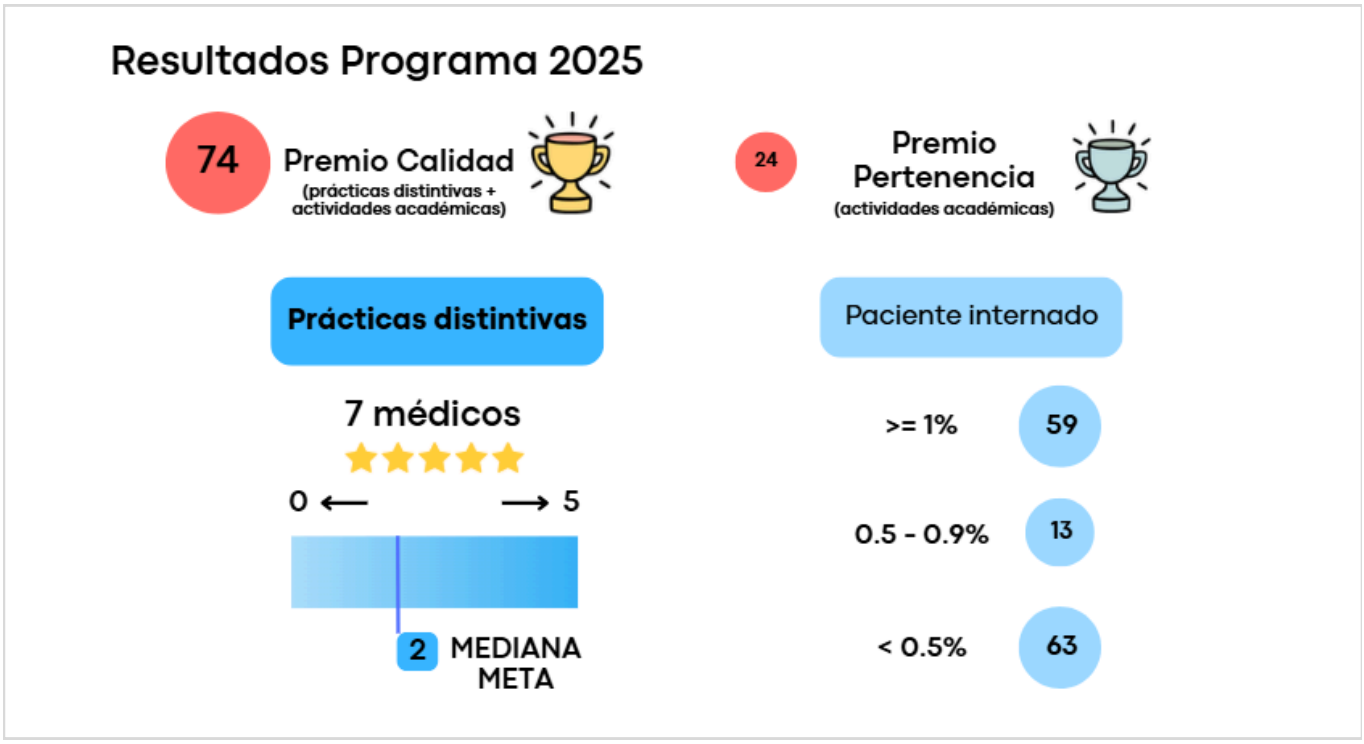
En cuanto a los desafíos, el principal pendiente es seguir definiendo qué tipo de médico/a queremos formar y cómo construir el andamiaje adecuado para lograrlo, de manera cíclica. Esto implica revisar permanentemente si los indicadores realmente reflejan valor en la atención o si solo funcionan como aproximaciones. Sabemos que algunos no capturan completamente la calidad del proceso asistencial, pero constituyen un punto de partida mejor que la ausencia de medición. El reto actual es avanzar hacia métricas más pertinentes y significativas, sin generar sobrecarga innecesaria, y sostener la coherencia entre las prioridades estratégicas del Servicio y los instrumentos de evaluación.

MFGR. Me parece un gran ejemplo, y el largo recorrido con vasta experiencia me resulta interesante para replicar en otras instituciones. Muchas gracias por compartirnos esta información tan valiosa. Me pregunto, ¿cómo es que deciden establecer las metas de los indicadores?.

PR. Muchas son basadas en bibliografía. Sin embargo, en los casos en que se introduce un indicador nuevo, las metas suelen ser inicialmente menos exigentes (la vara está más baja de lo deseado tal vez, al menos inicialmente, por una cuestión de factibilidad y realidad), contemplando que todo cambio —especialmente en las prácticas de registro— requiere un proceso de adaptación cultural, y que toda implementación conlleva tiempo. Alineado con la pregunta anterior, nos encontramos actualmente explorando modalidades/herramientas digitales alternativas al autorreporte (ej. GoogleForm), apelando un poco a la creatividad para generar sistemas de registro que faciliten una recolección que no sobrecarguen innecesariamente a los/as médicos/as [2]. La carga administrativa en atención primaria y los registros deficientes no es un problema solamente interior, sino mundial [3].

MFGR. En la última evaluación: ¿Cuáles fueron los principales resultados que obtuvieron?

MDA. De los 165 médicos/as que participaron, 74 accedieron al “premio de calidad”, que requería cumplir dos de cinco prácticas distintivas, contactar al menos al 1% de los pacientes de su cápita durante internación y alcanzar determinados créditos académicos. Además, 24 profesionales obtuvieron el “premio pertenencia”, destinado a quienes no alcanzaron todos los criterios pero sí lograron acumular al menos 55 créditos académicos. Un dato interesante es que siete médicos cumplieron cinco de cinco prácticas distintivas. En general, la mediana fue de dos sobre cinco, alineada con la meta propuesta.



MFGR. Me interesa esto del contacto con pacientes internados como un indicador nuevo, ya que con la complejidad con la que ocurren las cosas en salud, debe ser difícil de lograrlo. Por ejemplo, la institución es una red integrada de atención sanitaria (conformada por 2 hospitales y 16 centros periféricos), un/a médico/a puede atender exclusivamente en un centro y su concurrencia al hospital dificultarse, para que el/la médico/a se entere que un paciente está hospitalizado tiene que monitorear activamente (no es que le llega una alerta que le da aviso), las internaciones pueden ser breves (mediana de 3 días). ¿Qué resultados observaron?

PR. Sí, fue una incorporación reciente. Inicialmente fijamos una meta baja (1% de la cápita) porque sabíamos que implicaba un cambio cultural, especialmente en el registro en historia clínica. Observamos que 59 médicos superaron ese 1%, 13 estuvieron entre 0,5% y 0,9%, y 63 por debajo de 0,5%. A fin de año evaluamos este indicador mediante entrevistas a médicos y pacientes, donde se evidenció su importancia en la calidad de atención. En base al análisis estadístico, decidimos que a futuro se calculará sobre el total de pacientes efectivamente internados de cada médico, lo que será más representativo que usar la cápita total. La meta consistirá en contactar al 10% de pacientes internados bajo la cápita del médico. Esta meta contempla que la mayoría de las internaciones son breves, y también da flexibilidad a los médicos para seleccionar qué pacientes necesitan más ese contacto. El médico no recibe un aviso pero cada vez que entra a la historia clínica puede ver el listado de los pacientes de su cápita internados en la página de inicio.

MFGR. Todos los sistemas sanitarios modernos están inundados de datos, pero solo recientemente hemos podido recopilarlos, ponerlos en práctica y convertirlos en información útil para tomar decisiones más inteligentes y oportunas que en el pasado [4]. En este sentido, ¿cómo evolucionaron las prácticas distintivas en los últimos años?.

PR. Comparando 2022, 2023 y 2024, observamos tendencias interesantes. La atención en salud de la mujer y salud mental mostró un aumento sostenido. La atención infantil se mantuvo estable. En el caso del adulto mayor, hubo un pico atípico en 2024

que atribuimos a un problema de registro. Esto evidencia uno de nuestros principales desafíos: muchas métricas dependen directamente de cómo se documenta la consulta. También detectamos que algunas prácticas, como el abordaje miofascial, tienden a concentrarse en un grupo estable de profesionales que las realizan habitualmente. Estamos revisando esos indicadores para hacerlos más inclusivos y representativos del manejo integral del problema, más allá de procedimientos específicos.

MFGR. El programa ya tiene más de veinte años de historia funcionando. ¿Cómo fue evolucionando a lo largo del tiempo? y ¿qué lecciones aprendidas tienen para transmitirnos?.

MDA. Se inició en 2005 en un contexto de baja participación en actividades académicas. Originalmente estaba centrado en indicadores clínicos clásicos basados en paquetes internacionales como el HEDIS®, un conjunto estandarizado de medidas de calidad y eficacia de la atención médica [5]. En su formulación inicial, el programa se orientaba a la medición de resultados clínicos individuales, focalizándose en indicadores biomédicos específicos por paciente. En ese marco, se evaluaban, por ejemplo, el porcentaje de personas con diabetes que alcanzaban metas de hemoglobina glicosilada o el cumplimiento de objetivos en el perfil lipídico.

Con el tiempo advertimos que medir resultados aislados por patología resultaba reduccionista para la práctica de la medicina familiar. En 2015 dejamos de medir esos indicadores lineales y pasamos a prácticas distintivas, buscando fortalecer el perfil profesional y la integralidad. En 2021 incorporamos formalmente el desarrollo profesional continuo. Ahora, el desafío para 2026 es aún mayor: medir no solo cantidad de prácticas, sino valor, pertinencia y calidad [6]. El médico de familia tiene un papel especialmente relevante en la prevención, detección y desimplementación de las prácticas de bajo valor y las principales iniciativas para revertirlas [7–9], debido a su naturaleza coordinadora e integradora en la atención, y porque la mayoría de las demandas de los ciudadanos se gestionan y resuelven en el primer nivel de atención [9].

MFGR. La calidad de vida relacionada con la salud es la variable de resultado de salud percibida que ha recibido mayor interés y atención las últimas décadas [10]. No obstante, la paradoja radica en las barreras para obtener, registrar y utilizar esos datos, que se traduce en barreras de implementación. Las medidas de resultados reportadas por el paciente (PROMs) y las medidas de experiencia reportadas por el paciente (PREMs) se están convirtiendo en componentes esenciales de un sistema de salud en aprendizaje, y su uso constituye un enfoque prometedor para una atención médica basada en el valor [11]. ¿Cuáles son hoy para ustedes los principales desafíos?.

PR. Son varios.
Primero, cómo medir lo que realmente aporta valor. No alcanza con contar cuántos Papanicolau se realizan; necesitamos saber si se hicieron con indicación adecuada y en el intervalo correcto. Pensar en resultados centrados en el paciente no sólo es una línea pendiente sino una agenda actualmente abierta. Se decidió reemplazar el constructo de “satisfacción” —que sistemáticamente arrojaba valores elevados, probablemente influido por el hecho de que el médico de cabecera es una elección del propio pacient— por una evaluación centrada en la experiencia del paciente, incorporando dimensiones más específicas y desagregadas que permiten un análisis más fino y discriminativo de los distintos componentes del proceso asistencial.

Segundo, cómo incorporar dimensiones como la toma de decisiones compartidas o el enfoque centrado en la persona. Hoy solo podríamos medirlo por autorreporte o encuestas de experiencia del paciente, que suelen tener “efecto techo”.

Tercero, cómo evitar la sobrecarga administrativa. Registrar es necesario, pero

cargar fichas adicionales puede agotar a los equipos. Estamos explorando alternativas e incluso posibilidades de análisis automatizado de evoluciones clínicas. Tal vez, la evolución de la inteligencia artificial ha llegado a allanarnos el camino y facilitarnos esta tarea.
Finalmente, cómo vincular estos indicadores con resultados en salud poblacional. Sabemos que la continuidad y la longitudinalidad mejoran los desenlaces, pero demostrarlo con datos propios requiere desarrollos estadísticos complejos y recursos específicos.

MFGR. ¿El programa ha demostrado impacto en la práctica?

MDA. Sí, en algunos aspectos. Aumentó claramente la participación en actividades académicas y fortaleció la comunidad profesional. También se incrementó la atención en salud infantil y de la mujer desde 2015. Sin embargo, aún no podemos afirmar con datos robustos que el programa haya impactado en resultados duros como mortalidad o reducción de internaciones. Ese es un objetivo ambicioso, y pendiente para el largo plazo.

MFGR. Para cerrar, ¿cómo definiría el espíritu del Programa de Calidad?

PR. Estamos convencidas de su utilidad, que busca incentivar y no penalizar. Se trata de acompañar el perfil profesional que queremos desarrollar, reforzar la identidad de la medicina familiar y generar un andamiaje académico coherente con ese objetivo. Medir calidad en atención primaria es complejo. La sumatoria de indicadores no necesariamente refleja cómo le va a la persona. Por eso seguimos revisando, ajustando y aprendiendo. El desafío no es solo medir más, sino medir mejor.

MFGR. Nuevamente, les agradezco profundamente su claridad conceptual y la generosidad al compartir la evolución, los logros y los desafíos del Programa de Calidad. Honestamente es una experiencia que sin duda aporta insumos valiosos para seguir pensando la mejora continua en Medicina Familiar y General, y replicable también para otras especialidades.

Referencias

1. Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity of care for patients with chronic disease: a registry-based observational study from Norway. Fam Pract 2022 Jul 19;39(4):570–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmab107
2. Brown JB, Thorpe C, Bal S, George C, Jan SH, Mathews M, et al. Burden of administrative responsibilities in primary care: Qualitative study. Can Fam Physician 2025 Jun;71(6):e148–53. Available from: http://dx.doi.org/10.46747/cfp.7106e148
3. Storseth O, McNeil K, Grudniewicz A, Correia RH, Gallant F, Thelen R, et al. Administrative burden in primary care: Critical review. Can Fam Physician 2025 Jun;71(6):417–23. Available from: http://dx.doi.org/10.46747/cfp.7106417
4. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. BMC Medicine 2020 May 4;18(1):102. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-020-01563-4
5. Mainous AG 3rd, Talbert J. Assessing quality of care via HEDIS 3.0. Is there a better way? Arch Fam Med 1998 Sep-Oct;7(5):410–3. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/archfami.7.5.410
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Implementing High-Quality Primary Care, Robinson SK, Meisnere M, Phillips RL Jr, McCauley L. Primary Care Measures and Use: Powerful, Simple, Accountable. In: Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. National Academies Press (US); 2021. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571805/
7. Kopitowski K. “Desimplementar” las prácticas de bajo valor: un imperativo ético. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2022;42(4). Available from: https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/228/114
8. Kopitowski K. Lanzamiento de la campaña Choosing Wisely Argentina: primeros pasos hacia la desimplementación de prácticas de bajo valor. EvidActual Pract Ambul. 2024;27(1):e007110. Available from: https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7110
9. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. [Why is it increasingly difficult to “do the right thing” and to “stop doing the wrong thing”? Strategies for reversing low-value practices]. Aten Primaria 2023 Jul;55(7):102630. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630

10. Tudela LL. [Health-related quality of life]. Aten Primaria 2009 Jul;41(7):411–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019

11. Lowry V, Tremblay-Vaillancourt V, Beaupré P, Poirier MD, Perron MÈ, Bernier J, et al. How patient-reported outcomes and experience measures (PROMs and PREMs) are implemented in healthcare professional and patient organizations? An environmental scan. J Patient Rep Outcomes 2024 Nov 15;8(1):133. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s41687-024-00795-9

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna
Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano, de Buenos Aires, Argentina
MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA)
PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA)
Project Management Professional (PMI®)



La presente entrevista se dio en contexto del "Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna" (del 23-02-2026), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Entrevista a Gladys Zarenchansky* y Carlos Enrique García**

La bitácora como herramienta pedagógica en la formación en gestión de servicios de salud



*Licenciada en Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Se desempeña como asesora pedagógica en el Hospital Italiano, acompañando diferentes propuestas formativas, entre ellas GESIS (Dirección y Gestión de Servicios de Salud). Integra el Proyecto UBACyT "Discursos, sujetos y prácticas en la conformación del campo pedagógico. Sentidos y disputas contemporáneas en torno del conocimiento educativo, las desigualdades y diferencias y la formación y el trabajo docentes", con sede en el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación (IICE, UBA), así como también el Programa de Extensión Universitaria "Red de Formación Docente y Narrativas Pedagógicas". Mail: gladysizaren@gmail.com

** Médico (UNLP) - Especialista en Clínica Médica - Magíster en Administración de Empresas (IDEA Instituto para el Desarrollo Empresarial de la Argentina) - Director del Programa GESIS, Dirección y Administración de Servicios de Salud de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires - Investigador Asociado del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) - Subjefe del Departamento de Atención Ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Mail: carlos.garcia@hospitalitaliano.org.ar

MFGR. La bitácora, en el ámbito de la formación en salud, es un dispositivo de registro narrativo y reflexivo en primera persona que permite documentar la experiencia de aprendizaje a lo largo del tiempo, articulando teoría y práctica en contextos reales. Más que un simple registro de actividades, constituye una herramienta de meta cognición y análisis crítico, que favorece la toma de conciencia sobre los propios procesos, la identificación de problemas y la proyección de mejoras en la práctica profesional.

En programas de formación en gestión sanitaria, su uso se orienta tanto al seguimiento individual del aprendizaje como a la retroalimentación pedagógica, funcionando como un espacio dinámico de diálogo entre docentes y participantes. En este marco, hoy conversamos con Gladys y Carlos, quienes comparten su experiencia en el desarrollo y la implementación de esta herramienta en la formación en dirección y gestión de servicios de salud. Antes que nada, muchas gracias por su tiempo y por acompañarnos. ¿Quieren empezar por compartirnos cómo surgió la posibilidad de este encuentro?.

GZ. El agradecimiento es nuestro. A nosotros nos interesa especialmente habitar estos espacios donde se entrecruzan distintas formas de pensar el conocimiento y, sobre todo, donde se vuelve posible construir —no sin cierta incomodidad productiva— modos de enseñar y de aprender. Lo que

Autora para correspondencia: María Florencia Grande Ratti, maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Cómo citar: Grande Ratti MF. Entrevista a Gladys Zarenchansky y Carlos Enrique García: la bitácora como herramienta pedagógica en la formación en gestión de servicios de salud. Arch Med Fam Gen. 2026 Nov;23(3):45-56.

queremos compartir es nuestra mirada sobre la formación en gestión y dirección de servicios de salud, pero no desde una abstracción, sino desde la práctica cotidiana, con sus tensiones y sus límites. En ese contexto, aparecen herramientas como la bitácora [1–3], que nos ayudan a pensar y a acompañar esos procesos de aprendizaje. Pero antes de avanzar por ahí, me parece mejor darle la palabra al Dr. Carlos García, uno de los directores del Programa GESIS[1], para que pueda contar cómo nace el curso, y cómo está pensado en su conjunto.

CG. El programa empezó en 2019, en formato presencial, casi diría con la lógica artesanal de lo que se construye mientras se camina. Después irrumpió la pandemia —ese gran reorganizador involuntario— y nos empujó a la virtualidad, que terminó siendo su forma actual. Fue un cambio brusco, sin duda, pero también nos obligó a ordenar, a sistematizar, a profesionalizar la enseñanza en línea y, de paso, a ampliar el alcance a más participantes. Hoy el curso se inscribe dentro de una diplomatura y conserva esa doble intención que, para mí, es central: no quedarse en la teoría ni diluirse en la práctica, sino ofrecer herramientas que los profesionales puedan reconocer, apropiarse y, sobre todo, poner en juego en sus propios contextos de trabajo.

MFGR: Es interesante escucharte, sobre todo en esto que señalás del pasaje —forzado, pero finalmente productivo— hacia la virtualidad. Da la impresión de que no solo cambió el formato, sino que también se volvió más visible algo que quizás estaba más implícito: la necesidad de pensar la formación en gestión de un modo más sistemático, menos apoyado en la intuición o en la experiencia aislada. En ese contexto, me surge una pregunta que probablemente sea bastante estructural para entender la propuesta educativa: porque, en definitiva, no es evidente que todos los profesionales de la salud deban formarse en gestión, ni tampoco qué tipo de formación necesitan. Entonces, ¿por qué ofrecer un curso de gestión y dirección de servicios de salud? ¿Todos los profesionales necesitan formarse en esto?

CG. No buscamos que todos se conviertan en gestores profesionales —sería, además, una pretensión algo ingenua—. La gestión de organizaciones requiere liderazgo y un conjunto de competencias específicas que no se improvisan. Ahora bien, tampoco alcanza con refugiarse en el viejo "zapatero a tus zapatos". En un contexto como el actual, de transformación acelerada del conocimiento y de mercados cada vez más interconectados, el zapatero que se concentra únicamente en su oficio corre el riesgo de acercarse tanto al árbol que pierde de vista el bosque: la dinámica de la organización, la lógica de los recursos, la lectura del entorno. Y ese desfasaje, tarde o temprano, se paga.

Por eso, la idea no es formar gestores en serie, sino ayudar a que los profesionales comprendan cómo funciona una institución compleja y puedan interactuar en y con ella de manera más lúcida. La diplomatura apunta, en ese sentido, a desarrollar cierto oído organizacional —si se me permite la metáfora—, a "saber la música" de lo que ocurre en estos sistemas, donde conviven saberes, intereses y lógicas diversas. Formar líderes, sí, pero también formar profesionales capaces de leer, interpretar y, llegado el caso, incidir en esa complejidad, con herramientas que les permitan no solo adaptarse, sino también proyectarse.

MFGR. Me gustaría retomar algo que mencionaste antes y que, en esta casa, casi damos por supuesto: la idea de "complejidad". Lo digo también desde un lugar un poco incómodo, porque quienes trabajamos en la institución creemos conocerla —sus circuitos, sus tiempos, incluso esos pequeños detalles cotidianos que la hacen funcionar— y, sin embargo, esa familiaridad a veces nos hace perder de vista la magnitud de lo que estamos habitando. Sabemos que no es "*solo un hospital*", pero justamente por eso me interesa detenerme un poco más en ese concepto, desarmarlo, y volver a mirarlo con cierta extrañeza. En ese sentido, y aún con ese conocimiento cercano de la organización, te pediría que nos ayudes a pensarla: ¿qué es lo

[1] Programa 2026: https://cursos.uhiba.org/sites/default/files/aranceles/2026-01/Gesis_0.pdf

que hace que esta institución sea, efectivamente, tan compleja?

CG. Hoy este "hospital" —si es que todavía podemos llamarlo así sin matices— es bastante más que "un hospital". Es una organización que articula múltiples funciones en simultáneo: es prestadora de servicios de salud, con dos hospitales de alta complejidad y una red de alrededor de quince centros de atención ambulatoria; es universidad, es aseguradora, es un centro de investigación, y también una unidad de innovación. Esa superposición de capas no es decorativa: define su modo de funcionamiento.

Además, tiene una característica que no es menor: es una burocracia profesional sin fines de lucro. No hay dueños ni accionistas en el sentido clásico, y la autoridad no se distribuye únicamente por organigrama, sino también —y a veces, sobre todo— por el conocimiento. Un jefe de neurocirugía puede saber más de su campo que cualquier instancia administrativa que lo contenga, y eso introduce una tensión productiva, pero tensión al fin.

Gestionar una organización así exige algo más que trasladar modelos de empresas tradicionales, con jerarquías claras y líneas de mando previsibles. Requiere entender que aquí conviven lógicas distintas —clínicas, académicas, económicas, investigativas— que no siempre se alinean de manera espontánea. Y ahí, justamente, es donde la gestión deja de ser un accesorio y pasa a ser una forma de lectura y de intervención sobre esa complejidad.

MFGR. Escuchándote, uno empieza a percibir que la complejidad no es solo una característica de la organización, sino casi un modo de existencia. Y que, moverse bien no depende únicamente del conocimiento técnico de cada uno, sino de cierta capacidad de leer esas dinámicas, de entender cómo circula la autoridad, cómo se toman las decisiones, cómo se articulan/tensionan las distintas lógicas institucionales. Entonces, lo que uno podría nferir es que la propuesta apunta a algo más que transmitir contenidos: a preparar a los profesionales para habitar esa complejidad y, eventualmente, liderar dentro de ella. ¿Es así? ¿Buscan formar profesionales capaces de entender estas dinámicas y ejercer un liderazgo efectivo en este tipo de organizaciones?.

CG. Exactamente. No se trata de formar a todos como gestores completos, sino de darles herramientas para comprender cómo funciona la institución, cómo se toman decisiones, y cómo se podría liderar dentro de esa estructura compleja. Durante mucho tiempo, la gestión fue algo bastante intuitivo, apoyado en el sentido común. Y eso, en cierto contexto, podía alcanzar. Hoy, en organizaciones como la nuestra, esa intuición sin método se vuelve un riesgo. La diplomatura busca justamente eso: profesionalizar la gestión. Trabajamos competencias como liderazgo, control de costos, gestión de recursos humanos, planificación estratégica… pero no como compartimentos estancos, sino como parte de un mismo sistema. Porque, en definitiva, cada unidad —desde un servicio de kinesiología hasta un quirófano— necesita alinear sus objetivos con la estrategia institucional. Y en ese proceso, herramientas como la bitácora cumplen un rol interesante: ayudan a detenerse, a ordenar, a hacer visible lo que muchas veces queda implícito, y a sostener ese puente —siempre inestable— entre lo que pensamos y lo que efectivamente hacemos.

MFGR. Si uno sigue el hilo de lo que venimos conversando —la complejidad, la necesidad de profesionalizar la gestión, el pasaje de la intuición a cierta forma de pensamiento más estructurado— aparece casi naturalmente la pregunta por las herramientas concretas que permiten que eso no quede en el plano declarativo. Y ahí la bitácora parece ocupar un lugar singular. Digo esto porque, por lo que entiendo, no se trata simplemente de un registro ni de un ejercicio académico más, sino de un dispositivo que busca algo bastante más exigente: captar cómo el profesional va cambiando en el proceso de aprendizaje, cómo

incorpora conceptos y, sobre todo, cómo esos conceptos empiezan a reconfigurar su mirada sobre la propia práctica y sobre la unidad en la que trabaja —que, a su vez, está inserta en una organización mayor, con un rumbo y una estrategia.

En ese sentido, también parecería que la bitácora corre al participante de un lugar más cómodo —el de repetir definiciones o demostrar que "entendió"— hacia otro más comprometido, donde lo que importa es qué le pasó con eso que aprendió y qué piensa hacer con eso. Entonces, ¿qué lugar ocupa la bitácora dentro de la diplomatura? [4,5].

CG. La bitácora es el hilo que atraviesa toda la formación. Pero no en el sentido de un cuaderno donde uno anota lo que hizo, sino como un instrumento deliberadamente reflexivo. A nosotros no nos interesa que el participante nos devuelva la definición de la herramienta, ni que reproduzca correctamente un concepto. Me gusta usar un ejemplo un poco caricaturesco: si te enseñé la vaca, no espero que me digas que "la vaca es un mamífero cuadrúpedo…". Eso está bien, pero es accesorio. Lo que me interesa es ¿qué te pasó a vos al entender mejor ese objeto?, ¿qué cambió en tu forma de mirarlo? y, sobre todo, ¿qué vas a hacer con ese conocimiento en tu práctica y en tu organización?. La bitácora apunta exactamente a eso: a registrar —y, más aún, a hacer consciente— ese proceso de transformación. Cómo alguien va incorporando herramientas de gestión y cómo eso empieza, a veces de manera incipiente, a modificar su forma de leer su servicio, su unidad, su lugar dentro de una organización que, como decíamos, es hipercompleja, pero que tiene un mapa, un norte y una hoja de ruta muy específicos y conscientemente diseñados y planificados.

En ese marco aparece una idea que a mí me gusta mucho, que es la de "*mezclar la tinta y la sangre*". Históricamente, los "tintas" —los administrativos, los white collars— se ocupaban de presupuestos, procesos, indicadores. Y los "sangres" —los clínicos, los profesionales de guardapolvo, los white coats — vivían la intensidad de la práctica asistencial.

La diplomatura intenta, de algún modo, desarmar esa separación: que quienes gestionan entiendan qué ocurre en una guardia, en un quirófano, en una sala de espera, en un laboratorio de alta complejidad, en una internación o en una consulta médica; y que quienes están en la práctica clínica incorporen herramientas de gestión que les permitan intervenir mejor en esa realidad.

Esto no es solo un ejercicio pedagógico, es un propósito estratégico. Porque nuestra institución declara —y no es una frase menor— que trabaja para brindar servicios de excelencia en la salud, la educación y la investigación, centrados en las necesidades de las personas. Y esas necesidades, en salud, muchas veces están atravesadas por la angustia, la incertidumbre, la alta carga emocional.

La bitácora, en ese sentido, permite que ese cruce no sea abstracto. Obliga —en el buen sentido— a que cada participante se pregunte: ¿qué de todo esto me transformó y cómo esa transformación puede, aunque sea en pequeña escala, empezar a modificar la realidad en la que trabajo?. Y ahí es donde la herramienta deja de ser un requisito académico y pasa a ser, potencialmente, un instrumento de cambio.

MFGR. Si uno mira el campo de la formación en gestión —sobre todo en Argentina y en Latinoamérica— lo que aparece es una amplia oferta y, en muchos casos, muy competitiva (ej. maestrías, diplomaturas, cursos superiores, propuestas virtuales/híbridas). Hay programas con fuerte anclaje académico, otros más orientados a herramientas, y algunos con gran prestigio institucional. En ese escenario, no siempre es sencillo entender qué distingue realmente a una propuesta de otra, más allá de los títulos o las certificaciones.

Y en el caso de ustedes hay, además, algo interesante: esto que comenzó como un curso de posgrado fue tomando volumen hasta

convertirse en una diplomatura, pero sin perder —al menos en lo que venimos escuchando— ese anclaje fuerte en la práctica. Incluso da la impresión de que, para algunos profesionales ya formados —inclusive con maestrías—, la propuesta funciona como un espacio distinto, quizá más inmersivo, más cercano a la realidad de gestión cotidiana. En ese contexto, ¿qué creés que distingue a esta diplomatura de otros programas similares?

CG. Si tuviera que decirlo en una frase —que usamos bastante— es que nosotros intentamos enseñar lo que practicamos, porque practicamos lo que enseñamos (Enseñamos lo que hacemos porque hacemos lo que enseñamos, es nuestro lema). Parece un juego de palabras, pero no lo es. En muchos programas, la teoría está muy bien desarrollada, pero no necesariamente tiene un correlato directo con la práctica. En GESIS, en cambio, quienes enseñamos estamos, al mismo tiempo, gestionando. Y eso introduce una diferencia que no es menor. Porque lo que se transmite no es solo el concepto, sino el concepto tensionado por la realidad: por los tiempos, por las restricciones, por los conflictos, por las decisiones que hay que tomar aún cuando la teoría no cierra del todo. La diplomatura, en ese sentido, tiene esa particularidad. No es una maestría —y no pretende serlo—, pero ofrece algo que, para algunos, termina siendo una ventaja competitiva: la posibilidad de una inmersión bastante directa en una organización que es, en sí misma, compleja. De hecho, no son pocos los profesionales que ya tienen formación de posgrado y que se acercan justamente por eso: porque perciben que acá hay una oportunidad de poner en juego, en un contexto real, lo que en otros ámbitos quedó más en el plano conceptual. Nosotros combinamos formación académica con práctica real de gestión clínica. Y todavía estamos en proceso —no es algo cerrado— de profesionalizar el “hacer”, de sistematizar mejor ese pasaje de la teoría a la práctica. Enseñamos mucho, sí, pero también reconocemos que parte del desafío es consolidar esas prácticas en la cotidianidad. La diplomatura es entonces una herramienta para avanzar en ese sentido: para que competencias que antes se aprendían de manera más intuitiva empiecen a tener un marco, un lenguaje común y, sobre todo, una posibilidad concreta de aplicación.

MFGR. Hay algo que aparece de manera bastante nítida en lo que venimos conversando, y es que una propuesta formativa no se sostiene solo por la solidez de sus contenidos ni por la experiencia de quienes enseñan. Entre ambas cosas hay una mediación decisiva, que muchas veces se subestima: la pedagogía. Y lo digo porque, en no pocos ámbitos, todavía persiste cierta idea algo rudimentaria según la cual saber mucho de un tema alcanzaría, casi por añadidura, para enseñarlo bien. Pero la experiencia muestra otra cosa: entre conocer y lograr que otro aprenda, piense, se apropie y transforme su práctica, hay un trabajo muy específico.

En una diplomatura como esta, además, donde se intenta articular gestión, experiencia institucional, reflexión y práctica situada, imagino que ese trabajo pedagógico no puede ser accesorio ni ornamental, sino constitutivo de la propuesta misma. En ese sentido, ¿qué lugar ocupa la pedagogía, y cómo dialoga con esta búsqueda de volver enseñable una realidad tan compleja?.

CG. Un lugar absolutamente central. Y ahí Gladys ha sido —y sigue siendo— fundamental. No exagero si digo que es uno de los grandes pilares de la diplomatura. De su mano, a esta propuesta le hemos ido dando varias vueltas de tuerca, en el mejor sentido: refinando dispositivos, complejizando preguntas, mejorando modos de acompañar el aprendizaje, evitando que todo quede reducido a una mera transmisión de contenidos. Porque la pedagogía no es organizar el aula ni repartir materiales, como todavía a veces se cree con una ligereza injusta. Es un saber específico, situado, riguroso, que orienta la enseñanza y permite construir estrategias didácticas más consistentes, más finas y, si se quiere, también más científicas. Es lo que ayuda a estructurar contenidos, a diseñar experiencias de

aprendizaje, a promover reflexión crítica y a preparar a los participantes para que lo aprendido no quede en una zona inerte, sino que pueda ser puesto en acto en su práctica profesional.

Además, ese trabajo pedagógico representa una ventaja competitiva muy difícil de igualar. En nuestro caso, se añade la inmersión institucional a la experiencia real de gestión mediante un armamentarium pedagógico sofisticado, trabajado con mucha inteligencia y sensibilidad. Y eso no es un adorno: es parte de la estructura profunda de la propuesta. Gladys encarna, en buena medida, esa dimensión. Ella aporta una mirada que vuelve pensable, enseñable y evaluable algo que, de otro modo, correría el riesgo de quedar en la mera intuición. Gracias a ese sostén pedagógico, la diplomatura puede ser bastante más que un espacio donde circula información: se convierte en una experiencia formativa que ordena, interpela, transforma, y deja huella.

MFGR. Empieza a volverse evidente que la bitácora no es una herramienta más, sino que parece haber adquirido una densidad propia, casi como si hubiera ido creciendo junto con la propuesta formativa. Y en ese crecimiento —si lo interpreto bien— también se fue sofisticando la manera de enseñar gestión. Da la impresión de que ahí ocurre algo interesante: una especie de interacción entre dos dimensiones que no siempre dialogan con esta profundidad —la pedagogía y la gestión—, donde la herramienta no solo acompaña la enseñanza, sino que también la tensiona, la enriquece, la obliga a repensarse. Y, al mismo tiempo, la enseñanza de la gestión le va dando a la bitácora un contenido, una dirección, una finalidad situada. En ese contexto, más que pensar la bitácora como un instrumento aislado, parecería que estamos frente a un dispositivo que se fue construyendo en esa intersección. ¿Es así? ¿Cómo surge y cómo se fue configurando la bitácora como herramienta formativa dentro de la diplomatura?

GZ. Sí, es interesante pensarlo en esos términos, porque efectivamente la bitácora no aparece como una decisión puntual ni como la adopción de una técnica ya dada. Es más bien el resultado de un proceso que fuimos transitando en paralelo con el desarrollo de la diplomatura. Desde el inicio, trabajamos con enfoques vinculados a la investigación cualitativa y biográfica en educación, que ponen en el centro la experiencia y la narración como formas de conocimiento. En ese marco pedagógico, la bitácora surge como una necesidad: la de acompañar a los participantes en su proceso de aprendizaje y, al mismo tiempo, de poder sistematizar la reflexión sobre la práctica. Con el tiempo, fue tomando forma como una herramienta compleja y versátil, que permite registrar, pero sobre todo pensar, analizar, volver sobre lo hecho. No es solo un espacio para anotar, sino un dispositivo que ayuda a organizar ideas, a vincular teoría y práctica, a hacer visibles procesos que de otro modo quedarían difusos. Y ahí ocurre algo que me parece central: la bitácora no se limita a evaluar, sino que forma. Traduce los aprendizajes del aula en reflexiones situadas, permite que los participantes vayan reconociendo cómo se apropian de conceptos, y cómo esos conceptos empiezan a tener sentido en sus propios contextos laborales. Por eso decimos que es una herramienta que sostiene todo el proceso formativo. No porque esté “todo el tiempo presente” de manera obligatoria, sino porque ofrece un hilo de continuidad entre la pedagogía y la práctica profesional [6]. Es, en algún punto, el lugar donde ese encuentro —entre lo que enseñamos y lo que cada uno hace— se vuelve visible, pensable y, eventualmente, transformador.

MFGR. Me gustaría correr un poco el foco hacia otra de las herramientas que, quienes transitamos o conocemos GESIS, identificamos casi como una marca propia: los relatos de experiencia. Porque, a diferencia de otros formatos más expositivos, ahí lo que aparece es la gestión en estado casi “vivido”, con sus decisiones, sus tensiones, y sus zonas grises. ¿Cómo pensaron estos relatos dentro de la estrategia formativa y qué lugar ocupan?

GZ. Sí, los relatos de experiencia fueron —y siguen siendo— una pieza importante. Inicialmente, invitábamos a referentes clave del hospital —líderes, gestores, personas con trayectoria— para que compartieran su experiencia en primera persona. Y ahí hay una diferencia que para nosotros es fundamental: no es lo mismo una presentación institucional que el relato de alguien que cuenta lo que le pasó, cómo tomó decisiones, qué tensiones atravesó. Ese tipo de relato genera otro nivel de involucramiento. Los participantes no solo escuchan, sino que se reconocen, discuten, se interpelan, y empiezan a tender puentes con su propia práctica.

En paralelo, fuimos desarrollando otros dispositivos complementarios como los espacios de autorreflexión pedagógica, los EPA. En estos espacios de trabajo conjuntos entre alumnos y equipo docente proponíamos distintas consignas para reflexionar en torno a los procesos de aprendizaje de los participantes. Trabajábamos en pequeños grupos de no más de 5 participantes para facilitar y estimular el intercambio de ideas entre pares. Eran además encuentros en los que analizábamos las actividades a realizar como parte del trabajo integrador del programa que consistía en la confección de un portafolio individual vinculado a las temáticas abordadas en el curso.

Con respecto al proceso de formación del equipo docente incorporamos, entre otros marcos, el método SER, desarrollado por Rebeca Anijovich, que nos resulta especialmente valioso. Es una herramienta sencilla en su formulación, pero muy potente en su uso, porque organiza la reflexión en torno a tres ejes: qué vale la pena Seguir haciendo, qué sería necesario Empezar a hacer y qué conviene Revisar o incluso desechar [6].

Ese esquema nos permite ordenar la retroalimentación, evitar juicios apresurados y sostener una mirada más procesual, más formativa. Y, de algún modo, dialoga muy bien con la lógica de la bitácora y con los relatos de experiencia, porque todos apuntan, en definitiva, a lo mismo: a hacer visible la experiencia, a repensarla, y a transformarla.

MFGR. Me permito hablar también desde la experiencia personal como egresada de GESIS. Una de las cosas que más me llamó la atención —y que, con el tiempo, fui entendiendo mejor — es la diversidad de los participantes: trayectorias muy distintas, roles muy heterogéneos, niveles de responsabilidad y de exposición a la gestión que no siempre son comparables. Y, sin embargo, hay algo interesante que ocurre: la bitácora, de algún modo, parece operar como un punto de convergencia. Casi como un instrumento con cierta sensibilidad “etnográfica”, si se me permite la expresión, que permite capturar cómo cada uno procesa, traduce y resignifica las herramientas de gestión en su propio contexto. Y, al mismo tiempo, ofrece un lenguaje común, un cierto denominador compartido dentro de esa diversidad. Dicho esto, ¿cómo influye esta heterogeneidad de participantes en la implementación de la bitácora y en el modo en que ustedes acompañan los aprendizajes?.

GZ. Sí, esa diversidad es muy constitutiva. Si bien muchos participantes son intrainstitucionales, también hay personas ajenas, de distintas provincias, con recorridos y funciones muy diferentes. Eso, lejos de ser un obstáculo, es parte de la riqueza, pero también nos plantea un desafío concreto: cómo acompañar procesos de aprendizaje que no son homogéneos. En ese contexto, la bitácora resultó ser una herramienta especialmente valiosa, porque permite un seguimiento individualizado. Cada participante la habita desde su lugar: quien lidera un equipo, quien gestiona recursos, quien está en contacto directo con pacientes, y quien hace todo esto a la vez. Y, sin embargo, todos están atravesados por la necesidad de gestionar y, en algún punto, de liderar.

La bitácora permite justamente sistematizar esas experiencias, hacerlas visibles y trabajables. Nos da acceso a cómo cada uno interpreta los contenidos, cómo los vincula con

su práctica y qué sentidos construye en ese proceso. Y eso nos permite acompañar de manera más situada, más ajustada a cada recorrido, sin perder de vista el marco común de la formación. Entonces, más que homogeneizar, la bitácora reconoce la diversidad, pero al mismo tiempo ofrece una estructura que ayuda a organizarla y a convertirla en una fuente de aprendizaje compartido.

MFGR. La bitácora tal vez empieza siendo algo un poco ajeno, incluso incómodo, y con el tiempo se va volviendo un espacio propio, casi necesario. Dicho esto, y tratando de salir de esa vivencia más subjetiva para ir a una definición más precisa: ¿cómo la definirías y cuál es su objetivo dentro de la diplomatura?

GZ. Es interesante eso que señalás, porque forma parte del recorrido que muchos participantes hacen con la herramienta. Si tuviera que definirla, diría que es un registro narrativo en primera persona que documenta la experiencia educativa a lo largo del proceso formativo [7]. Nuestro enfoque está anclado en la investigación cualitativa y biográfica en educación, por lo que la narración de la propia experiencia no es un recurso accesorio, sino constitutivo.

La bitácora invita a cada participante a reconstruir su aprendizaje: no solo qué incorpora, sino cómo lo hace, qué le genera, qué preguntas le abre. En ese sentido, se vuelve un espacio de reflexión sobre lo que se aprende y sobre las posibilidades de llevar ese aprendizaje a la práctica profesional. Su objetivo es, justamente, acompañar ese proceso: hacer visible la evolución, favorecer la toma de conciencia sobre los propios modos de aprender y habilitar una articulación más profunda entre teoría y práctica. Es un dispositivo que permite pensar la experiencia mientras está ocurriendo y, a partir de ahí, proyectarla hacia la acción.

MFGR. No puedo evitar sonreír un poco, porque —si lo digo con honestidad— la bitácora también se “padece”. Al menos, al principio. Hay algo casi contracultural en esto de escribir en primera persona dentro de instituciones donde estamos entrenados para otro tipo de registros: más objetivos, más estandarizados, más “asépticos”, si se quiere. De pronto, la herramienta te corre de ese lugar y te obliga a exponerte de otra manera, a mirarte mientras aprendés, a decir “esto me pasó”, “esto no lo entiendo”, “esto me interpela”. Y genera cierta incomodidad, pero también —con el tiempo— una potencia que uno empieza a reconocer.
¿Considerás que esta forma de escritura genera resistencia en los participantes?.

GZ. Sí, claramente. Al inicio suele aparecer temor o incertidumbre, y es comprensible. Los participantes vienen de una cultura institucional donde predomina otro tipo de registro: informes, planillas, historias clínicas. La escritura narrativa en primera persona implica un grado mayor de involucramiento, y eso no es automático [8]. Pero justamente ahí está su potencia. La bitácora promueve la metacognición, es decir, la capacidad de pensar sobre el propio pensamiento y sobre el propio aprendizaje. Invita al autoanálisis y favorece un aprendizaje más crítico, más consciente. Permite revisar de manera continua qué se está aprendiendo y cómo se está aplicando, y también cómo cada uno aprende. Y eso no es menor, porque pone el foco en la toma de conciencia del proceso, no solo en el resultado.

En el contexto de la diplomatura, esa reflexión está directamente vinculada con los contenidos: dirección y gestión de servicios de salud, recursos humanos, costos, finanzas, proyectos, modelos de negocio. Pero la diferencia es que no se trata solo de incorporarlos, sino de ver cómo esos conceptos empiezan a modificar la propia práctica. En ese sentido, la metacognición funciona como un motor del aprendizaje. No es un complemento, es parte central del proceso formativo.

MFGR. Retomando algo de lo que venimos conversando, hay un momento en que la bitácora deja de percibirse como un “requisito”

y empieza a integrarse casi naturalmente al proceso de aprendizaje. Me interesa entender: ¿cómo dialoga la bitácora con la estructura de la diplomatura?

GZ. La diplomatura está organizada en cinco núcleos de sentido o tramos, que van estructurando el recorrido formativo. Cada participante tiene un documento individual —generalmente en formato Word— que funciona como su bitácora, y que lo acompaña durante todo el proceso. Pero lo importante no es tanto el soporte como la lógica que lo sostiene: es un "espacio vivo". No está pensado para completarse de manera mecánica ni en momentos prefijados, sino que se escribe cuando algo lo amerita: una clase que interpela, una herramienta que genera preguntas, una situación concreta en el trabajo que resignifica lo aprendido.

A su vez, los docentes leen y comentan periódicamente esas bitácoras. Esa lectura no es solo evaluativa, sino que forma parte de un diálogo: orienta, devuelve preguntas, señala conexiones, acompaña el proceso. Esto permite que el documento vaya reflejando la evolución del aprendizaje de manera continua y sistemática. No es una foto final, sino una especie de secuencia donde se puede ver cómo se van modificando las ideas, las certezas, incluso las dudas, desde el inicio hasta el final del curso. Y así, la bitácora se integra plenamente a la diplomatura: no está al costado del aprendizaje, sino que es uno de los lugares donde el aprendizaje efectivamente ocurre.

MFGR. Me surge una inquietud —y te la planteo casi como un pequeño desafío—: venimos hablando de la bitácora como un espacio de reflexión para el participante, como ese lugar donde el aprendizaje se vuelve visible, pensable, incluso transformador. Pero uno podría preguntarse qué pasa del otro lado. Es decir, ¿qué hace el docente con esa bitácora?, ¿qué utilidad tiene la bitácora para el equipo docente?

GZ. Es muy interesante, porque no es un insumo solo para el participante, sino también para el equipo docente. Nos permite acceder a dimensiones del aprendizaje que muchas veces no aparecen en el aula: qué se comprende, qué no, qué genera acuerdo, qué incomoda, cómo se sienten los participantes frente a ciertos contenidos o propuestas. De alguna manera, funciona como un instrumento metodológico que retroalimenta la propuesta formativa. Nos obliga —en el mejor sentido— a revisar lo que hacemos, a ajustar la enseñanza, a volver sobre ciertos puntos que quizás dimos por supuestos.

Y también tiene otro efecto, que me parece relevante: cuestiona la idea de que la reflexión es un tiempo improductivo. Al contrario, la instala como un momento central del aprendizaje. La bitácora habilita ese retorno sobre la propia experiencia, donde los participantes pueden identificar sus preguntas, sus motivaciones, incluso sus resistencias, y empezar a articularlas con su práctica profesional.

Para nosotros, como docentes, es una fuente muy rica de información, pero también de aprendizaje. Nos permite ver procesos, no solo resultados. Ver cómo alguien se apropia de un concepto, cómo lo resignifica, cómo lo pone en juego. Y ahí aparece algo que dialoga con lo que vos planteabas: si bien no tenemos una "bitácora formal" como la de los participantes, sí hay un trabajo reflexivo permanente sobre esas producciones. Una lectura que no es neutra, sino que también transforma al docente. En definitiva, la bitácora conecta aprendizaje y acción, pero también conecta a quienes aprenden con quienes enseñan. Y eso, en contextos complejos como los que trabajamos, es especialmente valioso.

MFGR. Me gustaría dar un paso más en la comprensión de la herramienta. ¿Me podés decir algo del marco conceptual que respalda a la bitácora?

GZ. Claro. Se enmarca en la investigación narrativa en educación, un enfoque que permite visibilizar dimensiones centrales de la

experiencia que muchas veces quedan por fuera de otros registros: sentimientos, deseos, frustraciones, propósitos [9].

Al trabajar en primera persona, conecta lo personal con lo profesional y habilita una implicación activa del participante con su propio proceso de aprendizaje. No se trata solo de contar lo que ocurrió, sino de darle sentido, de reconstruir la experiencia.

La narrativa no solo documenta, también proyecta: permite que lo vivido se articule con lo que vendrá, apoyándose en el saber acumulado y en la experiencia transitada. Narrar implica un trabajo de significación: volver sobre lo hecho, interpretarlo y, a partir de ahí, abrir nuevas posibilidades de acción.

MFGR. Después de todo lo que venimos conversando, tengo la sensación de que la bitácora dejó de ser, para mí, una idea más o menos abstracta y empezó a adquirir contornos bastante más nítidos. Se volvió más tangible. Pero al mismo tiempo, aparece casi naturalmente otra inquietud, me gustaría poder verla en acción, en su uso más concreto. ¿Podrías compartirnos algunos ejemplos?

GZ. Es una muy buena manera de acercarse a la herramienta, porque a veces resulta difícil imaginar su funcionamiento desde lo conceptual. Para eso, seleccioné algunos fragmentos de bitácoras —tomados al azar y con sugerencias del equipo docente— que permiten ver cómo los participantes la habitan. Cada docente acompaña entre 10 y 14 participantes durante todo el año, leyendo y comentando sus bitácoras en momentos planificados, lo que genera un seguimiento bastante cercano de los procesos.

Por ejemplo, un participante escribió: "*Desde mi mirada, la organización en el sector donde estoy trabajando está atravesando un proceso de transformación hacia una cultura más colaborativa, lo que genera motivación, aunque todavía conviven distintas subculturas que dificultan sostener ese cambio en el día a día*".

Otro señalaba: "La conexión entre la estrategia organizacional y el diseño de procesos es algo que quiero explorar más en mis propias tareas, buscando alinear mis acciones con los objetivos de la institución y garantizar la sostenibilidad del servicio".

Y en las reflexiones finales, alguien escribía: "La bitácora se transformó en un espacio inesperadamente valioso. Me permitió detenerme a pensar, poner palabras a lo que antes intuía y ordenar la complejidad cotidiana de trabajar en un sistema de salud que admiro, pero que también me desafía. Cada tramo del curso fue como una pieza de un rompecabezas, desde entender qué significa gestionar hasta transformar una estrategia en acciones reales que generen valor".

Estos ejemplos muestran justamente eso que veníamos trabajando: cómo la bitácora permite traducir conceptos en experiencias situadas, y cómo se convierte en un espacio donde el aprendizaje deja de ser abstracto para volverse propio.

MFGR. Escuchando los ejemplos, me queda la impresión de que la bitácora es un verdadero espacio de interacción. Casi diría un lugar donde se construye un diálogo sostenido entre quien aprende y quien enseña, mediado por la escritura. ¿Cómo es que interactúan los docentes con estas bitácoras?

GZ. Los docentes no solo leen, sino que comentan y retroalimentan de manera sistemática. No se trata de una corrección en el sentido tradicional, sino de una intervención que busca acompañar el proceso: señalar, preguntar, devolver. Por ejemplo, un docente escribía: "*Excelentes tus reflexiones, un gusto leerte. Nuestro objetivo es que los participantes no solo vean las herramientas, sino que las proyecten a sí mismos y luego a la entidad. Esto está clarísimo en vos, muy buenas reflexiones*".

Ese tipo de devoluciones va construyendo un espacio de diálogo. La bitácora se vuelve un

lugar de intercambio diferido, pero muy rico, donde la escritura permite detenerse, pensar y responder de otra manera. Así, se entrelazan aprendizaje, reflexión y práctica profesional en un proceso que no es lineal, sino más bien conversacional. Y en ese intercambio, muchas veces, tanto el participante como el docente van ajustando su mirada.

MFGR. Quisiera cerrar compartiendo algunas reflexiones. Me llevo, al menos dos ideas que me gustaría subrayar:

- Esta herramienta permite evaluar, reflexionar y cambiar, tanto al individuo como a la entidad en la que trabaja.
- Entra en diálogo con otras prácticas —portafolios de reflexión, relatos de experiencia, diarios de campo, métodos cualitativos de investigación— e incluso con herramientas como el benchmarking y la gestión estratégica. Es un verdadero puente: entre teoría y práctica, entre investigación y acción, entre lo individual y lo colectivo.

Creo que GESIS nos muestra que formar líderes en salud no es solo enseñar técnicas, presupuestos o gestión de recursos, sino también entrenar la capacidad de reflexionar sobre lo que hacemos, de explorar cómo aprendemos y de transformar ese aprendizaje en acción dentro de nuestras instituciones. La bitácora aparece, entonces, como un espacio de exploración, de metacognición y de construcción conjunta entre participantes y docentes, que nos permite —no sin cierta exigencia— pensar, sentir y actuar de manera integrada.

Y, por último, me gustaría decir que este tipo de herramientas y de conversaciones nos recuerdan que la formación en salud es mucho más que un conjunto de contenidos: es un proceso vivo, colectivo y transformador. Un lugar donde sembramos semillas que, con el tiempo, pueden convertirse en verdaderos bosques de cambio, aprendizaje y mejora continua.

GZ. Sin duda. Nos alegra mucho escuchar tus palabras, porque muchas veces la trama de lo que hacemos en GESIS no es tan visible en el día a día, y estos espacios de conversación permiten, justamente, hacerla aparecer. Durante los ocho meses de la diplomatura, los participantes se involucran profundamente con la propuesta y con el equipo docente, y luego regresan a sus espacios con una mayor autonomía, pero también con una intención más clara de transformación.

Poder ofrecer no solo herramientas, sino también una forma distinta de acceder al conocimiento —de investigar la propia práctica a través de la narración y, a partir de ahí, generar conocimiento para la organización— nos parece un logro fundamental. En ese sentido, no somos solo docentes o gestores: somos parte de un entramado donde formación, investigación y práctica se articulan de manera continua. Y vemos que cada participante, en ese proceso, se convierte también en un productor de conocimiento.

Cada intercambio —en el aula, en la bitácora, en la práctica cotidiana— es una oportunidad para seguir aprendiendo. Y ojalá podamos seguir desarrollando y compartiendo estas experiencias, para que lo que hacemos en GESIS pueda inspirar a otras personas y organizaciones sanitarias.

MFGR. La invitación queda abierta a seguir colaborando, explorando y transformando juntos. Gracias a todos por escuchar, participar y caminar con nosotros en este proceso.

Referencias

1. Gouda P. The need for logbooks to evolve in the undergraduate medical setting. Perspect Med Educ 2016 Feb;5(1):65. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s40037-015-0249-x
2. Joshi N, Leandro L, Thakrar S. The value of logbooks in learning the hidden curriculum and practicing written reflection. Adv Med Educ Pract 2018 Aug 22;9:595–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S172108

3. Denton GD, DeMott C, Pangaro LN, Hemmer PA. Narrative review: use of student-generated logbooks in undergraduate medical education. Teach Learn Med 2006 Spring;18(2):153–64. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1207/s15328015tlm1802_11
4. Schüttpelz-Brauns K, Narciss E, Schneyinck C, Böhme K, Brüstle P, Mau-Holzmann U, et al. Twelve tips for successfully implementing logbooks in clinical training. Med Teach 2016 Jun;38(6):564–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2015.1132830
5. Patil NG, Lee P. Interactive logbooks for medical students: are they useful? Med Educ 2002 Jul;36(7):672–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01163.x
6. Anijovich R, Cappelletti G, Sabelli MJ, Mora S. Transitar la formación pedagógica: Dispositivos y estrategias. Tilde editora; 2021. 199 p. Disponible en: https://play.google.com/store/books/details?id=HbxbEAAAQBAJ
7. Lim AJS, Hong DZ, Pisupati A, Ong YT, Yeo JYH, Chong EJX, et al. Portfolio use in postgraduate medical education: a systematic scoping review. Postgrad Med J 2023 Mar 24;99(1174):913–27. Disponible en: https://academic.oup.com/pmj/article-pdf/99/1174/913/50953042/qgac007.pdf
8. Medina-Orozco I. [Narrative medicine as an educational tool]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2025 Nov 3;63(6):e6840. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17342650
9. Suarez D, Dávila P. Arganani A. Caressa Y. Documentación narrativa de experiencias pedagógicas. Una propuesta de investigación - formación- acción entre docentes. Cuadernos del IICE N° 6, facultad de Filosofía y Letras, UBA 2022 Disponible en: https://iice.institutos.filo.uba.ar/publicacion/documentaci%C3%B3n-narrativa-de-experiencias-pedag%C3%B3gicas

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna
Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano, de Buenos Aires, Argentina
MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA)
PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA)
Project Management Professional (PMI®)



La presente entrevista, se dio en contexto del “Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna” (del 02-03-2026), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

La importancia de certificar la especialidad en Medicina Familiar y/o General

The importance of board-certifying Family Medicine and/or General Practice as medical specialty.

Autores/as: Patricio Jorge Cacace[a], Raúl Urquiza[b], Alejandra Rivas Tornese[c], Ana Carolina Aymat[d]

[a] *Médico Especialista en Medicina Familiar, Docente Adsc. Medicina Familiar (UBA), Expresidente FAMFyG, Miembro del Consejo de Certificación de FAMFyG, Doctor en Ciencias de la Salud (UHIBA). Buenos Aires, Argentina. https://orcid.org/0000-0003-1720-4256*
[b] *Médico Especialista en Medicina Familiar, Expresidente Consejo de Certificación de FAMFyG. San Luis, Argentina.*
[c] *Médica Especialista en Medicina Familiar, Presidenta Consejo de Certificación de FAMFyG. Buenos Aires, Argentina.*
[d] *Médica Especialista en Medicina Familiar, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud en la UNSTA, expresidenta FAMFyG, ExPresidenta Consejo de Certificación de FAMFyG. Tucumán, Argentina.*

Palabras Clave: Certificación, Medicina Familiar, Medicina General.
Key Words: Board Certification, Family Medicine, General Practice.

> *"De acuerdo a lo dispuesto por la Disposición N° 13/2020 del 24/01/2020 del Ministerio de Salud de la Nación y prorrogada por la Resolución Ministerial 846/2026, según artículo 21 inciso d) de la Ley N° 17.132 y su modificación Ley N° 23.873, se le extiende con una validez de 5 años el certificado correspondiente como Especialista en Medicina General y/o Medicina de Familia".*

Contexto institucional

Con esta leyenda se confecciona el Diploma de Especialista, otorgado por la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) a todos aquellos médicos de familia que certifiquen o recertifiquen nuestra especialidad de acuerdo con la normativa existente y con el cumplimiento de los requerimientos establecidos para cada uno de los interesados (pueden consultarse en: https://www.famfyg.com.ar/certificacion-especialidad).

Es oportuno recordar que el Ministerio de Salud de la Nación reconoce la Especialidad Medicina Familiar y/o General según la resolución R 1814/2015 MSN, y que además reconoce y delega en la FAMFyG -por medio de otra resolución ministerial (R 248/2009 MSN)- la certificación y recertificación de los Especialistas en Medicina General y/o Medicina de Familia en todo el territorio de nuestro país. De esta forma, y a través de su Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización, dispone en uno de los artículos de dicha resolución: *"Encomiéndese a la DIRECCIÓN NACIONAL DE HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FRONTERAS a otorgar la autorización para anunciarse como especialistas en MEDICINA GENERAL Y/O MEDICINA DE FAMILIA a los profesionales médicos que presenten una certificación de la especialidad extendida por la FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL (FAMFYG) en los términos que su reglamentación interna lo contempla."*

Autor para correspondencia: Patricio Jorge Cacace, pcacace@gmail.com
Recibido: 10/10/2026 Aceptado: 26/10/2026.

Cómo citar: Cacace PJ, Urquiza R, Rivas Tornese A, Aymat AC. La importancia de certificar la especialidad en medicina familiar y/o general. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):57-61.

La FAMFyG posee desde sus orígenes su propio "Consejo de Certificación" de la especialidad, el cual funciona según su estatuto, en forma autónoma de la Comisión Directiva y está conformado por un cuerpo de Representantes Académicos de cada una de sus respectivas asociaciones miembro. Este Consejo tiene como misión fundamental definir e implementar los reglamentos para el otorgamiento de Certificados de Especialista en Medicina Familiar y General, así como la Recertificación de Especialistas, la acreditación de Programas de Educación, la acreditación de Programas de Residencia y la acreditación de Servicios Asistenciales entre otras de sus actividades. Todos los años, en la proximidad o durante el desarrollo de nuestro Congreso Nacional de Medicina Familiar, se desarrolla el correspondiente examen de certificación, que al día de hoy nos permite contar con alrededor de más de 700 Médicos de Familia Certificados en todo el territorio nacional. Nuestro examen se basa en el abordaje de diferentes casos clínicos evaluando tanto el razonamiento clínico como las competencias, destrezas y habilidades propias de la especialidad con un abordaje integral. El mismo puede realizarse tanto con una modalidad presencial como virtual mediante un sistema digital de evaluación diseñado específicamente para el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur (UNS), quien lo comparte con FAMFYG gracias a un convenio de cooperación entre las instituciones.

Paralelamente a nivel regional, Argentina a través de la FAMFyG es integrante junto a otros 20 países de Latinoamérica, España y Portugal, de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Esta entidad es la que representa a la Medicina Familiar de la Región de Iberoamérica, constituyéndose como la sexta Región de la Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/Médicos de Familia (WONCA). CIMF cuenta también con su propio Grupo de Trabajo de Certificación y Recertificación de WONCA Iberoamérica (http://cimfwonca.org/gt-certificacion-y-recertificacion/), con representación y participación activa de FAMFyG. Este Grupo de Trabajo apunta a promover, guiar y unificar los procesos de evaluación de los profesionales de la especialidad en toda la región. Entre otras de sus varias actividades, recientemente han difundido un trabajo realizado en el que destacan la importancia de la evidencia existente, a través de diversos estudios publicados en revistas arbitradas, sobre la asociación entre los procesos de certificación y las mejoras en diversos indicadores de calidad asistencial, desempeño profesional y resultados en salud.

Entonces, ¿De qué nos sirve la certificación?

Primero debemos establecer que la Certificación de una especialidad médica es una instancia de evaluación por pares a la que uno elige someterse de manera voluntaria y periódica, constituyéndose entonces como una decisión de gran responsabilidad e impacto profesional. Para todos los integrantes de los equipos de salud, en cualquiera de sus niveles de complejidad asistencial, estas instancias deberían ser imprescindibles y asimiladas cultural y profesionalmente como algo mucho más complejo que un mero trámite administrativo. La certificación representa una declaración pública de competencia, un compromiso con la actualización permanente, una evaluación integral de nuestras capacidades y de nuestro desarrollo profesional continuo y, como muestra la literatura disponible, es una práctica asociada a mejores resultados sanitarios. Reafirma y revalida nuestras capacidades y nuestro compromiso por brindar servicios de salud de calidad para nuestros pacientes, retroalimentando positivamente y haciendo más robustos los entornos académicos y asistenciales de las instituciones en las que nos desempeñamos.

Para el especialista en Medicina Familiar, que sostiene el primer nivel de atención y acompaña a las personas durante todas las etapas de su ciclo vital brindando cuidados

integrales y longitudinales, esta decisión conlleva también la responsabilidad de transitar ese camino con un compromiso permanente con la calidad del cuidado, la actualización de competencias y destrezas, y respaldados permanentemente por la mejor -y última- evidencia disponible. De esta forma estaremos garantizando una atención con calidad respaldada, centrada en las personas, las familias y las comunidades, de forma ética, segura, pertinente y permanente.

Relevancia académica, interprofesional y laboral

Para acceder a la certificación y recertificación es recomendable y necesario sostener en nuestra práctica cotidiana un sistema estructurado de aprendizaje y capacitación continua. Se deben promover -y se debe participar activamente- en nuestros ámbitos de desarrollo profesional (tanto asistencial como académico) de espacios organizados, compuestos por actividades planificadas, evaluadas y vinculadas a nuestra práctica real. Todo ello adecuado a la diversidad de contextos individuales e institucionales, buscando su factibilidad de implementación y su sostenimiento a lo largo del tiempo.

En el plano académico, una certificación vigente se traduce en un respaldo que garantiza calidad y compromiso para la participación y coordinación en diversas actividades de docencia, tutoría de residentes, investigación, y en comités y sociedades científicas. En la gran mayoría de los casos la certificación de posgrado es requisito indispensable para poder desarrollar una trayectoria docente y poder concursar para diferentes posiciones en instituciones académicas. A medida que pasa el tiempo y cuanto mayor cantidad de colegas entiendan la importancia y asimilen los beneficios de iniciar y mantener este proceso, se estará contribuyendo de forma notoria con la construcción y difusión de una identidad de la especialidad sustentada en sus principios filosóficos y en su cuerpo de conocimientos propios.

En el plano interprofesional, otorga prestigio y permite anunciarse al Médico de Familia como un profesional capacitado formalmente (cumpliendo estándares de calidad y responsabilidad), siendo reconocido y valorado frente a otras especialidades y profesiones sanitarias, algo esencial cuando se trabaja en equipos de salud, redes de derivación y/o sistemas integrados. Este “prestigio” para posicionarse frente a los pares no se debe confundir con vanidad, debido a que se sostiene en méritos verificables y estandarizados. En este entorno la certificación y recertificación comunican que el título obtenido tras la residencia no es un punto de llegada, sino el comienzo de un camino de compromiso con la excelencia y de responsabilidad sostenida. Un especialista certificado que se somete a estándares exigentes de evaluación gana protagonismo y sólidos fundamentos en las mesas donde se discuten políticas sanitarias, modelos de atención y asignación de recursos.

En el plano laboral, los conocimientos y las herramientas que se obtienen y revalidan durante la trayectoria de los procesos de certificación se asocian a mejores resultados en las evaluaciones de desempeño, mejores indicadores de calidad asistencial y mejores resultados clínicos. Los pacientes valoran el respaldo académico y la actualización de sus médicos tratantes, ya que estas acciones generan confianza sobre los profesionales que ellos eligen para gestionar su multimorbilidad, coordinar cuidados y tomar decisiones clínicas y preventivas durante la continuidad de cuidados. En un contexto de sobreinformación, desinformación en salud y pacientes cada vez más activos y demandantes, esa “garantía” fortalece la relación terapéutica y la adherencia a las recomendaciones. Dependiendo de las instituciones y contextos donde se desempeñan nuestras actividades laborales pueden surgir también otras ventajas tangibles para aquellos que pueden demostrar la calidad y solidez de su formación: acceso preferente a cargos, jefaturas y puestos jerárquicos; cumplimentar requisitos solicitados en diferentes concursos por

diversos prestadores; y, en otros casos, acceder a mejores condiciones de contratación o incentivos por desempeño.

Conclusión

Los beneficios de iniciar y mantener un proceso de Certificación y Recertificación son claros, tanto a nivel individual como a nivel corporativo para la Medicina Familiar y General. Debemos empezar a pensarlo como una estrategia de posicionamiento y distinción profesional, que nos abrirá nuevas y mejores oportunidades de empleo y de proyección profesional a largo plazo, especialmente en un mercado laboral donde la competencia y la exigencia de calidad no dejan de crecer. La recertificación periódica es un mecanismo que nos permite sostener y demostrar nuestro compromiso con una medicina de calidad y centrada en las personas, que nos brindará tranquilidad a nosotros sobre nuestra actualización y vigencia de nuestros conocimientos y destrezas, así como también la confianza de nuestros pacientes.

Certificarse y recertificarse es, en definitiva, una decisión que beneficia a todos: al paciente, que recibe una atención más segura; al sistema, que gana confianza y calidad; a la especialidad, que se fortalece; y al médico, que construye una carrera sólida y reconocida. En definitiva: *La certificación hace la diferencia, invitamos a cada médico de familia a ser parte de esa diferencia.*

Referencias bibliográficas

1. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1814/2015: Aprobación del Listado de Especialidades Médicas. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 33.237 (19 de octubre de 2015) [consultado el 22 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/134344/20151019
2. Argentina. Ministerio de Salud. Disposición N° 13/2020: Reacreditación de la Residencia de Medicina General y/o Medicina de Familia. Boletín Oficial de la República Argentina, (24 de enero de 2020) [Internet]. [citado el 22 de octubre de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/ normativa
3. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución N° 248/2009: Reconocimiento de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General como entidad científica certificante. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]. 17 de abr 2009 [citado 22 de oct 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/norma-157521
4. Pugh D, Roy M, Wood TJ, Bartman I, Ly V, Touchie C. Association between physician licensing and certification examination performance and quality of patient care: a systematic review. Acad Med. 2026;101 (8):1012-26. doi:10.1093/acamed/wvag065. PMID: 41872000.
5. Norcini JJ, Weng W, Boulet J, McDonald F, Lipner RS. Associations between initial American Board of Internal Medicine certification and maintenance of certification status of attending physicians and in-hospital mortality of patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: a retrospective cohort study of hospitalisations in Pennsylvania, USA. BMJ Open. 2022;12(4):e055558. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/12/4/e055558
6. Galliher JM, Manning BK, Petterson SM, Dickinson LM, Brandt EC, Staton EW, et al. Do professional development programs for maintenance of certification (MOC) affect quality of patient care? J Am Board Fam Med. 2014;27(1):19-25. doi:10.3122/jabfm.2014.01.130109. PMID: 24390882.
7. Price DW, Biernacki H, Nora LM. Can maintenance of certification work? Associations of MOC and improvements in physicians' knowledge and practice. Acad Med. 2018;93(12):1872-81. PMID: 29952770.
8. Kao SH, Lu DK, Lin YL, Hsieh HM, Lin TH, Chiu HC. Association of physician certification policy and quality of care: evidence of percutaneous coronary intervention certification program in Taiwan. Health Policy. 2015;119(8):1031-8. Doi:10.1016/j.healthpol.2015.03.006.

9. Badr P, Silverman P. Evaluación de competencias en Medicina Familiar: Sistema Filomena. Archivos de Medicina Familiar y General. 2015;12(2):29-36.
10. Battistella G, Cacace P. Introducción a la Medicina Familiar [Internet]. Buenos Aires: Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; 2018 [citado 2026 Oct 22]. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2024-12/Introduccio%CC%81n%20MF%20UBA%202018.pdf
11. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine. 4th edition. New York: Oxford University Press; 2016.