



Investigación en
Educación Médica

<http://riem.facmed.unam.mx>



ARTÍCULO ORIGINAL

Expectativas para el ejercicio profesional de la medicina en estudiantes que inician su carrera universitaria



Camilo Torres Serna*, María Paula Ramírez Quiroga, Juliana Ospina Cruz y Valentina Díaz Giraldo

Programa de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Libre, Seccional de Cali, Cali, Colombia

Recibido el 27 de septiembre de 2016; aceptado el 30 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Carrera de Medicina;
Currículo médico;
Estudiantes de
Medicina;
Expectativas
profesionales

Resumen

Introducción: Ejercer una profesión requiere la motivación suficiente para enfrentar las condiciones que ella presente cada día; el ejercicio profesional de la medicina requiere motivación extrema, además de duras jornadas de trabajo, son frecuentes las frustraciones ante la enfermedad y la muerte. Se puede observar que los médicos ahora están motivados para especializarse en un área de la medicina, las razones son múltiples: crecimiento de la ciencia, mejores condiciones laborales, jornadas de trabajo más previsibles, mejores condiciones económicas, entre otras.

Objetivo: Explorar el proyecto para el ejercicio profesional futuro de los estudiantes de medicina de primer semestre de una universidad privada de Cali, Colombia.

Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Mediante un cuestionario, se pidió a los estudiantes de primer semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Cali (Colombia), seleccionar entre siete opciones, las que ellos planean para su ejercicio profesional al graduarse como médicos.

Resultados: Los resultados muestran que el 83% de los estudiantes investigados tiene la expectativa de especializarse, y solo el 2.6% se quedaría ejerciendo como médico general.

Conclusiones: Los resultados del estudio y de la revisión de estudios similares llevan a concluir que los estudiantes de medicina no desean ejercer la medicina general en ninguna localidad y tienen la expectativa de ser especialistas, por lo cual, las facultades de medicina deberían orientar sus currículos a que los estudiantes logren ese objetivo.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Carrera 75 N.º 13C-91 Cali, Colombia.

Correo electrónico: catorse@yahoo.com (C. Torres Serna).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Medical curriculum;
Medical degree;
Medical students;
Professional expectations

Expectations for the professional practice of medicine of students that start university studies

Abstract

Introduction: Practicing any profession requires having enough motivation to address problems that present themselves every day, but the practice of medicine requires extreme motivation, and it also includes hard working days filled with frequent frustrations dealing with disease and death. It has been observed that doctors now want to specialise in one area of medicine, for many reasons, including scientific growth, better working conditions, more predictable working hours, better economic conditions, etc.

Objective: To examine what first semester Medical students of a private university in Cali, Colombia would like their future professional practice to be.

Method: Cross-sectional descriptive study was conducted using a questionnaire to the freshmen of the Faculty of Medicine at the Universidad Libre of Cali (Colombia). They were asked to choose between seven options of what they were planning for their professional practice once they graduated as medical doctors.

Results: The results showed that 83% of surveyed students expected to specialise, and only 2.6% would remain as general practitioners.

Conclusions: The results of the study and a review of similar studies lead to the conclusion that medical students do not want to practice general medicine, regardless of location, and only have the expectation of becoming specialists; therefore medical schools should focus their curriculum in order for their students to achieve that expectation.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Ser médico en Colombia, y en muchos países, ha sido una ilusión de cambio de forma de vida para muchos jóvenes, y especialmente para sus familias. La sociedad ha dado al médico una categoría social especial y la familia se siente orgullosa de ello.

Pero, desde hace varios años, el campo de acción del médico general se ha estrechado, sus conocimientos no cubren los requerimientos de sus pacientes y su trabajo institucionalizado (Entidades de Seguridad Social), los convierte en unos asalariados más, con muy pocas posibilidades de tener consulta privada particular, que les genere otros ingresos y mayor escalonamiento social^{1,2}.

El resultado es la frustración personal y familiar, porque cada día es menos probable que un médico general en Colombia crezca socialmente, patrimonialmente, laboralmente e incluso académicamente, pues una vez graduado como médico general, su intensa jornada laboral le impide estar actualizado y la probabilidad de especializarse es mínima, los cupos de posgrado en las universidades son muy reducidos y de alto costo^{3,4}.

Esta situación abrió, desde hace muchos años, la discusión sobre el tipo de médico general que se debe formar⁵⁻¹⁰.

Durante el XXIII Congreso Colombiano de Medicina Interna (Cartagena, Colombia, 2014¹¹) se realizó un seminario acerca de la necesidad de actualizar el currículo médico, y se plantearon cuatro opciones de reforma:

1. - Dirigir la orientación al médico comunitario, centrado en Atención Primaria. (Propuesta del participante de la Universidad del Magdalena de Colombia).

2. - Disminuir la intensidad de la formación en Ciencias Básicas, y fortalecer las Ciencias Clínicas. (Propuesta del participante de la Universidad de Cartagena de Colombia).
3. - Concentrar la formación del médico general en entidades trazadoras. Formar un médico general centrado solo en enfermedades comunes de alto impacto. (Propuesta del participante de la Universidad de la Organización Sanitas de Colombia).
4. - No formar más médicos generales. Orientar los currículos solo a formación de médicos especialistas, incluyendo especialistas en Cuidado Primario. (Propuesta del participante de la Universidad Libre de Cali).

Actualmente, el período de la formación del médico en Colombia tiene un promedio de 6 años, para obtener el título de Médico General. A continuación, él puede optar por empezar a trabajar como médico general o buscar especializarse¹². La pregunta es, ¿los estudiantes de medicina, los primeros afectados por estas propuestas de cambios curriculares, qué opinan?

Esta investigación permitió explorar el proyecto que para su ejercicio profesional tenían los estudiantes de medicina de primer semestre de una universidad privada de Cali, Colombia y es parte de un macro-proyecto que la Universidad desarrolla, para sustentar un nuevo plan curricular en la formación de médicos. En este sentido, hay en ejecución varias investigaciones que además de explorar opiniones de los estudiantes de medicina, explora las opiniones de médicos generales en ejercicio (satisfacción académica, laboral y social), de usuarios (satisfacción en la atención dada por

Tabla 1 Respuestas de estudiantes de primer semestre de medicina a la pregunta ¿Cuál de los siguientes es tu proyecto de vida? Cali, Colombia, 2016

Tipo de respuesta	Respuestas	%
Dedicarse a la investigación	10	13,0
Dedicarse a la medicina general en una población pequeña	0	0,0
Dedicarse a la medicina general en ciudades capitales	2	2,6
Especializarse en una rama de la medicina	64	83,1
Dedicarse a la docencia universitaria	0	0,0
Dedicarse a la administración de servicios de salud	0	0,0
No lo ha pensado	1	1,3
Totales	77	100,0

médicos generales) y de empleadores médicos (capacidad resolutoria de los médicos generales).

Métodos

El estudio se realizó en la ciudad de Cali, Departamento del Valle, República de Colombia. Cali es la tercera ciudad de Colombia, con tres millones de habitantes, aproximadamente, y en su área metropolitana existen seis facultades de medicina, todas con gran demanda académica. Los estudiantes son de la Universidad Libre, institución privada nacional, cuya sede en Cali fue fundada en 1973, pero la Facultad de Medicina inició actividades académicas en 1976. El promedio de estudiantes activos es 800, la admisión es anual con cien estudiantes aproximadamente y el número de egresados es de cien médicos anualmente.

El estudio es descriptivo transversal. En una primera fase, cualitativa, se realizó un grupo focal con treinta médicos generales recién egresados, a los cuales se les pidió describir las opciones de trabajo inmediato que tuvieran en ese momento. Con las respuestas obtenidas, se diseñó un cuestionario cerrado con siete opciones (anexo) y se pidió a los estudiantes de primer semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Cali seleccionar, entre las siete opciones, la que ellos tuvieran proyectada para su ejercicio profesional al graduarse como médicos.

El cuestionario se preparó utilizando el software *Rotator Survey* y fue validado por investigadores ajenos al proyecto y evaluado en una muestra previa de 19 estudiantes de otro semestre de otro programa académico. La recolección de la información se realizó al mismo tiempo a todos los participantes, en un aula de la Universidad.

Para el proceso de los resultados se utilizó el mismo software, *Rotator Survey*, y se hizo el cálculo de los porcentajes de las respuestas. No era objetivo del estudio medir otras variables.

Consideraciones éticas. La investigación se realizó como parte de un macroyecto acerca de las tendencias de la educación médica en Colombia, el cual se realiza en la Universidad desde 2008, entre las actividades del grupo Administración y Salud del programa de Gerencia en Salud de la Universidad, grupo con categoría A del Instituto Colciencias de Colombia, las cuales son actividades y proyectos de investigación aprobados por el Comité de Ética y el Comité de Investigaciones de la Universidad. Los estudiantes participantes en el estudio tuvieron información de la finalidad

de la investigación y fueron invitados a participar voluntariamente y mediante consentimiento informado. Según las normas y estándares del Ministerio de Salud de Colombia, esta investigación fue considerada sin riesgo porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes en el estudio, también se realizó un cuestionario en el que no se identificó al sujeto participante, no se solicitaron datos personales y tampoco se involucraron aspectos sensitivos de su conducta¹³.

Resultados

El formulario fue respondido por 77 estudiantes que conformaban la cohorte que inició sus estudios universitarios en la carrera de Medicina en el segundo semestre de 2016. El 83% de los estudiantes consultados mostró su interés en ejercer una medicina especializada y ninguno de ellos quiere ejercer en poblaciones pequeñas (menos de 50.000 habitantes), ni ejercer como docente universitario o administrador de servicios de salud. Los resultados aparecen en la [tabla 1](#).

Discusión

Que un estudiante de medicina, al final de su carrera universitaria, o un médico general en ejercicio, tenga deseos de convertirse en especialista en un área de la medicina, puede parecer lógico y no es algo nuevo¹⁴. Pero, que ese deseo lo tenga un estudiante cuando apenas inicia su carrera universitaria en medicina se convierte en un factor determinante de lo que debe ser el currículo médico. No parece tener justificación seguir ejecutando un currículo de conocimientos variados, a un estudiante cuyo objetivo mental es una especialización. Parece un despilfarro de recursos del estudiante, de la Universidad y de la sociedad en general.

Alguna vez en la historia de la humanidad, la medicina fue una sola, existía un solo «*sanador*», independiente de cómo se le llamara: chamán, brujo, curandero, entre otros. No existían odontólogos, ortopedistas, fisioterapeutas, psiquiatras, bacteriólogos, ni ninguna otra profesión o especialidad, solo un «*sanador*».

Pero la ciencia siguió creciendo... y empezó a segmentarse o a especializarse la atención al problema de alteración de la salud del ser humano. Algunos segmentos tomaron tanto poder que se independizaron por

completo: enfermería, odontología, bacteriología, fisioterapia, y otros.

Pero, para ejercer las especialidades de la medicina, continúa siendo un requisito ser médico general, ¿se justifica esto?

La ciencia ha crecido tanto (y sigue creciendo), que es imposible que un médico general sepa de todo, como quieren los expertos profesores que, curiosamente, solo saben el tema que enseñan.

En la mayoría de los hospitales regionales, el manejo de los pacientes corresponde solo a médicos generales sin las competencias adecuadas. Esto es un riesgo para la seguridad del paciente, muy seguramente se están dejando de salvar muchas vidas y se está ocasionando mayor mortalidad. Al médico general no se le puede obligar, ni se le puede permitir, hacer de todo en las peores circunstancias, sin ayuda ni supervisión¹⁵.

La OMS ha identificado trece mil tipos de enfermedades, de las cuales casi todas pueden ser tratadas. El gran problema es que cada enfermedad implica una serie de pasos diferentes y complejos. Los médicos tienen a su disposición más o menos seis mil fármacos y cerca de cuatro mil procedimientos médicos y quirúrgicos para escoger. Son demasiadas opciones, incluso para quien ha estudiado durante años¹⁶. La respuesta ante esta situación por parte de los profesionales de la medicina ha sido pasar a la especialización. Cada médico se entrena hasta convertirse en el mejor de su área, los médicos en ejercicio ya lo saben, y según el presente estudio, los estudiantes de medicina ya lo saben desde su primer día en la Universidad, o posiblemente desde antes.

El decano de una de las mejores facultades de medicina de Colombia opina: «La capacidad resolutoria del médico general en Colombia es del 52%. No podemos pretender ser buenos en todo porque terminamos mediocres en todo»¹⁷.

Según publicación de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, en Estados Unidos, Gran Bretaña y en varios países de la Unión Europea, los médicos generales tienden a desaparecer y han sido reemplazados por especialistas en medicina familiar¹⁸. Al iniciar la segunda mitad del siglo 20, los médicos generales constituían la mayoría de los médicos en la práctica profesional, se calcula que el 83% de los médicos norteamericanos se autodenominaban como tales y muy seguramente el porcentaje era muy similar en el resto del mundo. Los progresos científicos y tecnológicos de la medicina han llevado a una creciente especialización que parece sin límite. Se calcula que ahora menos del 20% de médicos en Estados Unidos ejercen como médicos generales.

Y el compromiso sobre la seguridad del paciente es otro factor importante y se ha documentado, por ejemplo, estudios hechos en Estados Unidos que muestran que en el manejo inicial de un infarto por un médico general, la mortalidad es un 11% menos si la atención inicial del paciente la hace un especialista en medicina interna y un 17% menos si la atención inicial la hace un cardiólogo¹⁹⁻²².

En Latinoamérica, a pesar de que el peso de la consulta médica sigue a cargo de médicos generales, más del 90% de los médicos de los 20 mejores hospitales de Latinoamérica tienen al menos una especialidad, según la revista *América Economía*²³.

Jiménez et al., estudió el efecto que tiene la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en la efectividad, la eficiencia y la calidad de

un servicio de urgencias hospitalario, encontrando que la presencia de un médico de medicina familiar y comunitaria supuso una mejoría de la efectividad y de la calidad percibida por los pacientes. Además, esta presencia fue eficiente y concluye el estudio que es una intervención que debería ser considerada para una mejor utilización de los servicios de urgencias hospitalarios²⁴.

Los resultados del presente estudio confirman que todos los estudiantes de medicina no quieren ejercer como médicos generales, y desde el primer día de su ingreso en la Facultad de Medicina tienen proyectado para su vida lograr especializarse. En este caso, de una cohorte de 77 estudiantes que iniciaban su carrera, el 83% lo hacía ya pensando en una especialización en el área de la medicina. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de estudios hechos por nuestro grupo con estudiantes, de primer semestre, sexto semestre y último semestre de dos universidades de Cali, Colombia²⁵. En estos estudios previos también se ha hecho manifiesto el deseo explícito de la especialidad ya planeada²⁶.

William Rojas, exrector de una de las universidades más importantes de Colombia, en entrevistas con Decanos de Facultades de Medicina, estudiantes, internos, médicos rurales y especialistas, encontró que 95% de los estudiantes quería hacer una determinada especialidad; el resto no sabía cuál, pero ninguno quería ser médico general⁵. Esto lo llevó a plantear la necesidad de modificar los currículos médicos, para solo formar médicos especialistas. Si se requiere de médicos generales, ¿por qué los estudiantes no quieren serlo?, ¿por qué el público acude directamente y en forma creciente al médico especialista?

Buscando la respuesta a estos interrogantes, se llega fácilmente a diferentes conclusiones, por ejemplo, es evidente que los sistemas de prestación de servicios de salud, subvaloran al médico general y no le dan el estatus, ni le asignan la remuneración adecuada. Pero, por otro lado, no es posible que en cinco años se forme un médico que atienda adecuadamente complicaciones obstétricas, meningitis en niños, un coma diabético en un adulto, una herida penetrante, un abdomen agudo o una apendicitis; suministre anestesia y tenga los conocimientos necesarios de administración para manejar un centro de salud o un hospital de primer nivel. Paralelo a la evolución de la humanidad, avanza el crecimiento del conocimiento científico y la tecnología⁵.

La Ley 100 de 1993, definió para Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud y transformó por completo la prestación de servicios de salud y los sistemas de aseguramiento²⁷. Su objetivo primario es dar cobertura de seguridad social a toda la población colombiana, por lo cual prácticamente eliminó el ejercicio médico privado, esto ha significado un total viraje ocupacional del médico, que pasó de su consultorio independiente a ser empleado de Instituciones Prestadoras de Servicios o de compañías de aseguramiento.

A pesar de eso, las facultades de medicina no cambiaron su modelo de formación de médicos orientado a ejercer una profesión liberal y las consecuencias de ese cambio del sistema de salud, sin el cambio de la formación universitaria del médico, han llevado a la escasa capacidad resolutoria de un médico general. La participación de los médicos generales en el sistema de salud colombiano es motivo de críticas

por colegas especialistas, empleadores y usuarios (pacientes).

En una investigación realizada por el Ministerio de Salud de Colombia, se entrevistaron 126 directivos de instituciones de salud de Colombia (clínicas y hospitales) y el 59% de los directivos consideró que la formación del médico general es inadecuada²⁸.

Y el problema, sin duda no es nuevo, en 1978, Eduardo Marín, médico y presidente de la Asociación de Médicos Generales del Valle afirmó²⁹: «*La constitución de clases médicas ha trascendido al usuario, que en la práctica institucional y aún en la privada, considera al médico general como un simple orientador a especialistas, concepción que se acentúa en la atención médica de la seguridad social, donde el usuario por un vicio administrativo, que ya es norma y es una especie de patrón cultural, solicita consulta al médico general solamente para conseguir una autorización para ser atendido por el especialista. El médico general inicialmente lucha contra este sistema, pero inconscientemente con el tiempo y siguiendo una práctica de menor trabajo, cae en este error. . .*».

Se encuentran en la literatura varias investigaciones relacionadas con la formación de médicos generales, su desempeño, su satisfacción personal y sus deseos de especializarse.

En un estudio realizado en Chile, se encontró que los alumnos de 1.º y 5.º año de la Escuela de Medicina de Rosario de la Universidad Abierta Interamericana de Chile, tuvieron alta tendencia a la especialización (más del 90%). Para la elección de especializarse prevalecen los motivos referidos a calidad de vida (más del 50%) y en su determinación hubo importante influencia del grupo familiar y social (más del 50%). Un gran número lo determinó antes del ingreso a la Facultad: 91% para los de 1.º año y 65% para los de 5.º año. Concluye el estudio que la determinación temprana, los factores considerados y la influencia familiar y social, hacen poco factible que desde la Facultad se estimule el ejercicio de médico general y que el desafío es hacer compatibles las expectativas y tendencias de los alumnos, con la necesidad de atención primaria de la sociedad³⁰.

En un estudio similar, Breinbauer encontró que al terminar la carrera de Medicina, la mayoría de los estudiantes (53.2%) prefirió formarse como médico especialista, mientras que solo el 19.9% declara querer ejercer como médico general. El 26.9% restante declaró no saber qué hará al egresar. Esta tendencia es mayor en primer año (58.3% hacia medicina general) y descende significativamente hacia el quinto año (45.2%). Durante el último año de estudios (internado) se aprecia un nuevo ascenso, con 51.4% de los médicos quienes a punto de graduarse declaran querer ingresar a un programa de especialidad³¹.

Preocupados por la insatisfacción profesional de los médicos en Estados Unidos, Scheure et al.³² realizaron una revisión sistemática de la literatura publicada en Medline y encontraron que la satisfacción de los médicos fue relativamente estable, con pequeñas disminuciones, principalmente entre médicos de atención primaria (PCP). Los principales factores de mediación pertinentes de la satisfacción de los médicos de hospital incluyen factores médicos (edad y especialidad) y factores de empleo (solicitudes de empleo, control de trabajo, apoyo colegial, ingresos e incentivos).

De nuevo, en otro estudio realizado en Chile, se encontró que el principal motivo de ingreso a estudiar medicina fue el interés social, seguido por el interés por la ciencia y por lo académico y se destaca, el deseo de tener una mayor orientación respecto a especializaciones (69.2%) sin diferencias por curso. Concluye este estudio considerando urgente crear un sistema de análisis de los intereses de los estudiantes de medicina de Chile³³.

La insatisfacción de los estudiantes de medicina y de los médicos en ejercicio se hace cada vez mayor. Bajo el título «No quiero ser médico» la Revista Médica, revista española virtual afirma: «*Paros, contratos precarios, presiones laborales e incluso políticas, estrés, falta de experiencia práctica o unas expectativas demasiado altas. Son solo algunos ejemplos de las causas que pueden generar una frustración a los médicos que, en ocasiones, les lleva hasta el punto de tomar la difícil decisión de abandonar el ejercicio de su profesión, dejando de lado años de estudio y esfuerzos como los que se tienen en el MIR. Tal es la cantidad de desafectos que hasta se ha creado una plataforma interactiva en forma de red social para ayudar a los facultativos en su periplo para abandonar la Medicina*»³⁴.

En varias publicaciones de nuestro grupo, estudios realizados en dos Universidades de Cali, Colombia, se sustenta que la mayoría de los estudiantes de primer semestre, sexto semestre y último semestre (internos) de estas universidades estaban completamente definidos para ejercer como médicos especialistas. A la pregunta: al terminar su carrera de medicina existe la opción de ejercer la profesión como médico general o especializarse (estudios de posgrado) en alguna área. Califique de 1 (medicina general) a 5 (especializarse) su deseo. La figura 1 muestra que el 95.4% de los 376 estudiantes encuestados en ese estudio, piensan especializarse en una rama de la medicina^{15,35}.

El Programa de Seguimiento de Alumnos y Egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, entrevistó 388 alumnos quienes concluyeron el año de servicio social en 2014 y sus resultados muestran que el 91.6% manifestó interés en realizar una especialidad, 6.8% una maestría y 1% un doctorado. El 30.4% no había intentado ingresar en ninguna especialidad; de los restantes, el 69.6% ya había realizado el Examen Nacional para Residencias Médicas, siendo aceptados el 49.6%. Además, a 84.4% de estos egresados le gustaría ser profesor de la Facultad, los principales motivos son: la posibilidad de desarrollo profesional (60%) y su prestigio (22.4%)³⁶.

Todos los estudios mencionados, al igual que el presente, muestran un elevado porcentaje de estudiantes de medicina que desean ejercer como médicos especialistas y como ya se dijo, lo grave de esta situación es que los estudiantes lo desean desde el inicio de su carrera.

Los resultados de la presente investigación generan una preocupación adicional y es el nulo interés de los estudiantes en ejercer su profesión en poblaciones pequeñas y en ser docentes universitarios o administradores de servicios de salud.

Los resultados propios y los de los estudios mencionados, invitan a reflexionar sobre la necesidad de modificar las orientaciones de los programas de medicina y pensar en opciones como:

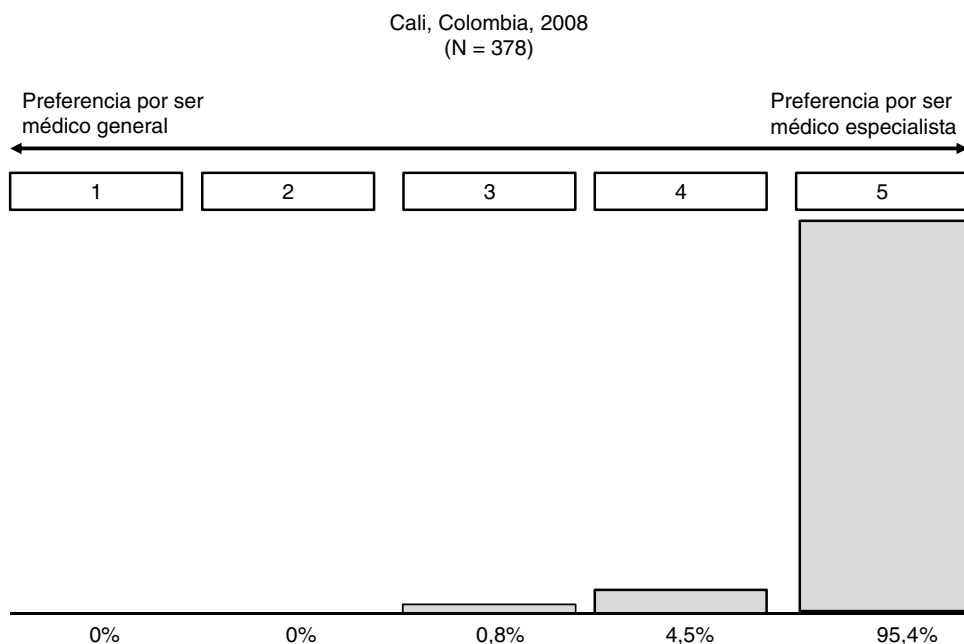


Figura 1 Preferencia de estudiantes de medicina de dos facultades de medicina por realizar estudios de posgrado o permanecer como médicos generales al terminar su carrera profesional.

Fuente: Torres²⁵. (Reproducida con autorización del autor).

- Generar motivaciones diferentes a los estudiantes de medicina.
- Crear incentivos importantes para el ejercicio de la medicina general en pueblos y ciudades.
- Modificar los currículos de las Escuelas de Medicina, dirigiendo la formación hacia la especialización médica o al menos hacia un énfasis profesional.
- Implementar un sistema de salud basado en medicina especializada que atienda diferentes niveles de complejidad.

No se trata de definir si los médicos generales tienen o no tienen un entrenamiento adecuado, se trata es de la satisfacción personal del ejercicio profesional de esos médicos generales, pero además es también la satisfacción del usuario, no es ningún secreto que los pacientes prefieren ser atendidos por un médico especialista.

La satisfacción profesional de los médicos es piedra angular del buen funcionamiento de un sistema de salud y un médico general que no puede cumplir sus ilusiones académicas, laborales y sociales no ejercerá de manera satisfactoria su trabajo.

La presente investigación está delimitada a estudiantes de mayor estrato socioeconómico por pertenecer a una institución privada de Cali, Colombia, aunque antes se hizo una investigación similar y con resultados similares en dos facultades de medicina (una de carácter oficial y otra de carácter privado) de Cali.

Considerando que todas la facultades de medicina de Colombia siguen el mismo modelo de currículo médico (modelo frexneriano³⁷), la universidad estudiada puede ser representativa de las condiciones de Colombia, pero los resultados pueden no necesariamente ser extrapolables

a Colombia y al mundo, los resultados son directamente aplicables a la región y a los egresados de la universidad en estudio.

En este momento, nuestro grupo está desarrollando investigaciones sobre la satisfacción académica, laboral y social del ejercicio profesional de médicos generales graduados por universidades de Cali, Colombia, con el objetivo de completar la sustentación de la necesidad de realizar cambios de fondo en la formación de médicos y proponer una reforma curricular que gradúe solo médicos especialistas, el grupo está desarrollando investigaciones que permitan demostrar, con suficiente evidencia, que:

- Es utópico pretender formar un médico general, humanista, integral, que sepa de todo.
- Es frecuente que los especialistas promuevan campañas para que los pacientes vayan directamente a consulta con ellos.
- Los médicos generales están aburridos con lo que les toca hacer. Están mal pagados y están expuestos a graves riesgos legales por errores en su trabajo.
- Los usuarios prefieren el médico especialista y siempre que puedan lo van a consultar.
- La seguridad del paciente disminuye con el médico general.
- Nadie va a la universidad a estudiar medicina general, es solo un puente para buscar especializarse.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio llevan a concluir que los estudiantes de medicina no desean ejercer la medicina general en ninguna localidad y solo tienen la expectativa

de ser especialistas. Es un error generalizado considerar al médico general como experto en atención primaria de salud, y eso no es verdad, por lo menos en Colombia. Ser «médico general» se ha convertido solo en un paso obligatorio para ser especialista, como se encontró en investigaciones publicadas^{15,16,25}.

Sin duda, los pacientes preferirían ser atendidos por un médico especialista, y los médicos no quieren ser médicos generales, ¿entonces qué sentido tiene seguir formando médicos generales? ¿Generar frustraciones?

La búsqueda del bienestar de la población requiere que se repiense la oferta de servicios de salud, para ello se requiere desde la universidad liderar la formación del profesional médico satisfecho con su estudio, su trabajo y su vida y que además sea el profesional que la población quiere.

En el campo del cuidado de la salud se requiere una gran motivación por su trabajo en los responsables de suministrar ese cuidado. Un médico que no ha logrado desarrollar su proyecto de vida académica y es obligado a ejercer su profesión en áreas que no son de su agrado, no tendrá la motivación requerida para el cuidado adecuado de su paciente, esto va generando una cadena de frustraciones laborales y sociales en deterioro de lo que debe ser la mayor premisa del cuidado de la salud: la relación médico-paciente.

Además, el ejercicio laboral de un médico competente y feliz muy seguramente significará menos ayudas diagnósticas y menos consultas innecesarias, lo cual puede producir costos racionales para los sistemas de salud, actualmente en caos económico en todo el mundo.

En concreto, si se logra adaptar el currículo médico a los perfiles que los estudiantes y la sociedad requieren se podría obtener:

- Mayor satisfacción laboral, profesional, social y familiar de los médicos.
- Mayor satisfacción del usuario.
- Mayor eficiencia y efectividad de los sistemas de salud.

El problema requiere un debate a fondo pues es posible que haya llegado el momento de continuar el proceso evolutivo de la ciencia, abandonar el currículo clásico de formación de médicos generales planteado en 1910, en el Informe Flexner²⁷, y pensar en formar solo médicos especialistas. Esta propuesta implica crear nuevas especialidades médicas y fortalecer algunas especialidades integradoras, por ejemplo, medicina familiar³⁸, medicina preventiva, medicina de urgencias, salud pública, epidemiología, entre otras. Así lo desean los estudiantes y la comunidad, y la rentabilidad social e incluso la económica serían muy grandes, por ejemplo, se fortalecerían los centros de excelencia médica, a los cuales toda la población debería tener derecho.

Nuestro grupo de investigación planea proponer un currículo para la formación solo de médicos especialistas, la sustentación será posible en la medida que investigaciones propias y no propias lo permitan. No es objetivo de este artículo sustentar ese proyecto.

¡La meta de especializarse es un ejercicio legítimo del talento y del conocimiento de cada persona, además de ser un avance en la búsqueda de la salud para todos!

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Dirección de Posgrado de Salud Pública de la Universidad en Cali, Colombia.

Autoría/colaboradores

CTS es el profesor responsable de la idea y del protocolo ante la universidad. Es además coordinador y guía de los estudiantes participantes.

MPRQ, JOC y VDG, estudiantes de quinto semestre del programa de medicina de la universidad realizaron una revisión de la literatura, recolectaron información con los estudiantes encuestados e hicieron la tabulación de datos.

En el análisis, discusión y redacción del artículo final participaron todos los autores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo a este trabajo de las directivas de la Universidad en Cali, Colombia.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.riem.2016.11.004](https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.004).

Referencias

1. ASCOFAME. Memorias del Seminario El médico general una respuesta al futuro. Bogotá: Andes. 1978.
2. Byrn NR. Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud*. 1993;28:53-123.
3. Jiménez A. Identificación de los diez principales problemas de la educación médica en Colombia. Encuentro sobre Educación Médica, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Bogotá. 1987.
4. Centro de Proyección para el desarrollo. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Informe final. Universidad Javeriana. Bogotá, 2013.

5. Maldonado J. ¿Necesita Colombia más médicos o mejor preparados. *Iladiba*. 2010;360:2-3.
6. Fernández DM. Análisis de la oferta de programas de pregrado en medicina en Colombia: durante los últimos 30 años (1980-2010). *Rev Col Reumatología*. 2011;18:109-20.
7. Alviar L. Rol de los médicos generales. *Alma Mater UdeA*. 2014;637:10.
8. Frank J. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competences. *Med Teach*. 2007;29:642-7.
9. Frank J. CanMEDs 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeon of Canada. 2015.
10. Martínez E. El core curriculum: un debate en la educación médica. *Educ Educ*. 2006;9:189-96.
11. Seminario sobre Educación Médica en Colombia. XXIII Congreso Colombiano de Medicina Interna, Cartagena, Colombia, octubre 2014.
12. Patiño J. Educación médica en el año 2000. *Trib Med*. 1993;88:234-48.
13. República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución N.º 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, octubre de 1993.
14. Segunda Reunión de Expertos. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Rev Nal Ed Med*. 1990;2:1-15.
15. Rojas W. Reflexiones sobre la educación médica en Colombia. *Rev Col Cirugía*. 1991;6:125-9.
16. Gawande A. *The Checklist Manifesto*. Barcelona: Ed Picador, 2011.
17. Bernal M. Congreso Internacional de Educación Médica, Ascofame 50 años, Bogotá, marzo 2009.
18. Informe American College Physicians, Carta ACMI-Colombia, Bogotá. Septiembre 2009.
19. Hand R, Klemka WL, Inczauskis D. Rural hospital mortality for myocardial infarction in medicare patients in Illinois. *Am J Med Qual*. 1996;11:135-41.
20. Jollis JG, DeLong ER, Peterson ED, Muhlbaier LH, Fortin DF, Califf RM, et al. Outcome of acute myocardial infarction according to the speciality of the admitting physician. *NEJM*. 1996;335:1880-7.
21. Casale PN, Jones JL, Wolf FE, Pei Y, Eby LM. Patients treated by cardiologists have a lower in-hospital mortality for acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 1998;32:885-9.
22. Vu HD, Heller RF, Lim LI, D'Este C, O'Connell RL. Mortality after acute myocardial infarction is lower in metropolitan regions than in non-metropolitan regions. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:590-595.
23. Anónimo. Los mejores hospitales de Latinoamérica. *Revista América Economía*, 2014.
24. Jiménez S. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Mee Clin*. 2005;125:132-137.
25. Torres C. Médicos generales: ¿Una respuesta al pasado? *Salud Libre*. 2008;3:157-63.
26. Torres C. Especialidades preferidas por estudiantes de dos Escuelas de Medicina de Cali Colombia. *Salud Libre*. 2009;4:45-54.
27. República de Colombia. Congreso Nacional. Ley 100. 1993.
28. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Informe final documento técnico GPES/1682c-13 Universidad Javeriana/Cendex, Bogotá, septiembre de 2013.
29. Marin E. El médico general hoy. Memorias del Seminario El médico general una respuesta al futuro. Bogotá: Ascofame, 1978.
30. Bassan N. Médico general o especialista. Tendencia en alumnos de 1.º y 5.º años de la Escuela de Medicina de Rosario de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). *Rev Educ Cienc Salud*. 2008; 108-112.
31. Breinbauer HGF. Tendencia en el estudiante medicina a ejercer como médico general o especialista. *Rev Méd Chile*. 2009;137:865-72.
32. Scheurer DM. US. Physician satisfaction a systematic review. *J Hospital Medicine*. 2009;4:560-70.
33. Toso A. Intereses y perspectivas sobre la carrera de medicina: un contraste entre estudiantes de medicina de primero y séptimo años. *Rev Méd Chile*. 2012;140:609-15.
34. Anónimo. No quiero ser médico. *Revista Médica de España*. 2015; 265.
35. Torres C. Propuesta para la especialización del ejercicio de la medicina en Colombia. *Salud y Cultura*. 2014;5:21-6.
36. Fernández-Ortega MA, Ortiz-Montalvo A, Ponce-Rosas ER, Fajardo-Ortiz G, Mazón-Ramírez JJ. Caracterización de alumnos de la carrera de Medicina. *Inv Ed Med*. 2016;5, 148-154.
37. Flexner A. *Medical Education in The Unites States and Canada*. Washington, DC: Science and Health Publications, Inc. 1910.
38. Jiménez S. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin*. 2005;125:132-7.