

# Percepción de los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (2005-2007) sobre su formación en el pregrado

Elsa María Villegas Múnera<sup>1</sup>, Yomaira Higuera Higuera<sup>1</sup>, Lucía Martínez Cuadros<sup>1</sup>, Daniel Eduardo Henao Nieto<sup>1</sup>, Carlos Enrique Yepes Delgado<sup>1,2</sup>

## RESUMEN

**Objetivos:** establecer la percepción de los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (graduados entre el 2005 y el 2007) respecto a la formación recibida durante el pregrado.

**Métodos:** se llevó a cabo un estudio cualitativo usando elementos metodológicos de la *teoría fundamentada*. Se eligió a los participantes por medio de un muestreo por conveniencia. Las informaciones recogidas en entrevistas semiestructuradas y grupos focales se codificaron y agruparon hasta formar categorías centrales.

**Resultados:** la disociación entre la formación de pregrado y la realidad en el escenario profesional emergió como la categoría principal en este estudio. Otras fueron: lo demandante –incluso absorbente– de la formación; el fraccionamiento y la poca integración en algunas áreas de formación; la concentración de los campos de práctica en hospitales de alta complejidad; la autonomía como valor adquirido durante la formación médica.

**Conclusiones:** a pesar de la disociación entre la formación y el trabajo profesional, los egresados logran sobreponerse a los retos que se les presentan en su ejercicio médico; a partir de sus relatos es posible pensar que la formación recibida en la Facultad contribuye a este propósito.

## PALABRAS CLAVE

*Aprendizaje; Currículo; Educación Médica; Enseñanza*

## SUMMARY

**Perception of graduates from the Faculty of Medicine, University of Antioquia (2005-2007), on their undergraduate training**

**Objective:** To establish the perception of physicians graduated between 2005 and 2007 from the Faculty of Medicine (Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia) concerning their undergraduate training.

---

<sup>1</sup> Docente, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

<sup>2</sup> Médico Epidemiólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Elsa María Villegas Múnera; [elsavillegasmunera@gmail.com](mailto:elsavillegasmunera@gmail.com)

Recibido: octubre 16 de 2012

Aceptado: marzo 13 de 2013

**Methodology:** A qualitative study was carried out using methodological elements of the grounded theory. Participants were selected by means of a non-random method. Primary data, from semi-structured interviews and focus groups, were codified and grouped until central categories emerged.

**Results:** Dissociation between undergraduate training and the reality faced in professional practice emerged as the main category. Other categories were: the demanding –even absorbing– character of undergraduate training; the concentration of the practice in high-complexity institutions; the low integration among some training areas; the autonomy as a value acquired during medical training.

**Conclusions:** Despite the aforementioned dissociation, graduates are being able to overcome the challenges faced in their medical practice. Based on their accounts it is valid to think that the training received at the Faculty is contributing to this goal.

## KEY WORDS

*Curriculum; Learning; Medical Education; Professional; Teaching*

## INTRODUCCIÓN

El recurso humano en salud es, por lo menos, el elemento central para constituir sistemas de salud eficientes, equitativos e incluyentes (1). Los retos que debe asumir este personal en su trabajo van evolucionando (deben tomar decisiones en ambientes laborales muy regulados e influidos por múltiples intereses; sortear las dificultades financieras en sistemas de salud basados en el principio de la escasez de recursos; afrontar dilemas bioéticos cada vez más complejos) y con ellos los desafíos para las unidades académicas responsables de su formación.

Se acepta que la pertinencia de la formación en salud, entendida como la relación entre la educación impartida en las unidades académicas y las capacidades adquiridas para afrontar profesionalmente los retos (2), es un indicador de la calidad de la gestión de las instituciones educativas. Para evaluarla se tienen en cuenta la correspondencia entre el programa curricular y las necesidades sanitarias de la comunidad; recientemente los estudios empeñados en evaluar la

percepción de los egresados han constituido una herramienta esencial para este propósito (3).

Durante el estudio realizado por Espínola y sus colaboradores (4) encargado por la Universidad Nacional del Nordeste (UNN), Argentina, se encuestó a 439 egresados del programa de Medicina para determinar, en primera instancia, su percepción sobre la formación en competencias clínicas. Los resultados obtenidos –percepción satisfactoria respecto a la formación teórica; medianamente satisfactoria en la formación práctica y poco satisfactoria en los métodos aplicados en la carrera para la evaluación de los rendimientos de los alumnos– desembocaron en procesos institucionales de reflexión que, a su vez, generaron un proceso de mejoramiento de la enseñanza práctica y formas de evaluación más ajustadas.

No solo los enfoques cuantitativos, sin embargo, se han usado para evaluar la pertinencia de la formación en salud a través de la percepción de los egresados: varios estudios (5,6) usando un enfoque cualitativo han hecho aportes significativos a este respecto. Mirón Canelo y sus colaboradores (5) entrevistaron a 211 egresados del programa de Medicina de la UNN, Argentina, para establecer su percepción de la pertinencia de la formación como médicos. Los autores pudieron concluir que dicha percepción era satisfactoria; sin embargo, identificaron que la principal preocupación de los egresados es sobre su inserción en el mercado laboral –y su desempeño– y la incertidumbre respecto a la suficiencia de sus competencias en relación con las demandas laborales. De nuevo, estos resultados impulsaron acciones destinadas a solucionar las dificultades identificadas por los egresados.

En nuestro contexto hemos identificado algunos esfuerzos para evaluar la pertinencia de la formación como un indicador de impacto social de los programas de Medicina. Investigadores de la Universidad Javeriana han desarrollado aplicaciones (cuantitativas y cualitativas) para evaluar el desempeño de los egresados de Medicina. Se espera que el uso regular de estas aplicaciones estandarice los métodos y permita generar indicadores comparables de gestión (7).

Presentamos en este artículo los resultados de una investigación cualitativa sobre la percepción de los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia respecto a la pertinencia de su formación.

Esperamos contribuir con ellos al proceso de evaluación permanente que se requiere para afinar los procesos de formación de médicos que los nuevos retos en salud demandan.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio con un enfoque de investigación cualitativa, que utiliza algunas técnicas de la *teoría fundamentada*, la cual se apoya en el *interaccionismo simbólico* como base teórica y que se fundamenta en tres premisas básicas para la comprensión de la realidad: 1. Los seres humanos actúan según el significado que las cosas tienen para ellos. 2. Dicho significado surge de la interacción social que uno tiene con los demás. 3. Estos significados se modifican por medio de un proceso de interpretación que utilizan las personas al tratar con las cosas que se encuentran (8). La *teoría fundamentada* busca generar conocimiento del fenómeno estudiado, a partir del análisis comparativo constante de los datos (9).

### Escenarios y participantes

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Medellín, Colombia, y la población de estudio fueron médicos egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre los años 2005 y 2007. Se seleccionó a los participantes a partir de criterios como ser egresados del período 2005 a 2007 y que se estuvieran desempeñando el mes anterior al contacto en instituciones prestadoras de servicios de salud en cualquier nivel de atención o en instituciones de educación superior, en alguna de las siguientes áreas: asistencia clínica, docencia, administración, o realizando estudios de posgrado. A todos se les pidió consentimiento informado para la entrevista. El contacto inicial fue telefónico y por correo electrónico, a partir de una base de datos que suministró la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

El muestreo utilizado fue inicialmente selectivo y luego teórico (10), según lo requirieron el interés de los investigadores y la teoría emergente. Se identificaron los participantes que cumplían los criterios de selección y se entrevistaron en forma progresiva y paralela al análisis, para que permitieran profundizar en los aspectos relevantes que fueron emergiendo,

hasta alcanzar algún grado de saturación de las categorías (10).

### Recolección y análisis de los datos

La investigación obtuvo el aval del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Se hicieron entrevistas semiestructuradas a partir de un guión, que posteriormente se transcribieron y cuya coherencia se verificó cotejando el texto con el audio; luego se inició el proceso de codificación y categorización en sus momentos descriptivo y analítico mediante la codificación abierta y axial propuesta por Strauss y Corbin (10).

En un primer momento, se hicieron ajustes a los aspectos metodológicos y se inició la recolección de datos al entrevistar individualmente a seis médicos egresados, tiempo durante el cual se efectuó análisis concomitante. Desde entonces se comenzó a elaborar algunos memos analíticos y se orientó la búsqueda bibliográfica que guiaría el muestreo teórico inicial. Estas primeras entrevistas generaron los códigos que permitieron la emergencia de las primeras categorías descriptivas.

En el segundo momento, se entrevistó a cinco egresados más, se avanzó en el análisis y se empezaron a refinar, describir y relacionar las categorías tanto descriptivas como analíticas. Por último, en el tercer momento, se realizaron tres grupos focales con su respectivo análisis, con el fin de profundizar en los aspectos relevantes que fueron emergiendo (10).

Una vez terminados los grupos focales, se continuó con el análisis de la información describiendo y relacionando las categorías emergentes, hasta identificar la categoría central a partir de la matriz paradigmática propuesta por la *teoría fundamentada*, y posteriormente se estructuró el informe acompañado de una revisión bibliográfica permanente.

La validez de esta investigación se soportó en la transcripción textual de las entrevistas, el cuidado de conservar el punto de vista de los informantes en el análisis (emic) y el contacto directo con los informantes, lo que permitió la mejor comprensión del fenómeno y la triangulación de la información (11). A continuación, se presentan conjuntamente los hallazgos y la discusión de la categoría principal.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Características de los participantes

En total se contó con la participación de 21 egresados, 12 hombres y nueve mujeres, a quienes se les hicieron 11 entrevistas y tres grupos focales. La edad promedio fue de 30 años, con un rango entre 27 y 39 años. Seis de los participantes (28,6%) se dedican principalmente

a la atención clínica de pacientes en diferentes centros asistenciales de la región, cinco (23,8%) están dedicados a estudiar un posgrado y otros cinco (23,8%) distribuyen su tiempo entre estudiar un posgrado y hacer atención clínica. Los cinco restantes se dedican a diferentes combinaciones de estas actividades: docencia, atención clínica, administración o estudios de posgrado (tabla 1).

Tabla 1. Características de los médicos egresados entrevistados. Medellín, 2011

Participante	Edad	Sexo	Año de graduación	Área de desempeño	Técnica utilizada
1	28	Masculino	2006-2	Asistencia Docencia	Entrevista
2	27	Femenino	2007-1	Posgrado	Entrevista
3	35	Masculino	2007-1	Asistencia	Entrevista
4	29	Femenino	2006-1	Asistencia	Entrevista
5	28	Femenino	2007-1	Asistencia Posgrado	Entrevista
6	28	Femenino	2006-1	Posgrado	Entrevista
7	30	Masculino	2006-1	Asistencia	Entrevista
8	29	Femenino	2006-1	Asistencia	Entrevista
9	29	Masculino	2006-2	Administrativa	Entrevista
10	30	Masculino	2006-2	Docencia	Entrevista
11	39	Masculino	2007-2	Posgrado Asistencia	Entrevista
12	29	Masculino	2005-2	Asistencia	Grupo focal 1
13	32	Masculino	2006-1	Asistencia Posgrado	Grupo focal 1
14	30	Femenino	2006-1	Posgrado	Grupo focal 1
15	28	Masculino	2007-1	Posgrado Docencia	Grupo focal 2
16	28	Femenino	2006-2	Asistencia	Grupo focal 2
17	29	Femenino	2006-2	Asistencia Posgrado	Grupo focal 3
18	32	Masculino	2005-2	Asistencia Docencia Posgrado	Grupo focal 3
19	29	Masculino	2005-2	Posgrado	Grupo focal 3
20	29	Femenino	2007-1	Posgrado	Grupo focal 3
21	29	Masculino	2006-2	Asistencia Posgrado	Grupo focal 3

Se mencionan y discuten a continuación los principales componentes de las categorías halladas en el estudio.

### **“Uno sale y se estrella...”**

La universidad concebida como “lugar de encuentro de ciudadanos y ciudadanas en proceso de formación” (12), posibilita ser visualizada no solo como un espacio para la educación de individuos en una profesión, sino como un lugar donde se comparten experiencias que les permiten a las personas formarse en diferentes aspectos de la vida. En consonancia con lo anterior, los egresados que participaron en el presente trabajo perciben la universidad como un escenario de pluralidades y de distintas posiciones económicas, políticas y culturales, cuya vivencia recuerdan con fuerza, en especial porque compartieron sus vidas con pacientes y otras personas de distintas culturas y condiciones socioeconómicas.

Estudiar en la universidad, y especialmente en la universidad pública, genera en los entrevistados un referente que deja un sello imborrable de vivencias y experiencias interculturales y plurales por el encuentro con diferentes concepciones del mundo. El contexto de la universidad pública como una institución con responsabilidad social, debido al apoyo y financiación por parte del Estado, la convierte en lo que denomina Tamayo (13) “un bien social, donde se logra, entre otras cosas, el libre ejercicio de la razón, la unión dialéctica entre teoría y práctica y la argumentación razonada”.

Los participantes en esta investigación tienen una buena percepción de la formación lograda, ya que les permitió algún tipo de posicionamiento social al ser egresados de esta Universidad pública, lo que los lleva a expresar agradecimiento hacia la Facultad de Medicina que los acogió. Aun así, son conscientes de que a la hora de ejercer profesionalmente les corresponde afrontar una serie de situaciones que el escenario laboral les demanda, que desbordan y superan lo recibido en la formación.

Esta situación en la cual los recién egresados sienten que se quedan cortos ante la nueva realidad que enfrentan, se debe a que el escenario de formación es muy diferente al del ejercicio profesional. Esa diferencia está suficientemente descrita por García (14)

al referirse a la educación médica en América Latina. Inicialmente el autor parte de reconocer que la educación médica está subordinada a la estructura económica que predomina en la sociedad en que se desarrolla. Asimismo, plantea que uno de los rasgos de la educación médica es su estrecha relación con el trabajo médico, a pesar de su variación histórica, ya que antes de la creación de las universidades del Medioevo, quienes aspiraban a ser médicos lo hacían trabajando como ayudantes de un médico en un ejercicio de aprendizaje práctico, que ligaba la formación y el trabajo.

Fue la reforma hospitalaria de la Revolución Francesa la que llevó hacia finales del siglo XVIII a una nueva pedagogía médica, en la que el lenguaje del hospital se convierte en espacio-escuela. Allí se aprende a la cabecera del enfermo. “...no se trata del encuentro de una experiencia ya formada y de una ignorancia por formar; se trata, en ausencia de toda estructura anterior, de un dominio en el cual la verdad se enseña por sí misma y de la misma manera a la mirada del observador experimentado y a la del aprendiz todavía ingenuo; para el uno y para el otro, no hay sino un solo lenguaje: el hospital, en el cual la serie de los enfermos examinados es para ella misma una escuela” (15).

Con el avance de la Edad Media en el caso de la medicina clínica, y en el siglo XVIII para la quirúrgica, se da una transformación que perdura hasta hoy en nuestro contexto, y se refiere a la separación de la educación médica y el trabajo médico, a partir del cisma entre el trabajo manual y el intelectual. De esta forma, el discípulo que ayudaba se convierte en un estudiante sin una explícita intervención en la problemática de salud, y la práctica se torna exclusivamente en una experiencia pedagógica individual sin mayor impacto directo en la prestación de servicios de salud, debido a que formación y trabajo son realidades muy distintas (14). Esta situación genera permanentes interrogantes y gran expectativa en los jóvenes profesionales, como lo expresa algún egresado:

*“Uno sale de la carrera con muchas dudas, pues cree que va a hacer las cosas como le enseñaron y la realidad es otra” (E11, NC, p8).*

De esta forma, la disociación entre estudio y trabajo se convierte en uno de los grandes problemas de la educación médica actual, ya que el ser “estudiante”

en ciertas condiciones sociales, le permite ser eximido de realizar un trabajo productivo. El escenario donde se da esta situación es la escuela de medicina, la cual posee una estructura administrativa y de gobierno independiente de las instituciones prestadoras de servicios de salud (14).

Lo demandante que es la formación médica con frecuencia aísla a los estudiantes de otras esferas de la vida cotidiana, y al salir les corresponde no solo ejercer como médicos, sino también asumir un rol social ante una comunidad, exigencia para la cual no se sienten suficientemente preparados. Como bien lo plantea García (14), el desempeño de los profesionales de la salud se fundamenta en la aplicación del conocimiento científico a la intervención de problemas de salud del ser humano, lo que les genera a los miembros del equipo de salud el reconocimiento como expertos en un área especializada del saber, y no como individuos que poseen un conocimiento general; de ahí que una de las limitaciones de la formación médica contemporánea radica en que no ofrece a los futuros profesionales los conocimientos psico-socioculturales que les permitan un ejercicio de su profesión más integral e integrador. Esto se refleja en la evaluación que un egresado hace de su formación:

*"En general a uno lo forman más para ser médico que para ser persona y a veces es complicado poner en sintonía la persona con el médico y creo que esa es una de las cosas que nos generan frustraciones, tristezas, desengaños en el momento en el que uno tiene que salir a vivir la vida ... a veces sale uno pensando tanto en ser médico, que cuando uno sale a ser persona, hay que salir a ser parte de una comunidad... a enfrentarse a un montón de cosas y la carrera no solamente no te preparó para eso, sino que te aisló de todo eso y es un choque que genera desengaños, decepciones, tristezas que lo aporrea a uno" (E10, CT, p11).*

Al ejercer la profesión sienten una responsabilidad en doble sentido: con los pacientes y con las instituciones para las cuales laboran. Ello se convierte en un reto por lo que implica trabajar bajo presión, pues parecen estar en el medio de diferentes intereses, los de las entidades aseguradoras por un lado, los de las instituciones prestadoras por otro y los de los mismos

pacientes que implican la parte más sensible de todas y la que enfrentan en el día a día (16).

Ser médico implica reconocerse como un actor social que interactúa en un entorno complejo de múltiples intereses, en el que deberá negociar en favor de la misión para la que se formó, y de la cual dependerá su capacidad transformadora de la realidad. En ese sentido, la afirmación de Amador: "Una facultad de medicina de este país no puede quedar satisfecha con adiestrar un excelente clínico. Su deber, su obligación, va más allá de producir un médico general capacitado para procurar la atención integral de su colectividad dentro del marco de su participación en la planeación y ejecución acelerada del desarrollo económico y social del país" (17).

Ambas instituciones, universidad y servicios de salud, tienen hoy el reto de un trabajo interdisciplinario, de repensar las necesidades de los estudiantes que están en proceso formativo en relación con el escenario del futuro desempeño laboral y de las necesidades del medio con relación a la formación médica. Preparar a los estudiantes en escenarios lo más similares posibles a aquellos en que se desenvolverán, para responder a los desafíos profesionales que van a enfrentar.

El tener que aplicar abstracciones y leyes generales a la solución de fenómenos concretos es uno de los principales problemas de la educación médica (14), ya que el esquema clásico en la formación se ha limitado a impartir a los estudiantes durante los primeros años conocimientos relacionados con las ciencias básicas (carácter general) y posteriormente enfrentarlos con la situación del ser humano enfermo (carácter particular). Resalta García que en ambos ciclos se hace un trabajo insuficiente para relacionar los dos niveles, lo que incluso se explica por el bajo grado de integración que realiza el propio docente.

Los egresados ven su formación fraccionada en varios campos, especialmente en algunas áreas de las ciencias básicas, que ellos no sienten conectadas con su quehacer como médicos generales. Consideran que algunos campos muy especializados en los que profundizaron no sirven en su práctica general y los creen útiles para los posgrados. Se cuestionan sobre aquellas áreas en las que recibieron enseñanzas técnicas en divorcio total con los pacientes a los que se referían.

*“Uno sale estrellado... o sea, uno se estrella... realmente... uno sale con miedo y llega allá, y eso da un pánico porque uno prescribe, no porque prescriba mal, usted llega y manda un medicamento y le dicen ‘No, es que eso es de otro nivel... ¿entonces con qué trabajo acá? y eso uno no lo sabe” (GF2, CN, p12).*

Esta situación favorece la valoración que los estudiantes hacen de las prácticas y experiencias para la atención de situaciones reales, las cuales les demandan poner en práctica y en contexto lo estudiado. El hecho de no haber acumulado la suficiente práctica en algunas áreas les genera inseguridad, pues más que la teoría, es la práctica la que los hace sentirse bien preparados.

Es sabido que a partir la época medieval la práctica en la formación médica se da en los hospitales, pero fue Osler quien en 1893 inició las rotaciones clínicas de estudiantes de medicina en la Universidad Johns Hopkins (18). El reconocimiento de la utilidad del aprendizaje a partir de la práctica, en contraposición a las clases teóricas, ha tardado en ser adecuadamente valorado. Desde el informe Flexner de 1910, dirigido a la Fundación Carnegie, se evidenciaba el insuficiente vínculo formal que las facultades de medicina de Estados Unidos tenían con los hospitales, lo que llevaba a que gran parte de los estudiantes no pudiesen optar por tratar pacientes en una institución. Aún hoy, los estudiantes evalúan más positivamente las áreas en las que pueden ejercer su práctica institucionalmente. Un hecho que da cuenta de esto es la atención de urgencias médicas, en la cual los egresados se sienten muy seguros a partir de la experiencia acumulada:

*“...pues yo pienso que el estar en contacto con policlínica, que son unas urgencias de referencia... quienes tuvimos la oportunidad de estar ahí, fue un aporte excelente que se nos hace, y cuando tuvimos la oportunidad de estar en primeros niveles... llega de todo. También depende mucho de uno, como estudiante, ir botando el miedo, enfrentarse a las situaciones y aprovechar el espacio que uno tiene ahí para aprender todas esas cosas que van llegando” (E5, CN, p5).*

El hospital del pueblo es la otra escuela, en la que les toca enfrentar situaciones difíciles que implican asumir las responsabilidades propias del ser médico, incluso en asuntos que le competen al sistema de salud,

ya que ante la falta de aseguramiento en salud de parte de la población y por las limitaciones administrativas del sistema, los recién egresados desarrollan actitudes y habilidades en pro de resolver problemas, situación que se presenta con frecuencia al no poder remitir un paciente que requiere atención especializada y tener que enfrentarlo, logrando un mayor aprendizaje, al poner en práctica la famosa frase de José Martí: “Sólo el que hace, sabe...”

*“Uno en un primer nivel, en un pueblo, no es tan fácil, ahí es donde está aprendiendo, si todo fuera tan a la par como dice la norma o como se lo enseñan a uno, sería excelente, pero hay cosas que uno sabe que es manejo de especialista pero que uno termina manejándolas porque no se hace una remisión, porque el paciente no tiene seguridad social” (E11, NC, p3).*

Los egresados perciben que están mejor preparados para manejar asuntos más complejos, comparados con la exigencia de la práctica cotidiana en medicina general, como lo narra una de las entrevistadas:

*“...no sabía manejar una diabetes, una EPOC descompensada, pero era superbuena para TEC, y era buena para cosas que se ven en un lugar de alta complejidad como lo son los sitios de rotación que mencioné, pero la urgencia pequeña, la suturita, la cosita, va, uno era, por lo menos había tenido menos práctica y menos cancha en eso que en las otras cosas...” (GF3, CN-CT, p4).*

Se reconoce que la mayoría de los campos de práctica ofrecidos a los estudiantes en pregrado tienen características propias de un escenario para formar estudiantes de posgrado o especialistas. Este hecho ayuda a explicar el desfase entre la formación en hospitales de alta complejidad y la cotidianidad del trabajo como egresados en hospitales de primer nivel de atención. Por un lado, el que la mayor parte de la formación se base en grandes centros hospitalarios de alta complejidad contrasta con la anunciada atención primaria que reza en la misión y visión de muchas escuelas de medicina, y por el otro, hace que los estudiantes vean el pregrado como transición o paso hacia la formación como especialistas, convirtiéndose esta última en la finalidad (19).

Los egresados se preguntan por qué se insistió en la alta complejidad, mientras dejaron de practicar

en sitios donde enfrentarían las causas de enfermar más frecuentes del perfil epidemiológico de nuestra población. Cuestionan su desarrollo formativo lejos de los centros de primero y segundo niveles, aunque reconocen que no se debe excluir por completo el contacto con situaciones de alta complejidad, pero con diferente proporción y prioridad. En este sentido el informe "La formación del personal en salud en Colombia" contratado por el Ministerio de Salud, sugiere que la educación médica debería basarse en una fuerte formación generalista, sin que ello sugiera superficialidad, en la cual se fomenten habilidades de aprender a aprender y exista una equilibrada articulación con los especialistas que apoyen la capacidad resolutoria de los médicos generales mediante un sistema funcional de transferencia de información (19).

## Incertidumbres y angustias del ejercicio médico

*"Me han enseñado a medicar varias dolencias. Sé cortar un dedo estropeado y dejar un muñón pulcro. Pero mucha gente va a verme y me paga, y no sé cómo ayudarla. Soy ignorante. Me digo a mí mismo que algunos podrían salvarse si yo supiera más.*

*Y aunque estudiaras medicina durante más de una vida, acudiría a ti gente cuyas enfermedades son misterios, porque la angustia que mencionas es parte integrante de la profesión de curar, y hay que aprender a vivir con ella. Aunque es verdad que cuanto mejor sea la preparación, mejor doctor puedes ser..." (20).*

Al ser cuestionados por algunos campos del saber, los egresados se perciben más débiles, con lo que su mirada retrospectiva tiende a considerar que les faltó la oportunidad de profundizar en ciertos aspectos. No se dan cuenta de que es imposible estar plenos de ese conocimiento y de ese saber, lo que les genera incertidumbre y angustia. Ello se relaciona con la percepción de que fueron formados como médicos generales para remitir muchos de los pacientes que atienden y que su destino es la especialización.

Ante un campo de dimensiones cada vez más amplias, que se incrementa con velocidades que parecen increíbles, los egresados se comparan constantemente con los de otras instituciones. Con ellos se miden en conocimientos y habilidades y emerge la angustia que surge

de sentirse incompletos frente al saber de la medicina. Es inevitable que aparezcan faltantes en un tiempo de vertiginosa expansión de los conocimientos. Este proceso se acompaña de temor por el riesgo que asumen, incluso, de ser demandados penalmente.

*"Eso ya pues es una moda en los pueblos, demandar al hospital y el hospital redemandar al médico y obviamente yo creo que somos una generación más miedosa en ese sentido, entonces creo que además de esa formación con énfasis en remisión, además [tenemos] una formación en el miedo... entonces creo que, de alguna manera, es una de las problemáticas del médico que trabaja en el primer nivel" (GF3, CN- CT, p8).*

Dicho temor no les impide tener un desempeño profesional satisfactorio, y perciben como una de sus mayores fortalezas lo que se les brindó en el área clínica; esto último, como resultado de las posibilidades ofrecidas por la Universidad en cuanto a sitios de rotación e investigación.

George Canghilhem, historiador de las ciencias, ha planteado que "El buen médico no es el que sabe mucho, sino el que sabe leer en el otro", lo que a su vez han reconocido los egresados al entender que lo aprendido en semiología se convirtió en la herramienta primordial del quehacer médico:

*"...usted no puede saberse todo en medicina, pero sepa evaluar bien un paciente, sepa interrogar un paciente y usted ahí tiene el diagnóstico, lo demás no es sino sentarse a leer y repasar." (E6, CT).*

Al ser indagados por su percepción sobre lo que les aportó el pregrado respecto al valor de la autonomía para su desarrollo personal, hubo referencias al respecto de cómo su capacidad e independencia laboral provienen de las experiencias durante el pregrado; sin embargo, hay expresiones que afirman que la autonomía es un proceso personal ajeno a las influencias institucionales.

Durante la carrera se tiene permanentemente a quien consultar y al terminarla subsisten muchas dudas, pero en el ejercicio profesional, al no tener muchas veces a quien preguntarle, los egresados enfrentan las situaciones y toman decisiones por su propia cuenta y riesgo, a partir de maximizar los insumos que tienen al alcance.

*“...se embolsó, se embolsó solito, mire a ver cómo se sale, la única forma de tomar soluciones rápidas es enfrentarse, yo creo en lo que estoy haciendo...” (E2, CN, p5).*

Pero a pesar de lo anterior se aprendió a tomar decisiones y a ser resolutivos.

*“...yo creo que en general he sabido manejar las cosas para darles un manejo inicial a la mayoría de cosas...” (GF3, CN- CT, p8).*

Una forma de afrontar ese escenario diferente al de la formación es estudiar e investigar por cuenta propia, lo que va favoreciendo una actitud de independencia y una práctica de autonomía que se consolidan con la experiencia en los procesos cognitivos.

*“...acá siempre hay muchas enfermedades... que a uno le toca manejar y que a uno le toca investigar por otro lado porque no lo ve en la carrera” (E11, NC, p3).*

Finalmente, el estudio de los egresados se dificulta por su falta de sensibilización durante el proceso educativo para atender este tipo de indagaciones y la carencia de una línea permanente establecida para su seguimiento.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los egresados participantes en el estudio perciben desfases en la formación médica general con respecto a las demandas que encuentran en el medio. Sin embargo, se percibe en sus relatos que afrontan y sobrellevan adecuadamente esta disociación; la autonomía propiciada por la formación recibida en la Facultad de Medicina fue resaltada como un elemento determinante para ello. Lo anterior les genera una gran incertidumbre, que se acrecienta entre los que son médicos generales y se atenúa entre los que se especializaron. Estos últimos se encuentran en un campo de acción muy bien delimitado, mientras los médicos generales, que representan una necesidad de primer orden en la atención, tienen que enfrentar la falta de correspondencia entre las necesidades de la población y una formación que ha sido estimulada hacia la especialización.

Hay también sentimientos de orgullo por la institución en que se formaron y por el reconocimiento que encuentran en el medio y que les posibilita un posicionamiento social. Hay percepción de las capacidades

para el autoaprendizaje continuo, con fortaleza en el manejo de las urgencias, pero se sienten con limitaciones teóricas.

La Universidad debe revisar los campos de práctica para lograr más coherencia con los escenarios laborales de los médicos generales. Asimismo, debe fortalecer la integración teórico-práctica para evitar la fragmentación entre conocimientos y experiencias, manteniendo el sentido analítico y de reflexión, a la luz de los conocimientos actualizados en la comunidad académica y profesional. Se plantea la hipótesis de la capacidad de autoaprendizaje lograda con procesos de desarrollo cognitivo a partir de estrategias didácticas en el pregrado, lo que se debe verificar en nuevas indagaciones. Se requiere establecer una línea de seguimiento a los estudiantes de medicina para que exista una mayor probabilidad de respuesta una vez salgan de la facultad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neves Marins JJ. Os cenários de aprendizagem e o processo de cuidado em saúde. Educação médica em transformação. São Paulo: HUCITEC-ABEM; 2004.
2. Campos F, Ferreira J, Feuerwerker L, De Sena R, Campos J, Cordeiro H, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades de atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2001;25(2):53-9.
3. Starfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson S.A.; 2004. p. 518.
4. Espínola BH de, Bluvstein S, Melis IG, González MA. La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. UNNE, Argentina. Educación Médica. 2005;8(4):31-7.
5. Mirón Canelo J, Sáenz González MC. Valoraciones y opiniones de los estudiantes de medicina sobre la formación de pregrado. Educación Médica. 1999;2(2):95-9.
6. Humberto de Espínola BR. Percepción de los modelos de formación y del ejercicio profesional de la medicina: estudio empírico de graduados de medicina del nordeste argentino. Rev. IRICE. 1999;13:93-104.

7. Bermúdez Gómez M. Construcción y aplicación de un instrumento para evaluación del desempeño académico y laboral de los egresados de un programa de medicina. [Tesis]. Pontificia Universidad Javeriana; 2005. p. 97.
8. Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982. p. 176.
9. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.
10. Strauss A, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Sage Publications; 1998. p. 312.
11. Streubert HJ. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
12. Zapata Vasco JJ. La formación de los nuevos profesionales. Medellín: Asoprudea; 2010. p. 174.
13. Tamayo Valencia LA. Sentido y significado de la universidad pública. Opciones Pedagógicas. 2008;39:169–179.
14. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Mexico: Nueva Editorial Interamericana; 1994. p. 326.
15. Foucault M. El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 2002. p. 104.
16. Sigerist H. Historia y Sociología de la medicina. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 1974. p. 159.
17. Torres F.A. El trabajo médico en el nuevo orden mundial. Bogotá D.C.: T M Editores; 1997. p. 28.
18. Ludmerer KM. Learning to heal: the development of american medical education. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1983. p. 335.
19. Colombia Ministerio de Salud. La formación del personal de salud en Colombia: un reto al futuro. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; 2002. p. 335.
20. Gordon N. El médico. New York: Simon & Schuster; 1986.

