

Expectativas de los médicos generales frente a la especialización Medellín-2000

MARTHA LUCÍA ESCOBAR, LUIS ALFONSO VÁSQUEZ, HERIBERTO ANTONIO ZAPATA

DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2000 se realizó un estudio descriptivo de corte entre los médicos generales que laboran en la ciudad de Medellín, cuyos objetivos fueron: establecer sus expectativas respecto a especializarse, sus motivaciones para mantenerse en la práctica de la medicina general, sus condiciones laborales después de implantada la reforma a los servicios de salud y cómo perciben su formación con respecto a la realidad práctica de la profesión.

Para el estudio poblacional se utilizó el número de médicos generales que laboran en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud registradas oficialmente.

Encontramos que los médicos generales de Medellín se sienten técnicamente bien preparados para su labor, pero encuentran carencias en la formación en las áreas de la salud pública y sociales, así como en aspectos laborales y de la reforma en los servicios de salud. La mayoría no se ha especializado por razones económicas y una tercera parte de la población no considera necesaria la especialización. Hay un notorio señalamiento a la Ley 100 de 1993, como causante del desprestigio de la profesión y de las condiciones laborales desventajosas para el ejercicio médico en la actualidad.

.....
MARTHA LUCÍA ESCOBAR P, Docente. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. LUIS ALFONSO VÁSQUEZ P., HERIBERTO ANTONIO ZAPATA Y., estudiantes, semestre 11 de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

PALABRAS CLAVE

MÉDICOS GENERALES

ESPECIALIZACIÓN

REFORMA A LOS SERVICIOS DE SALUD

CURRÍCULO

LEY 100 DE 1993

INTRODUCCIÓN

EL MÉDICO GENERAL ES UN ACTOR CLAVE en la prestación de los servicios de salud; sin embargo, las exigencias del medio cada vez más obligan a la especialización del conocimiento y las remuneraciones son proporcionales a los estudios realizados. La escasa preparación política y social de los médicos en formación, en la que el objeto de estudio es la enfermedad individual, ha llevado a la pérdida del contexto donde ésta se desarrolla; cada vez se requiere mayor tecnología para llegar a ser un profesional idóneo y competente, lo que hace pensar al médico general como un intermediario para llegar al especialista quien sí tiene los conocimientos y el manejo de la tecnología necesarios para la atención a las personas.

Las facultades de medicina, siendo coherentes con el concepto de salud que aún prevalece, les han dado un enfoque biologista e individual a los problemas de salud del ser humano; a pesar de que el mundo y las concepciones de éste son dinámicas, se olvida que ese ser humano vive en relación constante consigo mismo y con los demás, construyendo sociedad. La academia ha sido ajena a las transformaciones sociales y a las necesidades en salud que los colectivos requieren, y se está entregando a la so-

ciudad un profesional muy capacitado y con gran formación académica pero no siempre pertinente para el medio en el cual le toca ejercer su profesión y para las condiciones del país, lo que crea sensación de incapacidad y decepción tanto en el profesional como en las comunidades.

Ante esta situación, surge la pregunta ¿Por qué los médicos generales no se han especializado? ¿Qué los hace permanecer en este grado de educación si el medio científico y laboral está requiriendo cada vez mayor especialización del conocimiento?

En nuestro medio son muy pocos los estudios sobre este tema específico y no hay ninguno reciente que se pregunte por la inquietud planteada en esta investigación.

En la revisión realizada llama la atención un estudio realizado en 1987 por Robles y col. (1), en estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia el cual concluye que 42,7% del total de estudiantes de ese entonces opinó que era necesario especializarse y 40,3% opinaba que no. El 97% de los estudiantes de los primeros semestres pensaban especializarse, porcentaje que bajaba al 85,7% en los avanzados. La principal razón que aducían para especializarse eran los elementos relacionados con mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento, mientras que el prestigio y la relación médico-paciente fueron evaluados como indiferentes para la población de estudiantes.

En ese estudio se pudo apreciar, con respecto a las expectativas de los futuros médicos de ese entonces frente a la especialización, que la mayoría de ellos pensaba especializarse. Sin embargo, en aquel momento se presentaban situaciones históricas diferentes, no se había reformado el sector salud, apenas empezaba a aumentar el número de egresados de otras facultades de medicina y el

mercado laboral de los médicos no presentaba la actual crisis.

La Organización Mundial de Médicos de Cabecera (OMMC), con una amplia proyección y trabajo en los Estados Unidos, ha definido las responsabilidades del médico general en los siguientes puntos: dispensar atención sanitaria a todos los pacientes; tratar la enfermedad y adoptar medidas preventivas y, además promover modos de vida sanos en individuos y comunidades; prestar atención de salud, ya sea directa, o indirecta a través de otros miembros del equipo de salud.

Pero para cumplir otras ambiciones fijadas por la Organización Mundial de la Salud, con la finalidad de salud para todos, el médico general debe ejercer otras funciones, tales como: guía para hacer uso racional de la tecnología en beneficio del paciente; comunicador para capacitar individuos y grupos con el fin de proteger la salud; líder comunitario para armonizar las necesidades sanitarias individuales y colectivas; gestor para trabajar con equipos interdisciplinarios e intersectoriales; investigador que le permita establecer el perfil sanitario de la población y aplicar estrategias, y proponente de políticas para participar en la planificación y desarrollo de programas sanitarios y de salud.

De acuerdo con la propuesta de Fisher (2), directora de la OMMC, un médico general, con el anterior enfoque, permitirá una mayor calidad en la atención primaria con una visión más amplia que el especialista para prevenir la enfermedad y potenciar al máximo la salud. Es claro que este perfil dista del que se cultiva en muchas de las facultades de medicina colombianas, en donde parece que todos los esfuerzos están dedicados a crear modelos de médicos especialistas, no siempre pertinentes para el contexto en que se desarrollará su labor. El hecho cotidiano para el estudiante de medicina al ingresar

a las prácticas clínicas, son profesores subespecializados en ambientes de alta tecnología, que enseñan conocimientos “básicos” para el desempeño profesional y son reiterativos en que la capacitación completa será ofrecida en la respectiva residencia; resaltan cómo y cuándo remitir, elevando así los costos económicos y sociales de la atención en salud.

El panorama anterior se agudiza con la concepción filosófica y pedagógica del modelo biologista; se reduce al ser humano a moléculas y se anula el importante papel que juegan el ambiente y sus relaciones. Ver al ser humano por partes, soslayando la integridad y la unidad que por su naturaleza tiene, es una de las causas por las cuales en la medicina se siguen cometiendo errores con los pacientes y no se logra el real bienestar de la comunidad en la cual se labora. No cabe duda de que las especializaciones han surgido, entre otros factores, por la necesidad material, económica y científica de la división del trabajo médico, pero también es claro que no son la única opción posible.

El historiador Henry E. Sigerist, citado por Serpa (3), ayuda a entender cómo la historia de la medicina no puede desvincularse de las circunstancias sociales, económicas y culturales ni de las concepciones sobre el enfermo, la enfermedad y el médico, que se han tenido en cada período de la historia.

El conocimiento médico ha cambiado y ha aumentado, considerablemente en el siglo XX y en las tres últimas décadas ha avanzado mucho más que en todo el curso de su historia. La expansión de los conocimientos y de la tecnología ha permitido que la ciencia y la práctica médica se orienten hacia la investigación y el tratamiento cada vez más especializado de la enfermedad, lo cual la ha obligado a dividirse y subdividirse cada vez más, presentando la dificultad de asimilar y aplicar, con experiencia y

destreza, todo el conocimiento existente. No obstante los progresos, que indudablemente son de enorme beneficio para la humanidad, no se han mejorado las condiciones de salud de las comunidades.

Corresponde entonces al médico general asumir, como parte de un equipo de salud y de una sociedad, un papel más comprometido en la prevención de la enfermedad; participar en la programación y la decisión de políticas del sector salud y en el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de los pacientes; por ello, el médico general y las facultades de medicina deben comprometerse con una sólida preparación tanto académica como social y política del futuro profesional, y así asumir el reto de la formación de ciudadanos íntegros que participen en la construcción de la sociedad.

En los últimos años se han presentado diferentes situaciones que agudizan la crisis en la profesión médica; entre otras se encuentran el exceso de profesionales que salen al mercado laboral cada semestre como resultado de un proceso rápido de apertura de nuevas facultades de medicina en el país y del aumento de cupos que se ofrecen a la demanda que no decae; es así como de 10 programas de medicina existentes en Colombia en 1974 se pasó a 25 en 1994 y a 37 en los últimos 5 años (4); además existen proyectos de creación de nuevas facultades lo que podría elevar el número de programas a 41; en esta apertura se aprecia una falta de planeación y control de los entes reguladores de los sectores salud y educación.

De las estadísticas y datos reportados por la Superintendencia de salud en agosto de 1995, destacamos cómo el número de admitidos a las facultades de medicina del país pasó de 950 en 1974 a 2.500 en 1994, con un incremento de 66%. Igualmente, el número de egresados pasó de 625 a 1.716

en el mismo período. En Medellín, el total de aspirantes registrados para ese lapso (1974-1994) fue de 75.976, con un total de 7.488 admitidos y 4.963 egresados.

MATERIALES Y MÉTODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CORTE en los 2.202 médicos generales que laboran en las 242 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) registradas en la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de Medellín.

Para el diseño de la muestra se contó con el marco muestral de los listados de las IPS inscritas ante la Secretaría Municipal de Salud. Sin embargo, no se conocía el número de médicos generales que laboraba en cada una de ellas, por lo que se requirieron llamadas telefónicas para obtener este dato.

Para calcular el tamaño de la muestra se consideraron los siguientes criterios: una población de 2.202 médicos generales, una estimación de la proporción de médicos generales que deseaban especializarse del 0,5, un error máximo del 5% y un nivel de confianza del 90%.

Con estos criterios y mediante el programa estadístico EPIINFO 6.04, se obtuvo un tamaño de la muestra de 241 médicos generales. El muestreo fue estratificado por niveles de atención (I, II, III) y de allí se asignaron conglomerados por cada nivel.

Se aplicó una encuesta estructurada, con variables en su mayoría cualitativas. Con este instrumento para obtener la información se preguntaba por aspectos demográficos, económicos, académicos, sociales y culturales que influyen en la decisión de especializarse, y por algunos aspectos de la reforma a los servicios de salud que influyen en la necesidad o no de especializarse.

Por dificultades en la recolección de la información (no diligenciamiento de las encuestas o pérdida de ellas, negligencia y rechazo), fue necesario reemplazar 100 encuestas, conservando la proporcionalidad por niveles y conglomerados. El número total de encuestas recolectadas fue de 221.

Las encuestas eran respondidas por los médicos generales que se encontraban laborando en la IPS correspondiente; debían ser egresados de una institución educativa reconocida legalmente, y que no tuvieran ningún estudio de posgrado en las áreas clínicas, quirúrgicas, básicas biomédicas o de salud pública.

RESULTADOS

POR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SELECCIÓN de la muestra, se considera que el estudio es poblacional, es decir sus datos se pueden generalizar a la población de médicos generales de la ciudad de Medellín.

Se recolectó un total de 221 encuestas lo que corresponde al 92% de la muestra. Los datos sobre la caracterización demográfica de la población se esquematizan en la tabla N° 1.

En 123 casos (56%) los médicos de la ciudad de Medellín consideran que la formación recibida los capacita para desempeñarse como médicos generales y para ser especialistas; 89 (40,3%) piensan que se les prepara sólo como médicos generales y 6 (2,7%) opinan que se les prepara sólo para la especialización; no se encontró relación con el origen público o privado de la universidad de egreso.

El 60% (133) piensan que el currículo está atrasado respecto a la nueva legislación en salud y 54 (24,4%) conceptúan que es adecuado; sólo 3 (1.4%) opinan que es avanzado. Esta proporción

se mantuvo constante sin importar el año de egreso o la universidad de origen. Llamaron la atención algunas anotaciones que resaltaban carencias del currículo en las áreas laboral, administrativa, medicina familiar y Ley 100; algunos manifestaron que los currículos actuales son «inoperantes e inservibles». El 95% (210) consideran que la medicina general debe fortalecerse. Entre otras sugerencias manifiestan lo importante de prepararse para el actual sistema de salud y adquirir conocimientos para subsistir y para mejorar los salarios, así como formar conciencia social que les permita ser partícipes de las reformas.

Tabla N° 1
CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA
DE LA POBLACIÓN

SEXO	
Mujeres	78 (35%)
Hombres	143 (65%)
EDAD	
Promedio	37,9 años
Desviación estándar	8,6 años
Moda	33 años
Edad mínima	22 años
Edad máxima	65 años
ESTADO CIVIL	
Solteros	69 (31%)
Casados	134 (61%)
Otros	18 (8%)
AÑO DE EGRESO POR DÉCADAS	
1960 - 1969	2 (1%)
1970 - 1979	19 (9%)
1980 - 1989	87 (39%)
1990 - 1999	110 (50%)
Año 2000	3 (1.4%)
UNIVERSIDAD DE EGRESO	
Pública	163 (74%)
Privada	58 (26%)

El 51% (112) de los encuestados opinan que es necesaria más educación continua y actualización para un mejor ejercicio de la profesión; 12,7% (28) reclaman mayor preparación socio-política y 5,4% (12) solicitan más preparación académica y científica. En esta pregunta, 31% (69) contestó más de una opción. Otras inquietudes que manifestaron fueron la necesidad de la unión gremial, de recuperar la dignidad, liderazgo y mejorar el poder adquisitivo, mayor concienciación humana y de la realidad, así como preparación para desempeñarse en el trabajo.

Respecto a la principal función del médico general, 33% (74) consideraron que era realizar un diagnóstico precoz; 19,5% (43) adelantar acciones de promoción y prevención y 2,2% (5) opinaron que era el remitir adecuadamente. El 45% (99) plantearon para esta pregunta más de una respuesta. Algunos médicos manifestaron, entre otras funciones, el manejo integral del paciente desde el inicio, el desempeño como médico de familia, y la solución adecuada de las enfermedades más comunes, así como liderar cambios socioculturales y políticos.

El 56% (125) perciben que el prestigio del médico general frente a la comunidad ha disminuido; 26% (57) consideran que éste ha permanecido estable y 15,4% (34) conceptúan que el prestigio ha aumentado. Esta proporción se mantuvo constante sin importar el año de egresado, la universidad de origen o la edad. Afirmar algunos que el prestigio ha disminuido por causa de la Ley 100, además de la pérdida de la credibilidad y el respeto hacia la medicina.

Independientemente del sexo y de la universidad de egreso, 52% (115) de los médicos generales consideran muy peligroso trabajar en zonas rurales, sólo 14% (31) la encuentran una opción atractiva. Otras opiniones al respecto fueron el atraso científico y

académico que genera el traslado a estas zonas, por lo que debería hacerse educación continuada en esos lugares.

Se halló que 64% (142) de los médicos generales de la ciudad de Medellín quieren su profesión y disfrutan su práctica y 26% (58) de ellos siguen siendo médicos generales porque por diferentes razones no tuvieron acceso a la especialización; en bajos porcentajes manifiestan que la docencia en la especialización es muy mala y que no se justifica ser especialista en estos momentos en nuestro país. Sin embargo llama la atención que sólo 35% (77) felicitan y apoyan a alguien cercano que inicie la carrera, 65% (144) no recomienda la profesión o compadecen a quien opta por ella; incluso hay manifestaciones agresivas para esta respuesta tales como: «lo insulto, lo castigo, le advierto», para que un ser querido no empiece a estudiar medicina. Otros dicen respetar el criterio luego de dar una orientación, porque el problema es de todas las profesiones.

Con respecto a la necesidad de la especialización, la razón principal para realizarla es el aumento exagerado de los conocimientos científicos 38% (83), 1% (2) la consideran necesaria por la mala preparación del médico general y 10% (21) por las posibilidades económicas y de estatus social que la especialización ofrece. El 28% (62) consideran necesaria la especialización. El factor más importante para no especializarse fue el económico en 43% (96), seguido por los motivos personales y familiares en 22% (49). En este punto se presentaron opiniones diversas entre los que planteaban la necesidad de especialización por la imposibilidad del médico general para acceder a ciertos procedimientos y tecnologías, así como por la posibilidad de conocer a fondo sobre un área específica porque hay enfermedades que requieren un manejo más especializado; algunos adujeron que el beneficio del paciente era

mayor al ser atendido por especialista y que la carga laboral del médico general es «mucha y despiadada» no acorde con la remuneración recibida.

Luego de la implementación de la Ley 100 de 1993, 41,6 % (92) consideran que ésta los pone en iguales condiciones laborales que los especialistas; 27% (59) opinan que están en ventaja y 22% (49) en desventaja. Sin embargo, el 61,5% (135) conceptúan que luego de la implantación de la reforma en nuestro país, el médico general pasó a ser un actor indispensable del sistema, pero no el más beneficiado por éste. El 26% (57) considera que el médico general fue el más perjudicado con la reforma.

Algunos médicos expresaron sus percepciones acerca de la Ley 100 de 1993 y cómo ella ha influenciado su trabajo médico; entre otras expresiones figuran: «atrapados, atropellados, sometidos, limitados, trabajo en condiciones de miseria, explotados, acabó con la relación médico paciente».

De los 221 médicos generales, 93 (42%) nunca se han presentado a una especialización; de ellos 36 (38,7%) ha sido por motivos económicos y 12 (13%) porque les gusta la profesión. Se encontraron otros factores determinantes que no fueron muy frecuentes pero sí llamativos; entre ellos la necesidad de «rosca» para acceder al ingreso, un plan inadecuado de estudios de posgrado, no hay gusto por la especialización clínica y es un campo de trabajo más competido que la medicina general. Otros manifestaron la falta de cupos en la universidad pública, la incompatibilidad de horarios que no permite trabajar y estudiar simultáneamente, la falta de compromiso que el médico especialista tiene con los pacientes, la ausencia de programas en el área de su preferencia (como las medicinas alternativas) y la pérdida de espacios familiares.

DISCUSIÓN

PERSISTE EN EL MERCADO LABORAL DE MEDELLÍN un porcentaje de médicos generales hombres muy superior al de mujeres, coincidente con un estudio realizado en la misma población (5) en marzo de 1998, a pesar de que en las facultades de medicina de la ciudad la distribución por sexo de los estudiantes en la última década es casi por partes iguales. Comparado con el estudio anteriormente mencionado, los aspectos de edad, estado civil y universidad de egreso no han presentado cambios relevantes en los últimos dos años.

Era de esperar que la mayoría de los médicos generales fueran egresados de la última década, porque los de décadas anteriores se han retirado de la práctica o se han especializado en el transcurso de los años; hay un notorio porcentaje de egresados de los años 80, época en que se graduaron médicos en forma masiva luego de la ampliación de cupos en la universidad pública y la creación de dos facultades de medicina privadas en esta ciudad.

Los médicos de la ciudad de Medellín se sienten bien preparados para su labor, tanto de médicos generales como para hacer una especialización en el caso de acceder a ella, pero tienen la sensación de que los currículos de pregrado son atrasados para las condiciones sociales y laborales a las que se tienen que enfrentar. Este aspecto habla de la necesidad de transformación curricular y de repensar el trabajo en salud como una práctica social y de formación ciudadana, que debe traspasar el límite de lo técnico. La necesidad manifiesta de reforzar la salud pública y las áreas sociales como la salud familiar y comunitaria, la legislación laboral y la administración, así como el percibir la función del médico en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dan pautas para formular

nuevos currículos, más pertinentes y acordes con la realidad. La actual formación médica tiene su cuota de responsabilidad en la apatía de los médicos para relacionarse con el contexto donde se desarrollan los procesos sociales; en el momento de enfrentar la realidad desde su campo de trabajo, desconocen las políticas en salud, las laborales y las posibles formas de participación y asociación. Es notoria la idea de ser víctimas de los resultados de la legislación, pero hay también la sensación de que repensar la ley y hacer propuestas es asunto de otros, lo que evidencia una delegación de las responsabilidades sociales que como ciudadanos debemos tener, y reafirma la carencia de formación sociopolítica, a pesar de una formación académica tan avanzada.

En términos generales, se ha perdido el tradicional prestigio de la profesión, pero es notorio el señalamiento que le hacen a la Ley 100 como causa de ello, aun en los médicos que salieron a ejercer su profesión luego de implantado el sistema y no vivieron el cambio.

Los médicos generales de esta ciudad quieren su profesión y su mayor expectativa no es la especialización, pero se aprecia en esta posición una gran influencia de las cargas económicas y familiares que se adquieren al terminar una carrera, y limitan las elecciones individuales al cambiar el papel de estudiante por el de trabajador y proveedor.

Es muy importante para los médicos generales de esta ciudad el mantener un buen nivel académico y estar actualizados en los conocimientos; es uno de los motivos que aducen para especializarse y para no laborar en sitios alejados; hay demasiados conocimientos y no se debe estar lejos de las fuentes que los generan.

La actual situación económica y social de nuestro país está dejando su huella en todos los sectores y

en todas las profesiones; la salud y la medicina no son ajenos a esta situación. Se considera peligroso laborar en áreas rurales, lo que da cuenta de la delicada situación que viven estas regiones del país, además de la difícil situación de empleo para el número cada vez mayor de egresados de medicina que se concentran en áreas urbanas lo que incrementa en estos lugares la oferta de trabajo barato y aumenta la carencia de servicios en lugares apartados y propicia mayor diferencia entre las regiones. La Ley 100, como respuesta social del sector salud, ha dejado en los médicos generales de la ciudad una sensación de pérdida de opciones para trabajar y mejorar las condiciones de vida, pero también hay una delegación de responsabilidades ciudadanas que no ha facilitado identificarse como gremio y discutir posibles soluciones.

Es una aspiración que los nuevos currículos den un giro a la educación de los profesionales del área y el objeto de estudio no gire en torno a la enfermedad sino también a la salud, de manera que la formación médica sea más pertinente, se logren transformaciones sociales de las comunidades y se den al médico opciones, no sólo de curar la enfermedad, sino de ser partícipe y gestor de procesos sociales que potencien la salud colectiva.

SUMMARY

EXPECTATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS TOWARD SPECIALIZATION, IN MEDELLÍN, COLOMBIA, 2000

A cross-sectional study was done during the second semester, 2000, among general practitioners in Medellín, Colombia, in order to find out their expectations concerning specialization, their reasons for keeping in general practice, their working conditions in the frame of Colombia's health reform

and how adequate their education had been for facing the reality of their work. The study was performed in general practitioners working in officially registered health providing institutions.

Results show that general practitioners in this city consider themselves to be technically well prepared to perform their duties; however, they find their education lacking in public health and social areas, as well as labour aspects and health reform. One third of the respondents did not consider the pursuit of a specialization to be necessary. Law 100, 1993, is considered the main cause for discredit and the disadvantageous present conditions of medical exercise.

AGRADECIMIENTOS

LOS INVESTIGADORES AGRADECEN LA COLABORACIÓN de las siguientes personas y entidades para la realización de este trabajo: UNIDAT, Unidad de Análisis de datos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, por sus aportes metodológicos y análisis estadísticos. Secretaría Local de Salud de Medellín, que aportó los listados de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Municipio. Las IPS de la ciudad que permitieron el acceso de los investigadores en las instituciones. Los médicos generales que laboran en esta ciudad y nos brindaron la información solicitada.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROBLES P, BATISTA E, HOYOR D. Actitudes ante la medicina general y los estudios de posgrado, tipos de estudiantes y modelos pedagógicos en la Facultad de Medicina. Colección Ediciones Previas, N° 7. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997.

2. FISHER J. ¿Cómo será el médico general del siglo XXI? Foro Mundial de la Salud 1996; 17: 185-188.
3. SERPA R. Una visión panorámica de la historia de la medicina. Revista Academia Nacional de Medicina 1998;19: 48-52.
4. ROZENTHAL M, VALDERRAMA C. Ser médico ante la medicina actual. Ser médico 1980; 3: 18-24.
5. VILLEGAS E, ESCOBAR M, CANO P, GONZÁLEZ E, ESCOBAR W. Condiciones psicosociales y económicas laborales de los médicos generales de Medellín, Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1998; 16: 51-64.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ROSSELLI D. Sobredosis de médicos. Vía Salud 1998; 4: 32-36.
- LALONDE M. Un prelude a la salud para todos. Foro Mundial de la Salud 1998; 19: 243-246.
- El médico general: una respuesta al futuro. Bogotá: Ascofame; Junio 1979: 49-87.
- CEITLIN J. Medicina de familia: un modelo de pensamiento y de acción. Revista Academia Nacional de Medicina 1999; 25: 17-21.
- GUZMÁN F. Futuro del gremio médico: ¿Qué hacer? Revista Academia Nacional de Medicina 1998; 20: 19-23.
- RUEDA G. La deshumanización de la medicina. Revista Academia Nacional de Medicina. 1997; 46: 3-9.
- GÓMEZ P. Medicina en la sociedad contemporánea y educación continuada. Revista Academia Nacional de Medicina 1987; 61: 51-55.
- PATIÑO J. Ciencia, salud pública y educación médica. Análisis crítico del panorama actual. Medicina 1987; 18: 46-48.
- OTERO E. Educación Médica y humanismo. Medicina 1991; 27: 44-46.
- OTERO E. Autonomía del Médico. Medicina 1995; 40: 4-7.