

Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de mercado

JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ*

RESUMEN

Existe una problemática en el sector de la salud ocasionada por la sobreoferta de profesionales y la imposibilidad del mercado para absorberla, la cual tiene comportamientos específicos por profesión, en el caso de Medicina se presenta un crecimiento de las facultades privadas, una demanda de admisión disminuyendo en éstas pero aumentando en las públicas y un crecimiento general en el número de egresados. Se encuentra una distribución geográfica inequitativa con mayor concentración de generalistas y especialistas a nivel de las grandes ciudades.

Se observa como la oferta de personal es mayor que la demanda, en un sistema de salud con una cobertura de apenas el 52,8 por ciento de la población. Se plantea que si la cobertura en salud fuera del 80% se necesitarían formar más profesionales médicos para suplir la demanda. Se presentan como propuestas: La estructuración de un Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos en Salud, la organización de un Consejo Nacional Recursos Humanos en Salud, encargado de generar un plan y una política, una articulación docente asistencial con el objetivo que se den las condiciones adecuadas para desarrollar actividades docentes en las instituciones prestadoras de servicios y que por lo tanto requerirán de acciones concertadas y de espacios de análisis en donde se integran decisiones alrededor de una política clara entre los sectores de educación y salud, un Sistema de Acreditación Docente para las Instituciones de Salud que tienen convenios docente asistenciales, acompañado de un esquema de incentivos que permitan el desarrollo de las mejores condiciones para la docencia en estas instituciones, un esquema de incentivos para los Hospitales Universitarios y campos de práctica, un diagnóstico sistemático y activo sobre necesidades de la población y de Recursos Humanos y una adecuada concertación entre el Ministerio de Protección Social y el Ministerio de Educación.

* Magister en Dirección Universitaria. Decano Facultad de Medicina – CES. Grupo de Investigación en Educación Médica. E-mail: josorio@ces.edu.co

PALABRAS CLAVES

Oferta y demanda

Profesionales

Sector Salud

SUMMARY

There is a problem in the Health sector caused by oversupply of professionals and the impossibility of the market to absorb them, which have specific behaviors by profession. In the case of Medicine appears a growth of private faculties, a diminishing demand of admission in these, but increasing in publics and a general growth in number of withdrawn. A inequitative geographic distribution with greater concentration of generalist and specialists is presented in all the professions of great cities.

It is observed how the offers of personnel are greater than demand, in a system of health with a covers only 52.8 percent of the population. If the coverage in health were 80%, would be necessary to form more medical professionals to replace the demand. We present the next proposals: To structure a National System of Information in Human Resources of Health; the organization of a National Advice of Human Resources in Health, which generate a plan and a policy in that issues; an articulation between education and assistance, with the objective of promoting optimal conditions to develop educational activities in institutions that offers health services, and therefore they will require coordinated operations and spaces of

analysis, where decisions around a clear policy between the education sectors and health are integrated; a Systems of Educational Accreditation for Health institutions with welfare agreements with educational institutions, accompanied of a scheme of incentives that allow the development of best conditions for teaching institutions, teaching Hospitals and fields of practice; a systematic and active diagnosis on necessities of the population and human resources and a suitable agreement between the ministries of Social Protection and Education.

KEY WORDS

Offers and demand

Professionals

Health sector

1. INTRODUCCIÓN

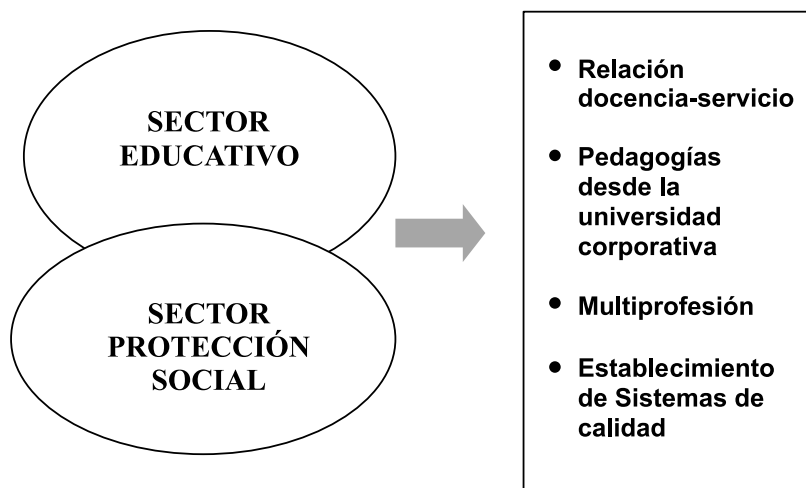
La prestación de servicios de Salud está condicionada en gran medida por la calidad y la cantidad de recurso humano que se forma en las instituciones que la sociedad ha seleccionado para este fin, y por la oferta que el entorno genere para absorber el recurso. El entorno de Marketing de una organización en sus relaciones de intercambio se puede definir como el **conjunto de fuerzas directas e indirectas y controlables e incontrolables que son susceptibles de ejercer influencia, desde un ámbito microeconómico y macroeconómico, en todas sus acciones, decisiones y resultados**. Podríamos delimitar las fuerzas en el siguiente esquema:



En el caso concreto de la dinámica de la oferta y demanda del sector de la salud juegan un papel preponderante: El sistema de educación a través de su oferta de educación formal y no formal, su regulación y su búsqueda de calidad y eficiencia; el sector de la protección social a través de su reglamentación, requisitos de calidad

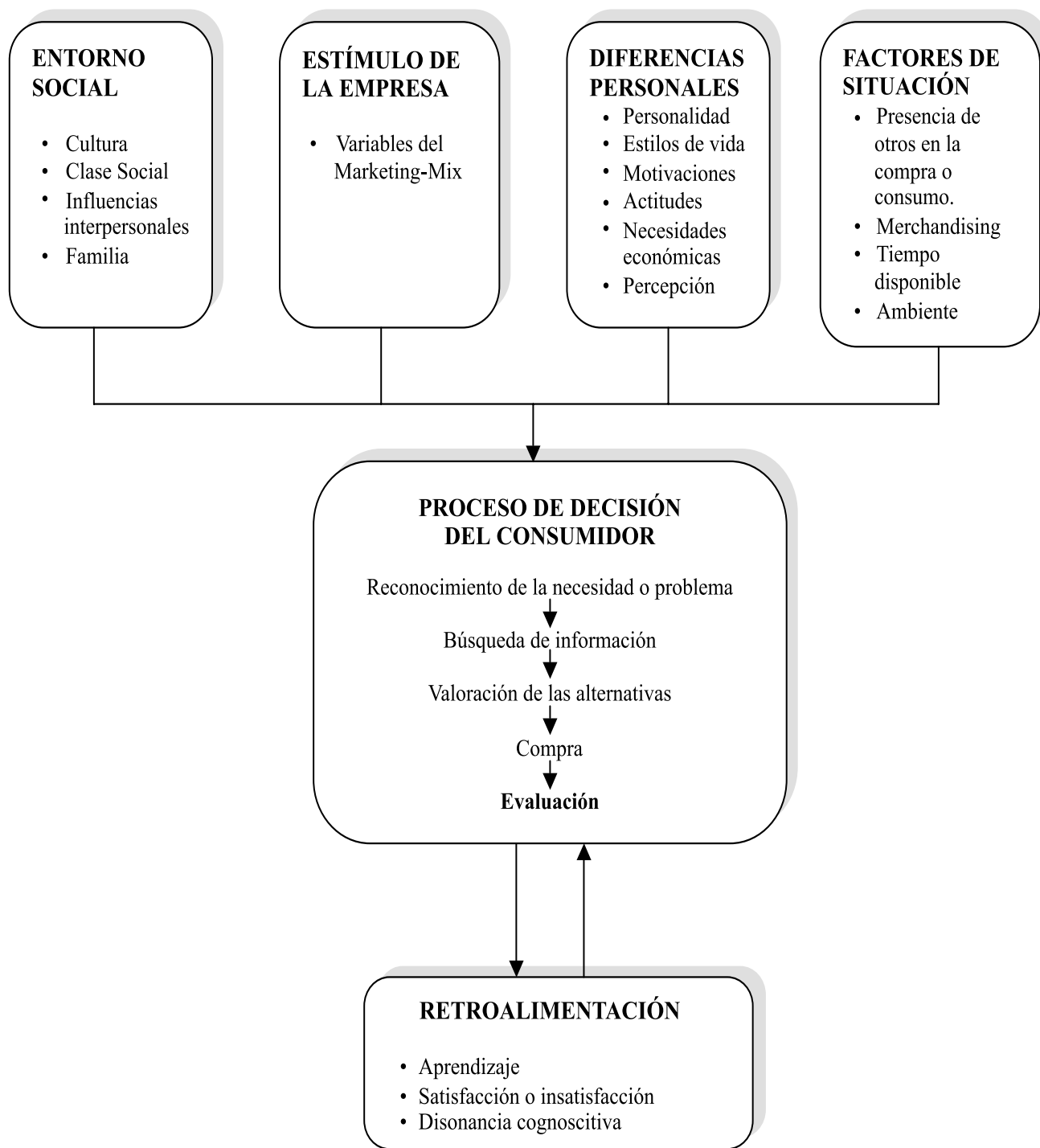
y definición de estándares de absorción de recursos humanos.

En la dinámica de interrelación de estos dos actores se dan problemas resultantes como: La relación docencia-servicio, pedagogías desde la universidad corporativa, multiprofesión y establecimiento de sistemas de calidad, entre otras.



Se puede definir el mercado en función de las personas u organizaciones que tienen necesidad de un producto o servicio, potencialmente lo pueden desear, si no lo desean en la actualidad, y además disponen de los recursos y las capacidades de diferente índole (legales, morales y operativas) necesarias para adquirirlo. Esta idea de mercado, desde el punto de vista de Marketing, pone de manifiesto agentes y aspectos interesantes: Necesidades, diferencias psicológicas que existen entre los distintos grupos de compradores, su capacidad adquisitiva y su predisposición a comprar.

• rias para adquirirlo. Esta idea de mercado, desde el punto de vista de Marketing, pone de manifiesto agentes y aspectos interesantes: Necesidades, diferencias psicológicas que existen entre los distintos grupos de compradores, su capacidad adquisitiva y su predisposición a comprar.



Estas “fuerzas” de oferta y demanda tienden a buscar un equilibrio ya que cuando hay déficit de oferta de recurso humano (ocurre en países desarrollados), se genera una presión hacia el incremento de los salarios, presión por competencia por el recurso, multiempleo y competencia no leal. Cuando hay exceso de oferta, los salarios tienden a disminuir, poco estímulo para el estudio formal e informal, aumento del riesgo moral en la atención, problemas éticos e incremento de costos y pérdida del dinero invertido en la formación de profesionales (promedio de ocho años y 300 millones de pesos). Se podría pensar que ésto sería beneficioso porque existirán múltiples opciones de elección, pero al final todos los actores resultarán perdedores bajo el concepto de calidad, resulta así un tema difícil de manejar como es el equilibrio, punto crucial donde se presenta el rol del Estado en la regulación de la oferta y la demanda. Existen aquí dos tendencias, por un lado están los defensores de la libre competencia, por otro los de la competencia regulada; de mi parte, creo conveniente que el Estado asuma su papel y defina los criterios generales para el ejercicio, entrenamiento y empleabilidad del recurso humano para la atención en salud, de acuerdo con los principios de equidad, eficiencia y calidad, y dentro de este último, considero que debe haber una posición diáfana y decidida hacia el fomento y apoyo de aquellas organizaciones que muestren indicadores de calidad como serían: desempeño alto en los exámenes de calidad del estado (ECAES), realización de procesos de acreditación; ello daría una señal al mercado y transmitiría el mensaje de inversión en calidad.

Pero el problema actual de oferta y demanda no se puede enfocar únicamente desde la absorción de profesionales que egresen, ya que existe **potencialidad**, no de recursos, sí de ocupación del recurso humano (RRHH) en salud; el problema también debe mirarse desde la perspectiva de capacitación de los estudiantes que egresan de su educación básica. Mientras Colombia alcanzó en 1999 una cobertura del 15 por ciento, semejante a Brasil y México, Perú logró 26 por ciento; Venezuela, 29 por ciento; Uruguay y Costa Rica, 30 por ciento; Chile, 32 por ciento y Argentina, 36 por ciento.

«Cada año 367 mil alumnos terminan bachillerato, de los cuales 207 mil entran a la universidad y 160 mil no logran este objetivo». Según el Departamento de Planeación Nacional (DNP), sólo el 9 por ciento de los estudiantes matriculados en las diferentes instituciones proviene de los estratos 1 y 2; en cambio, del estrato 4 proviene el 27 por ciento y el 52 por ciento, del estrato 5.

Es importante el planteamiento de consensos, similares a los esbozados en Chile donde se acordó que: El sector público juega un papel insustituible en el mejoramiento de la salud y debe ser fortalecido profesional, administrativa y financieramente, el Estado debe asegurar las condiciones que permitan contar con los mejores profesionales.

La gestión del recurso humano es el principal instrumento con que cuenta el sistema para un mejor servicio. Tres condiciones son imprescindibles para el fortalecimiento del sistema público:

- a. Adecuar los recursos humanos, financieros y técnicos a las necesidades surgidas de la evaluación del perfil bio-demográfico.
- b. Mejorar la gestión de los establecimientos públicos para optimizar el uso del recurso en favor de la población.
- c. Desarrollar formas de participación que permitan el aporte de los “usuarios” y de los trabajadores del sector en el proceso de modernización.

2. HISTORIA Y NORMATIVIDAD

2.1. Recursos humanos

- 1964: se realiza el “Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica”, por parte de Ascofame y el Ministerio de Salud con el patrocinio de la Fundación Milbank.
- 1976 se crea la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud cuyas funciones deberían ser la planificación del recurso humano en salud.

- 1977, creación del Consejo Nacional y territoriales para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, de participación intersectorial, que sería la encargada de la planificación local de RRHH en Salud.

2.2 Educación

- Ley 69 de 1935; considerada como orgánica de la Universidad Nacional, no reconoció la autonomía universitaria.
- Decretos 1957, 1964 y 1980; definen el principio de la autonomía universitaria.
- Ley 30 de 1992, reglamentaria de los artículos 67,68 y 69 de la Constitución de 1991. Ratifica el principio constitucional de que la Educación Superior es un servicio público, garantiza la autonomía universitaria, vela por la calidad del servicio educativo y promueve en su desarrollo la libertad de pensamiento, el pluralismo ideológico, la universalidad de los saberes y la particularidad de las formas culturales, introduce una clara diferenciación entre las instituciones técnicas profesionales, instituciones universitarias o escuelas tecnológicas y universidades, define que los programas de pregrado y de postgrado que ofrecen las instituciones de educación superior hacen referencia a la técnica, a ciencia, la tecnología, las humanidades, el arte y la filosofía, de conformidad con sus propósitos de formación.
- Ley 115 de 1994 -Ley General de Educación.
- Decreto 1403 de 1993, determina los requisitos para los programas de pregrado.
- Decreto 1225 de 1996, requisitos para la creación y funcionamiento de los programas de pregrado.
- Decretos 1403 de 1993 y 836, 837, 2790 y 2791 de 1994, especifican normas sobre notificación de programas.
- Decreto 2790 de 1994, especifica las funciones de verificación de funcionamiento de los programas de pregrado ofrecidos.

- Decreto 917 del 23 de mayo de 2001, se definen los estándares mínimos de calidad que deben cumplir todos los programas académicos de pregrado en ciencias de la salud.

2.3 Seguridad Social

- Ley 100 de 1993; establece las bases para la relación docente-asistencial y la beca crédito para estudiantes.
- Decreto 190/96; da las pautas de funcionamiento de una relación docente-asistencial.
- Ley 735/02; define el concepto de Hospital Universitario.
- Circular 003/03; define los indicadores para una adecuada relación docente-asistencial.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 OFERTA

En medicina se presenta un alto volumen de la demanda con una tendencia decreciente en la presentación de los estudiantes a la carrera, más acentuada para las facultades de origen privado. El número de estudiantes matriculados en los diferentes semestres en cada una de las facultades de medicina, ha permitido identificar que la tasa de crecimiento ha tenido un aumento del 55.92%, esto obedece a un cambio en el número de estudiantes, 31% en las oficiales y 69% en las privadas. Todas las regiones presentan incrementos sustantivos en sus tasas de crecimiento, con valores que oscilan entre el 30.29% para Antioquia y el Viejo Caldas a 73.34% en la Región Oriental.

La tasa de admitidos ha ido incrementándose y se encuentra una tendencia claramente importante en el cambio de la relación de aspirantes vs. admitidos. Mientras en las facultades públicas el rango superior está en 22:1 aspirantes por cada admitido, en las facultades privadas solo se presenta un rango de 9:1. Para estas últimas, cabe destacar que

la relación en el año de 1980 fue de 7:1, valor que es similar a la misma relación del total nacional en 1998. La relación aspirantes - admitidos para las facultades públicas ha variado de 30:1 a 15:1 en el período considerado, mientras que en las privadas la relación cambia de 7:1 a 3:1.

Con respecto al crecimiento de las facultades de medicina se encuentra que en la actualidad existen 54 programas de medicina y algunos otros proyectos de creación en curso. La tasa de crecimiento de las facultades ha venido creciendo, lo que ha repercutido en mayor oferta de egresados a nivel de país.

Tabla No. 1
Crecimiento de las facultades de medicina hasta 2003

PERÍODO	NÚMERO	TOTAL	TASA DE CRECIMIENTO
-1960	7	7	0%
1960-1969	2	9	22%
1970-1979	10	19	53%
1980-1989	2	21	10%
1990-1999	21	42	50%
2000 -2003	11	53	19%

De 1.256 egresados en 1980 se pasó a 2.202 en 1998. El rango de egresados en los 10 últimos años se ha mantenido entre 2.059 y 2.380, mínimo y máximo en 1992 y 1991 respectivamente, con un promedio de 2.183 egresados. Para 1980 los egresados de las facultades públicas fueron el 68% y de las facultades privadas 32%. En 1998, las facultades públicas participan nada más con el 42% y las privadas con el 58%. Las nuevas facultades de medicina sólo hasta el año 1999 empezaron a egresar médicos, por lo tanto es de prever un gran incremento del número de egresados en los próximos dos años cuando la mayoría de las nuevas facultades ya estarán graduando médicos.

Existe tendencia a la privatización en la enseñanza de la medicina. De dos programas de carácter privado existentes antes de 1969, el país pasó a tener 29 facultades privadas, como producto de la creación de ocho en el período 1970-1979 y 19 después de 1990. El crecimiento de las instituciones públicas ha sido bajo, dado que en los diferentes períodos considerados se han creado solamente 6 programas.

La concentración de las facultades de medicina es mayor a nivel central (21), Antioquia-viejo Caldas (11) y Costa Atlántica(10). La distribución de las facultades según su naturaleza jurídica, ha tenido un cambio radical. Mientras que antes de 1960 predominaban casi en forma absoluta los programas de naturaleza pública, actualmente el 69% de las facultades corresponden al sector privado y sólo el 31% al sector público, tendencia que de acuerdo con la información que se tiene sobre nuevos proyectos de creación de facultades se acentuará, consolidando el hecho que cada vez más la formación del recurso médico estará en manos del sector privado.

Tabla No. 2
Inventario de profesionales calculados para el año 2000

Recurso humano	Número	Distribución%
Profesionales	152.945	62,2
Técnicos	8.278	3,4
Auxiliares	84.757	34,4
Total	245.980	100,0

FUENTE: "Base de datos del proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia", Ministerio de Salud - Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2000. <http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/default.htm>

Tabla 3
Inventario de la oferta de profesionales, auxiliares y técnicos en salud en Colombia, 2000

Recurso humano	Número
Médicos	50.855
Odontólogos	30.396
Enfermeras	23.063
Nutricionistas	5.825
Bacteriólogas	17.608
Auxiliares de enfermería	82.406
Promotores de salud	2.351
Gerontólogos	1.330
Técnicos en radiología	898
Terapeutas físicos	7.254
Terapeutas ocupacionales	4.059
Terapeuta respiratoria	3.181
Optometras	2.428
Fonoaudiólogos	6.946
Técnicos de instrumentación quirúrgica	2.411
Técnicos laboratorio clínico	1.032
Técnicos mecánica dental	2.426
Técnico de auxiliares de enfermería	1.511
TOTAL	245.980

FUENTE: "Base de datos del proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia", Ministerio de Salud - Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2000. <http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/default.htm>

Si se proyectan los datos se encuentra una oferta para futuro así:

Tabla 4
Proyección oferta (número) de recursos humanos de profesionales. Colombia 2001-2005

Profesionales	2001	2002	2003	2004	2005
Médicos	52.727	54.605	56.463	58.400	60.283
Odontólogos	31.867	33.217	34.580	35.953	37.338
Enfermeras	24.401	25.778	27.261	28.876	30.660
Bacteriólogas	18.245	18.644	19.047	19.455	19.868
Nutricionistas	6.011	6.098	6.186	6.274	6.365

FUENTE: "Base de datos del proyecto Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia", Ministerio de Salud - Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2000. <http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/default.htm>

Con una población estimada para 2000 de 40.836.901, por cada 10.000 personas hay 1.25, médicos, La tasa encontrada es superior a la encontrada para México (5.41), Costa Rica (9.71), Bolivia (4.81) y Chile (4.60); e inferior a las de Cuba (37.04), Venezuela (15.38), Brasil (14.93) y Argentina (30.30). Igualmente es inferior al promedio obtenido del análisis de estos países, que es 12.89.

No existe relación directa entre la tasa de médicos y otros indicadores que demuestren desarrollo de un país, como son: la esperanza de vida al nacer, PNB per capita e Índice de Desarrollo Humano (IDH), lo cual induce a pensar que este índice no es necesariamente impactado por el nivel de riqueza de un país y que a su vez los indicadores de bienestar humano, y en especial de salud, no se afectan de manera directa con una mayor tasa de médicos, lo que ratifica el concepto de la multicausalidad de la enfermedad, y la necesidad de políticas integrales para el mejoramiento de las condiciones de salud de un pueblo.

Del total de médicos 57.26%, son médicos generales y 42.73% son especialistas, para una relación de 1.33 médicos generales por cada especialista.

El porcentaje de médicos generales del total del país se distribuye así: en la **Amazonía** un 0.42% con una tasa por 10 mil habitantes de 1.28. En la región **Centro-oriente**, el 38.52% para una tasa por

10 mil habitantes de 6.23. La región de la **Costa Atlántica** 18.71%, para una tasa por 10 mil habitantes de 5.16. La región de **Occidente** 31.45% y una tasa por 10 mil de 5.1 y la región **Orinoquía** 1.48% y a una tasa por 10 mil habitantes de 2.64.

El análisis anterior resulta llamativo en el sentido que muestra un déficit de médicos generales en las regiones de Amazonía y Orinoquía.

El análisis de la distribución de los médicos especialistas muestra los siguientes hechos: Para la Amazonía, el número de especialistas es del 0.17% y a una tasa de 0.39 por 10 mil habitantes. La región Centro-oriente 50.60% del total de especialistas, con una tasa 6.11 por 10 mil habitantes, 1.38 veces mayor que el promedio nacional. La región Costa Atlántica, 13.84% del total, para una tasa de 2.85, es decir 0.64 veces el promedio nacional. Occidente, registra 29.62% y representan una tasa por 10 mil de 3.59, que es 0.81 veces el promedio nacional, que es 4.24. Orinoquía, 0.72% del total, para una tasa por 10 mil de 0.96, o sea 0.22 veces el promedio nacional. Se observa un déficit importante de especialistas en la Amazonía y la Orinoquía, y concentración en la región Centro-oriente.

El número de Internistas y sub-especialistas en áreas de la medicina representa 18.86% del total de especialistas registrados, para una tasa de 0.949 Internistas por 10.000 habitantes. Pediatras y sub-especialistas en áreas de la Pediatría 11.15%, una tasa de 0.561 Pediatras por 10.000 habitantes. Anestesiología y Reanimación y sub-especialidades relacionadas 7.53%, para una tasa de 0.379 por 10.000 habitantes, (el estándar mundial en países industrializados es de 0.08 Anestesiólogos por cada 10.000 habitantes). Psiquiatras y especialistas relacionados con salud mental, de adultos y niños 4.91% para una tasa de 0.247 por 10.000 habitantes. Medicina Física y Rehabilitación 1.37% para una tasa de 0.069 Fisiatras por 10.000 habitantes (deberían existir 0.24 Fisiatras por 10.000 habitantes en el área rural y 0.073 en el área urbana). Oncología Clínica, Radioterapia y sub-especialidades afines de adultos, mujeres y niños 0.82% para una tasa de 0.041 Oncólogos Clínicos por 10.000 habitantes. Medicina y Salud Familiar es de 113, equivalentes a 0.54% una

tasa 0.027 médicos por 10.000. Ginecología y Obstetricia y sub-especialidades derivadas 10.29% y una tasa de 0.518 por 10.000 habitantes.

Cirugía General y sub-especialidades derivadas 8.93 y una tasa de 0.45 Cirujanos por 10.000. Ortopedia y traumatología y sub-especialidades 5.03% del total de especialistas, para una tasa de 0.253 Ortopedistas. Oftalmología y especialidades afines tasa de 0.251 Oftalmólogos por cada 10.000 habitantes. Cirugía Plástica 3.69% que representan una tasa de 0.186 por 10.000 habitantes. Otorrinolaringólogos 3%, para una tasa de 0.151. (Estándar de 0.25 Otorrinolaringólogos por 10.000 habitantes). Urología y sub-especialidades derivadas 2.1% de los especialistas y representan una tasa de 0.106 por 10.000 habitantes (Japón tiene una tasa de 0.625, Estados Unidos de 0.370, 0.04 en Gran Bretaña y Ghana 0.004 Urólogos por 10.000 habitantes). Los especialistas médicos con énfasis en salud pública corresponden al 4.09%. Especialistas médicos en áreas gerenciales, administrativas y afines corresponden al 2.82%. Los especialistas en otras áreas que corresponden al campo de la salud son 192, los especializados en las áreas médicas básicas son 61 y en otras áreas que no corresponden al campo médico son 63. De lo anterior se concluye que las áreas médico quirúrgicas, incluyendo las de apoyo diagnóstico continúan siendo las de mayor peso porcentual entre las especialidades, alcanzando el 91.58%.

Se encuentran además 1.86 auxiliares de enfermería por 1.000 habitantes y 0.69 odontólogos por

1.000 habitantes. Por cada médico se estima que existe 0.42 enfermeras profesionales, 1.48 auxiliares de enfermería, 0.55 odontólogos, 0.31 terapeutas y 0.45 bacteriólogos y nutricionistas.

En odontología se encuentran 35 facultades, algunas "extensiones" que sus directivos llaman, pero que definitivamente suman. Una investigación hecha por los doctores Fernando Ospina, Claudia Polanco y Mario Molina con la dirección de la Dra. Elba María Bermúdez de la Universidad El Bosque, quienes entrevistaron a 569 odontólogos de Santafé de Bogotá, informan datos como que el 11.42% de los odontólogos de práctica privada exclusiva perciben al mes únicamente un salario mínimo; el 24.96% reciben entre uno y tres salarios mínimos; el 22.67% entre tres y cinco salarios; el 27.24%, entre cinco y ocho salarios mínimos; el 9.14% de ocho a diez salarios mínimos y escasamente el 4% de los profesionales de la Salud Oral, reciben más de diez salarios mínimos, por 8 horas diarias de labor al mes. Sólo el 29.53% vive en un ciento por ciento de las actividades profesionales, el resto tiene que buscarse otros quehaceres para poder subsistir y como consecuencia de esta depresión, apenas el 13.53% de los encuestados dijeron que estaban satisfechos de ser odontólogos y el 86.47% manifestaron que no lo estaban.

Los casos más críticos son el de los gerontólogos (84 por ciento de desempleo) y el de los nutricionistas (82,4). Esto último, a pesar de que la desnutrición es uno de los problemas nacionales más graves.

4. LA DEMANDA

Tabla No. 5
Distribución del recurso humano vinculado institucionalmente para el año 2000

Categoría Ocupacional Total País	Cantidad 119,934	% Participación 100%	Relación Médicos Otros Profesionales
Médicos	30,488	25%	
Profesional de Enfermería	10,841	9%	0.4
Auxiliar de Enfermería	55,866	47%	1.8
Odontólogos	10,153	8%	0.3
Terapias	4,991	4%	0.2
Bacteriólogos, Nutricionistas	7,595	6%	0.2

Fuente: Modelo de Oferta y Demanda de Recurso Humano de Salud en Colombia. Cálculo Cendex

La capacidad de absorción del sistema es de 278.685 profesionales, de los cuales el 7.7% lo hace como ejercicio particular. En la actualidad 28.419 galenos se disputan 25.431 puestos de trabajo, hay 24.000 y sólo están empleados 11.000. 20.306 profesionales de enfermería, de los cuales 10.667 están contratados. La realidad de los auxiliares es otra, pues sólo el 11,6 por ciento de ellos, que en total suman 79.139, está vacante. Por otro lado, de 1.024 radiólogos, trabajan 871; de 2.355 optómetras, 882 y de 6.738 fonoaudiólogos, 2.322 laboran. De 15.147 bacteriólogos, 7.364 (48,6 por ciento) tienen una oportunidad laboral en su campo de especialización, aun cuando la cobertura actual requiere de 9.430.

Es evidente que la oferta de personal es mayor que la demanda, en un sistema de salud con una cobertura de apenas el 52,8 por ciento de la población. Se calcula que si la cobertura en salud fuera del 80% se necesitarían cerca de 41.000 médicos. Esto quiere decir que habría que importar profesionales. En países desarrollados como Canadá y E.U. consideran estratégico el sector salud y, por tanto, el Estado proyecta el recurso humano que va a requerir a largo plazo para que las universidades regulen los cupos.

5. CONCLUSIONES

- Desde el punto de vista de la calidad, la formación del médico colombiano se caracteriza por un buen reconocimiento de su nivel profesional en el concierto latinoamericano. El perfil académico de nuestro médico general es un perfil exigente, que lo prepara para el desempeño en acciones de promoción y recuperación de la salud y prevención de la enfermedad, tanto en el nivel individual, como familiar y comunitario. Cada vez los componentes curriculares relacionados con aspectos gerenciales y administrativos de los servicios de salud, hasta los sistemas de salud están siendo considerados en mayor extensión y profundidad. El componente humanístico dentro de los planes de estudio re-

quiere probablemente ser reforzado, la formación universitaria en nuestro país continúa siendo esencialmente profesionalizante, y ésta situación no es distinta para la medicina. Ospina y Rey hacen una amplia descripción del perfil humano, científico, laboral y profesional del médico. Vale la pena destacar la acción de ASCOFAME durante los últimos ocho años para que la formación del médico sea de carácter integral en un sano equilibrio entre las acciones de atención individual de la enfermedad y las colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Encontramos que en la actualidad existe mayor oferta de profesionales que la demanda a cubrir.
- Existe inequidad en la distribución geográfica de los profesionales.
- El desempleo del sector médico está alcanzando un 7% de los egresados.
- Si el país no se mete en la onda de la planeación de sus recursos humanos en salud será inevitable que empeore la calidad de este servicio público y que los mejores bachilleres ya no quieran ser médicos, enfermeros u odontólogos.

6. PROPUESTA

El problema no puede observarse desde la cantidad sino desde calidad, por lo tanto, corresponde al estado su implementación y control en:

- La estructuración de un Sistema Nacional de Información de Recursos Humanos en Salud.
- La organización de un Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud, encargado de generar un plan y una política.
- Una articulación docente-asistencial con el objetivo que se den las condiciones adecuadas para desarrollar actividades docentes en las instituciones prestadoras de servicios y que por lo tanto requerirán de acciones concertadas y de espacios de análisis en donde se integran decisiones

alrededor de una política clara entre los sectores de educación y salud.

- Un Sistema de Acreditación Docente para las Instituciones de Salud que tienen convenios docente-asistenciales, acompañado de un esquema de incentivos que permitan el desarrollo de las mejores condiciones para la docencia en estas instituciones.
- Un esquema de incentivos para los Hospitales Universitarios y campos de práctica.
- Un diagnóstico sistemático y activo sobre necesidades de la población y de recursos humanos.
- Una adecuada concertación entre el Ministerio de Protección Social y el Ministerio de Educación.

BIBLIOGRAFÍA

1. González G, Poveda J, García S, Quintero A, Montealegre N. La oferta y la demanda de recursos humanos en salud en Colombia. Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en Salud. Estudio realizado para el programa de apoyo a la reforma del Ministerio de Salud por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. 2003.
2. Ministerio de Salud- Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma de Seguridad. Unión Temporal Ascofame Assalud Aupha CES. Proyecto Acreditación de Instituciones de Educación y Entrenamiento en Salud. 2002.
3. Espinosa Echevarria K, Restrepo Zea JH, Rodríguez Acosta S. Producción académica en economía de la salud en Colombia 1980-2002.
4. Ministerio de Salud- CONSULTORIA I GESTIO-CHC. Colombia. Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud.
5. Camacho S, Matallana MA, O´meara G, Ruiz F, Tao J, Vásquez E. La oferta educativa en salud en Colombia instituciones y programas análisis de capacidad instalada y currículos. Documento técnico ass/881.01. Bogotá, julio de 2001.
6. Escobar Gaviria RH. Impacto del sistema de seguridad social en salud en las relaciones docencia-servicio y en los escenarios de practicar. ASCOFAME.
7. Universidad Javeriana, Family Health Foundation, Fedesarrollo. Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud en Colombia. Colombia, 2001.
8. Montes Campuzano VH. Encuentro regional por la salud Barranquilla, Colombia. junio 16 y 17 de 2000.
9. Ospina Lugo JE, Escobar Gaviria RH, Rendón Valencia CA, Molina de Uriza J, Giraldo Samper D. Recurso Humano en Medicina: Formación, distribución. Bases para una propuesta política. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. ASCOFAME. Febrero del 2000.
10. Ospina J, Rey N. Perspectivas Curriculares de Educación Médica para el siglo XXI;. ASCOFAME, Santafé de Bogotá, D.C., 1995.
11. Talaya AE, Garcia de Madariaga J, Narros González MJ, Olarte Pascual C, Reinares Lara E, Saco Vázquez M. Principios de Marketing. 1 ed. Madrid: Editorial Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing ESIC, Madrid; 1997.

