

CANTIDAD, PERFIL Y CALIDAD EN LA FORMACION DE PROFESIONALES PARA LA SALUD EN CHILE. I. LA APORIA NUMERICA

Cuad. Méd. Soc. XL, 2. 1999/ 55-66

Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo

SUMMARY

The health human resource is one of the essential element to assure a efficient health care system. The objective the author are under is to make a quantitative and qualitative analysis of the formation of the health professionals in order to propose corrections. In this first part of the analysis the article reviews the magnitud and the distribution of health personnel.

RESUMEN

El recurso humano para la salud y su formación constituye uno de los elementos esenciales para garantizar un sistema sanitario que dé satisfacción a las cambiantes y exigentes expectativas que sobre la medicina tiene la sociedad. Los condicionantes y los objetivos en que se basa su disponibilidad no ofrecen soluciones singulares, pero sí opciones ponderables que permiten señalar rutas eficientes. El autor se propone una revisión de datos cuantitativos y cualitativos sobre la formación de profesionales de la salud para aproximarse a los problemas pertinentes de mayor significado y plantear rectificaciones. En esta primera parte se aboca al análisis de la cantidad y distribución de profesionales, donde caben medidas de racionalización impostergables.

INTRODUCCION

El tema de la formación del recurso humano es central en la discusión sobre sistemas de atención de salud, la evaluación de sus funciones o la aplicación de reformas o perfeccionamiento de los modelos vigentes. Existe hoy un permanente cuestionamiento de la eficacia de los servicios sanitarios para lograr las metas de salud, sostenidas tanto por organismos de planificación como por la sociedad y los individuos. Por otra parte, los cambios epidemiológicos, científico-tecnológicos, culturales y socioeconómicos, que obligan a nuevas propuestas de desarrollo y organización en la

provisión de salud, están imponiendo en todo el mundo una constante revisión de los objetivos, los medios y las formas más eficaces y coherentes para cubrir las variadas necesidades emergentes de recursos humanos y dar debida respuesta a quienes demandan las capacidades involucradas (1-6).

Es indispensable cubrir todos los aspectos relacionados con esta área de intervención en salud, para resolver adecuadamente el tratamiento al sistema de atención, según las dinámicas del momento y las proyecciones estimadas para un futuro razonable. No obstante, por motivos de simplificación, nos parece oportuno dedicar esta reflexión sólo a lo que concierne a la producción

del recurso profesional y más puntualmente a los aspectos de cantidad, perfil y calidad del profesional de la salud, como base para una propuesta de mejoramiento de las deficiencias y satisfacción de las aspiraciones de la organización global de los servicios.

De más está decir que circunscribir a este marco el ámbito de la exposición se fundamenta también en que, para la fortaleza de cualquier sistema, resulta crucial que cumpla sus objetivos apropiadamente, con pertinencia, oportunidad e idoneidad¹. Para lograr estas características, en cualquier escenario de contingencias, no se puede prescindir de decisiones ajustadas sobre el número de actores, sus atributos esenciales y la excelencia de su desempeño.

Tampoco debe escapar a estas consideraciones el hecho que para lograr un determinado objetivo general en salud, los aspectos de cantidad, del perfil y de la calidad de los agentes son interdependientes. Dentro de ciertos márgenes, una reducción numérica puede compensarse con una mayor calidad, si se dispone de determinados atributos, así como carencias parciales de calidad, en algunos elementos, pueden superarse si están presentes en otros y, por cantidad u oferta, se neutralizan las ausencias concomitantes. Nos referiremos marginalmente a este tipo de alcances e interrelaciones para no distraernos del epicentro de la discusión.

Sin embargo cabe otra advertencia. La Salud y la Medicina discurren en ámbitos ilimitados e indeterminables si se consideran aspiraciones, de alguna manera interpretación de los fines, y medios para lograrlas (o lograrlos), lo que se remite a recursos. Aquellas pueden ser infinitas, estos siempre escasos e insuficientes. De tal modo que toda ponencia respecto a características cuantitativas o cualitativas de los medios dispuestos para su abordaje, enfrenta insalvablemente la aporía de definir un instrumento para cuya utilización no hemos establecido en definitiva los requerimientos. Entonces las propuestas se sustentan solamente en repetir el mejor modelo vigente o la fórmula que aparezca más plausible.

CANTIDAD DE PROFESIONALES

Los organismos involucrados en la formación de los recursos humanos no han cesado de preocuparse de este problema desde que se tomara conciencia de la necesidad de regular colectivamente la oferta de profesionales, provenientes de las Escuelas de Medicina nacionales y del exterior, para adecuarla a las reales demandas de la salud del país (7-10).

No quiere esto decir que haya consenso sobre la procedencia de esta regulación. En un ambiente en que se estima de "buen gusto" y (paradójicamente) de "avanzada", descalificar las tareas de planificación central y del Estado, siempre surgen voces que, quizás por aisladas y generalmente fuera de contexto, se oyen más y discrepan, en aras de una autorregulación por el mercado, de cualquiera iniciativa que signifique una intervención en el libre y cada vez más anárquico flujir de prestadores.

Pero vale la pena señalar las alternativas que, a nuestro parecer, se presentan ante el urgente desafío a tomar medidas proporcionales al daño que se prevé a corto plazo, si no se repara la insatisfactoria producción de profesionales y se rectifica la dotación de sus atributos y capacidades. De modo que a la interrogante de cuántos profesionales y de qué tipo se requieren, es preciso agregar cómo planificar y regular los recursos humanos, sin dejar de precisar a quién corresponde esa tarea.

ESTIMACION DE REQUERIMIENTOS

No existen, en el mundo, criterios de consenso o que se sustenten en sólidas evidencias respecto a los índices más adecuados de profesionales de la salud para satisfacer los requerimientos sanitarios de las comunidades. Este es, sin embargo, un factor esencial a considerar en el diseño de cualquier política de formación profesional no sólo para proyectar el número de ellos y su distribución, sino que para definir sus características, proponer la adquisición de determinadas destrezas o especializaciones, lograr desempeños de excelencia y coordinar las actuaciones de los diferentes agentes, promotores y causantes de la salud.

Son numerosos los factores que determinan variadas exigencias para la formación de profesionales de la salud. La Tabla N° 1 enumera algunos relacionados a aspectos económico-sociales, de la organización asistencial y educacionales, aunque evidentemente unos y otros son interdependientes.

¹ Precisamos el significado de estos términos. Apropriadamente = con propiedad, proporcionado. Pertinencia = concerniente, a propósito, lo que corresponde. Oportunidad = en tiempo y lugar conveniente. Idoneidad = suficiencia, capacidad, aptitud. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*, vigésima edición, 1984.

TABLA N° 1

Determinantes de la formación
de recursos humanos**Factores económico-sociales**

Ritmo de crecimiento del país.
Desarrollo cultural, social y económico.
Desarrollo científico-tecnológico global.
Características demográficas.
Participación de organismos intermedios y gravitación de intereses corporativos.
Grado de medicalización del ambiente.
Compromiso y participación de la comunidad.
Prestigio social de las profesiones sanitarias.
Priorización política de las acciones de salud.

Aspectos de la organización asistencial

Recursos disponibles en salud y formas de administración.
Problemas sanitarios y perfil de morbilidad y mortalidad.
Situación de salud y su evolución.
Costos de los servicios y mecanismos de financiamiento.
Políticas de salud y de atención médica.
Magnitud de los problemas de salud.
Asignación de funciones entre profesionales de la salud.
Estímulos y regulaciones del ejercicio profesional.
Características del mercado laboral.
Expectativas de la carrera funcionaria.
Capacidad de gestión de los entes sanitarios, respecto a la regulación sistemática de los determinantes.

Aspectos educacionales

Posibilidades de acceso a la educación superior.
Integración de políticas de educación y salud.
Capacidad de los centros formadores.
Grado de especialización de los profesionales de la salud.
Diversidad y disponibilidad de los programas de entrenamiento.
Organización de la educación continuada.
Disponibilidad de campos clínicos.
Coordinación docente asistencial para el aprendizaje.
Definición de los perfiles profesionales
Objetivos específicos en la educación profesional.
Metodologías educativas utilizadas.
Fortalezas académicas de las instituciones formadoras.

No deja de ser frustrante la experiencia de muchos países, entre ellos los Estados Unidos de Norteamérica, donde a pesar de su potencialidad técnica y de planificación aún no han logrado superar las discordancias entre especialización y acceso al recurso médico, costo-eficacia del sistema y equidad, formación de capacidad técnica y orientación de los servicios sanitarios. Aún más, sería pretencioso consignar algún ejemplo de país que haya conseguido evitar todas estas insuficiencias.

Cada vez es más complejo el escenario de la atención de salud y contribuye a ello, decisivamente, la internacionalización del conocimiento y del desarrollo de las disciplinas y de los saberes y la globalización de los mercados de productos y servicios (11-12). Lejos de eximirse de este concierto, la medicina se ha incorporado a él de manera irreductible, y de ello depende, por otra parte, sin atenuantes ni posibilidad de reversión, gran parte de su despliegue. Resulta ilustrativo, a este respecto, tener en consideración las instancias que aparecen proveyendo salud entre Estados, con los consiguientes requerimientos de resguardos internacionales y que, a medida que proliferen, tendrán que estar sujetos a acuerdos generales de comercialización de servicios². Una buena esquematización resulta de distinguir, por ejemplo, entre 1. **Servicios de frontera**, que se establecen en las áreas limítrofes de diversos Estados abarcando consultas directas, extemporáneas o sistemáticas, y transmisión a distancia de información (telemedicina o educación); 2. **Consumo en el exterior**, caricaturizado como "turismo sanitario" y que representa una exportación "in situ" de servicios para clientes de países foráneos; 3. **Presencia o establecimiento en el territorio de servicios de salud con recursos** (financieros, técnicos y humanos) importados, y 4. **Movimientos de personas naturales** (profesionales y pacientes), en forma transitoria o definitiva, para ejercer o acceder a distintas formas de medicina (13-14). Estos nuevos "estilos" de proveer salud requieren regulaciones administrativas y financieras (de inversión, seguros, impuestos, privilegios, controles de calidad y de su aseguramiento, de permanencia, de habilitación y ejercicio laboral) y, consecuentemente, de decisiones políticas sobre liberalización o protección de recursos internos.

De modo que, existiendo variables de tan diversa índole, acentuadas por situaciones emergentes que imponen modalidades de difícil predic-

² General Agreement on Trade in Services (GATS)

ción y que incitan a iniciativas inexploradas, las consideraciones sobre requerimientos, disponibilidad y distribución del contingente profesional, por lo general, deben limitarse a describir situaciones y correlacionar indicadores aleatorios, de cuya significación no puede haber certeza, sino que presunción.

No obstante, lo que sucede en distintos países en cuanto a disponibilidad de profesionales, puede ser orientador. En este sentido debe tenerse en cuenta la oferta de los mismos y las falencias denunciadas por diferentes entidades y criterios. No puede prescindirse para una correcta evaluación del nivel de los requerimientos, cuyos determinantes de algún modo hemos sólo enumerado, pero son, sin duda, condicionantes de primera importancia.

LA DISPONIBILIDAD DE PROFESIONALES

Las proyecciones que se han efectuado recientemente (7, 15-17), con diversas metodologías, respecto al número de médicos activos en Chile coinciden, en general, en que el país llegará antes de terminar la primera década del próximo siglo a una relación médico/habitante cercana a 1/650, que se estima satisfactoria (Tabla N° 2). Empero, esta calificación está sujeta a discusión, ya que el indicador es muy burdo y una más correcta apreciación depende del tipo de profesional, de su distribución o concentración en las diferentes áreas de servicios, de la especialización y del modelo sanitario imperante, de los recursos paramédicos, de los niveles científico-tecnológicos accesibles e, incluso, de la ponderación de

TABLA N° 2

Proyecciones estimadas de médicos activos en Chile para el período 1992-2008

Año	Titulados*	Extranjeros* #	Médicos*	#Médicos**	Población estimada**	Relación méd/hab seg.*	seg **
1992	491	153	13.897				
1993	501	108	14.397				
1994	507	146	14.862		13.893.215	1 : 934	
1995	501	261	15.366				
1996	495	251	15.974				
1997	540	281	16.561				
1998	505	322	17.217	17.441	14.821.187	1 : 860	1 : 850
1999	498	358	17.872	17.971			
2000	653	393	18.549	18.542			
2001	646	429	19.410	19.222			
2002	693	464	20.290	19.896			
2003	762	500	21.244	20.610	15.773.504	1 : 742	1 : 765
2004	800	536	22.294	21.353			
2005	800	571	23.406	22.134			
2006	800	607	24.543	22.907			
2007	800	642	25.704	23.690			
2008	***			24.449	16.611.101	1 : 611	1 : 679

* Fuente Ref 17

** Fuente Ref 7

*** Es probable que los titulados de universidades chilenas se aproximen a 900 anuales, a medida que se instalen nuevas Escuelas, como está anunciado a la sazón

medidas de prevención, promoción, curación y rehabilitación contempladas en las políticas de salud del país.

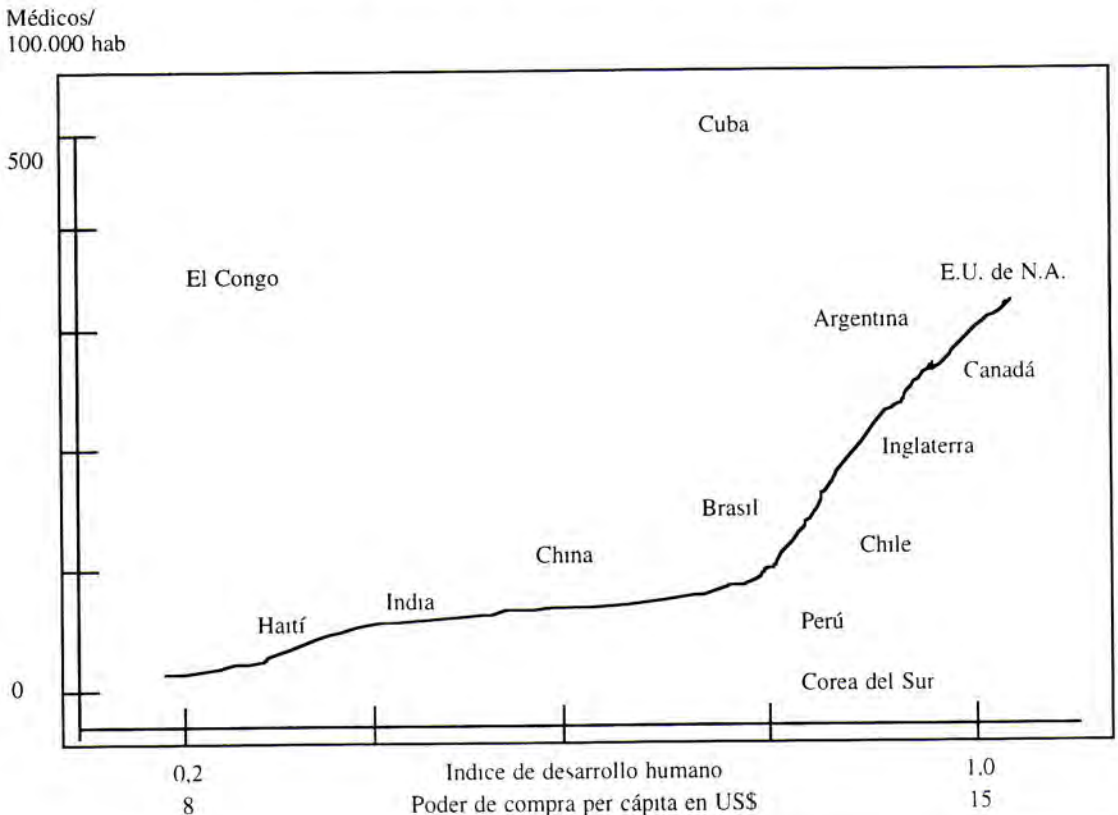
El estudio de ASOFAMECH (17) relaciona el número de médicos por habitantes, en diversos países, con parámetros que se estiman condicionantes de una cierta disponibilidad, como pudieran ser el índice de desarrollo humano o el ingreso per cápita. Aun cuando se aprecia una relación directa entre tales indicadores y el número de médicos en situaciones extremas definidas, y se puede configurar una tendencia, existen claros ejemplos de excepción, algunos determinados sea por políticas específicas o insuficiencias de provisión. Mientras que en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Inglaterra y Argentina, por ejemplo, coincide un alto índice de desarrollo humano con una proporción elevada de médicos por 100.000 habitantes y en Haití o India se da lo inverso:

Cuba y el Congo tienen un número alto de médicos, fuera de proporción con su indicador de desarrollo humano; en tanto Corea del Sur, Japón y Hong Kong cuentan con un bajo número de médicos, en relación a habitantes, pese a su elevado descriptor económico (Figura 1).

Por otra parte, es digna de considerar la relación numérica entre los diferentes profesionales de la salud, en los países o en sus organizaciones de atención. Una aconsejable relación, por ejemplo, entre médicos y enfermeras no debiera bajar de uno es a dos, o tres (9, 18). Este dato tiene importantes implicaciones respecto al papel que cumplen los profesionales de la salud, incluso más allá del desempeño de estas dos categorías de profesionales, y también en relación al costo de los servicios de salud, si tan sólo nos atenemos a considerar el tiempo de formación de unos y otros y cómo este hecho repercute en la provisión de sus

FIGURA N° 1

Relación esquemática entre N° de médicos por habitantes e índice de desarrollo humano y/o ingreso per cápita



Adaptado de Ref 17

servicios. En Chile, el Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene una dotación de enfermeras que no alcanza a la mitad de los médicos y no supera los dos tercios de ellos, aún sumándoles el contingente de matronas (Tabla N° 3). También es sabido que la dotación absoluta en el país es exigua, por insuficiente formación de enfermeras, por el alto índice de deserción estudiantil y profesional y también porque ha habido una elevada emigración, aunque no cuantificada, de egresadas nacionales a otros países (19).

TABLA N° 3

Recursos humanos en el sistema nacional de servicios de salud, 1996

Actividad	N°
Profesionales	
Médicos	7.849
Enfermeras	3.226
Matronas	2.072
Tecnólogos médicos	1.118
Odontólogos	1.102
Nutricionistas	534
Asistentes sociales	515
Kinesiólogos	345
Químico farmacéuticos	252
Educadoras de párvulos	175
Terapeutas ocupacionales	99
Bioquímicos	30
Directivos	1.965
Otros	1.825
Total profesionales	21.107
Personal	
Auxiliares paramédicos	22.328
Administrativos	9.336
Técnicos	485
Auxiliares	14.058
Total personal	46.207
TOTAL	67.314

Fuente: Anuario, Atenciones y Recursos Ministerio de Salud 1996

LA FORMACION Y LA OFERTA DE PROFESIONALES

Las últimas dos décadas se han caracterizado por la proliferación de Escuelas de Medicina y de otras carreras de la salud. Esto no resulta ajeno a la tendencia a una medicalización de la sociedad (20-21), unido a la libertad de instalación de nuevas instituciones de educación superior y está muy lejos de ser una característica exclusiva de nuestro medio, por cuanto se observa actualmente similar conducta en casi todas las latitudes (Tabla N° 4). En nuestro caso, se han duplicado en los últimos 10 años (Tabla N° 5) y es probable que se tripliquen en los próximos, si no se adoptan claras disposiciones de regulación, que impidan caer en una sobre oferta de profesionales y que especialmente cautelen su calidad (22-23) (Tabla N° 6). Es así como, dado el actual soporte académico de las universidades y las políticas de bajo estímulo al postgrado en ciencias de la salud y otras disciplinas habilitantes, es temerario suponer un potencial formador idóneo para asumir la producción prevista con tal número de nuevos programas e instituciones.

Aparte de la reserva sobre cuál sería el cuerpo académico requerido para establecer una verdadera capacidad formadora, la dotación de escuelas a menudo desligado de lo anterior, constituye un dato de referencia útil para determinar el nivel formativo de un país. A título descriptivo se anotan en la Tabla N° 7 el número de escuelas de medicina en diversos países, observándose una amplia dispersión en la relación escuelas/número de habitantes (1, 24, 25). Es de notar, en recuadro separado, como en el modelo de China, con tres categorías de escuelas, se logra un índice próximo a los de los otros países sólo al sumar el producto de todas las diferentes instituciones: universitaria, tradicional y de nivel de educación secundaria (24). Es evidente que se puede así lograr una cobertura numérica eventualmente satisfactoria, pero a costa de una eficacia que siempre está al nivel de quienes realizan con menos rigor la práctica profesional. Recordemos que en este modelo, aún sin prejuzgar de calidad, la tercera categoría de profesionales carecen de educación superior y la medicina tradicional escapa de un respaldo científico satisfactorio.

Por último, es claro que la oferta profesional no proviene sólo de los egresados de la educación superior local, sino que además de los que ingresan o emigran al país una vez formados en el exterior. Este mecanismo puede dar origen a una

TABLA 4

Creación de Escuelas de Medicina según países, entre 1960 y 1999

País	Hasta 1960	1961-1970	1971-1980	1981-1990	1991-1999
Bolivia	3				7
Brasil	18		63		80
Chile	6			(9)*	12
Colombia		8	19	21	36
México**				61	77
Venezuela	7				10
Canadá			16		16
Inglaterra			20		23
USA***	142				142
Malasia	1			2	9
Thailandia	2				13
África	6	33			94

* Entre 1972 y 1981 la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile estuvo constituida por 4 organismos independientes (y sendas Escuelas de Medicina) sin variación significativa de los cupos de alumnos totales

** En México el mayor incremento se produjo en la década del 70, por lo que se ha interpretado como un proceso coyuntural de masificación de la educación superior (Hernández, G. *La calidad de la Educación Médica en México* 1997)

*** En 1904 USA tenía 160 Escuelas de Medicina, en 1910, tras el informe Flexner bajó a 130 y en 1916 llegaron a 100

TABLA N° 5

Escuelas de las carreras de la Salud en Chile, según año de creación

Carrera	<1900	1901-30	1931-60	1961-80	1981-90	1991-2000	Total
Medicina	1	2		3		6	12
Enfermería		1	1*	4	1	11	18
Kinesiología		1		3		5	8
Obstetricia	1		1*	2	2	2	8
Tecnología			2	2	2		6
Terapia ocup.				1		1	2
Fonoaudio			1			1	2
Nutrición				4			4
Odontología	1	1	1			4	7
Quím. farmac.		1	1	1	1	2	6
Suma parcial	3	4	4	19	5	6	60
Totales	3	6	10	29	34	60	

* Corresponde a carrera de Enfermería Obstétrica

Fuente "Índices 2000" Consejo Superior de Educación Comisión Nacional de Acreditación de Programas
Ministerio de Educación República de Chile

porción significativa de la dotación de profesionales de la salud en un momento dado y alterar significativamente las políticas de formación, si no ha estado previamente considerado como parte del sistema o, al revés, por corresponder precisamente a la intencionalidad de la gestión de recursos humanos del Estado. En Chile, el ingreso de profesionales foráneos tiende a bordear últimamente al 50% de la promoción nacional anual (16, 17) (Tabla N° 8), lo que resulta altamente arriesgado para distorsionar el sentido de una formación médica desarrollada en respuesta a la epidemiología, los modelos de atención y la idiosincrasia del país. Importar mano de obra profesional puede ser un objetivo plausible en determinadas situaciones, así como la formación puede transformarse en un bien de exportación, como acaba de difundirse por la prensa el proyecto cubano de formar 14.000 médicos para el área latinoamericana, pese a reconocerse que es inadecuada la solvencia académica en ese país, en la formación de médicos generales integrales (26), justamente los que se necesitan en el continente.

TABLA N° 6

Egresados de las carreras de la salud*, en 1996 y estimaciones para 2005

Carreras	Egresados 1996	Estimación 2005	
		Mínimo	Máximo
Enfermería	305	714	1.088
Fonoaudiología	23	60	98
Terapia ocup	12	30	76
Kinesiología	123	298	370
Medicina	529	648	735
Obstetricia	232	346	422
Tecnología	90	129	184
Nutrición	102	125	184
TOTAL	1.293	2.350	3.279

TABLA N° 7

Relación de Escuelas de Medicina y número de habitantes, por país

País	# de Escuelas	Millones de hab.	M. hab./Esc.
Singapur	1	3	3
Inglaterra	23	52	2,3
Malasia	9	20	2,2
Venezuela	10	21	2,1
Brasil	80	157	1,8
USA	142	260	1,8
Holanda	8	15	1,8
Canadá	16	28	1,7
Chile	12	15	1,3
México	77	90	1,2
Bolivia	7	8	1,1
Colombia	36	34	0,9
Fiji	1	0,75	0,7
Thailandia	13	6	0,5

	Tipo de Escuela	#	Billones de hab.	M. hab./Esc.
China	Esc.univers.	123	1.2	9,2
	+ Esc. Tradicion.	30		7,8
	+ Esc. Med. 2aria	550		1,6

TABLA N° 8

Médicos habilitados para ejercer la profesión en Chile
1990-1997

Año	Titulados en Chile	Revalida	Titulados en el extranjero		Ley 19074	Total
			Conv. México	Conv. Bilateral		
1990	498	23	31	S/I	-	562
1991	476	21	23	S/I	-	520
1992	524	15	22	S/I	116	677
1993	523	7	26	S/I	75	631
1994	479	26	47	S/I	73	625
1995	534	30	87	83	61	795
1996	472	55	64	116	15	722
1997	539	32	17	218	14	820
TOTAL	4.405	209	317	417*	354	5.342
				1.297		

* Existe información adicional de reconocimiento automático de otros 623 médicos extranjeros que se titularon en sus respectivos países después de 1980 y que posiblemente se incorporaron a la dotación nacional en los últimos 10 años

En el resto de las profesiones de la salud, la situación ha tendido a ser inversa, destacándose especialmente, por largos períodos, la emigración de enfermeras, especialmente al hemisferio norte.

En todo caso, la exportación e importación profesional requiere establecer en los diferentes países, procesos de control de la calidad formativa, estándares de valor equivalente y sistemas de regulación y homologación de capacidades, que no pueden ser soslayados para garantizar servicios idóneos y superar las deficiencias que se constatan en algunos programas. (11, 16, 23, 26)

PLETORAS Y FALENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS

Es relativamente excepcional que se produzcan profesionales de la salud en exceso de los requerimientos de un país. No obstante, la situación se ha vivido en algunos países tanto vecinos como alejados, probablemente con un evidente agravamiento por la mala distribución de ellos entre zonas geográficas diversas o, lo que es más frecuente, entre áreas rurales y urbanas o entre lugares de alta concentración de actividades y recursos y otros menos favorecidos por estas condi-

ciones. El ingreso ilimitado de alumnos a tales programas, sin un marco regulador o medidas de selección consecutivas, en niveles más avanzados de las carreras es otro de los factores promotores de plétora profesional con promociones cesantes que distorsionan el campo laboral y la propiedad en la aplicación de los recursos humanos.

Por otra parte, aunque la producción de profesionales sea adecuada y su diferenciación en especialidades satisfactoria en términos absolutos, su distribución entre regiones o entre diferentes organizaciones puede determinar disponibilidades perversas que promuevan inequidad e inaccesibilidad en las atenciones. Los índices de profesionales por número de habitantes en regiones de nuestro país tienen fluctuaciones de hasta 4 veces entre la Región Metropolitana, por ejemplo, y la Región del Maule (27). La situación se acentúa si consideramos las especialidades (28) donde algunas, como Psiquiatría, superan en regiones hasta 9 veces la disponibilidad profesional del Área Metropolitana (29).

En la práctica, se advierte en nuestro país falencia en los servicios públicos de salud de, entre otros, oftalmólogos, traumatólogos, anestesiólogos, dermatólogos, anatomopatólogos, por mencionar sólo las observaciones de mayor ocurrencia (30).

TABLA N° 9

Requerimientos de especialistas planteados para el 2000 por los Servicios de Salud; cupos ofrecidos en 1997 por las universidades, para becas de retorno de médicos generales de zona, y porcentajes de vacantes no llenadas en concursos 1992-1995

Especialidad	Solicitudes año 2000	Cupos ofrecidos 1997	% vacantes 1992-95 no ocupadas	Indice de preferencia*
Anestesia	69	13	11	14
Cirugía	47	19	30	19
Cirugía infan.	27	4	8	8
Dermatología	25	3	0	3
Fisiatría	22	1	20	17
Genética clín.	0	1	50	15
Laborat. clín.	9	2	57	21
Med. gen. fam.	20	2	88	13
Medic. intern.	47	21	66	22
Med. nuclear	5	3	0	16
Neurocirugía	20	3	0	5
Neurología	23	8	10	12
Neurol. pediát.	13	3	0	9
Obstet. gineco.	45	20	12	10
Oftalmología	60	4	0	1
Otorrinolarin.	53	3	0	2
Pediatría	42	36	20	18
Psiquiatría	46	6	80	20
Psiquiat. infan.	19	3	17	11
Radiología	41	6	0	6
Salud pública	9	2	90	23
Traumat. orto.	44	8	0	4
Urología	27	3	11	7
Anato. patol.	16	2	100	NHP
Genétic. clín.	0	1	100	NHP
Med. gen. adult.	7	1	100	NHP
Med. gen. niño	6	1	100	NHP
Medic. urgen.	9	3	100	NHP
Microbiolog.	2	1	100	NHP
Medicina leg.	0	0	100	NHP

NHP = no hubo postulantes.

* Relaciona prioridades de postulantes y cupos ofrecidos

(Tabla N° 9). Sin embargo, las Escuelas de Postgrado del sistema universitario no han escatimado en formar estos especialistas, incluso en algunos casos por sobre las peticiones de cupo del Ministerio de Salud y los Servicios. (30, 31) Lamentablemente, quienes dan por cumplidos tales programas no son atraídos ni logran ser retenidos en esos servicios, dados los exiguos estímulos económicos que se les ofrecen o las inconsistencias

del sistema, y terminan entregando sus capacidades fuera de tales instituciones

Una vez más es necesario insistir en las distorsiones existentes entre dotaciones de diferentes profesiones de la salud, que hasta cierto punto son expresión de modelos de organización no racionales que llaman a un ajuste para lograr mejor costo efectividad además de suponer, en algunos casos, la aceptación de nuevos roles profesionales (7, 23, 32)

Establecer un balance adecuado entre médicos, enfermeras, matronas; estimular la incorporación de mayor proporción de kinesiólogos a las actividades intramurales como abiertas, abrir espacios para fonoaudiólogos, terapéutas ocupacionales, nutricionistas y ubicar adecuadamente a los tecnólogos médicos en sus diferentes menciones, son tareas de programación que no pueden esperar, dentro de la racionalización de los recursos humanos en salud. Agreguemos, para no escatimar posibilidades, la necesidad de estudiar el desarrollo de nuevas especialidades o destrezas específicas en esas profesiones, o incluso configurando nuevas carreras para diversificar la oferta, utilizar las capacidades más efectivamente y ofrecer alternativas disciplinarias más ricas a quienes optan por las profesiones de la salud. Esta es una tarea urgente para las Facultades de Medicina y de la Salud y, tal vez, una manera de competir innovadoramente y no disputar por campos clínicos inextensibles.

En todo caso, una reflexión más centrada en la pertinencia y los atributos, junto a la calidad, de los profesionales de la salud exige un mayor espacio y creemos que debe corresponder a una segunda parte.

REFERENCIAS

- Improving the Social Responsiveness of Medical Schools. Proceedings of the 1998 Educational Commission for Foreign Medical Graduates WHO Invitational Conference. *Acad. Med.* 1999; 74: S3-S90.
- Tosteson, DC.; Adelstein, S. y Carver, S.T. New Pathways to Medical Education. Learning to Learn at Harvard Medical School. Harvard University Press, 1994.
- Lage, A. Los Desafíos del Desarrollo: La Actividad Científica como Eje de la Formación del Personal de Salud *Educación Médica y Salud.* OPS/OMS 1995, 29: 243-256
- Reorienting Medical Education and Medical Practice for Health for All World Health Assembly Resolution WHA 48.8 Geneva. Switzerland WHO, 1995
- Rosselot, E. Cuatro Orientaciones y una Estrategia para las Modificaciones Previstas en la Educación Médica *Rev. Méd. Chile* 1995, 123: 1292-1296
- Mateluna, E. Cambio Curricular en el Plan de Estudios de la Carrera de Medicina de la Universidad de Chile *Cuad. Med. Soc.* 1998; 39: 51-56
- Goic, A. Recursos Humanos para la Salud en Chile. Serie Documentos Académicos. Facultad de Medicina Universidad de Chile. 1999; 1: 5-50
- Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en el sistema Nacional de Servicios de Salud División de Recursos Humanos. Ministerio de Salud Pública República de Chile. 1997
- Venturini, G. Recursos Humanos para el Sector Salud Necesidades para el Mediano y Largo Plazo La Oferta y Demanda de Personal, en "La Salud en el Siglo XXI Cambios Necesarios". J. Graconi Ed. *Centro de Estudios Públicos* 1995, págs 73-106
- ASOFAMECH Conclusiones del Seminario sobre Desarrollo de las Facultades de Medicina. *Rev. Méd. Chile* 1997, 125: 83-85.
- El Impacto de la Globalización en la Educación Superior Chilena División de Educación Superior Ministerio de Salud. República de Chile 1998
- Gastel, B.A. Toward a Global Consensus on Quality Medical Education. Serving the Needs of Populations and Individuals *Acad. Med.* 1995, 70: 573-575
- Butkeviciene, J. y Díaz, D. Gats commitments in the health services sector and the scope for future negotiations, en. *International Trade in Health Services. a Developing Perspective* UN-WHO, 1998. Geneva. Ed. By Zarrilli S y Kinnon C (WHO Task Force on Health Economics) págs 135-158
- Adams, O y Kinnon, C. A Public Health Perspective, en *International Trade in Health Services: a Developing Perspective.* UN-WHO, 1998. Geneva Ed. By Zarrilli, S y Kinnon, C. (WHO Task Force on Health Economics), págs. 35-54
- Goic, A. Disponibilidad de Médicos en Chile y su Proyección a Mediano Plazo. *Rev. Méd. Chile* 1994, 12: 141-153
- Rosselot, E., Mateluna, E.; Estévez, A y Radrigán, M.E. Acreditación de Títulos Profesionales e Instancias Formadoras: el Caso de Chile. *Rev. Méd. Chile* 1998, 126: 715-724
- Número de Médicos que Deben Formar las Universidades: Criterios, Modelos y Estimaciones. Informe Final para ASOFAMECH Oficina de Educación Médica y Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la P Universidad Católica de Chile Septiembre, 1999
- Castillo, M.T. Más y Mejores Enfermeras. ¿Una meta posible para Chile? *Rev. Colegio Enfermeras* 1997, 106: 7-11
- Reyes, A. Diagnóstico y Proyección de la Profesión de Enfermera. En. Perfil Profesional de la Salud en el Siglo XXI Universidad de Chile. 1995: 69-77
- Lolas, S.F. Más Allá del Cuerpo Ed. Andrés Bello 1997
- Callahan, D. (Project Director) The Goals of Medicine Setting New Priorities Hastings Center Report 1996, 26: S1-S26
- Rosselot, E. La Educación Médica en Chile Entre la Renovación Curricular y la Acreditación Calidad en la Educación 1999, julio 65-69

- 23 Chile. El Desafío de las Políticas de Salud del Adulto. División de Recursos Humanos. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Banco Mundial 1995.
- 24 Gao, T., Shiwaku, K.; Fukushima, T. *et al.* Medical Education in China for the 21st Century. *Medical Education* 1999; 33: 768-773
- 25 Bligh, J Medical Education in South Africa, y Ncayiyana, D. Medical Education Challenges in South Africa. *Medical Education* 1999; 33, 711-715.
- 26 Antelo, J Intervención del Viceministro de Salud de Cuba Reforma de Salud en el Area Andina Memoria del Foro Subregional de Minsitros de Salud en la Región Andina, OPS/OMS: Ecuador Abril 1996
- 27 Goic, A. Distribución Geográfica de los Médicos en Chile *Rev. Méd. Chile.* 1995, 123: 306-311
28. Medina, E. Especialidades Médicas y Especialistas en Chile. *Rev. Méd. Chile* 1990; 118 1276-1283.
29. Carabantes, J Ponencia Ministerio de Salud, en Seminario de Especialidades Médicas. *Cuad. Méd. Soc* (Número Extraordinario) 1995: 8-10
- 30 Especialistas Médicos. Primer Seminario de Formación. Ministerio de Salud, ASOFAMECH, Colegio Médico A.G. Santiago, Noviembre 1996
31. Velasco, C. Acreditación de Programas y Centros de Formación de Especialistas Médicos Experiencia Chilena. Serie Documentos Académicos Facultad de Medicina. Universidad de Chile 1999, 1. 73-87
- 32 Recursos Humanos. Un Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 1997; 8. 1-50.