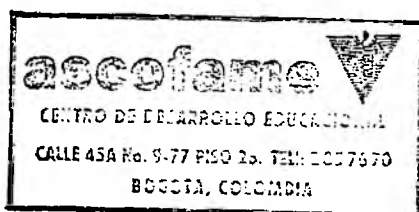
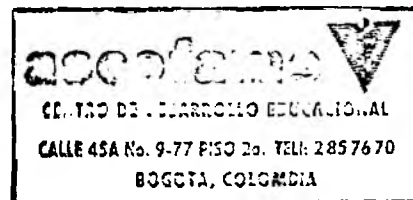


AB
0037
Ej. 2

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA - ASCOFAME

Algunas consideraciones sobre la profesión médica.- Formación, mercado de trabajo, desajustes, oferta/demanda mecanismos correctivos.

PRIMERA PARTE



Dr. Abel Dueñas Padrón
Director Ejecutivo

Ponencia presentada al "Foro sobre la Salud en Colombia"

Bogotá, Febrero 26, 1986

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA - ASCOFAME

Algunas consideraciones sobre la profesión médica.- Formación, mercado de trabajo, desajustes, oferta/demanda mecanismos correctivos.

PRIMERA PARTE

1. EL PROBLEMA

1.1. Un momento oportuno y crucial para Colombia

Ha sido ortodoxo tanto desde el punto de vista técnico como político iniciar el estudio de cualquier situación por medio de la descripción y análisis de su Diagnóstico.

El Diagnóstico sirve así para focalizar la esencia del problema y visualizar tendencias, pero debe ir acompañado de creatividad e imaginación con el objeto de identificar recomendaciones sobre opciones de solución y abrir el camino al juego de las acciones. En esto reside el sentido práctico de la planeación.

Desde el punto de vista del diagnóstico de la situación en Colombia es ingenuo ignorar lo que ha venido ocurriendo, lo que está sucediendo y sobre todo lo que nos espera, si el Estado, con la convergencia de todos los sectores y la comunidad misma, no entra con decisión a afinar una metodología de planificación y acción hacia el futuro que contribuya a transformar favorablemente las contradicciones e incertidumbres que existen y se van incrementando entre las tendencias de la producción y formación del recurso humano médico, y en general de la salud, frente a los de su utilización y empleo.

En esta exposición o documento preliminar y de emergencia por el tiempo que se nos asignó para producirlo, vamos a destacar, en primer término, los puntos aquellos que consideramos de relevancia para la toma de conciencia del problema y, respetuosamente inducir, en segundo lugar al Gobierno, cualquiera que sea, a una reflexión acerca de un conflicto cuya solución conlleva todo un engranaje de decisiones políticas con dimensiones económicas, sociales, técnicas y culturales.

El momento es propicio en Colombia porque está al finalizar su tarea un gobierno que desea agilizar, y aun acelerar, sanas decisiones; y va a entrar otra administración el 7 de Agosto del presente año, la cual estará ávida por recoger ideas, planteamientos y juicios para consolidar la orientación de sus derroteros y enrumbar su acción, seguramente con un nuevo estilo de desarrollo.

Con fundamento en lo anterior este documento contendrá en primera instancia, consideraciones, ideas, percepciones, apreciaciones, planteamientos y juicios aportados por la experiencia y sujetos obviamente a la fragilidad de lo subjetivo; pero tendrá también sustentación en la información cuantitativa que con comentarios breves de simple análisis se presentan más adelante; estos datos están impregnados de la debilidad de nuestro sistema de información pero aún así son válidos para alimentar el proceso de reflexión y de acción que se persigue.

1.2 Enfoque histórico del Problema

1.2.1 La Década del 50.- Su dinámica de cambio.- Primeros hechos de impacto para el mercado del profesional médico.

Las contradicciones e incertidumbres sobre los aspectos de producción, formación y utilización del médico tienen un contenido histórico que se hace necesario revisar para bus

car fórmulas consistentes de equilibrio hacia el futuro.

Durante el presente siglo, antes de los años 50, vivíamos una existencia bucólica, no obstante la sacudida que producían esporádicamente hechos científicos universales como por ejemplo el descubrimiento de los primeros quimioterápicos y antibióticos o la ocurrencia de hechos políticos nacionales como los de reivindicación laboral y apertura sindical sucedidos en Colombia al finalizar la década del 30 y en los inicios de la del 40; pero en el lapso previo a 1.950, los aspectos, de producción, de formación, utilización y empleo del médico se desenvolvían en medio de una tranquilidad pastoril sustentada por el sistema público de caridad y beneficencia traído por el esquema conventual hispánico y enriquecido plácidamente el ambiente por el apostolado del médico de familia en el ejercicio privado de la profesión, con la presencia de un sistema folclórico saturado de teguas, comadronas y boticarios. Existía al mismo tiempo una comunidad inerme, inerte, inocua, sin aspiraciones de demanda, secuestrada en su desarrollo por conformidad y resignación ilimitadas.

Por aquel entonces y primordialmente después de la primera guerra mundial los tentáculos científicos de la influencia gálica se movieron para desplazar el ancestro asistencial hispánico y entrar a orientar la educación médica en Colombia, lo que en realidad logró Francia hasta los albores del 50, cuando penetró la filosofía del movimiento norteamericano de Flexner.

La filosofía y acción Flexneriana que tuvo su origen en EE.UU. en 1910 se convirtió más tarde en un proceso de influencia irreversiblemente universal, como consecuencia de las dimensiones triunfales y triunfalistas de la segunda guerra mundial y fue la iniciación de un nuevo orden en

los aspectos de producción, formación y utilización del médico en nuestro país. La era plácida de la educación médica y salud fenecía y la apertura creciente en ondas, sin reposo, entraba a generar sobresaltos desde la década del 50.

En efecto, en cuanto a formación el método Flexneriano exaltó la capacitación del médico en los aspectos científicos y de investigación, dándole una connotación de cúpula que lo hizo figurar como el dispensador único de la atención en salud. At.médica, dada por sólo médicos, adquirió preponderancia y a la ciencia médica empezó a otorgársele en países como el nuestro, un poder que iba más allá del que realmente tenía y del que tiene.

Las pocas Facultades de Medicina que existían, cinco primero y siete después, promovieron su acercamiento y se articularon en una Asociación, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Una de las primeras acciones de la Asociación fué definir los "requisitos mínimos" para la creación de Facultades de Medicina dentro de los cuales se hacía énfasis entre la capacidad docente de las Facultades y el número de alumnos. La hermenéutica legal del país, respaldó este movimiento que detuvo la creación de nuevas Facultades de Medicina y definió un número "clausus" de ingresos dentro de límites mínimos.

Simultáneamente, la trascendencia de los avances de la medicina norteamericana, la necesidad de enviar a ese país a profesores para su capacitación, la urgencia que a su vez tenía esa nación del concurso de médicos foráneos, abrió una era de éxodo (migración) de médicos colombianos hacia Norte América, de los cuales algunos regresaban y otros se quedaban de manera definitiva.

Por otra parte, la cantidad de bachilleres egresados de un número limitado de colegios de secundaria, no alcanzaba a masificar la demanda de aspirantes a ingresar a las Facultades de Medicina.

El Ministerio de Salud, creado como Ministerio de Higiene en 1946, comenzó para esa época la década del 50, a despertar junto con los Departamentos de Medicina Preventiva de las Universidades la conciencia de una comunidad que de inerte, inerte e inocua, inició la percepción de sus derechos.

En resumen, la Cohorte de médicos de los años 50 y aún del 60 se caracterizó por su discreción numérica y por la búsqueda de la calidad científica dentro de un número reducido de Facultades de Medicina (siete) regidas por requisitos mínimos que se cumplían en una emulación entre instituciones. Al mismo tiempo la migración era una variable y realidad predominante. Frente a estos hechos se generó la concepción de que la atención en los servicios de Salud era una atención médica dada solo por médicos.

Por otra parte, las enfermeras iniciaron una retirada de su papel ante el paciente y la comunidad, para dirigirse al campo académico y administrativo, dejando que se fortaleciera el enlace jerárquico entre médico y auxiliar de enfermería, prescindiendo en gran parte de la profesional de este último campo.

De allí que si bien en esos momentos, no existían problemas manifiestos en la órbita del mercado profesional, con aquella orientación se daba apertura a la generación de una demanda, la de médicos, que más tarde a principios de 1970 se iba a hacer patente.

Finalmente en esa década y a principios de la siguiente,

ASCOFAME para introducir orden en la proliferación de Especialistas sin título que era ya patente en el país, dió apertura a la inquietud por los Estudios de Post-Grado y diferentes programas de referencia comenzaron a analizarse. Se abrió así un nuevo jalón que dió trascendencia al médico y llenó en esos momentos de atractivos la profesión.

1.2.2 La Década del 60. Segundos hechos de impacto para el mercado del profesional médico.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Ministerio de Salud comenzaron a inquietarse ante las críticas que se hacían de que la primera era gestora de la transferencia de un modelo foráneo para formar nuestro médico; y en 1964, las dos, en forma conjunta, realizaron el Estudio de Recursos Humanos para la Educación en Medicina y Enfermería que sorprendió a la Región de las Américas por el gran contenido a utilizar para la instauración de un buen proceso de planificación tras la búsqueda de patrones nacionales y de un modelo autóctono.

El modelo Flexneriano comenzó a impregnarse de contenido social y se inició la marcha hacia un esquema de formación que tenía como consigna moldear al futuro médico como promotor del desarrollo.

Las Ciencias Sociales se abrieron paso con especial énfasis. Mientras tanto la educación de Post-Grado prosiguió su desarrollo con Programas ajustados a requisitos mínimos establecidos e incrementándose gradualmente el número de cupos para Residentes sin explosión pero abriéndose nuevas especialidades.

Como consecuencia del Estudio de Recursos Humanos, y de la articulación entre el Ministerio de Salud y ASCOFAME se

produjeron las primeras instancias de jerarquización de niveles de atención en Salud contenidos en el Plan Nacional Hospitalario Ley 39-1969.

Igualmente se realizó un "Estudio experimental de Servicios de Salud en Colombia sobre formación y adiestramiento del Personal Auxiliar".

En la década del 60, solo se creó una Facultad de Medicina bajo la directriz de ASCOFAME. Se trataba de un modelo innovador (Universidad Industrial de Santander) acogido a los requisitos mínimos y como tal un paso de progreso.

Igualmente se reintegró a la vida académica la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario que había sido cerrada desde principios del siglo.

El Estudio de Recursos Humanos y la orientación hacia un Sistema de Salud plantearon el primer hecho positivo de impacto para dar una orientación o directriz hacia el ordenamiento entre Demanda y Oferta del profesional médico. Este hecho nacional coincidió con un fenómeno de promoción de la planificación en salud para las Américas reforzada por la Reunión de Punta del Este en los inicios de la década del 60. Se crearon la Oficina de Planeación y la de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Pero a pesar de todo este avance y clima para instaurar un proceso de planificación, los esfuerzos se dejaron caer y el Estudio de Recursos Humanos no fue aprovechado debidamente y pasó a convertirse progresivamente en una referencia eventual de datos y en una exaltación episódica de su contenido.

La década del 60 perdió así gran parte de su instancia de inducción planificadora.

1.2.3 La Década del 70.- Una explosión de impactos para el mercado profesional del médico.- Explosión de Facultades de Medicina.- Explosión de cupos y masificación universitaria.- Semestralización con dos promociones. Tendencia a disminución del número de años.- Concepciones erróneas de la Atención Primaria y Salud para todos en el año 2.000.- Las primeras interacciones de auto-control.

La década del 70 ha sido verdaderamente contradictoria. Hizo su entrada con la preocupación por la extensión de Cobertura de los Servicios de Salud a la comunidad y demarcó aspectos importantes en la reunión de Ministros de Salud de la Región de las Américas en 1972.

Sin embargo, en el periodo inicial de los 70 prosiguió la concepción de la atención médica dada por el médico, no obstante que ASCOFAME y el Ministerio de Salud ya habían finalizado la investigación sobre delegación de funciones en personal auxiliar, estudio que buscaba entre otras cosas, corregir esa tendencia.

Este planteamiento de extender cobertura con la directriz que venía de tiempo atrás de hacerlo fundamentalmente con médicos, agregado a la presión social del número creciente de aspirantes a ingresar a la carrera, completado con una presión política y con aspiraciones económico-lucrativas, generó un incremento masivo de nuevos cupos y la creación acelerada de Facultades de Medicina que se extendió a toda la década.

Comenzó a generar la idea de disminuir el número de años de estudios y trabajar con dos promociones nuevas de estudiantes anualmente.

El mismo Gobierno en los inicios de la década del 70 solicitó a ASCOFAME que interviniera en favor de aumento de cupos para incrementar la producción de médicos hacia el futuro.

Pero el Gobierno tampoco lo hacia irresponsablemente porque la misma Asociación Colombiana de Facultades de Medicina presentó en Julio de 1970 por medio de uno de sus más destacados técnicos (en el Seminario Nacional sobre Objetivos de la Educación Médica), un trabajo denominado "Demanda futura de médicos" en el cual con fundamento precisamente en el "Estudio de Recursos Humanos" planteó para el año de 1980 una proyección o necesidad de 61.477 médicos si se deseaba satisfacer la demanda "potencial", "sentida", "social" y de 20.862 para ese mismo año en caso de que solo se quisiera encarar la "Demanda real" o sea la suma de la demanda satisfecha más la insatisfecha.

Hoy mismo estaríamos en serios aprietos si comparamos lo que consideramos nuestro exceso de médicos frente a estas proyecciones hechas para seis años antes de 1986. En otras palabras, si tuviéramos que responder hoy con exactitud a ese cálculo de 61.477 médicos, prescindiendo de la consideración de nuevas políticas y nuevas estructuras de los Servicios de Salud, sería insuficiente nuestra explosión de Facultades de Medicina y de admisiones o cupos.

Por otra parte, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina que elaboró desde su génesis, como ya se dijo, los requisitos mínimos que se estaban cumpliendo para creación de Facultades de Medicina, perdió por decisión del Consejo de Estado la fuerza que la Ley 14 de 1962 le había dado, y la aplicación de los requisitos mínimos entró en crisis.

En síntesis, en los inicios de la Década del 70 apareció el fenómeno contradictorio de preocupación por aumentar la oferta de médicos para adelantar la extensión de cobertura, mientras los estudios de proyección del poder de captación o absor-

ción del Estado para dar empleo o utilizar aquel recurso nadie los estudiaba, ni los analizaba, ni los tenía en cuenta.

Los programas para la formación de Especialistas comienzan a ser cuestionados por su decrecimiento en el aspecto de investigación y su preponderación en el capo asistencial. Los cupos de Residentes siguen aumentando en mayor número que en la década anterior y los Especialistas que van egresando tienen preferencia para ser absorbidos por el Estado.

En 1.970 se sucedió un hecho trascendente que fue la definición de "Objetivos Generales para la Formación del Médico en Colombia" que caracterizaba el Perfil Profesional del Médico dentro de un contexto integral con orientación hacia la Medicina Comunitaria, sobre lo cual en esta parte no entramos en detalle porque hay un capítulo separado para este tema.

A partir del segundo quinquenio de la misma década del 70 han venido ocurriendo a nivel universal hechos, que como lo hemos expresado otras veces, nos han concertado en un plan de salud ecuménico que tiene como eje el concepto y práctica de la atención primaria y la meta de salud para todos en el año 2.000.

Hubo sobre los dos conceptos, Atención Primaria y "Salud para todos en el año 2.000" interpretaciones extremas y erróneas. Los unos pensaron que la atención primaria era una atención dada por auxiliares y promotoras exclusivamente para reemplazar al médico y en cuanto a la salud para todos en el año 2.000, otros creyeron que era la posesión completa o el regalo de ella (de la Salud) al finalizar el presente siglo.

Las interpretaciones erróneas van siendo superadas y lo im

portante es, en relación con el problema que estamos analizando, que ambas concepciones nos están llevando, como ha sido el espíritu de ellas, a revisar nuestros sistemas de salud, a pensar y actuar sobre el desarrollo de los Recursos Humanos mediante un proceso de planificación estratégica, a redefinir los principios de administración para utilizar los recursos mínimos al máximo y evitar desperdicios, a promover la investigación evaluativa y de servicio de salud y a fomentar la cooperación entre países. Pero sobre todo a pensar y actuar en función de que la cobertura es una concepción dinámica que lleva a los servicios de salud a salir al encuentro de la comunidad con un equipo interdisciplinario del cual el médico es apenas una parte, y del cual equipo, la población es componente vital también como recurso humano encargado de autocuidarse y autoayudarse.

A nivel nacional simultáneamente ocurrieron hechos no menos importantes en la segunda parte del quinquenio de 1970 en lo que respecta a buscar un nuevo orden al desarrollo de Recursos Humanos para la salud .

Uno es la puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud hoy sometido a un examen para promover su consolidación; otro está expreso en la creación del "Consejo Nacional de Recursos Humanos" (1976) que con calidades de asesor ha logrado frenar temporalmente algunos de los desajustes a través de un proceso de estudio y análisis; lo segundo fue la aprobación de una legislación sobre la integración de los organismos docentes con los asistenciales (1976) para trabajar juntos en aspectos de planificación, formación, utilización y evaluación de los Recursos Humanos para la Salud; y lo tercero ha sido la definición de nuevos Requisitos Mínimos para el funcionamiento de las Facultades de Medicina y para creación de nuevos programas.

Como vemos, la década del 70 ha sido contradictoria en sus dos quinquenios; pero lo cierto es que si en su primera parte fué explosiva y seguramente la fuente primordial de un movimiento de gigantismo en la oferta del Recurso Humano Médico que ahora está explotando por no haberse previsto simultáneamente los aspectos de capacidad de absorción por parte del Estado, la segunda parte de esa década comenzó a reflexionar para abrir paso a algunos autocontroles.

Como última apreciación podemos con un simil destacar que la década del 70 en su primera parte no hizo sino jugar con la bola de nieve (explosión de Facultades de Medicina y de cupos) que fue creciendo por igual en todos los países de América Latina y aún en los desarrollados para luego convertirse en esta otra bola de fuego que ahora nos quema, como resultado, entre otras cosas, de la falta de una planificación concertada entre los sectores económico y sociales.

1.2.4 La Década del 80

Conflicto de Hecho- Actual - La Crisis del Mercado Profesional Médico

Estamos ahora ubicados en la segunda mitad de la década del 80, en un espacio hacia donde convergen los beneficios eferentes de 35 años de audaz dinámica en el campo de la educación médica y salud, pero también en la línea de recepción e impacto de los riesgos que nos ha deparado, la falta de previsión debida, entre otras cosas, al desaprovechamiento que se hizo del Estudio de Recursos Humanos de 1964, al no tomarlo como punto serio de despegue y referencia, para entrar a instaurar un proceso serio de planificación y desarrollo del Recurso Humano para la salud en Colombia, inserto obviamente dentro del Plan de Desarrollo Económico y Social del país. Estamos así mismo, a 15 años vista de un próximo siglo que nos exige detenernos, sin dejar de actuar, para planificar la marcha de estos tres lustros hacia el futuro, no solo que deseamos, sino que nos exige la revolución de expectativas crecientes que nos circundan .

El problema está claro, y anticipamos nuestro juicio al manejo de los datos que ya conocemos; existe un desequilibrio entre la producción del recurso humano médico y su captación o absorción por parte del Estado. Hacemos dos salvedades cuando hablamos de producción; una que el vocablo lleva dos connotaciones: las de cantidad y calidad; y otra, que cuando hablamos aisladamente como ahora de desequilibrio en relación exclusiva con el recurso médico, aceptamos que no es racional hacerlo estando de por medio la teoría, concepción y praxis

de la interdisciplinariedad que hemos siempre acogido; pero en lo referente a este último punto esperamos por medio del Seminario que celebramos, cruzar y acoplar las informaciones de los tres núcleos medicina, enfermería y odontología para que se pueda presentar al evento de México una información racional.

El problema del desequilibrio que estamos comentando está lleno de contradicciones e incertidumbres cuyo análisis interesa al Estado para que entre a dirimir situaciones sobre las cuales la controversia nacional pide ya que se produzcan intervenciones serias, juiciosas y al mismo tiempo valiosas. La salud en efecto es un bien de interés público y como tal general la intervención del Estado.

Hace una semana en Medellín, la Asociación de Médicos puso de presente el inventario que ha hecho en el cual aparecen 1.800 médicos en el Departamento de Antioquia dedicados a actividades diferentes a los de su profesión por no encontrar acceso ni en el mercado local ni en el nacional. Al mismo tiempo, la prensa más seria del país a nivel también nacional y local plantea el problema y pide la intervención del Estado. Existe ya pues un conflicto de hecho, la Crisis del Mercado profesional del médico, en cuya intimidad es necesario penetrar para buscar opciones que permitan manejarlo y hallar fórmulas reguladoras de la convivencia social.

1.3 Las Incertidumbres y Contradicciones -generales- en relación con el Problema.

Hay por supuesto muchas contradicciones que resolver dentro de este conflicto y muchas incertidumbres que aclarar para llegar a un proceso transparente de planificación y desarrollo del Recurso Humano Médico.

Veámos algunos de estos aspectos de incertidumbre y contradicciones:

1.3.1 La Cultura del Método

Diferentes métodos se han planteado para explorar los aspectos de oferta y demanda de los recursos humanos para la salud y confrontar los dos aspectos; se ha ido desde la metodología simple de la "Planeación acelerada" cuando los datos existentes son frágiles o precarios hasta los modelos intermedios o de gran complejidad; cada método genera cifras, tendencias y posiciones y cada método tiene sus ventajas, desventajas, facilidades y dificultades, posibilidades e imposibilidades. Alfonso Mejía en la obra de la OMS "Planificación del Recurso Humano para la Salud" define varias opciones; pero lo que queremos destacar es que se hace necesario incorporar en los centros académico-científicos y de prestación de servicios de salud la nueva cultura del Método que permita crear un clima adecuado para la captación de conocimientos que lleven a la instauración de un proceso de planificación y desarrollo del Recurso Humano para la Salud.

1.3.2 Planeación Humanizada vs. Planeación sico-rígida

La planeación no debe esconderse o enquistarse en las oficinas o Divisiones de Planeación creando una isla de técnicos sico-rígidos que cuando se convierte en "casta", como usualmente ocurre, deshumanizan el proceso y entorpecen su apertura y desarrollo. La planeación humanizada con participación de los diferentes componentes de la comunidad, abierta para ir interviniendo periódicamente en los diferentes conflictos humanos, que se van presentando por

encima de las frías tendencias y los supuestos tecnocráticos es la que está surgiendo. Ella es opuesta a la otra planeación rígidamente econométrica que actúa por medio de la producción de planes que se tienden a manera de rieles en una comunidad que consideran inerte, sin tener en cuenta la previsión de conflictos y crisis propios del entorno bio-sico-social y de la dinámica humana

1.3.3 Planeación Concertada = Articulación de los Sectores Económicos y Sociales = Estudio Económico del Mercado.

La planeación no puede ser unisectorial y menos cuando como en el caso presente se trata de incorporar la reflexión permanente hacia un plano multicausal, con diversidad de aristas, como ya lo dijimos, económicas, sociológicas, culturales y políticas.

Las relaciones entre producción, formación y empleo del Recurso Humano para la Salud están inmersas dentro de la compleja pertinencia y realidad económica y social del país. La única manera de luchar contra el desequilibrio o desajuste entre producción y empleo, es batallando a la vez contra la disonancia entre los sectores económico y sociales. De allí que la planeación concertada con otros sectores se impone, y no solo entre educación y salud, para poder ser protagonistas de un proceso de cambio en el estilo y modelo de desarrollo del país que es a la larga lo que nos hace sentar los pies en la tierra. En resumen la planificación de recursos humanos para la salud no puede ir desarticulada de un serio estudio económico del mercado de estos profesionales.

1.3.4 Investigación Participativa. Necesidades Reales de la Comunidad.

Consecuente con los dos aspectos anteriores tenemos que

llegar por medio del método a investigar con la participación de la comunidad sus "necesidades reales" y no simplemente como hacemos usualmente utilizar la información existente en los registros sobre la "demanda satisfecha" que está representada por solo aquellos grupos minoritarios que son los que precisamente disfrutan de los escasos recursos de salud disponibles, concentran para ellos las consultas y tienen o gozan del privilegio de hablar, pedir, exigir.

He aquí un reto para la metodología y acción.

1.3.5 La articulación interdisciplinaria y la cultura sistémica
Las nuevas Tecnologías = El concepto dinámico de cobertura =
El concepto de la comunidad como recurso humano para la
salud.

No podemos pretender hablar aisladamente, como ya lo dijimos, de producción, formación y desempleo, para una sola categoría de profesionales de salud. La estrategia universal ya hoy es la de enfocar nuestros problemas con fundamento en la cultura sistémica; no existe un problema aislado, sino que los unos se incorporan a los otros y por ende los recursos, las disciplinas, tienen que encarar con interrelación e inter-acción la realidad.

Un simple cambio en las funciones, actividades y tareas asignadas a profesionales técnicos y auxiliares puede introducir variaciones importantes de costo-beneficio, costo - eficiencia, etc. Y este cambio es el que se ha venido promoviendo en nuestros países a través de los Sistemas de Salud y ante las transformaciones que viene induciendo en el propio mercado profesional las nuevas tecnologías.

No hay duda entonces de que métodos e investigaciones tienen que afinarse hacia un estudio integral del mercado de

los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, teniendo en cuenta que la cobertura es un concepto dinámico que implica la salida de los servicios de salud en busca de la comunidad y que su significado social es llevar la atención a toda la población sin excepciones.

Finalmente, no hay que olvidar que la comunidad se ha convertido hoy en un recurso humano importante por medio de la autoayuda y el autocuidado y forma parte del complejo análisis entre demanda y oferta con un significado diferente al tradicional.

2. LAS CONTRADICCIONES ESPECIFICAS = El desequilibrio actual y prospectivo entre producción, formación y mercado del trabajo.

2.1 El desajuste entre la Oferta y Empleo (Cantidad)

Al cuantificar algunos aspectos de las contradicciones existentes, solo destacaremos en esta parte 2 o 3 aspectos claves ya que en capítulo aparte se habla en detalle de la connotación estadística del problema. A propósito, no utilizamos el término "desequilibrio" entre Oferta y Demanda "sino entre Oferta y Empleo" porque los aspectos de Demanda que se vienen planteando no responden al concepto o expresión de las "necesidades reales de la población" sino a una óptica recortada que solo toma datos de referencia y proyección de los registros estadísticos que tiene que ver fundamentalmente con la demanda satisfecha. Con fundamento en estimativos y proyecciones preliminares analizadas por la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y ASCOFAME, se observa que a Diciembre de 1985, el número total de médicos calculados para el país es de 23.000.

El cálculo estimado de nuevos egresos en el período 1.986 - 2.000 partiendo de los supuestos de no creación de nuevas Facultades de Medicina y congelación de cupos, fluctuará entre 30.143 y 32.981 nuevos médicos. Este estimativo permite prever que el número total de médicos en el año 2.000, tomando como referencia la primera de las cifras del rango de fluctuación (30.143) será de 53.143, sin introducción de variables.

Mientras tanto en términos globales la captación (empleo) de esos egresados en el mismo lapso tendrá un promedio calculado de 37% si prosigue la misma tendencia de comportamiento actual. Subsector oficial directo.

Dentro del juego de las contradicciones se observa en la actualidad como fenómeno la concentración de empleo en algunos profesionales o en unos grupos limitados, lo que algunos explican poniendo de presente la pobreza de los salarios.

Es necesario tener en cuenta además que dado los modelos de contratos establecidos por la mayoría de los subsectores, la concentración por categorías predomina en el universo de los Especialistas, lo que no obsta para que dentro del ámbito que estamos describiendo de las contradicciones, algunos de ellos estén dedicados a cumplir solo funciones propias del médico general. A su vez la utilización del Médico General en el Servicio Social Obligatorio (antigua medicatura rural) es apenas transitoria (1 año máximo).

En medio de estas contradicciones surgen algunos interrogantes como los siguientes:

Existe explosión o sobresaturación de médicos cuando se compara el número de ellos, con las necesidades sociales reales? O solo existe esa sobresaturación cuando se encara esa cifra con la incapacidad de absorción (empleo) por parte del Estado?

Todos los médicos están llamados a ser empleados o existen otros mecanismos que permitan su utilización como tales en el ámbito de desarrollo del país?

Puede el estado entrar a investigar y actuar con más firmeza en lo referente a la concentración de empleo en un grupo reducido de profesionales dejando a otros en el desempleo? o el hecho de concentración se debe realmente a los precarios salarios que se han establecido o determinado para cumplir las tareas en el campo de la atención en salud?

Se habla de los médicos acumulados o aglomerados en las ciudades y se culpa de manera unilateral y simplista a las Facultades de Medicina del país de no formar el médico de "proyección social" capaz de irse a las poblaciones menores. Pero de inmediato surge la inquietud de si el Estado dentro de su "estilo de desarrollo" hace aportes significativos para encausar a estos profesionales hacia esas comunidades que forman parte de las "Necesidades sociales calladas" que se encuentran marginadas?

Qué repercusiones tiene la redistribución radical y categórica de los médicos ante el hecho actual y el irreversible futuro del éxodo de las comunidades rurales hacia las ciudades, con una urbanización que se ha venido incrementando hasta llegar en el presente al 70%, inverso a lo que venía ocurriendo en el pasado?

Algunos se preguntan, profanamente qué quieren realmente las comunidades calladas, aquellas que no están incluidas en las Demandas tomadas de los registros sistemáticos, una prestación de servicios de salud a través de promotoras, auxiliares, técnicos, enfermeras, médicos generales, especialistas, o un sistema de salud moderno con niveles de complejidad o prefieren ante lo que están viviendo y sintiendo su sistema tradicional folclórico de curanderos, teguas, comadronas, como el Lobo de San Francisco de Asis que prefirió volver a su selva antes de enfrentarse a la forma de convivencia civilizada y moderna del hermano hombre?

En medio de estas controversias hemos apelado a actuar sobre la oferta en los siguientes términos:

- Impedir a todo trance que se creen más facultades de medicina, por un lapso racional.
- Impedir el incremento anárquico de cupos y promover que se acepten en vez de dos promociones de nuevos estudiantes al año sólo una.
- Promover el aumento del número de años en las Facultades de Medicina para volver como en tiempos pasados a siete años.

Estas tres definiciones responden a un acto de urgencia del presente, pero se hace necesario buscar salidas y soluciones por medio de políticas que sean propias de un estado moderno. En un Estado demócrata no siempre estas medidas se insertan correctamente en el ámbito legal y aún constitucional.

En cuanto a la "calidad del médico" que viene egresando de las Facultades de Medicina, diferentes contradicciones se han venido planteando.

Un grupo de educadores piensa que el médico general que se está formando no es de características satisfactorias; otros educadores afirman a la inversa que la formación del médico general tiene connotaciones en el presente para el individuo y la comunidad más beneficiosas que en el pasado.

Se trata de contradicciones incorporadas a preferencias subjetivas pero que en el fondo son de especial importancia porque demarcan tendencias educativas.

En efecto, un primer grupo mantiene la posición de que el médico general debe recibir una educación fundada en la excelencia bio-

lógica y científica, con conocimientos significativos de tecnologías complejas y con una eventual formación social que les de una visión solo panorámica pero no preponderante de la realidad comunitaria; se apoyan en la tendencia flexneriana que llenó el mundo académico de los Estados Unidos hace siete décadas cuando la educación médica de ese país afrontaba una impresionante crisis, y que nosotros acogimos en nuestro estilo de los años 50, para después darle un vuelco con la impregnación y desarrollo de patrones nacionales.

Otro grupo plantea la formación social del profesional médico con buen conocimiento de los avances biológico y científico, utilización de las denominadas tecnologías apropiadas, con un fuerte contenido comunitario que lo haga un promotor de salud y generador del desarrollo. La tendencia de este grupo es ubicar al médico general en el nivel primario y solo por excepción en el nivel secundario y terciario.

Un tercer grupo diferente a los anteriores desea que el modelo foráneo (norteamericano, canadiense o británico) del "Médico Especialista en Medicina Familiar" sea transferido con todos sus arreos al país con la mira de que un tipo de médico así reemplace al médico general que se viene formando.

Otros educadores médicos colombianos han venido discutiendo sobre un esquema con dos, tres o más diversificaciones de tipos de médico partiendo de una sola matriz desde la cual se genere un Médico Generalista, otro Epidemiólogo y Administrador, otro Investigador. En síntesis, da cabida a varias alternativas de médico.

En una encuesta realizada en 1982 sobre el "Servicio Social Obligatorio" antes denominado "Medicatura rural" se establecen con

tradiciones y aproximaciones entre los organismos de Salud y las Facultades de Medicina acerca de las características y calidad del médico que se ha venido formando. Los Servicios de Salud expresan entre otras cosas, que "las Facultades tienen la responsabilidad de preparar profesionales para el ejercicio social y no lo están haciendo"; agregan los Servicios que los egresados deben poseer una visión más concreta de la realidad, bases epidemiológicas y enfoque hacia el desarrollo de actividades más preventivas que curativas y adecuado comportamiento social para una verdadera ubicación laboral. Concuerdan los dos, las Facultades encuestadas en 1982 y los organismos de salud, en que el médico "se está preparando más para el ejercicio privado que para los aspectos sociales".

Los egresados y las Facultades manifiestan, y los mismos servicios así lo reconocen, que los organismos de salud no poseen una programación de actividades para los profesionales en servicio; no existe por parte del Sistema Nacional de Salud una definición del perfil ocupacional del médico y por consiguiente hay también una ausencia sobre definición de funciones, actividades y tareas que debe cumplir el profesional para que con esta referencia se revise y diseñe un mejor currículo; los Servicios de Salud no poseen, agregan las Facultades, mecanismos de evaluación, ni organismos con adecuada estructura y buen funcionamiento en el nivel primario para categorizar el desempeño profesional y calificarlo.

3. MECANISMOS CORRECTIVOS

Vamos a ser en este aspecto sumamente amplios, seguramente bastante borrosos porque nosotros pensamos que el desequilibrio que se está produciendo en cuanto a producción, formación y empleo está involucrado dentro de un gran molde que es el estilo y modelo de

desarrollo de nuestras naciones en desenvolvimiento.

En efecto, los países socialistas actúan con la línea fuerte de su planeación centralizada aplicada por regímenes totalitarios; los países capitalistas se defienden con su fácil juego de equilibrio que balancea oferta y demanda, aún cuando ya han entrado en problemas, mientras nosotros estamos sometidos al vaivén de una economía dependiente con altibajos difíciles de prever.

Para fines prácticos este capítulo lo dividimos en dos partes, conscientes sin embargo de antemano de que los correctivos tienen que ser el esfuerzo conjuntos de todos los estamentos públicos, privados y comunitarios del país.

- a) Correctivos de responsabilidad directa de Ascofame y las Escuelas Médicas del país.
- b) Correctivos de responsabilidad primordial del Estado, otros sectores e instituciones con el apoyo del sub-sector de la Educación médica.

3.1 Correctivos de responsabilidad directa de ASCOFAME y las Escuelas Médicas.

En medio de estas controversias relacionadas con calidad y cantidad la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha planteado como política aquella del justo medio que implica una intervención racional, justa y objetiva que permita eliminar las deformaciones que los grupos tratan de introducir de acuerdo con sus propias pero subjetivas y a veces importadas tendencias. Se trata de la línea o directriz de la educación médica ante las "necesidades sociales reales".

Para lograr este justo medio la Asociación, con la participación misma de las Facultades de Medicina del país y con la intervención del Icfes, ha dado apertura a tres decisivos programas, respaldado cada uno de ellos con un modelo operativo que se encuentra ya en marcha, en algunas de las Facultades de Salud del país. El primero es un modelo o esquema de autoevaluación que le permitirá a las Facultades de Medicina hacer el seguimiento de sus egresados, evaluar de manera permanente su calidad e incorporar la revisión curricular como un proceso de reflexión permanente. El proceso de auto-evaluación lleva a las Facultades de Medicina con los Servicios de Salud a estudiar regionalmente las "necesidades sociales reales" que podrán alimentar al Estado para forjar un nuevo estilo de desarrollo mediante una planificación de abajo hacia arriba y con un puente indicativo tendido de arriba hacia abajo. Es en síntesis, la incorporación de las Facultades en un proceso de autonomía académica, de auto-crítica, para juzgarse así mismas con instrumentos que las alejen de la subjetividad y que les permitan planificar su desarrollo y contribuir al general del país. Es una toma de conciencia del problema planeación, producción, formación, utilización y evaluación del Recurso Humano para la Salud en articulación con el sector Salud.

El segundo, es un modelo o esquema de medicina familiar en el pregrado, muy diferente al que se plantea desde el ámbito foráneo cuyo contenido y estrategias incorporan equilibradamente lo biológico, lo sicosocial y lo ecológico dentro de un contexto en que se dá amplio cauce a la investigación, la administración y la educación a la comunidad con tecnologías apropiadas, destacando la lucha contra los factores de riesgo, la promoción del autocuidado por el individuo y la familia, y la participación de diferentes disciplinas dentro de un marco de aplicación práctica claramente definido. Es la ratificación de que la Salud no es generada

solo por médicos o por la Ciencia Médica sino que debe responder a una revolución de expectativas crecientes como vivienda, nutrición, agua potable y todo el contexto de la Seguridad Social, con notación está última que la mayoría, dentro de las contradicciones absurdas, confunde simplísticamente con un organismo que se denomina Instituto de los Seguros Sociales. La Medicina Familiar de Post-Grado, al estilo colombiano, como se está haciendo en la Universidad del Valle, es una opción saludable, porque se trata de una aplicación reflexiva y paulatina exenta de una toma o transferencia radical y acelerada de esquemas no generados para nuestra realidad.

El tercer esquema o modelo está representado por centros que se han ido creando y que cubrirán a todas las Facultades de Medicina del país con el fin de integrar allí las tecnologías educadoras de innovación con los modelos mencionados de salud familiar y de autoevaluación, tomando como eje de acción la atención ambulatoria y como ya se dijo el autocuidado por parte de la familia. Son centros de referencia que trabajarán con los Servicios de Salud en el diseño y práctica de un desempeño profesional acorde con las "necesidades sociales reales" del país.

Lo relevante es que estos tres esquemas o modelos se están desarrollando en una verdadera articulación entre ASCOFAME y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Enfermería y Odontología trascendiendo estos modelos en forma tal que tienen la posibilidad de incorporarse en una red dentro del contexto de los diferentes países de las Américas.

Finalmente las Facultades de Medicina y Ascofame tienen responsabilidad directa en las dos áreas que a continuación comentamos, las cuales inciden sobre el tema que estamos discutiendo.

a) Formación en Postgrado

En lo relacionado con Post-Grado se hace necesario revisar los requisitos mínimos que han venido orientando los programas; la cantidad de especialistas en cada disciplina, sus proyecciones y su utilización o empleo; las características de la formación y el énfasis que hay que dar a la investigación; la evaluación y autoevaluación de programas e instituciones; la necesidad o no de un Examen de Estado Nacional como método de primera selección para los aspirantes; la reglamentación del ejercicio de la especialidad por medio de una Ley; la financiación de los Residentes.

Todos estos aspectos en reunión de Comités Especiales están siendo discutidos por el ICFES y ASCOFAME incorporando a las Facultades dentro de los programas de post-grado las mismas tres líneas de autoevaluación, revisión curricular e introducción de técnicas. Es importante estudiar en fase de experimentación o investigación una nueva especialidad, la de Medicina Familiar. Esta experiencia o investigación nos podría llevar en lapso corto a definiciones y proyecciones más concretas sobre esta propuesta del Instituto de los Seguros Sociales.

b) La Educación Continua

La Educación continua que de manera formal la inició Ascofame en 1963, tiene hoy ya amplio desenvolvimiento hasta el punto de que hay una explosión de cursos, seminarios, talleres, congresos, etc. que están llevando a duplicidades y a problemas de diferente orden.

Para evitar la dispersión y la anarquía se propone crear un Sistema Nacional de Educación Continua que dé calificación a

- 20 -

los eventos y los clasifique; que conceda puntajes o créditos; que se establezca obligatoriedad de ella mediante determinadas normas y procedimientos en Universidades, Servicios de Salud, Seguridad Social y Sociedades Científicas; en los profesionales en particular por medio de la recertificación en una primera etapa para los Especialistas y en una segunda, para los médicos generales.

3.2 Correctivos de responsabilidad primordial del Estado, de otros sectores e instituciones con el apoyo del Subsector de la Educación Médica.

3.2.1 Existe indudablemente un problema de fondo que requiere de un estudio y análisis cuidadoso del Estado sobre nuevas concepciones y estrategias de desenvolvimiento de los Recursos Humanos para la Salud, que permitan dentro de un nuevo estilo de desarrollo, la utilización del médico en diferentes campos, desde la prestación de servicios con diferentes modalidades creativas incluyendo fórmulas innovadoras de medicina prepagada y docencia, hasta los escalones indispensables de la investigación. Esta estrategia debe estar inmersa siguiendo los patrones de equidad y de cobertura total, en un "Investigación participativa" de las "Necesidades sociales reales" de la comunidad colombiana y no simplemente como se ha venido haciendo tradicionalmente con cálculos que se toman y aplican a una "demanda parcelada" buscada en los registros sistemáticos de la consulta externa y egresos hospitalarios que está representada repetidos por solo aquellos grupos minoritarios que pueden hablar, pedir, y exigir mientras están recibiendo al mismo tiempo los escasos recursos de salud disponibles.

3.2.2 Nuevas formas de Gerencia y Gestión Administrativa ante la crisis económica existente.

El Estado tiene que combinar esta estrategia con la decisión política de una práctica de gerencia y gestión administrativa de los Servicios de Salud impregnada de eficacia y eficiencia en el manejo de los recursos en forma tal que éstos sean capaces de generar, con sentido empresarial -sin ánimo de lucro-, otros recursos y al mismo tiempo evitar los desperdicios que hoy frenan el desarrollo de la salud en todas partes del mundo, de lo cual no está exenta Colombia.

En Colombia se habla en los actuales momentos de una bonanza cafetera que según el parecer de los caficultores se convertirá en permanente y contemplamos una batalla de emulación y planteamientos de los candidatos a la Presidencia para poner de presente todos que su política y acción principal será "empleo para todos los colombianos".

Ante estos dos hechos el Sector Salud debe prepararse para mostrar a los sectores económicos cómo el desarrollo de la salud contribuye a su vez a generar un nuevo y mejor estilo de desarrollo económico.

3.2.3- Enunciado de posibles innovaciones, ajustes y correcciones

Con fundamento en lo anterior consideramos importante trabajar en los siguientes aspectos que involucran posibles innovaciones, correcciones y ajustes que al ser introducidos repercutirían a nuestro juicio sobre el desarrollo del sector y por ende, incidirían sobre la crisis del mercado de los profesionales de la salud.

I. Introducción de un modelo innovador de la salud para contribuir a diseñar a la vez un nuevo modelo de desarrollo económico y social.

En efecto el desarrollo de la Salud tiene que enmarcarse dentro de un modelo con tres dimensiones para que a su vez tenga inserción e induzca a un nuevo modelo de desarrollo económico y social. Las tres dimensiones son: La Dimensión Política y Económica, la Dimensión Socio-Cultural y la Dimensión Individual.

Vamos a referirnos en esta ocasión solo a la Dimensión "Política y Económica" de este nuevo modelo de la salud porque tiene mucho que ver con el problema de desequilibrio que estamos comentando.

Esta dimensión expresa el concepto de que el desarrollo de la salud tiene un ingrediente fundamental, el político y económico cuya responsabilidad compete a los gobiernos constituidos, obviamente con el apoyo y participación de los individuos y la comunidad.

La dimensión política económica plantea el paradigma de que la salud no puede seguir aislada, escapando del contexto circundante de la gran política del país y del mundo mismo de los políticos. No podemos dejar sola a la comunidad política para que gesticule ese desarrollo aisladamente porque ello conduce a la pérdida de la presencia de los valores intrínsecos de un sector trascendente del bienestar social como es el de la Salud.

La falta de salud "es solo un elemento del síndrome mayor que se denomina POBREZA, y los principales problemas de salud prevalentes están condenados a permanecer mientras ella continúe. El mejor y mayor aparataje tecnológico de la ciencia médica no puede por sí solo cambiar la situación de salud de una comunidad si no va asociado de transformaciones fundamentales en la estructura económica del país en forma tal que poblaciones numerosas tengan acceso a estilos de vida adecuados". El crecimiento y desarrollo económico es fundamental para expandir y canalizar una distribución mayor de recursos hacia el sector salud y hacia los otros sectores que también la producen (intersectorialidad, interdisciplinariedad).

vez el Sector Salud tiene que contribuir al crecimiento económico lo que implica la inserción estratégica de economía y salud en el Modelo de Desarrollo.

II. Reforzamiento del Ministerio de Salud = Investigación, Planeación y Epidemiología.

La cabeza de los Sistemas Nacionales de Salud, los Ministerios, requieren de una vigorosa infraestructura de investigación en servicios de salud, de planeación estratégica y de epidemiología moderna con un proceso inserto de evaluación, autoevaluación y monitoría que sirva de constante soporte al poder decisorio político, para adelantar con la Dirección de Recursos Humanos estudios periódicos pero al mismo tiempo constantes sobre cambios demográfico-epidemiológicos, necesidades sociales reales, estructura de los Servicios de Salud y tendencias en el uso de ellos, cambios en la Tecnología, cambios en el equipo de salud, estudios de mercadeo profesional, investigación y análisis en función de niveles de empleo y salarios, de desequilibrios de oferta y demanda, mercado educativo y de trabajo, posibilidad de generar nuevos empleos, redistribución del personal profesional, etc.

III. Organización del personal de Salud

Dentro de un Sistema de Salud moderno debe existir un régimen formal o Estatuto para el personal de salud con el fin de evitar la angustiante situación del personal capacitado, adiestrado o formado, ante hechos circunstanciales que se suceden ajenos a criterios estrictos de una selección de méritos, conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas.

III. Racionalización del gasto ante las nuevas Tecnologías

1. Las tecnologías - Transferencias e importación. Las crisis de las tecnologías sencillas.

Sabemos cuanto puede influir la Tecnología sobre el número y calidad del personal de Salud.

Los Sistemas Nacionales de Salud de los países en desarrollo, no han hecho salvo en México, una investigación de la tecnología que poseen especialmente en los Hospitales del nivel terciario para poder programar por Regiones o Zonas la incorporación de equipos de alta tecnología en virtud de los costos elevados de ella y de las transferencias culturales que apareja.

Ante la necesidad de incorporar tecnologías de equipos que promuevan el avance científico todo Sistema Nacional de Salud Moderno debe tener un Consejo de Evaluación y Programación de Tecnologías a nivel Nacional y varios Comités a nivel Seccional para seleccionar las tecnologías pertinentes y programarlas adecuadamente.

En cuanto a tecnologías sencillas existe el hecho aberrante de que en los países en desarrollo hay una gran capacidad tecnológica sencilla y apropiada, abundante en los organismos de salud del nivel primario, que no son utilizadas por la comunidad la cual se desplaza ávidamente hacia los niveles de tecnología compleja.

IV. Articulación del Sistema Nacional de Salud frente a la Seguridad Social.

El tiempo ha ido corriendo sin lograr canalizar en los países en desarrollo una de las responsabilidades más importantes y típicas de un Sistema: articular los organismos

de Salud de la Seguridad Social con los del Sistema. Este aspecto es clave para un rendimiento programático de la utilización y empleo del Profesional de la Salud.

Concomitante y desafortunadamente en la mayoría de los países en desarrollo, el concepto y doctrina de la Seguridad Social, de corte hasta ahora no solo estático sino retrasado, se identifica de manera exclusiva con el organismo denominado "Instituto de Seguridad Social" que posee una connotación de poder tremendo pero paradójicamente una cobertura precaria frente a sus amplios recursos. Los otros organismos de Salud de Seguridad Social dispersos en Cajas por falta de una concepción globalista, poca atención merecen, erróneamente del Sistema Nacional de Salud.

Los directivos de los Institutos de Seguridad Social que arriban a la cúpula de los cargos con muy buena intención se dedican al estudio de los diferentes problemas propios de este complejo organizacional y poco tiempo tienen para pensar en serio en un proceso real de articulación.

V. La crisis de las estructuras regionales de los Sistemas de Salud y de su funcionamiento.

La estructura de la regionalización que se apoya en una conceptualización de atención escalonada, inter-relacionada e inter-actuante, ha venido debilitándose cada día más por diferentes factores.

Las normas y procedimientos de remisión de pacientes y de intercambio no han tenido asentamiento. Las tele-comunicaciones (radio-teléfono), transportes, ambulancias etc. no se han sistematizado.

No se sabe en realidad cual es el número certero de médicos que requieren y cual su proyección. Seguramente el

Estudio sobre consolidación del Sistema Nacional de Salud ayude a aclarar este interrogante.

VI. Las crisis normativas.

La legislación, en el Sistema Nacional de Salud ha ido más lenta que los avances de la ciencia y la tecnología muchos de cuyos aspectos deberían ya haberse enmarcado dentro de un nuevo contexto del derecho social.

La vida normativa de los Sistemas por las razones anotadas, sufre quebrantos que inciden sobre el desarrollo de la Salud

VII. La crisis de los recursos físicos

Ha habido una crisis de los recursos físicos que ha residido en el desborde de construcciones, cuya característica ha sido el gigantismo arquitectónico con gastos, no inversiones, imponderables.

Esta crisis de los recursos físicos desbordados ha producido en cadena otras crisis como son la económica y financiera ante la exigencia de funcionamiento que demandan las nuevas estructuras.

VIII. La crisis de los recursos económicos

La participación de los Ministerios de Salud en el Presupuesto Nacional ha experimentado un decrecimiento en valores constantes no obstante que desde el punto de vista de valores corrientes aparece aumentado. (De 9.4 a 5 en Colombia).

En Colombia, el Sistema de Salud en los niveles seccionales se ha promovido con estímulos económicos derivados de la nación a través del situado fiscal, el impuesto a la venta de licores y recientemente ingresos que han surgido como el del chance.

Sin embargo, mientras el situado fiscal brindaba impulsos, algunos Departamentos muchas veces disminuyen sus propios aportes. Numerosos conflictos se han presentado con los recursos provenientes de las Loterías en virtud de la desviación hacia menesteres diferentes al ámbito de la Salud. Igualmente en la recolección del impuesto por venta de licores ha existido un comportamiento no adecuado.

Un comportamiento no satisfactorio de los recursos económicos ha sido el de la no oportunidad en la entrega de ellos, satisfaciéndose este aspecto con retardos que complican la situación.

Existe una actitud y realidad de crisis económicas periódica en los Hospitales mayores que obliga a soluciones periódicas y de emergencia, fundamentalmente por medio de Presupuestos o partidas adicionales.

Frente a estos aspectos está de por medio el comportamiento creciente de costos en equipos, reactivos, medicamentos y elementos de toda índole.

Se cuestiona ante esta crisis los aspectos de gerencia y gestión administrativos y el hecho de que la salud no sea manejada como una gran empresa que produzca eficiencia, eficacia y actividad, entendiendo naturalmente que no se trata de una agencia lucrativa sino de una empresa de inversión de recursos en la comunidad.

Finalmente, consideramos pertinente delinear algunas recomendaciones:

1. Se hace necesario incorporar a la Oficina de Planeación, Dirección de Investigación, Epidemiología y Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud en un proceso articulado de estudio y análisis conjunto, permanentemente, sobre la producción, formación, utilización y empleo del Recurso Humano para la Salud frente a las "Necesidades reales de la Comunidad" involucrando en el estudio y análisis con verdadero énfasis el contexto económico y de mercado laboral - profesional, así como naturalmente el social, cultural, demográfico-epidemiológico y de estructura y organización del Sistema de prestación de Servicios de Salud, que tienen que ver con el problema.

Esta modalidad innovadora de trabajo articulado tendría que generar una acción igual en los Servicios de Salud, Unidades Regionales y Locales para conjugar la planeación indicativa con la del entorno periférico de la realidad.

Los articuladores en este sentido son los Subsistemas de Investigación, Información y Planeación que requieren una organización y operación consistente.

La incorporación de este proceso en el quehacer diario de esas reparticiones y organismos permitiría alimentar el otro proceso secuente de políticas y estrategias que compete al nivel superior y evitaría tener que realizar cada determinado número de años "Estudios Especiales de Recursos Humanos", costosos, los cuales se convierten en elementos importantes de una etapa pero que pasan a resumirse en eventos episódicos si no existe el proceso anotado antes de reflexión, estudio y análisis permanente incorporado a la vida y tarea diaria de los organismos responsables.

2. El proceso de que se habla en el numeral anterior tiene que entrar, para ser válido, en otro proceso envolvente que es el de la planeación concertada con otros sectores e instituciones como Ministerio de Educación, Trabajo y Desarrollo, División de Salud del Departamento Nacional de Planeación, Asociaciones de Facultades de la Salud y organismos formadores de personal de salud en general. El núcleo coordinador de la planeación concertada en este caso debe ser definido por el Gobierno o por acuerdo entre las instituciones.
3. Las políticas que se definan no pueden ser simplemente declamatorias sino viables y de mandato, y tener en cuenta que las discusiones de hoy entrarán a repercutir dentro de 10, 15 o 20 años, como nos ha sucedido con los hechos históricos descritos en este documento desde 1.950.
4. Las Facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud deberán contribuir con un proceso similar institucional de auto-evaluación como fundamento para sus propuestas de planes de desarrollo y revisión curricular. Esta planeación periférica alimentaría el trabajo de las otras instituciones del nivel nacional.
5. Habiéndose perdido la instancia planificadora del Estudio de Recursos Humanos del año 1.964 sería aconsejable iniciar ahora en el país el proceso enunciado en los numerales 1 y 2 con un Proyecto Innovador e Integrador que investigue la situación actual de los Recursos Humanos para la Salud con el objeto de que sirva al próximo Gobierno para despegue de sus políticas sobre desarrollo de dicho Recurso.

Este tipo de estudio sería más simple que el de 1964 y tendría la ventaja de buscar un modelo de perfeccionamiento comparado con estudios anteriores, sin conformar una nueva burocracia (Numerales 1 y 4)

6. Se hace necesario, como ya comienza a suceder, extender una suficiente ilustración a los diferentes estamentos oficiales, privados, comunitarios sobre el problema del desequilibrio entre oferta y empleo que se está observando para una toma de conciencias sobre la gravedad del conflicto.

7. Como es obvio, mientras se instauran los procesos anotados hay que actuar con fundamento en los conocimientos actuales y en la experiencia sobre los conflictos que visible y protuberantemente pesan sobre la Oferta y Demanda en lo que respecta al profesional de la salud. Ya se han expresado en este documento las acciones que se han tomado en relación con la Oferta pero en cuanto a la Demanda no se ha intervenido claramente sino congelando cargos, seguramente por la situación económica que ha venido afrontando el país. El Gobierno actual y el próximo, por lo que expresan los candidatos, están interesados en mantener como prioridad política la disminución del desempleo, desde un punto de vista general, lo que da cabida al Sector Social de la Salud para hacer las presiones del caso con el fin de que el desequilibrio ya percibido entre por cauces de soluciones.

8. Finalmente, no podemos desaprovechar el interés que se ha despertado sobre el Problema y por ello debemos proseguir con esfuerzos crecientes en la tarea, utilizando imaginación, creatividad y acción.

Un buen augurio y punto de apoyo es el desarrollo por parte del Ministerio de Salud del Proyecto de Consolidación del Sistema así como el trabajo conjunto que están desarrollando las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología con sus proyectos innovadores de Autoevaluación, Salud Familiar y Nuevas Tecnologías Educativas en el Nivel Primario.

II-25-86

ADP/cms-mdc:

ENFOQUE ESTADISTICO

- Segunda Parte -

Estco. MANUEL LEGUIZAMON T.

Jefe de Estadística
e Informática

FORMACION DE PERSONAL PROFESIONAL DE MEDICINA, CREACION DE INSTITUCIONES
Y CAPACIDAD DOCENTE, OFERTA DE PERSONAL MEDICO, MERCADO DE TRABAJO.

SEGUNDA PARTE

I. FORMACION DE PERSONAL PROFESIONAL DE MEDICINA

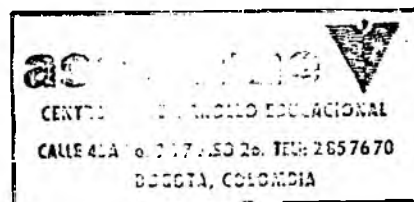
1.1. Solicitudes de Admisión.

El número de solicitudes de admisión a los programas de Medicina en el país, registra un descenso en estos últimos años, esta situación, tiene un buen porcentaje de explicación en el hecho de haberse registrado cierres temporales durante éste período, en algunos establecimientos de educación superior que ofrecen éste programa.

Sin embargo, la participación de Medicina, en las solicitudes de admisión a las carreras de Ciencias de la Salud, sigue siendo mayoritaria; en los registros del ICFES (Tabla N° 1.1.) llegó a ser del 41.23% para 1.984 y ha representado en promedio el 55.57% de la demanda de la última década.

De otra parte, es bien conocida la situación de inscripción simultánea a un programa en diferentes Facultades por un mismo aspirante en la educación superior. Este fenómeno fué estudiado por el ICFES y determinó un coeficiente promedio del 2.03% ¹/₁. Haciendo uso de este indicador, se ha deflactado la demanda total, en los programas de Medicina para obtener el estimativo de la demanda real.

¹/₁ ICFES, Estadísticas Básicas de la Educación Superior 1979-1980



T A B L A N° 1.2.

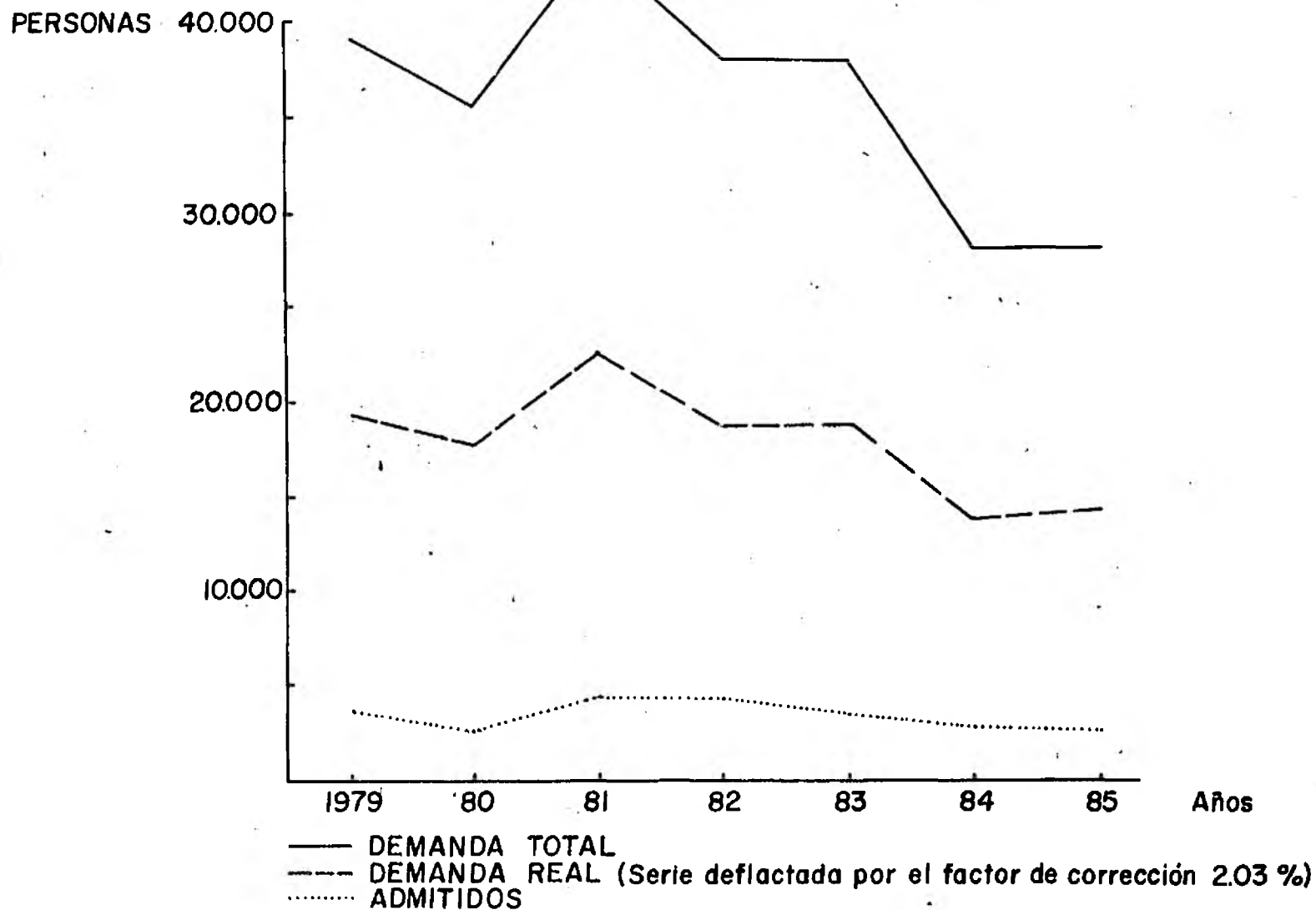
SOLICITUDES DE ADMISION A LOS PROGRAMAS DE MEDICINA DEL PAIS
(1979 1985)

AÑO	DEMANDA TOTAL	DEMANDA REAL *	ADMITIDOS	% DE ADMISION
1979	39224	19322	3584	18.55
1980	35723	17597	2508	14.25
1981	45980	22650	4315	19.05
1 2	38097	18767	4295	22.88
1 3	38089	18763	3390	18.07
1 4	28235	13908	3006	21.61
1 5	28975	14273	2912	20.40

* Serie deflactada por el factor de corrección: 2.03%

GRAFICA N° 1.1

SOLICITUDES DE ADMISION A LOS PROGRAMAS DE MEDICINA DEL PAIS



Fuente: ASCOFAME - Estadística e Informática - 1986

Debido a la disminución de solicitudes de admisión, como - lo muestra la Tabla Nº 1.2. el porcentaje de admisión registra ligeros incrementos en los últimos años, por ejemplo en 1.985 en promedio se aceptaron veinte aspirantes por cada (100) solicitudes de admisión.

1.2. Retención Estudiantil

Los porcentajes de retención estudiantil, que comprende pérdida académica, abandono de estudios (definitiva o temporal) y otros factores que impiden la promoción al siguiente ciclo académico de la población estudiantil (hecho también conocido como atrición) en los programas de Medicina registra el índice más alto, si se compara ésta con el de Enfermería, - Tecnología-Enfermería y Odontología según datos del ICFES (Tabla Nº 1.3.).

El porcentaje de retención del 47.67% es similar al calculado por ASCOFAME con los registros individuales de 14 Facultades de Medicina en el país, en 6 cohortes (datos disponibles) los cuales por ciclo académico son:

De primero a segundo año	:	10.06 %
De segundo a tercer año	:	3.17 %
De tercero a cuarto año	:	16.80 %
De cuando a quinto año	:	11.19 %

T A B L A N° 1.3

**RETENCIÓN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR
EN MEDICINA - ENFERMERIA - ODONTOLOGIA
1975 - 1984**

PROGRAMA	RETENCIÓN (PORCENTAJE)	NUMERO COHORTES
- Tecnología Enfermería	38.01	8
- Enfermería	43.26	7
- Medicina	47.67	5
- Odontología	44.15	6

FUENTE: Subdirección de Planeación. División de Información
Estadística-Estadísticas de la Educación Superior
1975 - 1984.

Sobre los porcentajes de retención estudiantil, estimados por ASCOFAME, es necesario aclarar que éstos están influidos por hechos extra-académicos como por ejemplo: el cierre temporal de algunas facultades de Medicina que de todas maneras impiden la promoción normal al siguiente ciclo académico de los estudiantes regulares.

1.3. Volumen de Egresos con relación a matrículas de primer curso.

Tomando como base 1.975, año en el que se contaba con 14 programas de Medicina y se había producido 636 egresos, el índice de crecimiento en 1.984, nos indica un incremento superior a tres veces del volumen de egresos de los programas de Medicina; aspecto que, en términos generales presenta una tendencia de crecimiento constante en la última década (ver Tabla N° 1.4.)

TABLA N° 1.4

VOLUMEN DE EGRESOS CON RELACION
A MATRICULAS DE PRIMER CURSO

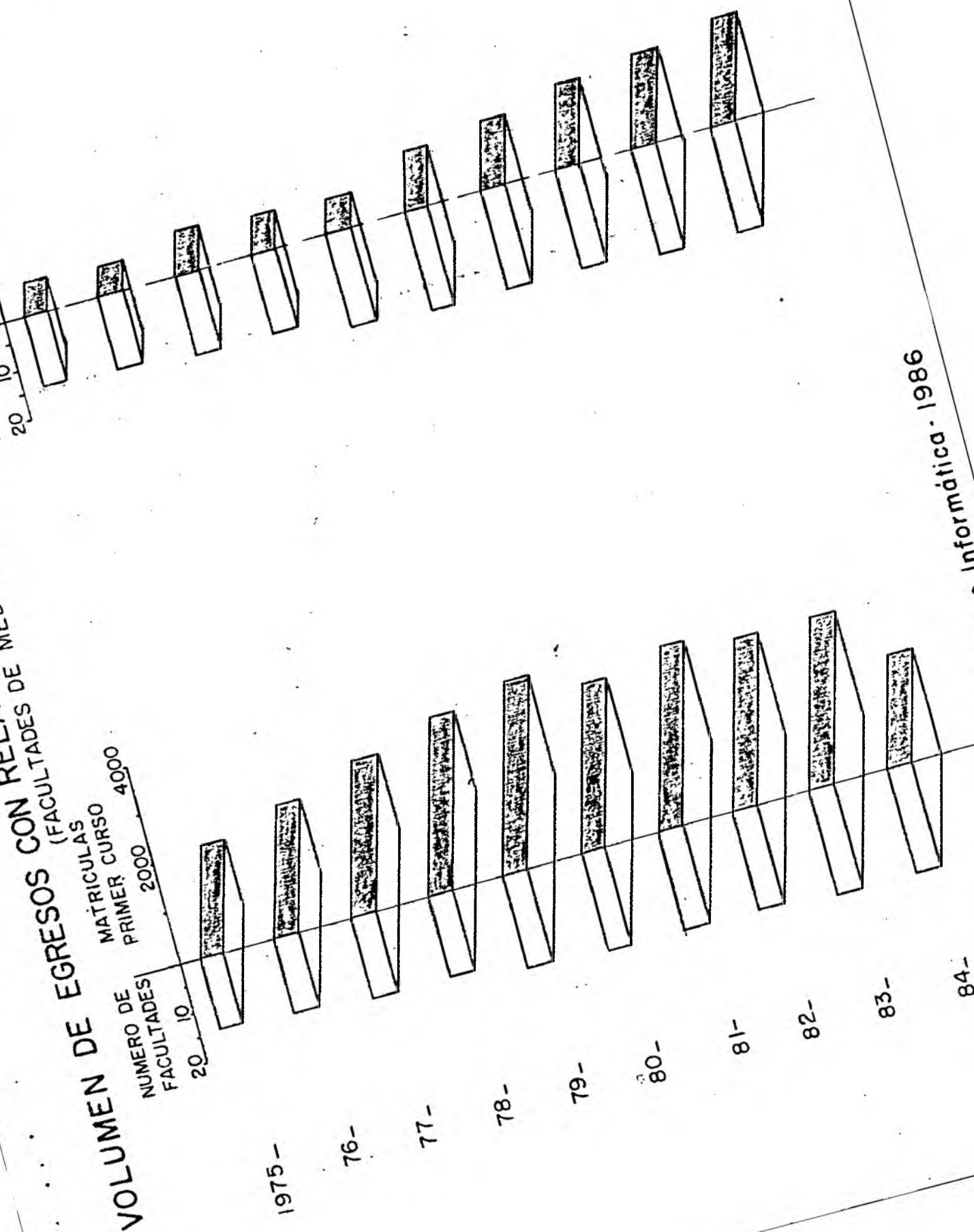
AÑO	Matriculas * Primer Curso	Número de Fac. Medic.	EGRESADOS	INDICE DE CRECIMIENTO
1975	2146	14	636	100
1976	2551	15	592	093
1977	3000	17	822	129
1978	3379	17	755	119
1979	3672	19	690	109
1980	3183	20	1153	181
1981	3489	20	1345	211
1982	3387	20	1596	251
1983	3314	21	1808	284
1984	2197	21	2018	317

* Los datos relativos a matriculados a primer curso son los publicados por el ICFES. Subdirección de Planeación, División de Información Estadística - Estadísticas de la Educación Superior 1975-1984.

Los otros datos de esta tabla son los producidos por ASCOFAME Oficina de Estadística e Informática.

VOLUMEN DE EGRESOS CON RELACION A MATRICULAS DE PRIMER CURSO

GRÁFICA Nº 1.2
 NUMERO DE FACULTADES DE MEDICINA
 EGRESADOS



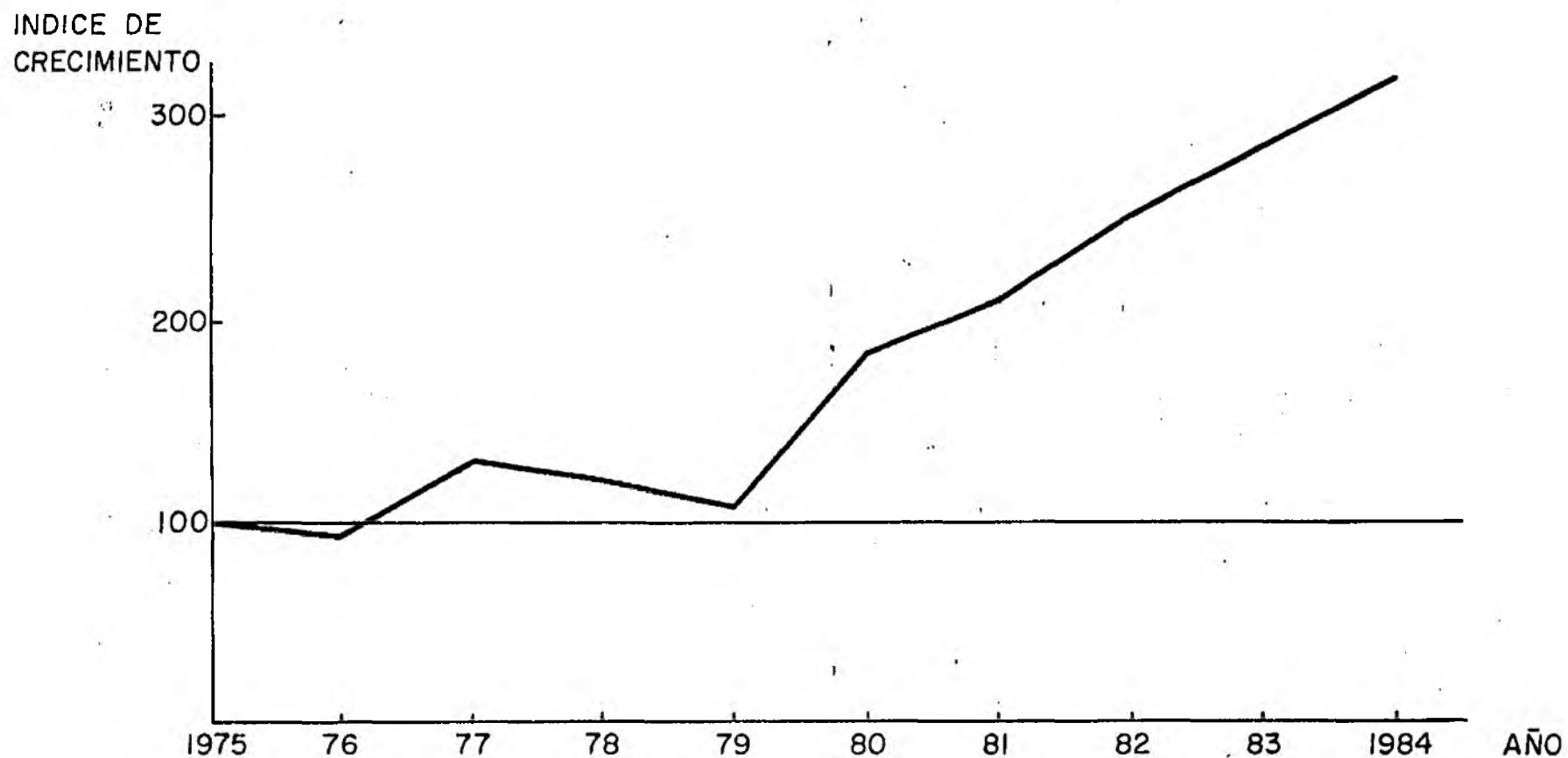
Fuente: ASCOFAME - Estadística e Informática - 1986

GRAFICA N° 1.3

VOLUMEN DE EGRESOS CON RELACION A MATRICULAS DE PRIMER CURSO

FACULTADES DE MEDICINA

INDICE DE CRECIMIENTO



Fuente: ASCOFAME - Estadística e Informática - 1986

2. CREACION DE INSTITUCIONES Y CAPACIDAD DOCENTE.

2.1. Creación de nuevos programas de Medicina.

En el área de Ciencias de la Salud, hasta el presente año, los programas de Medicina de pre y post-grado tienen una participación del 59%. 2/ constituyéndose ésta la mayor entre las disciplinas de la mencionada área. Medicina, Odontología y Enfermería suman el 80% de los programas de Ciencias de la Salud.

De otra parte, en la década de los 70s, se duplicó el número de Facultades de Medicina, un total de 11 programas nuevos se autorizaron en el país (Tabla Nº 2.1.); situación análoga en Odontología y enfermería, a tal punto que a partir de 1.970 el número de estos programas se aumentó en un 65%.

En la actualidad existen un total de veintiun (21) programas de Medicina reconocidos, de los cuales once (11) son de carácter público.

T A B L A Nº 2.2.

ORIGEN DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN EL PAIS

AÑO	Nº de Facultades y Escuelas de Medicina	O R I G E N	
		Público	Privado
1964	7	85.75 %	14.29 %
1974	13	53.84 %	46.15 %
1982	20	50.00 %	50.00 %
1985	21	52.00 %	48.00 %

2/ ICFES. Subdirección académica- Programas según su situación. legal. Reporte 01 - 17 -86.

NOTA: En este reporte no se incluyó los Programas ofrecidos por la Universidad Nacional ni los post-grados que se encuentran en trámite ante el ICFES.

T A B L A N º 2.1.

VISIÓN HISTÓRICA DE LOS PROGRAMAS DE MEDICINA
ENFERMERÍA - ODONTOLOGÍA

PROGRAMA	AÑO INICIACION DE LABORES							TOTAL
	ANTES 1930	1930 1939	1940 1949	1950 1959	1960 1969	1970 1979	1980 1986	
Medicina	2	2	—	3	2	11	1	21
Odontología	—	2	1	1	—	5	3	12
Enfermería (Universitaria)	—	1	—	1	4	7	4	17
Enfermería (Tecnológica)	—	—	—	—	—	3	2	5
TOTAL	2	5	1	5	6	26	10	55
PORCENTAJE	3.63 4	9.09 9	1.81 2	9.09 9	10.9 11	47.27 47	18.18 18	100

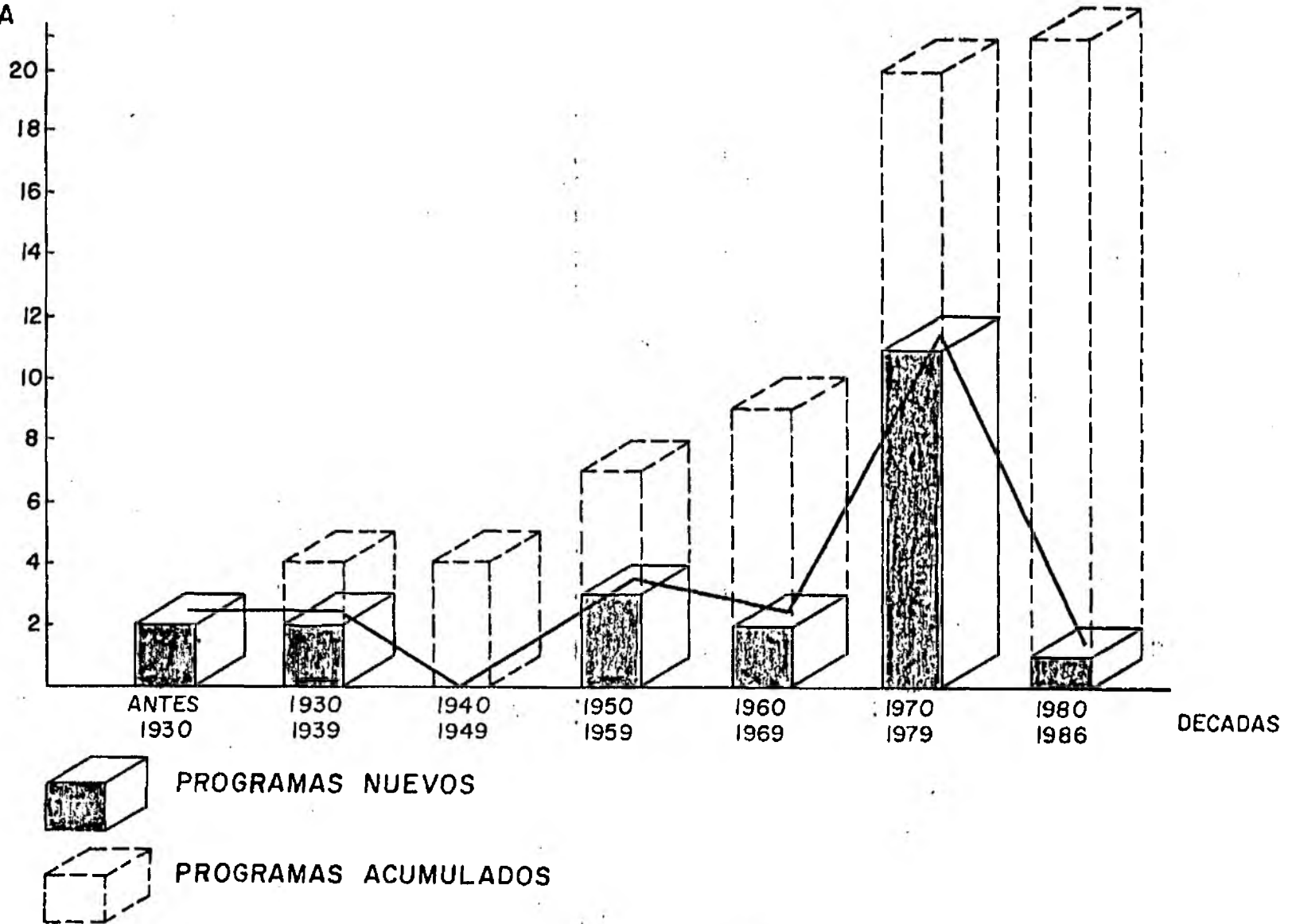
65 %

FUENTE: ICFES. Folders de los Programas-Archivo.

GRAFICA N° 2.1

VISION HISTORICA DE LOS PROGRAMAS DE MEDICINA

PROGRAMAS DE MEDICINA



Fuente: ASCOFAME - Estadística e Informática - 1986

(Tomado de: ICFES - Folderes de los Programas - Archivo)

El número de Facultades y Escuelas de carácter privado han venido aumentando en las dos últimas décadas, y es así como en 1.964 representaban el 14%, diez años más tarde el 46% y hoy el 48%.

El ciclo semestral predomina en los programas de medicina, trece (13) Facultades, tienen este período académico.

2.2. Capacidad Docente.

Un promedio de diez (10) estudiantes por un (1) docente de tiempo completo (equivalencia), es la tendencia en la última década en los programas del área de Ciencias de la Salud (Tabla N° 2.3.)

En cuanto a los docentes vinculados con los programas de Medicina en 1.983, eran un total de 3368, planta esta que constituía la mitad de los profesores vinculados con el área.

T A B L A . N° 2.4.

DOCENTES AL SERVICIOS DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DEL PAIS.

VINCULACION	DOCENTES	%
Tiempo Completo	1298	38.53
Tiempo Parcial.	2070	61.46
TOTAL	3368	100

T A B L A N º 2.3.

**PERSONAL DOCENTE AREA CIENCIAS DE LA SALUD
1975 - 1984**

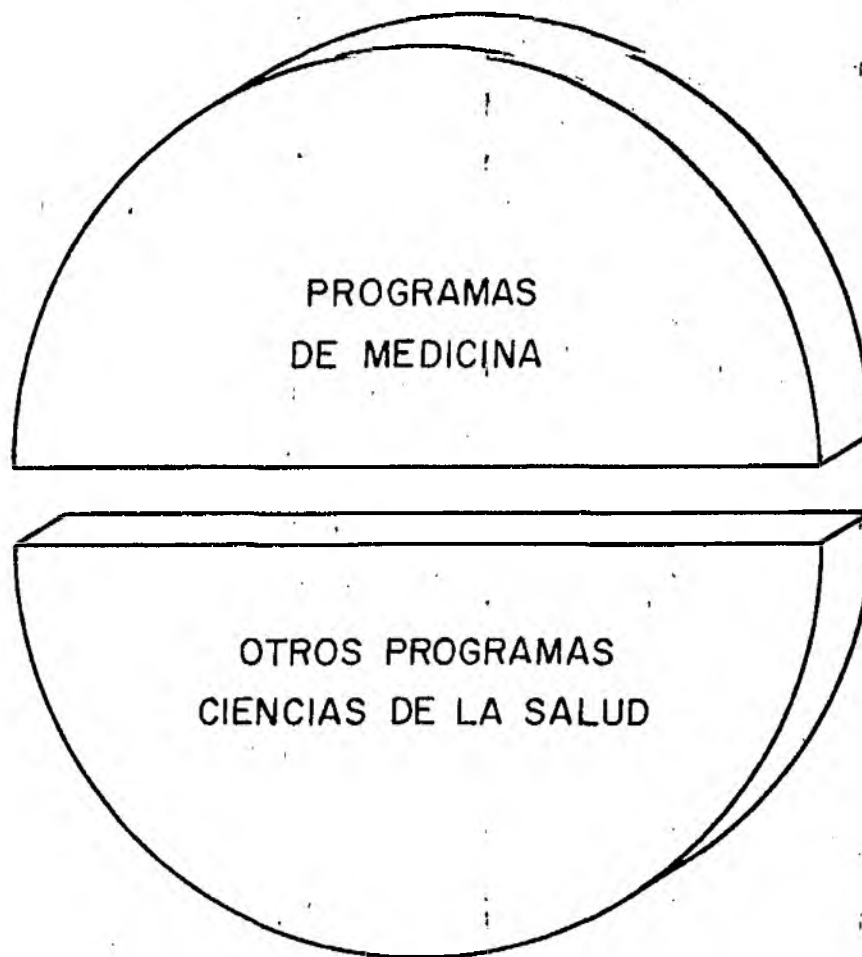
AÑO	DEDICACION			Docente en Equivalencia de T. Completo (*)	Número Estu- diantes Ma- triculados	Relación Estu- diantes por Docente
	Tiempo Completo	Medio Tiempo	Hora Cátedra			
1975	1.419	673	535	1.889	14.851	7.86
1976	1.564	723	712	2.103	19.747	9.38
1977	1.541	772	960	2.167	23.321	10.76
1978	1.573	849	924	2.228	25.772	11.56
1979	1.731	1002	967	2.474	28.055	11.33
1980	1.870	1219	1085	2.751	25.934	9.42
1981	2.068	1558	1272	3.165	33.331	10.53
1982	2.264	1865	1386	3.543	36.586	10.32
1983	2.356	1956	2356	3.923	38.038	9.69
PROMEDIO						10

FUENTE: ICFES. División Información Estadística-Estadísticas de la Educación Superior 1982 - 1984.

(*) 2 docentes Medio Tiempo = 1 Docente Tiempo Completo
4 docentes Cátedra = 1 docente Tiempo Completo

GRAFICA Nº 2.2

PERSONAL DOCENTE AREA CIENCIAS DE LA SALUD
Y AL SERVICIO DE LOS PROGRAMAS DE MEDICINA



or de la Matrícula.

ICFES, ha calculado el valor promedio de la matrícula en los Programas de Medicina, Odontología y Enfermería de Instituciones de carácter privado. De estas estimaciones puede verse cómo, el valor de Medicina es dos veces superior a Enfermería y 22% superior a Odontología.

T A B L A N° 2.5.

PROMEDIO VALORES DE MATRICULA PROGRAMAS DE EDUCACION
SUPERIOR MEDICINA-ODONTOLOGIA - ENFERMERIA Y SU EQUIVA
LENTE EN SALARIOS MINIMOS 1986
(INSTITUCIONES DE CARACTER PRIVADO)

PROGRAMA	VALOR PROMEDIO MATRICULA	EQUIVALENTE EN SALARIOS MINIMOS
- Medicina	\$119.866.33	7.13
- Enfermería (Universitaria)	57.572.50	3.42
- Odontología.	97.647.50	5.80

* Salario Mínimo = \$ 16.811.50

FUENTE: ICFES. Subdirección de Planeación. División de Planeación Económico-Financiera.

3. OFERTA DE PERSONAL MEDICO

3.1. Estudiantes de Pre-grado.

En 1.985, en los veintiun (21) programas de Medicina, se matricularon 14.906 estudiantes en pre-grado, en los últimos cuatro años esta cantidad ha registrado pocos cambios, el mayor número de estudiantes se obtuvo en 1.984 (15.427), las disminuciones - cuantitativas de los años 82 y 85 son explicables por cierres temporales en algunas Facultades.

ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA
1.975 - 1.985

AÑO	ESTUDIANTES	HOMBRES	MUJERES
1975	7.731	-	-
1976	9.201	-	-
1977	10.377	-	-
1978	11.469	-	-
1979	13.307	-	-
1980	15.088	74.50 %	25.50 %
1981	14.575	73.90 %	26.10 %
1982	14.672	75.00 %	24.94 %
1983	15.176	74.60 %	25.40 %
1984	15.427	73.25 %	26.75 %
1985	14.906	72.18 %	27.82 %

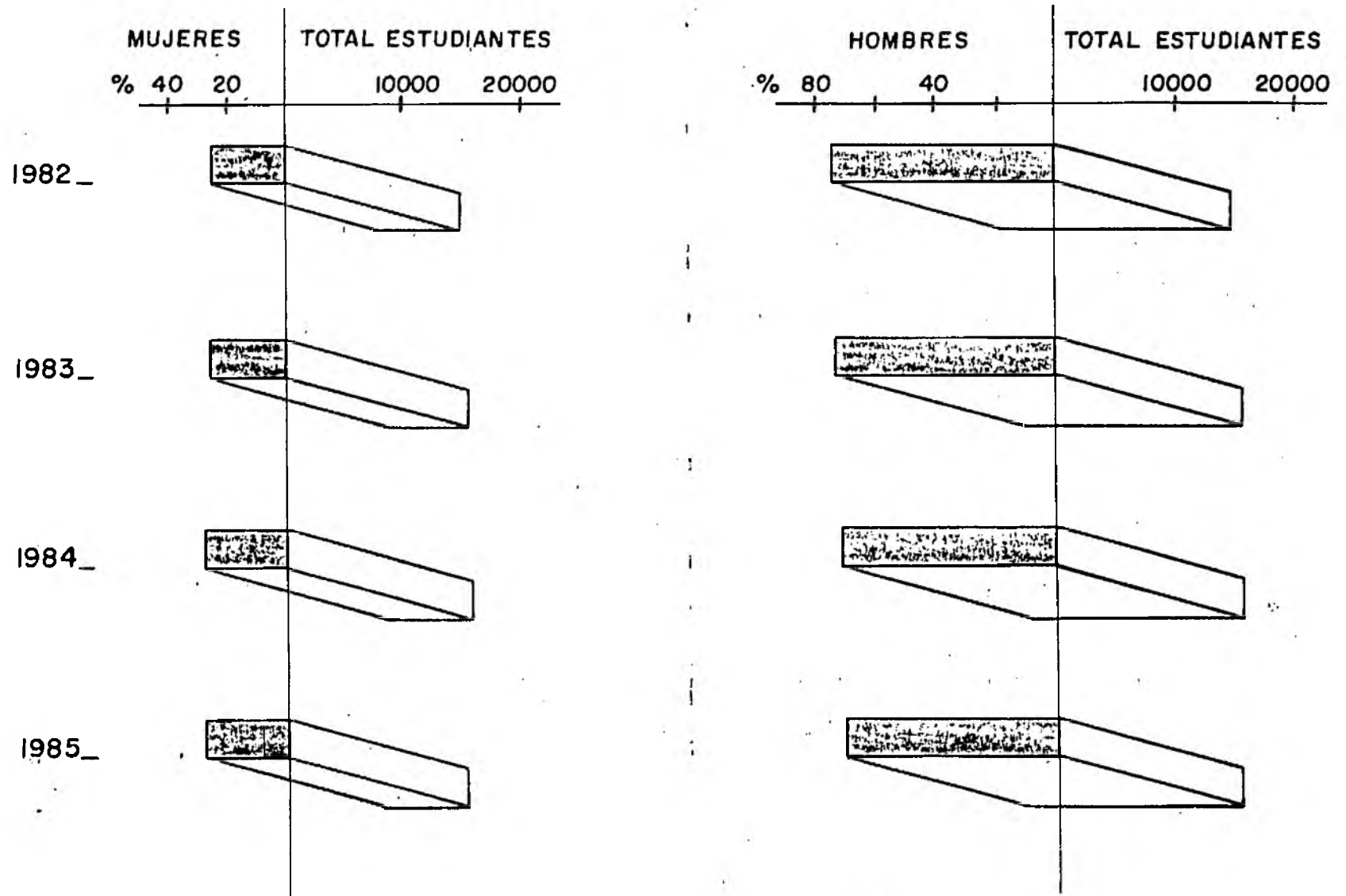
De otra parte, la participación de la mujer en los programas de Medicina, muestra un incremento progresivo; en efecto, en el último año su participación llegó a ser superior a la cuarta parte de la población estudiantil, como se aprecia en la Tabla Nº 3.1.

3.2. Egresos Médicos.

A partir de abril de 1873, cuando de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena egresó el primer profesional de la Medicina, se han registrado en las Facultades de Medicina del país, un total de veintiseis mil setecientos nueve (26.709) médicos generales ésto hasta el 31 de diciembre - 1984 y estimándose un total de un mil quinientos treinta y cuatro (1.534) egresos médicos en 1.985, de tal manera que se calcula un gran total de veintiocho mil doscientos cuarenta y tres (28.243) profesionales médicos, formados hasta el pasado año.

GRAFICA N° 3.1

ESTUDIANTES DE PREGRADO EN LOS PROGRAMAS DE MEDICINA
DISTRIBUCION SEGUN SEXO



Fuente: ASCOFAME - Estadística e Informática- 1986

TABLA N° 3.2.

MEDICOS GRADUADOS DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DEL PAIS

AÑO	FACULTADES	MEDICOS GRADUADOS
1964	7	9504
1973	9	13425
1982	20	22758
1984	21	26709
1985	21	28243*

* Dato estimado.

Debido a la carencia de estudios recientes que describan el comportamiento de variables como migración y abandono del ejercicio profesional en el cuerpo médico del país, así como el desconocimiento del número de médicos fallecidos, la información de médicos activos hoy en el país, es un dato aproximado que trata de acercarse a la realidad del país.

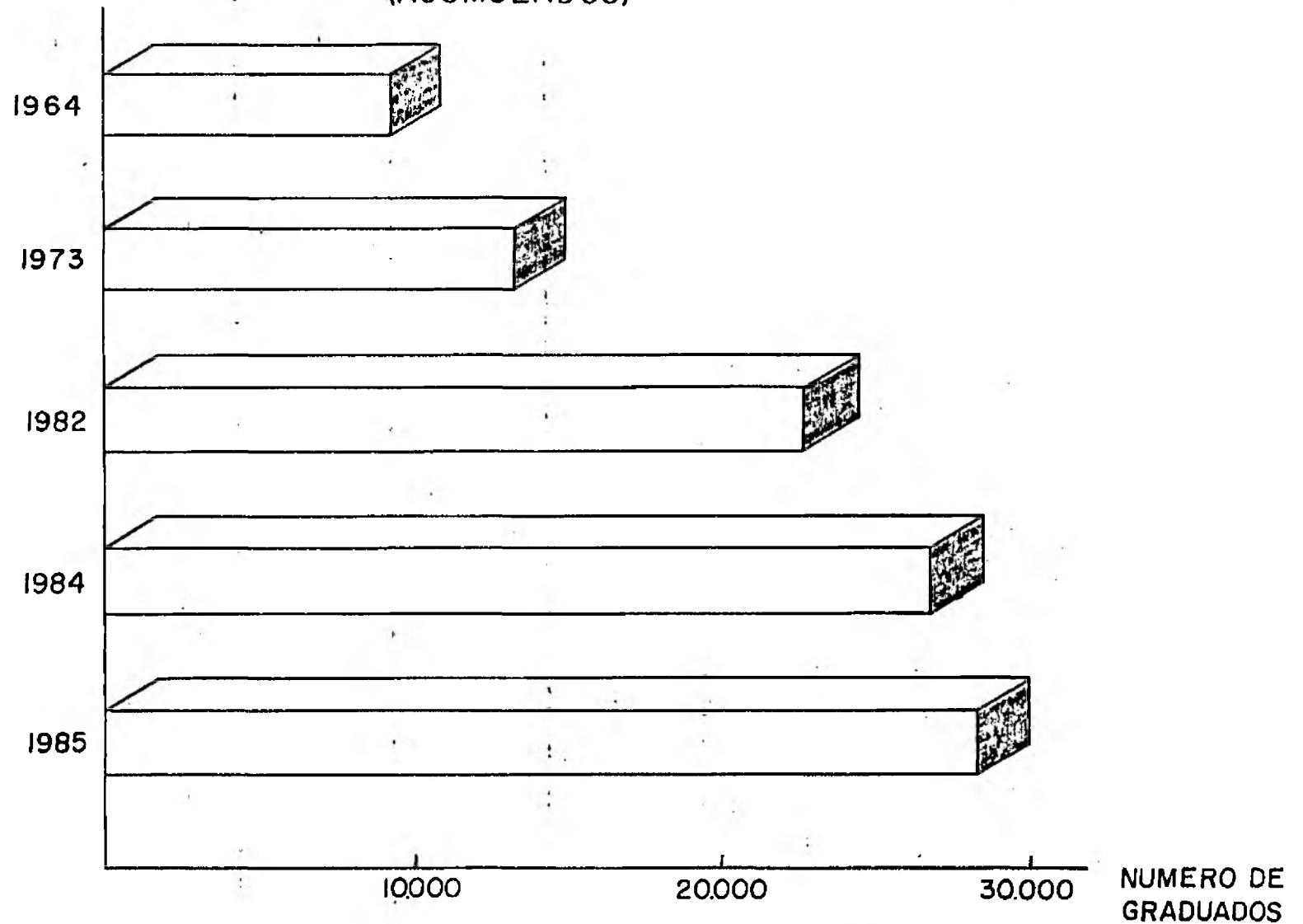
Es importante comparar las cifras del potencial médico en el país indicadas por el estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia, realizado por el Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME en 1964-1968, con las estimadas actualmente.

Entre 1965 y 1968 se contaba con un cuerpo médico entre 7383 y 8650 produciéndose entonces, los egresos de 7 Facultades en el país y estimándose un 8.9% de ese total de médicos provenientes de Facultades del exterior.

Para 1985 se estima (Ver Tabla N° 3.3.) un total de 23000 médicos activos en el país, pero con las salvedades anotadas en el párrafo de arriba.

GRAFICA N° 3.2

MEDICOS GRADUADOS DE LOS PROGRAMAS DE MEDICINA DEL PAIS
(ACUMULADOS)



Fuente: ASCOFAME - Estadística e Informática - 1986

3.3. Proyecciones:

Conjuntamente ASCOFAME y la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, han venido estudiando las tendencias de la oferta médica del país hasta el año 2.000, con base en un análisis retrospectivo. Complementando lo anterior, la información que publica el Ministerio de Salud, Dirección de Recursos Humanos, en los siguientes documentos: "Disponibilidad de Recursos Humanos en Salud, Sub-sector Oficial directo Colombia 1978"; Bogotá, 1981 y "Comportamiento de los Programas Docentes de Salud - Análisis Retrospectivo y Tendencias 1985"; Bogotá 1982, sirve de base para el Análisis que a partir de este numeral, se incluye en el presente documento.

En el papel de trabajo "Situación del Recurso Médico" (documento elaborado por Recursos Humanos, Minsalud, con base en los Registros Sistemáticos de esa División y analizado conjuntamente con ASCOFAME) se establecen dos proyecciones de los egresos médicos en el país hasta el año 2.000. La "alternativa 1" se fundamenta en los siguientes supuestos:

Un crecimiento vegetativo de los programas anteriores a 1970 y un crecimiento similar para los nuevos programas a lo observado posteriormente al mencionado año.

La "alternativa 2" considera todos los programas con un ritmo de crecimiento similar según el comportamiento observado (Ver Tabla Nº 3.3.).

De la anterior información se estima un número total de médicos activos de 53143 en el año 2.000, resultado obtenido de promediar las alternativas 1 y 2. Además, la proyección de egresos para el período 1986-2.000 esta entre 30143 y 32981.

Los anteriores cálculos se basaron en un análisis retrospectivo a partir del comportamiento de los programas de Medicina, 20 - años atrás.

TABLA Nº 3.3.

PROYECCION DE EGRESOS MEDICOS 1986 - 2000

AÑO	A L T E R N A T I V A 1			A L T E R N A T I V A 2			\bar{X}_m	\bar{X}_y	λ
	M	Y	Mx	M	Y	Mx			
1985	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000
1990	8.300	9.106	9.892	5.893	7.493	9.093	7.116	8.299	9.492
1995	10.727	11.215	11.703	7.374	8.725	10.076	9.050	10.204	10.889
2000	12.904	13.323	13.746	8.459	9.957	11.445	10.681	11.640	12.600
T o t a l	54.971	56.644	58.341	44.726	49.145	53.624	49.847	53.143	55.981

M = Mínima.

Y = Promedio.

Mx = Máxima

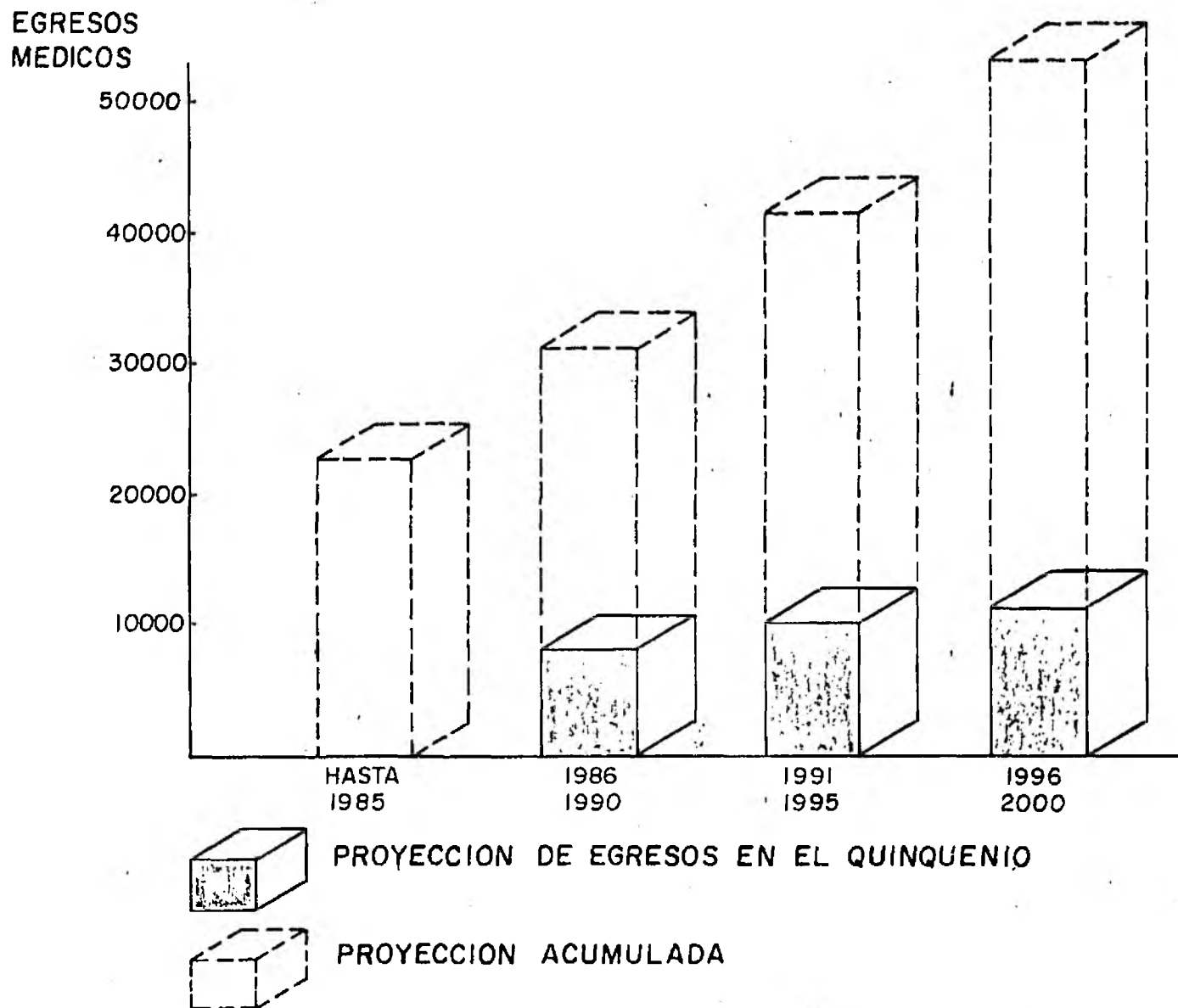
\bar{X} = Promedio.

FUENTE: División de Proyección y programación de Recursos Humanos Ministerio de Salud.

(Tomado de: "Situación del Recurso médico", ASCOFAME-RECURSOS HUMANOS-MINSALUD).

GRAFICA N° 3.3

PROYECCION DE EGRESOS MEDICOS 1986 - 1990



Fuente: División de Proyección y Programación de Recursos Humanos - MINSALUD

4. MERCADO DE TRABAJO PARA EL PROFESIONAL MEDICO.

En esta parte se describe la estructura global de empleo en los diferentes sub-sectores y la relación estimada entre generación de nuevos empleos y la proyección de egresos de médicos en el país.

4.1. Estructura de empleo del recurso médico.

El Estudio de Recursos Humanos de 1964 -1969 3 /, indicaba una concentración de médicos, del 74.2% en las ciudades capitales, donde vivía el 31.1% de la población, elevándose se esta concentración al 90.8% en las ciudades mayores de 20.000 habitantes y donde vivía el 36.4% de la población. En los Municipios menores de 20.000 habitantes, que constituían el 63.6% de la población la concentración era de 9.2%. En estas mismas ciudades capitales había un médico por 1000 habitantes y en el resto del país, 1 por 6384.

De otra parte, el mencionado estudio, en 1965 estimó una población de 17'484.508 y un total de médicos activos de 6232 en el país, lo cual a su vez, permite establecer una relación de 3.5 médicos por 10000 habitantes, para ese año. En 1985, con un estimado de 28'100.000 habitantes y un total de 18158 médicos vinculados a los diferentes subsectores del Sistema Nacional de Salud, como más adelante se describirá, indica una relación de 6.5 médicos por 10.000 habitantes, como se aprecia en la gráfica N° 4.1.

Con base en la información de 1985, el total de médicos vinculados a los diferentes sub-sectores de la salud: subsector oficial directo, seguridad social, docencia e investigación, es de 18158; su distribución geográfica y su relación con la población correspondiente se muestra en la Tabla N°. 4.1.

3 / ASCOFAME- MINSALUD, Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia, Métodos y Resultados, pág. 112

T A B L A N° 4.1.

DOTACION DE RECURSO MEDICO VINCULADO A LOS DIFERENTES SUBSECTORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, UBICACION POR REGIONES GEOGRAFICAS Y RELACION CON POBLACION COLOMBIA 1.985

REGIONES	POBLACION	%	UBICACION MEDICOS CONTRATADOS	%	R.M./10.000 HABITANTES
Norte	4'341.000	15.3	3.081	17.0	7
Bogotá	4'230.000	15.1	5.001	27.1	11.8
Centro.	7'927.000	28.3	4.443	24.5	5.6
Oriente	5'381.000	19.1	2.462	13.6	4.6
Pacífico.	5'617.000	20.0	2.895	15.9	5.2
T. Nacionales.	604.000	2.2	276	1.9	4.6
T o t a l	28'100.000	100.0	18.158	100.0	6.5

Fuente: División de Proyección y Programación de Recursos Humanos.
Ministerio de Salud.

(Tomado de: "Situación del Recursos Médico", ASCOFAME-RECURSOS HUMANOS, MINSALUD)

T A B L A N° 4.2

DISTRIBUCION PERSONAL MEDICOS VINCULADOS AL SUBSECTOR OFICIAL
DIRECTO, POR REGIONES GEOGRAFICAS C O L O M B I A 1.984

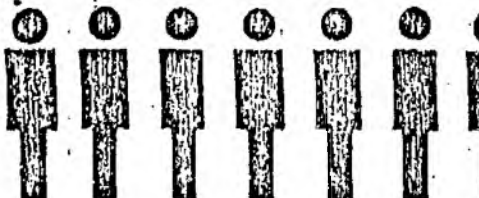
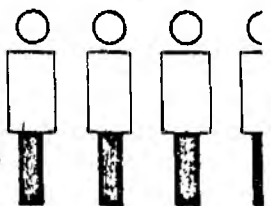
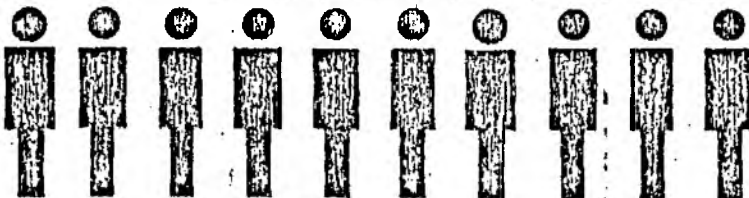
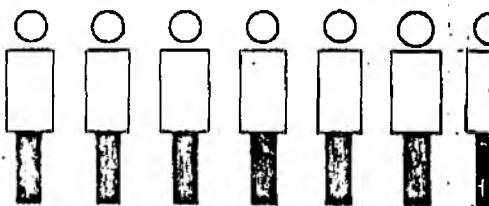
REGIONES	%	Población Asignada.	%	Nº Médicos Contratados	Dotación Médico x 10.000 Habitantes.
Norte	19.6	3.212	15.4	1.754	5.4
Oriente	18.8	3.981	19.1	1.688	4.2
Centro.	23.2	5.865	28.2	2.278	3.8
Pacífico.	17.9	4.156	20.8	1.603	3.8
Bogotá.	17.6	3.000	14.4	1.783	5.9
T. Nacionales.	3.0	604	2.9	276	4.5
T o t a l	100.%	20.800	100	9.382	4.5

FUENTE: División de Proyección y Programación de Recursos Humanos Ministerio de Salud.

(Tomado de: "Situación del Recurso Médico" ASCOFAME-RECURSOS HUMANOS, MINSALUD)

GRAFICA N° 4.1

RELACION DE MEDICOS Y POBLACION
COLOMBIA 1965-1985

AÑO	POBLACION	MEDICOS POR 10.000 HABITANTES
1965	 <p data-bbox="638 822 1143 862">17' 484.508 = 62.2 % (1985)</p>	 <p data-bbox="1487 822 1549 862">3.5</p>
1985	 <p data-bbox="714 1214 1036 1253">28' 100.000 = 100%</p>	 <p data-bbox="1487 1214 1549 1253">6.5</p>

Las Divisiones político administrativas que comprenden las regiones estudiadas, son las siguientes:

Región Norte: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Magdalena, Sucre, San Andres.

Región Centro: Antioquia, Caldas, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima.

Región Oriente: Cundinamarca, Boyacá, Meta, Santander, Norte de Santander.

Región Pacífico: Cauca, Chocó, Nariño, Valle.

Región Territorios Nacionales: Amazonas, Guaviare, Vichada, Vaupés, Caquetá, Casanare, Putumayo, Guainía, Arauca.

Región Bogotá:

En el Subsector oficial directo (Servicios de Salud) el total de médicos contratados era de 9382 en 1.984 (ver Tabla N° 4.2.). distribuidos: "El 71.2% en Hospitales - Universitarios y Regionales; el 27% en Unidades Locales y el 1.8% en actividades de dirección y administración" (1).

Las regiones Norte y Bogotá tienen la mayor disponibilidad de recurso médico por 10.000 habitantes, 5.4 y 5.9 respectivamente; de otra parte, las Regiones Centro y Pacífico tienen la menor dotación de recurso médico, 3.8 cada una.

(1) Situación del Recurso Médico, ASCOFAME-División de Recursos Humanos, Minsalud, p.6.

La tendencia observada en los otros subsectores de la salud, fué descrita en el documento mencionado en la nota al pié de página, así: "En cuanto al subsector de la seguridad social se ha observado que en el I.S.S. - en el lapso 1.979-1.983, la captación de personal médico se ha mantenido estática y con ligera tendencia a la baja y sufrido un incremento ligero en horas contratadas. El sub-sector de Cajas de Previsión Social ha tenido un incremento del 7% en ocho años y el de Cajas de Compensación en 12%" Op. cit. pág. 4.

4.2. Relación de nuevos empleos y la Proyección de egresos de médicos en el país.

La División de Proyección y Programación de Recursos Humanos - Ministerio de Salud, con base en el período de referencia 1976-1985 y bajo los siguientes supuestos:

- 1) Vigencia de criterios en régimen de vinculación.
- 2) Recursos Financieros.
- 3) Modelo organizacional vigente; proyectó el número de nuevos empleos médicos en el subsector oficial directo, hasta el año 2.000 de la forma como aparece descrita en la Tabla N° 4.3.

TABLA N° 4.3.

NUEVOS EMPLEOS MEDICOS SUBSECTOR OFICIAL
DIRECTO 1986 - 2.000

QUINQUENIO	PROMEDIO QUINQUENIO	PROMEDIO AÑO
86 - 90	2570	535
91 - 95	2056	411
96 -2000	2584	516
TOTAL	7220	

Fuente: Registro sistemático de la disponibilidad de Recursos Humanos. División de Proyección y Programación de Recursos Humanos Ministerio de Salud.

Páa

De otra parte, al promediar el número de egresos por quinquenio (proyecciones referidas en el acápite 3.3.) y establecer la relación con el estimativo de nuevos empleos para estos mismos períodos de tiempo, se calculan los siguientes porcentajes de absorción:

86-90: 2570/8299 (31%); 91-95: 2056/ 10204 (20%);

96-2000: 2584/11640 (22%).

MLT/mdr.

Bogotá, Febrero de 1.986