

# EDUCACION MEDICA

## Las Necesidades de Médicos en Chile Bases para un Proyecto de Estudio

Dr. SALVADOR DIAZ P.\*

Una decisión sobre la conducta recomendable para el futuro sobre "necesidades de médicos" puede ser alcanzada en forma inmediata o alejada, ella depende de la cantidad de antecedentes y el grado de conocimiento de los mismos que se desee disponer para juzgar la situación y de los recursos para obtenerlos. El asunto entraña considerar tres factores: calidad y cantidad de antecedentes, tiempo y recursos.

El estudio de "necesidades de médicos" parece que no pudiera ser disociado de la "demanda médica" por la población, puesto que los médicos satisfacen esta demanda. Además requiere considerar la cantidad de recursos que la sociedad puede entregar para formar médicos y mantener a éstos en trabajo en consonancia con el progreso de la tecnología médica.

Tampoco podrían determinarse las "necesidades de médicos" sin tomar en cuenta también el número, la productividad y el rendimiento de los médicos, puesto que es su actividad la que, en último término, importa. Si se incursionara en el terreno de la "productividad" es necesario considerar los factores que juegan en ella: condiciones de trabajo y grado de satisfacción, conductas y actitudes del personal, identificación del mismo con la institución, relaciones interprofesionales, aspiraciones de los funciona-

rios, proporcionalidad entre los grupos de técnicos, etc.

Además de estos factores relativos al personal, influye en el rendimiento la eficiencia de la organización en la cual trabajan estos profesionales y técnicos. Y, por último, la actitud de la población frente a la enfermedad y a la salud y su respuesta, como conducta, frente a los servicios médicos.

En síntesis, el asunto en debate está entrelazado con múltiples elementos que parecería improcedente no considerar, aun cuando no fuere en forma simultánea.

Los antecedentes expuestos fundamentan el orden de la presentación de este estudio, cuyos párrafos se refieren a:

- Tendencia de la "demanda médica".
- Magnitud probable de la expansión de los gastos médicos.
- Tendencia del crecimiento numérico de médicos y otro personal.
- Algunos factores que intervienen en la "productividad" de los médicos.
- Proposiciones para la confección del programa de estudio.

Parece innecesario señalar que cada uno

---

Estudio presentado a la Comisión Permanente de Formación Profesional Médica.

\*El autor agradece las ideas y sugerencias que aportaron los doctores Jorge Román, Carlos Montoya, el señor Orlando Sepúlveda y la señorita Doris Krebs.

de los párrafos sólo contienen datos suscintos, que tienen el objetivo de sugerir las relaciones de estas materias con el tema principal en discusión.

### *Demanda de servicios médicos.*

La demanda de servicios médicos por la población es, hasta ahora, progresivamente ascendente, tanto en el área internacional como nacional.

Dos ejemplos ilustran esta afirmación. En 1952, el Servicio Nacional de Salud<sup>14</sup> daba 0,8 consultas por habitantes, razón que en 1960 llega a 1,1 (cerca de un 38% de incremento en 8 años). En 1930, el 12% de los partos fueron atendidos en servicios hospitalarios<sup>13</sup>, cifra que ha aumentado progresivamente hasta llegar al 57,3% en 1958 y en 1960. En Estados Unidos, en 1930, se originaban 3 consultas por año por persona de toda edad, cifra que en 1960 alcanza a 5, o sea, un incremento del 66% en 30 años<sup>17</sup>.

Este mayor requerimiento es la consecuencia de factores intrínsecos de la población, además de los derivados exclusivamente del crecimiento demográfico. ¿Qué factores son éstos que generan una mayor demanda de servicios? Hay numerosos estudios que intentan conocerlos.

El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y otros<sup>17</sup> han encontrado una relación directa entre estado económico, nivel educacional de los grupos familiares y cuantía de servicios solicitados y recibidos. En Chile observamos que los grandes centros urbanos obtienen la mayor proporción del servicio médico; el número de consultas se eleva a 1,4 por habitante para Santiago; 1,5 para Concepción y 0,4 a 0,6 para las provincias rurales; la proporción de partos atendidos alcanza al 80,5% en Santiago y al 84,2% en Magallanes para 1958<sup>13</sup>.

En la encuesta efectuada en el área metropolitana de Santiago<sup>10</sup> se encontró que el total (cuatro quintos) de las familias entrevistadas que efectuó consultas de médicos lo hicieron con una mediana de 6 consultas por familia.

La población urbana, porque tiene mayor instrucción, nuevos elementos educacio-

nales, mayor ingreso familiar y mayor accesibilidad a los servicios, crea una mayor demanda de atenciones médicas. En Chile el fenómeno es notorio, aun cuando no se ha cuantificado detenidamente.

Hay alguna información disponible en Chile acerca de los gastos médicos por familias de obreros, empleados y trabajadores por cuenta propia<sup>21</sup>, la que sugiere que el monto del gasto médico familiar y, por consiguiente, las consultas, tiene una relación con el monto del gasto total y el promedio de ingreso familiar.

Se ha publicado recientemente<sup>4</sup> en E.E. UU. un estudio relativo al uso que hacen de los hospitales dos ciudades comparables, servidas cada una por un hospital semejante y en las cuales la única diferencia es que una población está servida por el Blue Cross y la otra por un seguro gubernamental. Esta última población usa el hospital en una frecuencia mayor que la primera: 202 y 115,5 ingresos por 1.000 habitantes, respectivamente. Este mayor uso se hace en todas las especialidades, pero principalmente en obstetricia y enfermedades respiratorias.

Chile tiene una razón de sólo 80 ingresos por 1.000 habitantes, a pesar de sus amplios sistemas de cobertura, lo que hace pensar en un incremento futuro de la demanda.

El mismo fenómeno descrito se ha observado en la ciudad de Santiago<sup>11</sup>. De 146 familias que consultan habitualmente médico particular, 111 personas dieron un promedio de 7,1 consulta al año por individuo; 52 familias que se atendieron en el Servicio Nacional de Salud, con motivo de la enfermedad de uno de los componentes del grupo, generaron un promedio de 11,5 consultas por año y persona, lo que demuestra la conducta diferente en ambas situaciones. Sin embargo, no puede vincularse esta diferencia sólo al sistema de cobertura; probablemente deben jugar muchos otros factores y, entre otros, el sistema de atención.

Es bien conocido el fenómeno latinoamericano y chileno de la fuerte migración desde el campo al área urbana y, en especial, a los grandes centros productores. Según la experiencia internacional<sup>6</sup>, aún es posible

predecir el descenso de la cifra actual de población campesina activa, de 45% a 35-38%, si se espera una futura industrialización.

Se ha observado en Estados Unidos<sup>18</sup> que la demanda de servicios hospitalarios ha ido en aumento para una misma población, por otras razones sociales, como las variaciones en la composición de la familia, la mayor proporción de activos por familia, el reducido número de m<sup>2</sup> disponibles por familia, etc. Esto ha hecho subir el número total de camas hospitalarias de 3,7 a 4,6 por 1.000 habitantes en los últimos 30 años, esto es, un 24% de aumento.

Las necesidades de servicios médicos para el país deben ser consideradas en función del crecimiento demográfico, del cambio de estructura por edades, de la cuota de inmigración rural, de las tasas de desarrollo de los grandes centros urbanos y productores, de la mayor demanda que se crea por el nivel educacional, el ingreso familiar, los sistemas de pago de los riesgos, la constitución familiar y otros fenómenos sociales. La tendencia de esta demanda y su magnitud no ha sido calculada ni estimada en Chile y es ella la que podrá determinar la cuantía del problema a que se verá afrontada la medicina nacional en los próximos 20 años. Esta mayor demanda, en la experiencia internacional, continúa en aumento sin relación con los grandes problemas médicos, sino como expresión de mayor necesidad de "servicios" por las sociedades. Este fenómeno no es un hecho contemporáneo sino histórico en el desarrollo de los servicios médicos, el cual se resume en mayor población servida, mayor cantidad y calidad de servicios médicos. En Chile, existen numerosos índices que informan la misma tendencia general y que hacen pensar en un incremento de la demanda de servicios en los años del futuro. ¿Cuál es la limitación o limitante para la satisfacción de estas necesidades?

### *Los gastos médicos.*

Del examen de los datos internacionales de 15 países en 1954, parecería que el gasto médico de cada país tendiera a una cifra

del 4% de la renta nacional\*, aun cuando la magnitud de los problemas médicos sean diferentes entre ellos. Sin embargo, pareciera existir una relación inversa entre el ingreso per cápita y la proporción de la renta nacional que se gasta en salud y una relación directa entre las tasas de mortalidad y la participación del gasto médico en la renta nacional<sup>3</sup>. Empero, no parece observarse un menor riesgo de mortalidad como consecuencia del mayor gasto médico total o por persona. Es necesario decir que estas relaciones son relativas y deben ser analizadas más detenidamente.

El gasto médico en Chile fue de 5,6% de la renta nacional en 1958, un 12% mayor que el promedio que tuvieron 15 países en 1954. El sector público participa con dos tercios del gasto y el sector privado con el resto.

De los datos comentados se puede observar que los países destinan a servicios médicos una parte de su renta nacional más o menos constante; en otros términos, frente a las múltiples necesidades y a la limitación de los recursos, al área de salud le corresponde una fracción de los bienes que se producen cuya cantidad parece no guardar relación con la magnitud de los problemas de salud\*\*.

Se ha señalado en el párrafo precedente que la demanda de servicios médicos en Chile tiende a crecer y probablemente a un ritmo muy acelerado. ¿A qué ritmo pueden crecer los recursos económicos para cubrir esta demanda? Hay tres alternativas posibles:

a) el incremento en el porcentaje de la renta nacional asignado al gasto médico, lo cual probablemente no sería aconsejable;

b) la utilización del 33% del gasto médico correspondiente al sector privado, que podría significar un mejor rendimiento de esos fondos. Esto involucra atender a toda la población y una modificación del sistema de la recolección de fondos para el área de salud, en el sentido de establecer una tributación general;

\*Medida de la producción anual que, en último término, es de dominio de las personas e instituciones residentes en el país.

\*\*Debe tenerse presente, sin embargo, que el gasto médico real "per cápita", está en función no sólo de la proporción en que participa en la renta nacional, como del volumen de ésta.

c) el incremento del producto geográfico bruto\*. En los últimos años "ha crecido sólo en 1,3% acumulativo al año, desde 1925-1929 a 1956-1960. Sin embargo, el gasto médico<sup>10</sup> "per cápita" en moneda estable subió de un índice de 100 en 1945, a 202 en 1958".

Si adoptamos la hipótesis de mantener la actual proporción del gasto médico en el producto geográfico bruto durante los próximos 10 años, las posibilidades de expansión económica en el área salud estaría determinada por el crecimiento del producto geográfico bruto, que si alcanzara las metas propuestas por la CORFO daría la posibilidad de 4,4% de aumento anual, o 1,9% "per cápita" acumulativo<sup>1</sup>.

En síntesis, para satisfacer la mayor demanda de servicios para los próximos años, cuya cuantía habrá que estimar, será necesario determinar los recursos con los que se podrá contar en el futuro, dentro de cuyos límites será razonable planificar la expansión de los servicios médicos.

En una segunda etapa habrá que considerar las prioridades para los gastos y su distribución entre bienes y servicios y entre estos últimos, en el tipo o calidad de personal que prestará el servicio.

#### *Tendencia del crecimiento numérico de médicos y otro personal.*

Como la llave del grupo humano que presta servicios médicos es el médico, se pondrá más acento en este profesional.

*Médicos.* ¿Cuál es el número de médicos apropiado por mil habitantes? Analizando en el campo internacional las informaciones relativas al número de médicos por habitantes y algunos índices del riesgo de la población tales como mortalidad general y mortalidad infantil<sup>8</sup>, se observa, en términos generales, mayor número de médicos por habitantes en aquellos países con mejores índices de mortalidad y más desarrollados económicamente. Los tres factores son coincidentes o simultáneos, lo que su-

giere que obedecen a una misma causa: probablemente al grado de desarrollo económico, expresado en grado de urbanización, de educación, etc., crean mayores demandas médicas y paralelamente determinan mejores índices de salud.

La experiencia en Estados Unidos muestra que desde el año 1900 el número de médicos por habitantes se ha venido reduciendo paulatinamente; la razón en 1900 fue de 15,7 por 10.000 habitantes y para 1960 se calcula en 13,3, lo que significa una reducción del 15% en el período. Pero en la realidad, esta reducción es bastante mayor. La proporción de médicos que ejerce medicina clínica ha descendido de 86% a 68% del total de médicos, entre 1930 y 1960, esto es, de 10,8 por 10.000 habitantes a 9,2. Del total de médicos, en 1959 existe un 5% que no ejerce la profesión, un 3,4% que se ocupa de enseñanza y administración, un 7,4% que trabaja en los servicios del Gobierno Federal y un 16,8% que efectúa su período de entrenamiento en los hospitales. Todos estos porcentajes han crecido notablemente en los últimos 30 años<sup>4,15</sup>.

La producción actual de médicos, incluyendo los osteópatas, es de 7.400 (6.900 médicos y 500 osteópatas) a los que hay que agregar 1.200 médicos extranjeros que se incorporan anualmente. Con esta producción se estima que la razón continuará declinando y llegará a 12,6 por 10.000 habitantes en 1975<sup>15</sup>.

Para mantener la tasa actual se requerirían graduar 8,200 en el año 1967; 9.000 en 1970 y 10.400 en 1975, y siempre que se siga contando con los 1.000 médicos anuales de importación. Estas cifras significarían 25 nuevas escuelas, la mitad de las cuales deberían funcionar en los dos próximos años y en los dos años siguientes el total<sup>15</sup>. Hasta este momento no hay información que se hayan tomado medidas semejantes, de modo que lo más probable es que Estados Unidos no logre mantener su actual razón y la continúe bajando. Sin embargo, cabe destacar que simultáneamente el número de camas ha subido en el 70% en el período 1930-1959 y en el mismo lapso los ingresos a los hospitales se han incrementa-

\*Valor comercial de los bienes y servicios destinados al consumo de las personas, al Gobierno, a la inversión y a la exportación producidas con capital y trabajo situados en el país.

do en el 135%. Es evidente que estos hechos, aparentemente contradictorios, merecen ser estudiados y considerados seriamente, puesto que es una línea de trabajo en la cual se ha reemplazado número de médicos por rendimiento, organización, derivación de determinadas funciones a otros grupos de profesionales, etc.

En Chile se observa, en los últimos 50 años, contrariamente a lo que pasa en Estados Unidos, un ascenso constante en la relación médico-habitantes<sup>12,20</sup>. En efecto, en 1907 existían 3,1 médicos por 10.000 personas, razón que se ha duplicado para el año 1960, a pesar del considerable aumento de la población:

Año	Médicos x 10.000 habts.	Indice
1907	3,1	100
1920	2,5	81
1930	2,9	94
1940	4,8	152
1955	5,6	180
1960	6,4	205

Este incremento de la proporción de médicos es un fenómeno constante desde 1920 y con un valor de 2% anual mayor que el de crecimiento de la población, sin tendencia a descender. Según los cálculos de VALENZUELA y UGARTE<sup>20</sup>, el incremento de médicos en el último quinquenio 55-60 ha sido de 0,9 médicos por 10.000 habitantes, es decir, que se ha agregado un médico más por 10.000 personas.

El número de médicos por 10.000 habitantes en las provincias del país, excluyendo a Santiago, se puede agrupar en dos grandes categorías: una correspondiente a las provincias industriales y mineras, en las que la razón varía entre 6,5 y 3,5; y otra que representa las provincias agrícolas, con proporciones importantes de ruralidad y en las que las cifras van de 1,5 a 3 médicos por 10.000 personas. En este esquema, Santiago hace una excepción, puesto que es la única provincia que tiene 12,5 médicos por 10.000 habitantes: el doble a la del país y a la de las provincias industriales. Empero,

Santiago, alcanzó esta proporción en 1940 y la ha mantenido en los últimos 20 años.

La tendencia por provincias de esta relación en los últimos 50 años ha sido de mejoría en diferentes magnitudes, con excepción de Chiloé, Aisén y Magallanes, que han decrecido en su proporción de médicos.

La información comentada sólo se refiere al total de médicos por provincias y es muy general porque no se tienen datos relativos a la distribución dentro de la provincia, ni la distribución por especialidades y por regiones, ni sobre la proporción de médicos que se dedican a actividades no clínicas como docencia, investigación, administración, salud pública y otras.

Existen presunciones de que el fenómeno de la distribución regional de los profesionales, en el país y en una determinada área, obedece a razones sociales; si así fuera, su corrección por medidas coercitivas o reglamentarias pudiera no ser fructífera.

Este fenómeno de distribución desuniforme por provincias, se presenta también en Estados Unidos de Norteamérica, país en el que los estados industriales del Noreste tienen una proporción dos o más veces superior a los estados centrales y del Sur, de predominio agrícola y con ingresos "per cápita" diferentes.

Se ha expuesto la tendencia del número de médicos por habitantes para el país y provincias. Empero, la información es incompleta, por lo cual será necesario mayor investigación para considerarlas en el cálculo de necesidades futuras.

El problema que se plantea para los próximos 20 años es determinar la razón médico-habitantes más adecuada para las necesidades de la población y en armonía con la economía del país. ¿Debemos seguir con la tendencia actual?; ¿se debe incrementar?; en tal caso, ¿en qué cuantía?

La resolución de un problema semejante involucra una estimación de la demanda de la población, de los recursos que pueden ser utilizados y del conocimiento de los probables rendimientos, sobre los cuales se hará mención más adelante. Sin embargo, se debe tener presente que un médico significa, además de sus honorarios, un gasto de operación que incluye personal (apro-

ximadamente 9 personas) y un gasto en bienes y transferencias, que ascendía a E° 30.000 en 1958.

VIEL<sup>21</sup> ha calculado que una producción de 250 médicos desde 1965 permitirá llegar a 7 médicos por 10.000 habitantes en 1970 y mantenerlos hasta 1980. MORALES<sup>8</sup>, que usa una hipótesis de crecimiento más acelerado de la población, establece que una producción de 250 médicos a contar desde 1963 mantendría hasta 1980 la misma razón existente en 1958.

Estas estimaciones y las alternativas media y alta que en ellas se consideran, ¿son factibles, son suficientes para servir la demanda futura o será necesario considerar otros factores?

*Enfermeras.* El número de personal de enfermería en Estados Unidos era de 50.000 en 1900, o sea, una razón de 5,5 por 10.000 habitantes (un tercio de la razón de médicos por habitantes). Desde esa fecha hasta 1960 el número de ese personal subió a 463.000 en servicio activo<sup>5 y 15</sup> y la razón a 26,7 enfermeras por 10 mil habitantes. La actual razón enfermera-médico es de 2 enfermeras por 1 médico. La producción actual está calculada para llevar ese número a 608.000 en 1975, con una razón de 28,4 enfermeras por 10.000 habitantes. Hay 1.145 escuelas de enfermeras con 113.000 alumnas, de las que egresan 30.500 por año; existe la intención de alcanzar a 37.000 en 1965.

La especialidad de técnicos laborantes en el país mencionado ha tenido un incremento importante en los últimos 30 años, alcanzando su número en el año 1959 a 70.000; vale decir, 1 técnico por 3 médicos o 1 técnico por 6 enfermeras.

Se está terminando un estudio sobre el personal de enfermería en Chile por el Servicio Nacional de Salud, el cual proporcionará datos extraordinariamente útiles en relación con enfermeras y auxiliares.

La relación médico-enfermera en Chile se estima en 0,4 enfermera por médico y cerca de 3 por 10.000 habitantes. Para numerosos países, la razón es inversa, existiendo 1,2 a 5 enfermeras por médico. La producción de enfermeras en Chile hasta 1958, equivalía al 45% de los médicos titu-

lados en esos años y sólo recientemente se ha mejorado esta producción.

En relación a auxiliares se considera oportuno no dar información y esperar obtener los datos recolectados por el Servicio Nacional de Salud, cuya publicación se hará en breve.

### *Perspectivas, tendencia y rendimiento del personal de salud.*

Si partimos de la hipótesis de que la demanda de la población por servicios médicos se satisface actualmente por organismos médicos, en los que la función se cumple por un conjunto de personas que trabajan con el médico, no podríamos dejar de considerar el asunto personal en su totalidad. Mirando lo que acontece en Estados Unidos y algunos países europeos, observamos que se ha producido una transferencia de actividades médicas a otro personal y se considera que esta tendencia se incrementará en el futuro. Este hecho no es sólo característico de este campo, sino también de otras tecnologías y es consecuente con la mayor cantidad de tareas de cada actividad y la subdivisión del trabajo, lo que permite un mayor rendimiento del personal más especializado.

El gran aumento de enfermeras profesionales, técnicos y trabajadores de laboratorio ilustra una importante tendencia en la cual muchas de las actividades simples han sido transferidas desde el médico que ocupa la posición clave del grupo, a otros técnicos con entrenamiento paramédico especializado.

"El médico antiguo invirtió mucho tiempo haciendo tareas que ahora son hechas por otros. Casi todo aspecto de la atención médica de hoy contribuye a aumentar la productividad y efectividad del médico" (GEORGE BUGBEE<sup>5</sup>).

Desde este punto de vista es probable que el esfuerzo realizado en Chile en este sentido sea aún muy insuficiente. Baste mencionar la producción del país de personal de enfermería, de técnicos laborantes, matronas y otros. El costo de producción de este personal, el período de preparación y el costo de mantención hacen necesario

revisar la política de inversión en educación de técnicos para la salud. Agréguese a ello que un 50% de los licenciados secundarios no tienen cabida en las escuelas profesionales y técnicas, lo que permitiría de hecho su utilización en estas funciones.

En los servicios de salud norteamericanos, paralelo al descenso de la proporción de médicos, se ha producido un incremento de 500% de las enfermeras por habitantes y el personal en su totalidad se ha duplicado. Lo más importante es que el personal de "college" y universitario se ha quintuplicado desde el año 1900 y ahora constituye más del 50% del total. Comparando esta situación con la de Chile, parece adquirir más gravedad este aspecto que el de los médicos. Todos estos hechos explican que en Estados Unidos el número de camas haya subido en 70% y que los ingresos a los hospitales se haya incrementado en 135% en los últimos 30 años, en circunstancias que el número de médicos ha subido en el 50% en ese período.

En los últimos 8 años se ha observado también en Chile una mayor utilización de los recursos: en 1952 hubo 15 egresos por cama y en 1960, 21,5 egresos (40% de incremento). Este hecho, que puede significar una mayor eficiencia por mayor colaboración médica, puede estar influido por la mayor proporción de partos.

El incremento de la productividad del personal médico por una mejor participación del personal de colaboración médica y una mejor organización de los servicios locales, puede ser considerable. La experiencia americana muestra que el número de pacientes que atendía un médico por semana en 1930 era de 50 en promedio, cifra que en 1960 subió a 100 personas por médico, atribuyéndose este rendimiento principalmente a la atención en el hospital, a la colaboración del personal paramédico y a la mejor organización<sup>19</sup>.

La información de los Estados Unidos de Norteamérica existe sólo para 1949, época en la cual más de la mitad de los médicos en ejercicio trabajaban 60 horas semanales. La posibilidad de una mejor utilización y de un incremento de horas de los médicos es una hipótesis que también de-

be ser explorada e investigada adecuadamente.

De los múltiples factores que intervenirían en la "productividad médica" se han mencionado solamente los relativos al aumento del personal de colaboración médica y a la racionalización de las horas útiles de los profesionales. Como se señaló al comienzo, hay otros aspectos no menos importantes cuya discusión sería muy extensa. Se quiere ahora destacar en forma muy breve, dos más que tienen relación con la educación médica misma.

Los estudiantes de medicina durante un período de su carrera se transforman internamente de estudiantes en médicos, lo que ROBERTO K. MERTON llama el período crítico<sup>7</sup>. En esta etapa el aprendiz de médico forma o construye en su psiquis las escalas de valores y de prestigio para la profesión y las aspiraciones profesionales. Si éstas no son armónicas con las de la realidad extraescuela, se da lugar a frustraciones, conflictos y al autoritarismo médico. ¿Qué sucede en este sentido en la realidad nacional?

El médico y el personal de colaboración médica parece que debieran estar dotados de una capacidad de servicio público para su buen desempeño en las actuales organizaciones médicas. ¿Qué características reúnen las personas con tendencia a esas condiciones y cómo pueden ser seleccionadas? Este asunto, que hace impacto en los sistemas de selección, está recientemente sujeto a exploración.

*Proposiciones para la confección del programa.*

La planificación de las "necesidades de médicos" implica el conocimiento de un buen número de asuntos relacionados y entrelazados con el tema básico; además entraña prever una serie de hechos y sus repercusiones recíprocas y, por último, tomar decisiones y ejecutar acciones en diferentes tiempos por los organismos que corresponde.

Los escasos datos que se tienen sobre cada uno de los factores mencionados, parecen indicar que una decisión sobre estas

materias sería un tanto prematura. Pero, por otra parte, se considera que la acción, por lo menos en ciertos aspectos parciales, no debiera ser dilatada o pospuesta. Por ello puede sugerirse que ciertos aspectos de la información actual pudieran ser considerados como hipótesis probables y limi-

tar, en una primera etapa, la investigación a los hechos más relevantes. Por tal razón, se exponen una serie de proposiciones, como un inventario de materias, para la consideración de la Comisión y con el propósito de elaborar un programa, a corto plazo, con los asuntos que se aprueben.

<i>Objetivos</i>	<i>Información necesaria</i>	<i>Fuentes probables</i>
1. Conocimiento del estado actual de los recursos médicos en el país.	1. Determinar la distribución de los médicos en el país, por regiones y ciudades; edad; actividad o especialización; horas contratadas y su distribución en hospitales y consultorios externos; horas en ejercicio privado. 2. Determinar la proporción de médicos con extensiones horarias; grado de aceptación de jornadas de 8 horas en relación con algunas variables. 3. Grado de satisfacción en el trabajo del SNS, en relación con diversas variables. Comunicación y relaciones con otros grupos profesionales y técnicos.	Censo Médico. Colegio Médico y Servicio Nacional de Salud.  Investigación por Departamento de Bioestadística, Escuela de Salubridad e Instituto de Sociología o Facultad Latinoamericana de Sociología.  Instituto de Sociología (en preparación desde 1960).
2. Conocimiento del estado actual de recursos humanos de colaboración médica.	1. Enfermeras y auxiliares en servicio activo y su distribución según variables atingentes. 2. Determinar la disponibilidad de farmacéuticos y técnicos laborantes, distribución, actividad, etc.	Investigación, en período de tabulación y análisis, del Servicio Nacional de Salud.  Organización de una encuesta a través del Servicio Nacional de Salud y otros Servicios.
3. Conocimiento de los recursos económicos que probablemente se destinarán al área de salud en el futuro.	1. Determinar para los próximos 10 a 15 años la tendencia de los gastos de salud en relación a: — el crecimiento del producto geográfico bruto, según varias alternativas; — la participación de salud en el gasto, según varias posibilidades; — la composición del gasto. 2. Estudiar las tendencias de los gastos en el SNS y su distribución en adquisición de bienes, servicios o transferencias y sus posibles variaciones en relación a varios factores (cambio en la composición del personal, etc.).	Instituto de Economía.      Instituto de Economía y SNS.
4. Conocimiento de las posibilidades que tienen las Escuelas Profesionales y Técnicas de aumento de su capacidad de producción en relación con personal, presupuesto y tiempo.	1. Determinar la capacidad de las Escuelas Profesionales y Técnicas correspondientes, considerando: — Recursos de personal; — Recursos de equipos y espacios; — Recursos económicos; — Presupuesto; — Fuentes de financiamiento; — Costos de producción por año, por persona y por graduado; — Cálculo o estimación de gastos y costos para incremento de la producción en forma progresiva y en varias alternativas.	Comisión de Docencia para las Escuelas Médicas.  Comisiones múltiples para las otras Escuelas.

Las proposiciones precedentes son los capítulos que deben ser dilucidados con mayor urgencia. Empero, hay otras relacio-

nadas con productividad médica que deben ser abordadas próximamente.

## BIBLIOGRAFIA

1. CORPORACIÓN DE FOMENTO DE LA PRODUCCIÓN. *Programa nacional de desarrollo económico, 1961-1970*, p. 22.
2. GRUNWALD, J. *El gasto médico en Chile*. Seminario de Formación Profesional Médica, 1960, p. 119 y siguientes.
3. GRUNWALD, J. Obra citada, p. 122 y siguientes.
4. HEALTH INFORMATION FOUNDATION. *Hospital Use by Diagnosis*. *Progress in Health Services*. X: 1, enero, 1961.
5. HEALTH INFORMATION FOUNDATION. *Manpower in Health*. *Progress in Health*, X: 5, mayo, 1961.
6. MARCHAL, ANDRÉ. *Systèmes et Structures Économiques*. Presses Universitaires de France, 1959, p. 139.
7. MERTON K., ROBERT et al. *Studies in the Sociology of Medical Education*. Bureau of Applied Social Research. Reprint N° 204.
8. MORALES, V. G. *Formación de Profesionales Médicos*. Seminario de Formación Profesional Médica, 1960, p. 192 y siguientes.
9. MORALES, V. G. Obra citada, p. 184.
10. SEPÚLVEDA, ORLANDO. *Algunos problemas de salud en el área metropolitana del Gran Santiago*. Seminario de Formación Profesional Médica, 1960, p. 151.
11. SEPÚLVEDA, ORLANDO. *Algunos problemas de salud en el área metropolitana del Gran Santiago*. Comunicación personal.
12. SERVICIO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censos de los años 1907-1940.
13. SERVICIO NACIONAL DE SALUD. *Primera etapa 1952-1958*. Santiago, 1959, p. 25 y 53.
14. SERVICIO NACIONAL DE SALUD. *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*. Mayo de 1961, p. 12.
15. STEWART, H., WILLIAM and PENNELL, MARYLAND, Y. *Health Manpower, 1930-1975*. Public Health Reports. 75: 274, marzo, 1960.
16. URZÚA, HERNÁN. *La profesión médica y los organismos públicos*. Comunicación a las Jornadas de Salud Pública. Noviembre de 1961.
17. USA. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *Physicians for a Growing America*. Report of the Surgeon General's. October, 1959, p. 6.
18. USA. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. Obra citada, p. 7.
19. USA. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. Obra citada, p. 11.
20. VALENZUELA, OYAMA y UGARTE, JOSÉ M. *Distribución de médicos en Chile*. Informe al Consejo General del Colegio Médico. Octubre, 1961.
21. VIEL, BENJAMÍN. *Necesidades de médicos en Chile*. *Rev. Médica de Chile*, 87: 4: 232, abril, 1959.

# ENSEÑANZA DE LA PEDIATRIA EN EL TERRENO

Prof. Dr. ARTURO BAEZA GOÑI\*

La tendencia actual de la enseñanza de la Medicina se inclina cada día más a utilizar métodos prácticos para que el alumno pueda adquirir experiencia personal en el medio ambiente en que le corresponderá ejercer una vez recibido, y tener oportunidad de aplicar los conocimientos que adquiere en el curso de sus estudios en las diferentes Cátedras. Se observa también una tendencia a equilibrar una enseñanza que pueda producir médicos superespecializados con una enseñanza capaz de preparar médicos generales muy bien instruidos en los ramos fundamentales, sobre todo medicina, pediatría, cirugía y obstetricia. También se recomienda hoy en día, con progresivo énfasis, evitar la especialización prematura.

Tal vez el ideal sería, después de algunos años destinados a la enseñanza de los

ramos básicos y disciplinas conexas, facilitar una división hacia dos campos principales: la formación de investigadores —indispensables para el progreso de toda ciencia— y la formación de médicos generales, cirujanos, pediatras, obstetras, etc. Al final de los estudios vendría a estar situada la Escuela de Graduados, donde se formarían los especialistas propiamente tales.

Esta división nos parece lógica debido a la gran extensión que abarcan, hoy en día, las ciencias médicas y biológicas. Las dos ramas en que se dividirán los estudios son indispensables, y deberán estar claramente diferenciadas, para que ni unos ni otros perdieran años inútilmente, ocasionando gastos innecesarios.

\*Profesor de Pediatría. Escuela de Medicina. Universidad de Chile.