

Educación de postítulo en pediatría

Marcos Emilfork S.¹; Patricio Herrera L.¹

Resumen

Se estudiaron las características de 541 médicos chilenos (66,2%) y extranjeros en programas de especialización en pediatría (82,4%) y capacitación (excluidas cirugía y especialidades derivadas) en el Departamento de Pediatría, Campus Norte de la Universidad de Chile, en el período 1957-96, con especial énfasis en 184 becarios chilenos egresados del programa de Especialista en Pediatría. Fueron hechos llamativos la disminución significativa del número de varones en beneficio de las mujeres, con una razón que varió desde 4,15 (1957-1966) a 0,52 (1987-1996), ($p < 0,05$), la disminución de los becados primarios (1988-1992 = 72% vs 1993-1996 = 31%; $p = 0,00003$), la tendencia al menor rendimiento académico asociado a la edad en los médicos de retorno, el mayor interés por el adiestramiento que la educación universitaria y la permanencia en Santiago (sobre el 55%) una vez finalizado el programa. Se proponen algunas explicaciones y posibles intervenciones que mejoren el panorama de la formación de especialistas en pediatría, en el marco de una política coherente de coordinación Ministerio de Salud-Universidad de Chile.

[Palabras clave: educación médica de postítulo, postítulo, pediatría.]

Postgraduate pediatric training

Five hundred and forty one chilean (66.2%) and foreign physicians in general pediatrics training programs (82.4%) in the Pediatric Department, North Campus, Faculty of Medicine of the University of Chile during 1957-1996, were studied particularly focused on 184 chilean residents. Decrease of the male/female ratio from 4.15 (1957-1966) to 0.52 (1987-1996) ($p < 0.05$) and in primary training (1988-1992 = 72% vs 1993-1996 = 31%) as compared to those offered after three or more years of undifferentiated general medical practice, were most relevant findings. A trend to lower academic performance is associated to older students, and more concern on technical training rather than on wider, educational activities is described. At the end of training most new pediatricians, over 55%, stay at Santiago, the country's capital city.

(Key words: postgraduate training, pediatric postgraduate training, pediatric training.)

El Departamento de Pediatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha desarrollado ininterrumpidamente desde 1957 programas de formación de postítulo en pediatría¹, lo que hace que el total estimado de médicos chilenos y extranjeros egresados de estos programas, desde esa fecha hasta la actualidad, supere los 500. No conocemos un trabajo local sobre el tema que, en conjunto, pudiera permitir una descripción de diversos aspectos de

interés común relativos a la educación de pediatras.

El objeto del presente estudio es describir la serie de médicos en programas de especialista en pediatría y de capacitación (no incluye cirugía ni los programas de especialidades derivadas —o subespecialidades—), en el período 1957-1996^{2,3}, e intentar un análisis correlacional de algunas variables de interés.

Material y Métodos

Se obtuvo información de los registros existentes en el Departamento de Pediatría y de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, sobre

1. Universidad de Chile, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile.

todos los médicos que, en el período 1957 a 1996, emprendieron programas de formación de especialista ("becados")³ o de capacitación en pediatría, entendiéndose por "beca" los programas oficiales de tres años de duración prescritos por la Universidad de Chile para la especialización, y "capacitación" en pediatría a programas de tres a doce meses, destinados a mejorar la capacidad resolutoria —en el nivel primario de pediatría— de médicos generales.

Se analiza, en primer lugar, el grupo completo para estudiar variables como sexo, nacionalidad, tipo de programa, evolución y obtención de certificación no universitaria de la especialidad. Luego se estudió un subgrupo de médicos en programa de formación de Especialista en Pediatría, chilenos, egresados entre 1983 y 1996, en los que se analizó, además, el origen de la beca (financiamiento de los estudios), edad, calificaciones en las distintas rotaciones, toda vez que estas fueron obtenidas sistemáticamente en base a exámenes escritos. Se analizó además la certificación por la Universidad y la acreditación por pares de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de especialidades Médica (CONACEM)⁴.

El programa comprendió rotaciones por unidades intrahospitalarias y ambulatorias que fueron, en el primer año: lactantes A (patología fundamentalmente respiratoria), lactantes B (patología fundamentalmente digestiva), infecciosos y consultorio de pediatría general. En el segundo año, neonatología I (perinatología y patología general del prematuro y recién nacido de término), neonatología II (cuidados intensivos neonatales), segunda infancia y unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCI) y en el tercero se rotó por las especialidades obligatorias de: neurología, gastroenterología, hematología, oncología, broncopulmonar, cardiología, nefrología y endocrinología y las electivas dermatología, ortopedia, otorrinolaringología, etc. (las denominaciones "A", "B", "I", "II" corresponden a nomenclatura arbitraria local).

Para el análisis cualitativo de algunos aspectos del programa se consideraron actividades educativas aquellas que, además de adiestramiento técnico, involucraban un perfeccionamiento del médico en capacidad de autoformación, investigación y satisfacción de inquietudes relacionadas con la actividad con pacientes (hábitos y actitudes). Estas fueron las reuniones de ejercicio diagnóstico, club de revistas (lectura crítica de la literatura biomédica) y actividades de investigación, desarrolladas en los últimos 10 años.

Para el análisis de los resultados se emplearon, como estadísticas descriptivas, proporciones, promedios y medianas; de dispersión, desviación estándar, intervalos de confianza y rango. Para las comparaciones se usaron las pruebas de chi cuadrado, análisis de la varianza, Kruskal Wallis y "t" de Student. La información fue ordenada y analizada en el programa Epi-Info 6.03.

Resultados

Análisis de médicos chilenos y extranjeros en programas de formación de especialista y en capacitación. (Grupo total): desde 1957 hasta 1996 hicieron programas de formación en el de-

Tabla 1

Programas de postítulo.
Características de 541 médicos ingresados desde 1957 a 1996

	n	%
Ingresos^a		
1957-1966	67	12,4
1967-1976	197	36,4
1977-1986	134	24,8
> = 1987	143	26,4
Nacionalidad		
Chilenos	358	66,2
Extranjeros	183	33,8
Programa		
Formación especialista	446	82,4
Capacitación	95	17,6
Género		
Masculino	323	59,7
Femenino	218	40,3
Edad (años)*^o		
< = 30	154	67,0
> = 31	76	33,0
CONACEM		
Especialista	13	14,9
Pediatra	74	85,1

* 230 médicos.
p < 0,0001.

partamento 541 médicos, cuyas características en género, nacionalidad y distribución según programa pueden observarse en la tabla 1.

En la tabla 2 se observa el origen de los 183 médicos extranjeros. Los países que aparecen con un mayor número de becarios son Bolivia, Argentina, Honduras, Venezuela y Ecuador. Sin embargo, la distribución por períodos de 10 años no fue regular. En la primera década, de 1957 a 1966, hubo mayor número de venezolanos, y en la segunda (1967-1976) ocuparon los dos primeros lugares Argentina y Bolivia, con 29 y 27 médicos respectivamente, observándose en los años 1972 y 1973 un ingreso de 18 argentinos, cuando la mediana anual para esta nacionalidad fue de 1. De éstos sólo 5 lo hicieron a

Tabla 2Programas de postítulo:
nacionalidad de 183 médicos extranjeros

País	n	%
Bolivia	42	23,0
Argentina	33	18,0
Honduras	17	9,3
Venezuela	14	7,7
Ecuador	14	7,7
Perú	11	6,0
Nicaragua	10	5,5
Paraguay	9	4,9
Uruguay	7	3,7
Panamá	6	3,3
Colombia	6	3,3
Guatemala	2	1,1
El Salvador	2	1,1
Costa Rica	2	1,1
Brasil	1	0,5
USA	1	0,5
No se sabe	6	3,3
Total	183	100,0

programas de beca. De ahí en adelante sólo Bolivia ha mantenido un ingreso permanente con 7 y 8 becarios en las décadas siguientes, respectivamente. Llama la atención que Honduras concurre con 11 becarios en el decenio 67-76.

La evolución en el tiempo mostró una mediana de ingreso a los programas de 14 médicos por año, con márgenes de 2 a 30. La de extranjeros fue de 4, márgenes de 1 a 26. El mayor número de ingresos se observó en el período 1971-1975, fluctuando entre 20 y 30 médicos anuales, observándose una proporción significativamente mayor de extranjeros en 1972, con 26 (89,7%) de 29 ingresados ($p < 0,05$).

La mediana de la edad fue 28 años, márgenes de 24 a 61. Estas cifras corresponden a una muestra de sólo 230 médicos por no disponer de la información en todos los casos. La razón varones-mujeres varió desde 4,15 en la década 1957-1966, a 0,52 en la 1987-1996 ($p < 0,05$), predominando —en este último período— las mujeres, de acuerdo a una tendencia iniciada en 1984.

La lista de especialistas certificados por CONACEM, actualizada a 1996, muestra que del total de 541 egresados de los distintos programas, 87 (16,1%) médicos —incluyendo tres extranjeros— tienen certificado de esa institución. No se dispuso de información sobre el grupo completo respecto a la certificación universitaria previa al año 1981.

El estudio de los médicos chilenos en programa de formación de especialista, egresados en el período 1983-1996, mostró 184 becados cuyas características en cuanto a género, edad, distribución según períodos (de cinco años), origen y certificación universitaria, pueden observarse en la tabla 3.

Tabla 3Programa de especialista en pediatría:
184 chilenos médicos egresados en el
período 1983-1996

	n	%
Género*		
Masculino	65	35,3
Femenino	119	64,7
Edad (años)*		
< = 30	125	67,9
> = 31	59	32,1
Ingresos		
1983-1987	52	28,3
1988-1992	57	31,0
1993-1996* **	75	40,8
Origen		
Autofinanciados	78	42,4
Ministerio de Salud	86	46,7
Universidad	10	5,4
Otros	10	5,4
Examen. certificado universitario***		
Sí	101	77,7
No	29	22,3

* $p < 0,0001$.

** Se consideraron sólo 4 años.

*** Se consideraron 130 egresados hasta 1994 (ver texto).

El género y la edad mostraron características similares al grupo general, en igual período, predominando el género femenino, tendencia que se mantuvo a través del tiempo, sin haber, en los aspectos programáticos, diferencias entre varones y mujeres excepto en la duración del programa, el que se alargó en 23,52% de las mujeres (principalmente por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio) y en 4,61% de los varones ($p = 0,001$). La edad mostró también características similares a las del grupo general, excepto que el rango fue de 24 a 42 años, con predominio de los menores de 31, además del aumento de la edad de ingreso en el último período (menores de 31 años 80,7% en período 83-87, y 52% en 93 en adelante, $p = 0,0009$). El número de médicos que ingresó al programa fue aumentando hacia el final del período ($p = 0,0001$).

El análisis del mecanismo de respaldo al programa mostró una considerable proporción de candidatos "autofinanciados" (con respaldo monetario personal o de empresas privadas) y médicos procedentes de los servicios públicos de salud (89,1%). No obstante su igual proporción inicial, la relación entre estos dos mecanismos varió con el tiempo. Así, en el período 1983 a 1987 la razón autofinanciado: ministerial fue 2, mientras que entre 1993 y 1996 fue 0,25 ($p = 0,001$) (tabla 4). La Universidad respaldó sólo a 5,4 de los casos, porcentaje que fue disminuyendo en el tiempo (tabla 4).

El análisis de la condición de becado "primario" (60,9%), definido como aquel que accedió al programa dentro de los tres primeros años

transcurridos desde el egreso de la carrera de medicina o de becado "de retorno" (39,1%), que comprende a aquellos que accedieron al programa en virtud de haber cumplido un compromiso previo con el Ministerio de Salud, mostró una inversión de su relación, a través del tiempo, en favor de un incremento de los últimos (tabla 5). La mediana de edad para los médicos denominados primarios fue de 26 años con márgenes de 24 a 34 y para los de retorno de 32, márgenes entre 27 y 42 ($p = 0,0001$).

Las calificaciones en las respectivas rotaciones se presentan en la tabla 6. El 80% o más de las notas fue igual o superior a 6,0 en 4 de las 7 unidades intrahospitalarias y en la totalidad de las ambulatorias. Los promedios fueron todos sobre 6,1, variando entre 2,0 y 7,0. En las rotaciones intrahospitalarias el mejor promedio lo mostró cuidados intensivos (UCI) y el más bajo neonatología I ($p = 0,0001$). En las especialidades, el mejor fue nefrología y el peor endocrinología ($p = 0,0001$).

Las calificaciones de rendimiento fueron más bajas mientras mayor fue la edad de los médicos en formación, fenómeno que se repitió en la mayoría de las unidades de rotación intrahospitalaria, de primero y segundo año ($p < 0,05$). Los promedios mostraron el mismo comportamiento, y fueron inversamente proporcionales a la edad ($p = 0,0008$) y al tiempo transcurrido entre el egreso de la Escuela de Medicina y el ingreso al programa de formación ($p = 0,008$). Al analizar en forma separada los médicos denominados primarios de los de retorno se observó que la discriminación de los promedios por edad no se

Tabla 4

Programa de especialista en pediatría.
Evolución en el tiempo del origen del financiamiento del programa de 184 médicos chilenos*

Origen	1983-1987		1988-1992		1993-1996	
Autofinanciado	29	(55,8%)	37	(64,9%)	12	(16,0%)
Ministerio Salud	15	(28,8%)	16	(28,0%)	55	(73,3%)
Universitario	7	(13,5%)	1	(1,8%)	2	(2,7%)
Otro	1	(1,9%)	3	(5,3%)	6	(8,0%)
Total	52		57		75	

* $\text{Chi}^2 = 51,23$ ($p = 0,00001$).

Tabla 5

Programa especialista en pediatría.
Evolución de la condición laboral previa al
ingreso de 184 médicos chilenos*

Condición	1983-1987	1988-1992	1993-1996
Primario	40 (77%)	41 (72%)	31 (41%)
Retorno	12 (23%)	16 (28%)	44 (59%)
Proporción	3,3	2,6	0,7
Total	52	57	75

* $\chi^2 = 20.57$ ($p = 0,00003$).

produjo en los primeros ($p = 0,54$), pero sí en los de retorno ($p = 0,00004$). No hubo diferencias en las calificaciones entre hombres y mujeres.

Durante el período 1983-1996, 22 médicos (12%) fueron reprobados en alguna rotación. Las rotaciones en que reprobaron más becados fueron lactantes B ($n = 5$), seguida por infecciosos, neonatología II ($n = 4$) y neonatología I ($n = 3$). Las rotaciones de lactantes A, UCI, medicina y las especialidades de gastroenterología, endocrinología y neurología reprobaron un becado cada una. La mortalidad académica—definida como incumplimiento del total del programa— fue de 22,3%, registrándose mal rendimiento sólo en 2,3% de estos fracasos.

El interés por las actividades educativas libres, tales como reuniones de ejercicio diagnóstico, lectura crítica de la literatura biomédica, clases de bioestadística y otras, fue escaso, obligando al departamento a transformarlas en obligatorias (de aquí la falta de registros de asistencia comparables). Tampoco contaron con la participación voluntaria de todos los docentes. Del mismo modo, la rotación, en el período electivo, por centros tecnológicamente mejor dotados que el hospital, incluyendo lugares de excelencia ubicados fuera del país (USA), no contó con una aceptación significativa aun cuando se dieron facilidades de becas para estos fines.

La obtención de reconocimiento universitario oficial, en términos de certificado de título emitido por la Rectoría o certificación de la Escuela de Postgrado, se registró en 101 (77,7%) de los 130 becarios egresados hasta 1994 (para este úl-

Tabla 6

Programa especialista en pediatría.
Calificaciones según rotación**

Unidad	Mínimo	Media	Máximo	IC
Lactantes A	4,0	6,6	7,0	6,53-6,70
Lactantes B	4,0	6,4	7,0	6,38-6,57
Infecciosos	4,0	6,4	7,0	6,31-6,48
Segunda Infancia	4,2	6,2	7,0	6,15-6,36
UCI	4,5	6,6	7,0	6,56-6,69
Neonatología I	3,0	6,1	7,0	6,01-6,20
Neonatología II	4,0	6,2	7,0	6,10-6,31
Cardiología	5,0	6,6	7,0	6,54-6,73
Broncopulmonar	5,0	6,8	7,0	6,74-6,89
Nefrología	5,0	6,8	7,0	6,75-6,92
Neurología	2,0	6,7	7,0	6,55-6,94
Hemato-Oncología	5,0	6,4	7,0	6,31-6,59
Gastroenterología	4,0	6,5	7,0	6,37-6,62
Endocrinología	4,7	6,2	7,0	6,15-6,36
Consultorio General	5,0	6,8	7,0	6,80-6,89
Investigación	5,0	6,11	7,0	5,94-6,27
Promedio	5,1	6,5	6,9	6,47-6,58

* Nota mínima para aprobar = 5.

** $p < 0,000001$.

IC: Intervalo de confianza 95%.

timo análisis se ha tomado un período más corto (1983-1994), puesto que es habitual que un médico especialista no rinda su examen final sino hasta dos años después de finalizado el programa). De los 29 (22,3%) que no obtuvieron certificación universitaria, 25 (19,2%) no tienen probabilidades de hacerlo, por haber egresado antes de 1991. De los cuatro restantes, tres fueron reprobados y uno falleció. Sólo cuatro (13,7%) egresados sin certificación universitaria y 27 (26,7%) con ella, han obtenido certificados de CONACEM.

Aunque desconocemos el destino actual de 20% de los egresados, información preliminar muestra que a lo menos 103 becarios (56%) están en la actualidad en la capital del país y, si consideramos sólo los becarios denominados primarios, 62% permanece en ella.

De los 95 médicos en programa de capacitación, 29 eran chilenos. De estos, tres optaron a beca con posterioridad a la capacitación, pero sólo uno obtuvo la certificación universitaria. De los restantes, dos fueron acreditados por CONACEM y 13 (45%) están trabajando en Santiago.

Comentario

Desde 1957, 541 médicos han realizado programas de postítulo en este Departamento de Pediatría, lo que involucró un esfuerzo de la Universidad de Chile, sólo en este Campus, de proveer 358 profesionales especializados en pediatría a la comunidad nacional y 183, un tercio del total, a países latinoamericanos. Ello es el resultado de políticas claramente definidas en el pasado, pero sin un marco conceptual preciso en los últimos años⁵.

La mantención de la mediana de ingreso (14 médicos/año) parece razonable si se considera la dotación de académicos en disminución de nuestro departamento y la complejidad creciente del programa, que ha obligado a extremar la utilización de los recursos académicos y técnicos, en eventual perjuicio de otras actividades académicas.

Si bien Argentina y Bolivia son los países con un mayor número de ingresados, su distribución en el tiempo tuvo características diferentes. El primero tuvo presencia escasa e inconstante, ya que ocupó el primer lugar en los ingresos en sólo una promoción y en un período muy corto en el segundo decenio. Bolivia, en cambio, tiene presencia mantenida durante la tercera y cuarta décadas. Parecería entonces que la llegada de médicos argentinos se debió a factores coyunturales de los años 72 y 73, a diferencia del interés constante de los médicos bolivianos por acceder a nuestros programas.

Si bien la mediana de edad fue de 28 años, llama la atención los márgenes tan amplios con cifras superiores altas. Esto se explica, en el grupo total, porque están incluidos los médicos que solicitaron capacitaciones, las cuales no tienen límite de edad para ingresar. Así, si se analiza el límite superior de edad de los médicos que ingresaron a programas de formación de especialista, se observará que no sobrepasa los 42 años.

Aunque 60% de estos alumnos eran varones, a partir de 1984 se advierte una clara tendencia al predominio de las mujeres, que se mantiene hasta hoy. La significación de este hecho debe tener en cuenta factores socioeconómicos que afectan no sólo al área profesional médica específica que estamos analizando.

La proporción de egresados que obtienen certificación por CONACEM⁴ parece baja si pensamos que, después del título o certificado de la Universidad, es la alternativa en la certificación de especialidades. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los graduados de los programas oficiales (con examen aprobado) cuentan con la certificación o título universitarios que hacen innecesaria la certificación por otra institución.

Programa de formación de Especialistas en Pediatría. Egresados chilenos 1983-1996

El apoyo económico al programa, en 89% provino de autofinanciamiento o bien del Ministerio de Salud, para su ulterior distribución a lo largo del país. La tendencia a invertirse, en el tiempo, de la relación autofinanciado-retorno, puede ser muestra de lo impopular o poco accesible de la condición de autofinanciado o del creciente interés del gobierno por crear un compromiso con los médicos en especialización. El escaso aporte financiero de la Universidad puede interpretarse como énfasis en satisfacer la necesidad asistencial del país (requerimientos del Ministerio de Salud) más que las necesidades académicas de la Facultad de Medicina, a la progresiva limitación de recursos asignados a la Universidad para la educación de postítulo o ambos.

La inversión de la relación entre candidatos primarios y de retorno tiene su explicación en el cambio de política tanto ministerial como universitaria, que ha coincidido con la dificultad de los primeros para acceder a los programas de especialización.

El predominio del género femenino a partir de 1984, si bien no se acompaña de diferencias con el masculino en el rendimiento y comportamiento en los programas, como se ha descrito en otro nivel y en otro país⁶, puede estar relacionado a cambios socioeconómicos que impliquen el abandono de esta especialidad, por parte de los varones, hacia otras especialidades más rentables.

Las calificaciones a nivel intrahospitalario y ambulatorio representan un fenómeno digno de análisis, por su distribución extremadamente asimétrica. Un elevado porcentaje (80%) tiene calificaciones en o sobre la nota 6,0, con un intervalo de confianza cuyo límite inferior no bajó de 6 en ninguna de las pasadas. Sólo la unidad de investigación tiene un intervalo inferior que baja de la nota 6 (5,94). Esto significa, en nuestra opinión, que o los alumnos aprobados son todos muy buenos o que nuestras calificaciones no están discriminando adecuadamente. Nos parece más probable pensar que las calificaciones fueron asignadas por docentes que reconocen más la necesidad técnico-asistencial de pediatras del país que las exigencias académicas propias de la especialidad. No obstante, el grado de dificultad no es igual en todas las unidades. Así, sobresalen por ello neonatología I y endocrinología con promedios significativamente más bajos que las otras rotaciones lo que, probablemente, es un fenómeno local.

El porcentaje de reprobación (12%) es bajo y el de mortalidad académica (22,3%), alto. La baja tasa de reprobación puede guardar relación con el bajo poder de discriminación del sistema de calificaciones o a generosidad en la asignación de estas. En cambio, la mortalidad académica parece influida por el no cumplimiento del examen final, puesto que el mal rendimiento como causal de mortalidad académica sólo intervino en el 2,3%.

La diferencia entre la edad de los llamados primarios (26 años) comparados con los de retorno (32 años), es comprensible por la definición de estos. Sin embargo, la relación inversa entre calificaciones y edad del becario, así como la caída del promedio de aquéllas en los últimos años se debe al alejamiento del médico de los centros formadores, debido a que hubo una relación directa entre la baja en el promedio y este intervalo, sin poder atribuir a la edad un papel condicionante puesto que, en los becarios primarios, el promedio no tiene relación con ella. Esto lo hemos comprobado también al evaluar, en un estudio anterior, a los becarios en el momento que ingresan al programa de postítulo⁷. Puede postularse entonces que si el objetivo de educar especialistas en pediatría es prioritario, no es conveniente retardar el ingreso de los jóvenes egresados de la carrera de Medicina a estos programas de formación, o bien, que pudiera

ser necesario buscar una alternativa de educación continua que haga menor el hiato académico sugerido por los datos presentados. Esta materia representa un serio y urgente problema. Si bien es este un asunto que debe discutirse en el seno de la Facultad de Medicina, ello debiera hacerse en el contexto de una política de Estado en Educación Superior y Salud más clara, especialmente si se considera que la tendencia actual es una disminución de las becas primarias en relación a las de retorno, sin que se vislumbre la forma de responder satisfactoriamente al compromiso con los médicos generales de zona, dada la estrechez de recursos universitarios para ello. Por otro lado, los hechos presionan a la universidad hacia la búsqueda de candidatos que paguen su educación de postítulo⁷.

Las actividades consideradas por nosotros como educativas además de técnicas y que tienen como objetivo principal el enriquecimiento del médico en conceptos necesarios no sólo para el mejor desempeño de su actividad asistencial sino también para la autoformación, la investigación y desarrollo de la cultura de la especialidad, no contaron con el interés deseado de los educandos traduciendo, por parte de estos, una priorización de actividades instructivas asistenciales. Es posible suponer, como factor disuasivo de mayor perfeccionamiento universitario, el destino futuro asignado por la autoridad ministerial con anterioridad al inicio del programa. Incluso, 22,3% queda sin certificarse, situación que, hasta ahora, no ha constituido un escollo para ser contratado por los servicios de salud, pero cuyas causas y consecuencias deben ser investigadas. Creemos que, como una forma de resolver aspectos como los anotados, un concurso de antecedentes que exigiera haber completado el programa debería determinar la futura destinación ministerial. La tecnología moderna (fax, correo electrónico) permite prever la mantención de lazos de comunicación entre el centro formador y sus ex becarios para permitirle perfeccionar todos los aspectos de la especialidad. Desde el punto de vista cualitativo, también ha sufrido cambios la estructura académica encargada de estos programas, por la disminución de recursos al postítulo en un marco de alejamiento entre las dos instituciones del Estado involucradas, en perjuicio de la educación.

La certificación universitaria del programa, que sólo se logra aprobando el examen final, la

obtiene el 77,7% de los egresados, lo que sugiere factores de interferencia (destinación y situación laboral predeterminadas) con el cumplimiento cabal del programa.

La falta de certificación no universitaria de la especialidad sugiere desinterés por especialistas titulados por la Universidad o insuficiencias para obtener el reconocimiento como tal. Es posible, sin embargo, que en el futuro la importancia alcanzada por este organismo de certificación haga cambiar la situación.

Si bien el propósito de estos programas ha sido entregar especialistas para suplir las necesidades del país, la cifra de posbecarios que permanecen en la capital, que se eleva en el caso de los becarios denominados primarios, nos permite inferir que el propósito no ha sido logrado, por lo menos en lo que tiene relación con nuestros egresados.

Conclusiones

El Departamento de Pediatría ha dedicado un esfuerzo de 40 años a formar como pediatras a un número importante de médicos chilenos y extranjeros para satisfacer, primordialmente, las necesidades del país y de países latinoamericanos, especialmente limítrofes. El perfil del residente becario ha cambiado en el tiempo, caracterizándose el actual por ser predominantemente de sexo femenino, de edad promedio 32 años, de origen ministerial y de retorno. Las calificaciones de rendimiento de los alumnos son inadecuadas por cuanto no discriminan entre los aprobados y son demasiado generosas.

La iniciación de programas de especialización después de un período de trabajo alejado de los centros formadores parece poco conveniente, por cuanto el rendimiento académico de los residentes becados de retorno es menor que los que inician sus programas prontamente des-

pués de recibir su título. La mortalidad académica es alta, pero se debe fundamentalmente a incumplimiento del examen final y no a bajo rendimiento durante la formación.

El aumento del interés por adquirir conocimientos en el investigación, lectura crítica de la literatura, etc. podría aumentar si el concurso de destinación ministerial fuera hecho al finalizar el programa con requisitos que balancearan más la instrucción con la educación del médico.

Parece necesario sostener la formación médica continuada después de finalizadas las etapas sistemáticas de pregrado y del de postítulo, ofreciendo oportunidades de actualización y perfeccionamiento a través de los diferentes medios de información y educación a distancia.

La mayor parte de los médicos al finalizar sus programas se quedan o vuelven a la capital, no cumpliendo los objetivos de la formación de postítulo tradicional, cual es dotar a todo el país de especialistas.

Referencias

1. *Meneghello J*: Programas de entrenamiento para graduados. *Pediatría* (Santiago) 1975; 18: 153-162.
2. *Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Postgrado*: Programas de formación de especialistas. Normas reglamentarias 1997.
3. *Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Campus Norte*: Reglamento para médicos en formación en la especialidad de Pediatría 1997.
4. *Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas. CONACEM*: Listado de especialistas certificados por CONACEM 1996.
5. *Hono JP*: Los médicos generales de zona. Un sistema en crisis. *Cuadernos Médicos Sociales* 1996; 37: 70-77.
6. *Kaplan SH, Sullivan LM, Dukes KA, Phillips CF, Keich RP, Schaller JG*: Sex differences in academic advancement. *N Engl J Med* 1996; 335: 1282-1289.
7. *Enilfork M, Duffau G*: Evaluación de médicos en programa de formación en Pediatría. *Rev Chil Pediatr* 1993; 64: 329-332.