Las nuevas escuelas de medicina en el panorama médico actual

Oscar Román A.

The new medical schools in Chile and their influence on the medical scenario

There is concern about the possible consequences caused by the proliferation of private Medical Schools in Chile. Most of these schools have consolidated as health professional training centers, but its presence is changing the scenario of public health and medical profession. The most important consequence is the increase in the number of physicians that will occur, that may exceed the demand of the Chilean population and generate medical unemployment or emigration. There is also concern about the quality of the training process and the preparation and experience of teachers, that derives in the need for accreditation of medical schools. Private Universities are aware of these problems and are working on them. The struggle for clinical fields in the Public Health System has been regulated by an administrative norm of the Ministry of Health (Rev Méd Chile 2009; 137: 1099-104).

(Key words: Education, medical, undergraduate; Public health; Schools, Medical)

Recibido el 6 de marzo, 2008. Aceptado el 28 de octubre, 2008.

Departamento de Medicina, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Un bien muy apreciado e importante para la sociedad es la salud, que constituye una responsabilidad básica de los gobiernos y además, de los médicos que la sustentan en conjunto con las diversas profesiones de colaboración.

La profesión médica se define como una actividad de servicio al cuidado del individuo enfermo, por lo que en esencia busca el beneficio sin causar daño¹. Por ello, cuando los individuos enferman, aprecian y agradecen la ayuda médica y como fruto de la relación médico-paciente que se establece, el médico pasa a gozar de alta

estima². Pero, para responder a ella, ha debido realizar muchos sacrificios en la universidad, entre los cuales destacan el largo tiempo de estudios, la adquisición de conocimientos y competencias complejas y la demostración de gran espíritu de servicio. En suma, debe poseer una adecuada combinación de cualidades intelectuales, morales y éticas que son la base del profesionalismo médico³.

Para preparar profesionales con esas características, las universidades deben enfrentar un gran desafío y adquieren una gran responsabilidad. Desafío porque se necesita una enorme cantidad de recursos humanos y estructurales para realizar una docencia activa, integral y de calidad. Responsabilidad, porque el proceso formativo debe cumplir estándares de calidad muy exigentes y óptimos, porque está en juego la vida del ser

Correspondencia a: Dr. Oscar Román A. Huelén 154 Dpto. 2. Santiago. Chile. E mail: oscarromanalemany@hotmail.com

humano en su acepción integral, tanto física, como psíquica y social⁴.

En consecuencia, cada nueva universidad que pretenda formar médicos debe responder a las exigencias académicas, éticas y sociales que hemos mencionado, como también al prestigio que la medicina chilena ha ganado en el país y en el mundo, gracias al esfuerzo, sacrificio y dedicación de sus docentes y alumnos⁵.

Las nuevas Escuelas de Medicina que han sido creadas en el país en el último decenio son 14, que sumadas a las tradicionales y a las establecidas a fines del siglo pasado, que suman 12, hacen un total de 26 carreras⁶. Ellas tienen que responder a las exigencias en personal docente, tecnología y preparación humanista que define al profesionalismo médico en la actualidad. Por tanto su desafío consiste en emular a las escuelas de las universidades tradicionales^{7,8}.

La creación e instalación de nuevas universidades, debidamente acreditadas, que han implementado carreras de medicina, provoca la consideración de una serie de aspectos que inciden tanto en el contexto de la medicina y salud pública como en el de la profesión médica⁶⁻¹⁰, que conviene analizar.

1. *Número de médicos que necesita el país.* La demanda total de médicos para la salud del país no ha sido establecida fehacientemente. Tampoco la demanda global de salud, la que sin embargo ha podido ser estimada aproximadamente en base a los indicadores de salud disponibles para cada enfermedad y a la demanda satisfecha por la oferta de servicios¹¹. De la oferta de atenciones se puede inferir muy aproximadamente el número de médicos necesario para cumplirla. La oferta es conocida con bastante exactitud en el sistema público de salud, y de acuerdo a ella, se ha podido determinar el número de médicos que sirven en ese sector. En conjunto con esta metodología, en un corte realizado en el año 2004, el autor y su equipo pudieron determinar, gracias a un catastro exhaustivo, el total de médicos vigentes en el país, cualquiera fuese el sector, público o privado y la institución en que trabajasen¹². El total de médicos existentes era de 25.542, tanto nacionales como inmigrantes. Para actualizar esta cifra, es preciso agregar las promociones de todas las universidades, tradicionales y privadas, produ-

cidas en los últimos 3 años, que se estiman en 700 por año. Los médicos inmigrantes en ese período han sido escasos y no los consideramos. De esta forma, podemos estimar en aproximadamente 27.642 el total de médicos vigentes al presente. A futuro, con la expansión de promociones de las escuelas privadas, la cifra irá creciendo, puesto que Medina estima en 1.290 los egresados por año de todas las universidades nacionales en los próximos 5 años⁸. Por tanto, para el año 2010 podemos estimar en 31.512 el total de médicos existentes.

Si correlacionamos la cifra total de médicos, tanto la determinada en el año 2004 como las estimadas para 2007 y 2010, con el total de la población nacional estimada para dicho período (Tabla 1), se observa que el aumento de médicos es mayor que el crecimiento de la población general, por lo que la relación médico/habitante se hará mayor. Dicha relación, que en el año 2004 era de 1 por 612 habitantes, habrá crecido a 1/600 en 2007 y a 1/542 en 2010. Ello invalida la presunción que es preciso aumentar el número de médicos debido al crecimiento vegetativo de la población, por cuanto el porcentaje de crecimiento de la población es menor que el de la producción de médicos (Tabla 1).

Las cifras de médico/habitante resultantes son similares a las de otros países desarrollados, establecidas con indicadores socio-demográficos¹³. Sin embargo, algunos autores nacionales^{6,13}, estiman que aún faltan médicos, pero de acuerdo a nuestros datos, ello es evidente sólo en el sistema público¹². Una explicación para esta falencia es que los médicos están más atraídos por el ejercicio privado en desmedro del servicio público, debido a los menores ingresos y disminución de cargos en este último¹⁴.

Si consideramos todo el servicio de salud, público más privado, la relación de 1/612 y las estimaciones a futuro, sugieren que el número total de médicos pudiera llegar a ser superior a la demanda estimada y por consiguiente, condicionar un número de egresados de nuestras universidades superior a las necesidades del país. El exceso de profesionales puede poner en peligro la opción real de trabajo profesional¹⁰.

La situación podría agravarse si consideramos que en el año 2010 existirán por lo menos 14 universidades privadas que promoverán médicos,

Tabla 1. Relación entre aumento de médicos y crecimiento de la población de Chile. Proyección 2004-2010

Años	2004		2007		2010
Nº médicos	25.542		27.642		31.512
% aumento	8,2		14,0		
Población	15.651.000		16.598.000		17.094.000
% aumento	6,0		2,9		
Relación m/h	1/612		1/600		1/542

por lo que el número de éstos seguirá creciendo, lo que puede determinar dos condiciones: cesantía médica o emigración de profesionales chilenos en busca de trabajo.

Es preciso reconocer que hay escasez de médicos en la atención primaria de salud (aproximadamente 800 profesionales)¹⁴ y en algunas subespecialidades^{15,16}, por lo que la sobreproducción de médicos podría superar con creces las falencias detectadas, sin que se requiera mejorar los estímulos y remuneraciones.

2. Inadecuada distribución regional. Otro argumento esgrimido para crear más escuelas de medicina consiste en que algunas regiones estarían deficitarias en médicos generales y especialistas. Sin embargo, los datos del sistema público revelan una adecuada distribución de los profesionales en regiones, siendo proporcional a la población regional su número total y por especialidades básicas¹². Además, respecto a la ubicación de las carreras de medicina, existen centros universitarios en nueve de las trece regiones del país, lo que revela un importante grado de descentralización^{8,12}.

Es preciso reconocer que si bien no disponemos de datos fidedignos, existen falencias regionales de médicos especialistas^{15,16}. Podría ser éste un argumento a favor de sedes o carreras de medicina privadas regionales. Pero se trata de un aspecto que requiere mayor información.

3. Calidad del proceso formador. Es un aspecto primario en la constitución de nuevas universidades y carreras de medicina. La calidad de la

docencia se puede definir como un proceso ordenado que permite analizar y medir los resultados de los planes y programas académicos en cuanto a sus resultados óptimos o de excelencia. El concepto implica una serie de características, entre las cuales destacan la preocupación centrada en el alumno, la efectividad de las competencias logradas y la entrega de elementos éticos y de responsabilidad profesional y social^{5,17}. De éstas, la más compleja y necesaria en su cumplimiento es la competencia, entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades prácticas y actitudes necesarias para ejercer la acción profesional¹⁸.

Para ambas características, calidad y competencia, se requieren docentes preparados tanto en conocimientos como tecnología y valores éticos, de modo que sean capaces de formar profesionales que respondan a las necesidades de la población.

Como establece Medina, no hay elementos suficientes para juzgar la calidad de la enseñanza universitaria nacional⁸. Los resultados del Examen Médico Nacional sólo pueden indicar, hasta el presente, la comparación entre los puntajes obtenidos por los alumnos de las diferentes universidades. Es interesante señalar que dos universidades privadas se ubican entre los primeros 6 puntajes.

4. Cuerpo docente. El centro del problema de las nuevas universidades es la contratación o formación de docentes en número y calidad para cumplir su labor académica. Algunas lo han logrado, sea entrenando personal académico, sea contratando profesores y ayudantes que provie-

nen de otras universidades, en particular de las tradicionales, que poseen un mayor número de académicos calificados. Sin embargo, la disponibilidad de académicos formados o de médicos asistenciales con motivaciones y habilidades docentes apropiadas es reducida, lo que constituye una limitante que las nuevas carreras de medicina deben enfrentar y saber solucionar. Parece haber consenso en que la mejoría de la educación debe partir por la capacitación docente en todos los niveles de competencia¹⁹.

5. *Acreditación de universidades y carreras de medicina.* Algunos autores han planteado ciertas interrogantes al respecto, siendo clara y explícita la del Profesor Goic, quien apunta a la calidad de la formación médica que entregan las nuevas escuelas de medicina, en ausencia de un sistema de acreditación generalizado y riguroso como existe en los países desarrollados^{20,21}. Si bien las universidades tradicionales se han acreditado en cuanto a sus programas y proyectos educativos por comisiones externas, ello no ha ocurrido en la mayoría de las carreras de medicina de las universidades privadas, aunque algunas han realizado el proceso con éxito^{6,8,9,19}.

Algunas autoridades universitarias han declarado que no se oponen a la libertad de enseñanza, pero que debido a las responsabilidades que atañen a un profesional médico, el Estado debería generar un marco regulatorio de modo de garantizar que los profesionales se formen con programas adecuados y acreditados. Tal como lo han establecido los Decanos de las universidades tradicionales *"preocupa seriamente la calidad de los alumnos que ingresan y su nivel de formación, el grado de dedicación del cuerpo docente, y sobre todo las características generales que deben tener los campos clínicos en los que se imparta la docencia y se preparen las debidas competencias para el éxito profesional"*²⁰.

Problema de los campos clínicos. Las universidades tradicionales, desde hace más de 50 años, han utilizado los hospitales y consultorios del Servicio Nacional de Salud para realizar la preparación clínica de sus estudiantes. Para ello se han firmado convenios jurídicos que resguardan las funciones y necesidades tanto de la docencia

como de la asistencia del sistema público. De esa forma, la inmensa mayoría de los campos clínicos de los hospitales y consultorios de especialidades del sistema público han sido ocupados por las carreras de medicina de las universidades tradicionales, entre ellas algunas privadas como la Universidad Católica y la de Concepción, pertenecientes al Consejo de Rectores. Las nuevas escuelas privadas comprendieron que era necesario contar también con campos clínicos adecuados y entraron en competencia con las carreras tradicionales en busca de los mismos campos clínicos del sistema público. Pero éstos han estado prácticamente ocupados en su totalidad por universidades del Consejo de Rectores^{6,22}. Por ello, con excepción de la Universidad de los Andes, que pudo hacer convenio con el Hospital privado Parroquial de San Bernardo, las otras carreras de las universidades privadas ajenas al Consejo de Rectores, han debido establecer convenios con clínicas privadas u hospitales de las fuerzas armadas. Sin embargo, las clínicas privadas, cuyos pacientes exigen privacidad en su atención, no pueden garantizar una docencia adecuada, porque aquellos no aceptan que una persona extraña a su médico tratante, aunque sea un estudiante de medicina, se imponga de su enfermedad o padecimiento. Además, como los exámenes y tecnología son pagados, no es posible realizar una batería excesiva de ellos, tal como sería necesario en el entrenamiento requerido por una docencia más completa. Además, los médicos tratantes de esas clínicas, a pesar que pueden tener experiencia docente, no disponen del tiempo necesario para atender a los estudiantes^{6,10,22}.

La pugna por los campos clínicos públicos ha obligado al Ministerio de Salud a regular su asignación al conjunto de universidades mediante una normativa, la N° 18, que ha fijado un orden de prioridades que resguarden el problema de cohabitación o uso simultáneo de un campo clínico por dos o más universidades²².

COMENTARIO

Las universidades privadas de reciente creación son una realidad que no puede ser ignorada ni discriminada. Actualmente de las 26 escuelas de

medicina existentes, 6 son estatales, las restantes son privadas. De éstas, 14 han sido creadas desde 1994 a 2007⁶ y de ellas, 4 ya han promovido un número significativo de nuevos médicos^{6,8,9}. Por tanto, es preciso realizar un análisis equilibrado y desapasionado respecto al equilibrio entre las carreras de medicina públicas y tradicionales privadas, ya consagradas por su trayectoria institucional, con las privadas de reciente instalación. Los puntos de discusión abordados son los más relevantes en el momento actual. Como lo ha insinuado Goic, existen consecuencias de esta realidad que es preciso considerar²¹.

De todas las analizadas, hay una que nos parece preocupante y es el aumento significativo del número de médicos promovidos por las universidades privadas, que podría determinar una cantidad exagerada de estos profesionales en 2 a 5 años más. Si el número de todos los egresados de las escuelas nacionales se estima entre 700 y 1.290 en los próximos 5 años, se

puede llegar a producir un exceso de médicos y la amenaza de cesantía médica^{8,10,12}.

Respecto a los demás aspectos analizados, la calidad del proceso formador deberá ser acreditada en forma rigurosa por las mismas universidades, como ya lo han estado efectuando^{6,9}. El cuerpo docente debe ser una preocupación importante, pues no basta con contratar docentes de las universidades tradicionales, muchos de ellos próximos al término de su acción laboral, sino que es preciso preparar nuevas generaciones de académicos capacitadas en las concepciones actuales de la salud y en las políticas públicas que la rigen en el país.

En relación a la problemática de la asignación de campos clínicos, tenemos esperanza que la Normativa N°18, ya comentada, permita acuerdos claros y provechosos entre todas las universidades y el sistema asistencial, tanto público como privado (clínicas y hospitales privados, de las Fuerzas Armadas y del Sistema de Seguridad del Trabajo).

REFERENCIAS

1. KOTTOW M. Bioética y salud pública. En *Introducción a la bioética*. Ed. Mediterráneo 2005; 237-47.
2. BASCUÑÁN L. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 11-6.
3. ROSSELOT E. Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 457-64.
4. ROSSELOT E, NORERO C, HANNE C, MATELUNA E. Formación profesional y su acreditación en Medicina, un paradigma de la fe pública. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 585-9.
5. ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA. Control de calidad en Medicina. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 919-21.
6. ARMAS MERINO R, GOIC A. Informe sobre la situación actual de la Educación Médica en Chile. Comité de Educación Superior. Academia de Medicina. Publ. Academia de Medicina 2008.
7. CRUZ COKE R. Las universidades chilenas 1981-2004. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 43-8.
8. MEDINA E, KAEMPFER AM. Medicina y otras carreras de la salud en Chile. Un análisis preliminar. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1346-54.
9. ROSSELOT E, MATELUNA E, ESTEVEZ A, RADRIGÁN ME. Acreditación de títulos profesionales e instituciones formadoras: el caso de Chile. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 715-24.
10. ROMÁN O. La profesión médica, su evolución y cambio en el nuevo milenio. Edición 2007.
11. MINISTERIO DE SALUD. Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas. Informe Integrado Enero 2007.
12. ROMÁN O, ACUÑA M, SEÑORET M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1057-64.
13. BASTÍAS G, MARSHALL G, ZÚNIGA D, MENA B. Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1167-76.
14. ROMÁN O, PINEDA S, SEÑORET M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1209-15.
15. MINISTERIO DE SALUD. Secretaría Técnica del Régimen de Garantías. Capacidad instalada del sector público de salud. Informe país. Febrero 2006.
16. ROMÁN O, SEÑORET M. Estado actual de las especialidades médicas en Chile: Realidad en el sistema

- público no municipalizado. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 99-106.
17. THE HASTING CENTER. The goals of Medicine: setting new priorities. The Hasting Center Report. Nov. 1996.
 18. BRAILOVSKY C. Marco conceptual del aprendizaje basado en competencias: ventajas y desventajas. En Seminario "Proposición de un perfil común de competencias para los egresados de las Escuelas de Medicina. Septiembre 2007. Santiago, Chile.
 19. NORERO C. Las contradictorias exigencias a la Educación Superior en Chile. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1343-5.
 20. GOIC A. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. *Rev Méd Chile* 1999; 131: 2001-10.
 21. GOIC A. Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: sus causas y consecuencias. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 917-24.
 22. MINISTERIO DE SALUD. Normativa Administrativa Nº 18. Asignación y uso de los campos de formación profesional y técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Octubre 2007.