

El hospital docente del siglo XXI

Ana Eugenia Dvoredsky⁽¹⁾, Eduardo Rosselot Jaramillo.⁽²⁾

⁽¹⁾DVK, Servicios Educativos.

⁽²⁾Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, U. de Chile.

SUMMARY Since their creation, teaching hospitals have been associated to complex health care institutions. They have been able to give education and training to health care professionals while providing patient care. Teaching Hospitals have been the home of medical training in formal and informal curriculum. In the past Century, social and economic changes have resulted in pressure to change the mission of academic medical centers. Educational ranking and quality of care do not always correlate, and the learning process mostly occurs through personal example. Several models have been developed to sustain the academic mission at a time of financial challenge. Still, the need to sustain the basic triad of patient care, teaching and research as the core of the academic mission remains constant.

PREÁMBULO

Un hospital docente es aquella institución que provee oportunidades de desarrollo y capacitación a profesionales de la salud simultáneamente con el cuidado médico del paciente. Afiliados o administrados directamente por una escuela de Medicina, se les conoce también como hospitales universitarios.

Se cree que en el primer hospital donde se permitió que alumnos practicaran en forma metódica bajo la supervisión de expertos apareció en Gundishapur, Persia⁽¹⁾. Desde sus comienzos, estas instituciones entregaban atención médica, entrenamiento a futuras generaciones y también desarrollaban

innovadores programas con la tecnología más avanzada de la época, permitiendo avances en el conocimiento de la ciencia. Así se constituyó la triada básica del hospital académico que incluye atención clínica, formación profesional e investigación en salud.

Otro propósito se delineó muy temprano. Desde la creación en Bagdad del supuestamente primer hospital público en la historia, estas instituciones han servido tradicionalmente como red de apoyo para aquellos pacientes que no pueden costear su tratamiento. Desde un comienzo el Estado financiaba a profesionales que daban conferencias a alumnos y entregaban diplomas. Este esquema se siguió a través de la historia y sólo recientemente,

desafíos sociales han creado una tensión entre los diferentes roles desarrollados en un hospital docente, aduciendo razones de incompatibilidad de funciones.

DESAFÍOS

En las últimas dos décadas, el crecimiento exponencial del conocimiento y la tecnología se ha acompañado de un gran aumento del costo de la atención médica, proporcional al aumento de posibilidades diagnósticas y de tratamiento. Junto con el incremento de la población, longevidad y aumento de la demanda de satisfacción del paciente que tiene mayor información y exige mejor diagnóstico y terapias, la salud de la población resulta ser una enorme carga financiera para cualquier país. Las autoridades estatales, federales, mundiales están transfiriendo este costo a las instituciones hasta ahora asistidas por ellas, demandando eficiencia y efectividad. Estos cambios han afectado el esfuerzo docente, tradicionalmente financiado por recursos públicos, constituyéndose en un problema mundial.

Ya en 1996, Berns habló de esta amenaza a la medicina académica⁽²⁾. Advirtió que las instituciones educacionales deberían transformarse para competir con hospitales no académicos. En un excelente resumen, Schwartztein *et al* describen algunas estrategias utilizadas en estos hospitales, incluyendo redes de servicios y organizaciones híbridas clínico educacionales. Después de un extenso autoestudio realizado en el Instituto para la Educación e Investigación, unidad de coordinación entre el conjunto de hospitales y la Universidad de Harvard para las actividades de cuidado de salud y el desarrollo académicos, el Hospital Beth Israel desarrolló un plan estratégico que permitiera armonizar programas y finanzas, manteniendo las prioridades académicas⁽³⁾. La Universidad de Pittsburgh se reorganizó a través de negociaciones y fusiones organizacionales, desarrollando una enorme red de salud global. En un

esfuerzo conjunto entre el Hospital y la Universidad, se mantuvo apoyo a la función comunitaria, incluyendo el servicio público, academia y esfuerzo en investigación⁽⁴⁾. Más a menudo, se ha observado esta acción integrada entre universidades y hospitales, tratando de mantener la estabilidad financiera de ambas instituciones.

Parte del cambio de práctica en hospitales, en general, se debe al gran número de terapias que hoy se pueden efectuar en forma ambulatoria. Como consecuencia, las hospitalizaciones reflejan patologías más graves, extensas y complejas, aumentando el trabajo requerido y el costo por paciente. En el ambiente académico, esto significa más tiempo en atención directa al paciente, y menos tiempo dedicado a la docencia clínica. A ello se agrega la necesidad de limitar las horas destinadas a supervisar a internos, residentes y becarios, quienes no pueden mantener horarios que en el pasado eran comunes a este ritmo acelerado.

En Chile han constituido un factor adicional de cambio en el actual abordaje de la docencia en muchos de los hospitales dependientes del Ministerio de Salud, pero también en los privados pertenecientes a las instituciones de Educación Superior, las innovaciones en el sistema general de atención de salud regidas ahora por las garantías explícitas, el énfasis en atención primaria y las nuevas y variables prioridades en salud que orienta las políticas del sistema⁽⁵⁻⁸⁾. La relación docente-asistencial y la disponibilidad de campos clínicos ha sido igualmente modificada en relación a tales reformas, sin perjuicio de la autonomía universitaria para esforzarse por mantener la independencia y la prioridad de las necesidades académicas para cautelar la calidad y la satisfacción de las siempre emergentes nuevas competencias profesionales requeridas por la natural evolución de la Medicina⁽⁹⁻¹¹⁾.

Creighton⁽¹²⁾ describe otra estrategia: el desarrollo de un servicio de “hospitalistas” quienes son

médicos académicos que trabajan exclusivamente en hospitales. Además de enseñar esta práctica como especialidad, los hospitalistas toman parte de la carga clínica previamente asignada a médicos en entrenamiento.

El 8 de noviembre de 2009, en su discurso inaugural en el congreso anual, el nuevo Presidente de la Asociación de Escuelas de Medicina de USA (AAMC) urgió a los miembros académicos a ajustar sus metas en vista de estos cambios de requerimientos⁽¹³⁾. En un momento en que una significativa reforma de salud puede cambiar el panorama de los hospitales en ese país, el Dr. Darrell G. Kirch planteó la necesidad de que las universidades asumieran liderazgo en la innovación de los sistemas de salud, desarrollando modelos de alto rendimiento, alto valor científico, calidad y trabajo en equipo. También apoyó cambios legislativos que permitan realizar proyectos de investigación de gran envergadura, ejecutados simultáneamente en diversos hospitales académicos. Así describió un nuevo rol de gran importancia al agregar al portafolio de estas instituciones, el liderazgo en el cambio de la forma como se entrega la atención médica y el desarrollo de nuevos estándares, mientras se mantiene el trípede básico de servicio, enseñanza e investigación.

DESAFÍOS ECONÓMICOS

Pese a un papel esencial en el entrenamiento de los futuros profesionales de la salud, muchos hospitales docentes se han separado del control académico debido a que su misión se basa ahora más en servicio al paciente. Los hospitales públicos en general constituyen una red de apoyo al paciente sin recursos. Esta misión tiene gran valor académico, ya que a través de su currículum directo y su currículum informal, promueven el interés y dedicación a la salud de la población⁽¹⁴⁾. Cambios de propósito y de misión provocan una erosión del entrenamiento clínico y también de la

investigación básica que requiere aporte económico de los hospitales académicos⁽³⁾. La pérdida de la misión académica de los hospitales públicos cambia el tipo de enseñanza que se provee.

Jones *et al.*⁽¹⁵⁾ mostraron que, ya en 1993, el mercado había provocado cambios en el financiamiento de las escuelas de Medicina. Entre 60 de estas escuelas estudiadas, se encontró que sólo el 28% de la ganancia proveniente de la práctica clínica de los docentes se utilizaba en mantener funciones académicas. Esto incluía el aporte voluntario de docentes, sin costo. Las prioridades eran en orden decreciente: investigación, docencia de pregrado y docencia de postgrado. Los autores recomendaban una reestructuración financiera de las escuelas para amortiguar el impacto de la falta de apoyo económico.

La investigación clínica también ha sufrido. Chin-Dusting *et al.*⁽¹⁶⁾ han sugerido una relación más estrecha entre la academia y la industria farmacéutica, que funcione dentro de parámetros bien definidos para un resultado efectivo. Mortari⁽¹⁷⁾ sugiere que esta colaboración puede ser beneficiosa para la industria, tanto como para las universidades. Joiner⁽¹⁸⁾ desarrolló un modelo matemático que permite la distribución de fondos para nuevos investigadores, ya que en este momento la construcción de nuevos laboratorios y programas parece ser más importante que el apoyo a los individuos que desarrollan esas labores.

DESAFÍOS EDUCACIONALES

El nuevo hospital docente debe cumplir hoy sus funciones académicas en un ambiente distinto al de algunos años atrás. Pacientes, estudiantes y docentes exigen enseñanza y práctica basada en evidencias, en un ambiente crítico y transparente.

Philibert⁽¹⁹⁾ utilizó información existente desde 1975, en *ranking* de hospitales en USA y Canadá,

COMENTARIOS

con el propósito de evaluar su capacidad académica. Sugiere que el lugar en el *ranking* principalmente denota el prestigio de la institución y que, aunque los elementos estudiados se pueden utilizar como medida de calidad clínica, la información no es suficientemente fidedigna o precisa como para resolver sobre calidad educacional.

Para estimular la calidad docente, Harvard desarrolló un Centro de Atención y Aprendizaje⁽²⁰⁾ destinado a crear, implementar y evaluar programas de capacitación docente. También han creado un Centro de Evaluación para ayudar en la recolección y utilización de información acerca de programas educacionales para implementar decisiones basándose en evidencia. Robins *et al.*⁽²⁰⁾ describieron el Programa de Formación Médica e Informática establecido en 1995 en la Universidad de Washington (Seattle) con el propósito de promover excelencia académica, multidisciplinaria e interprofesional y preparar docentes para roles de liderazgo en la acción médica local y nacional. Este programa apoya a todos los profesionales del hospital universitario interesados en mejorar sus habilidades docentes.

Siguiendo los comentarios de Watson⁽²¹⁾, ya en 1993 se podía ver que hospitales académicos que en el pasado se dedicaban primordialmente al entrenamiento de alumnos se transformaban en grandes centros académicos con interés financiero, enfoque en el negocio de la Medicina y desarrollo de investigación. Ocasionalmente este cambio no favorece la visión educacional del centro. Ya entonces ese autor sugería el establecimiento de un grupo docente base, con un salario que reflejara sus quehaceres y permitiera el desarrollo de la labor docente. También sugería unir el estudio y la atención de aquellos pacientes sin seguro de salud, y la formación de centros de aprendizaje para capacitar docentes.

La estructura y función de los hospitales docentes ha cambiado considerablemente en las últimas tres décadas en Chile, USA y otros países. Las causas son complejas, incluyendo fuerzas económicas relacionadas con costo de salud, nivel de información y saber de los nuevos pacientes y alumnos, y grandes avances en el diagnóstico y tratamiento. Se han creado separaciones y distinciones entre los centros médicos y la unidad académica localizada de la institución. A menudo este cambio de giro ha definido la supervivencia del hospital y, en ocasiones también de las escuelas afiliadas. La docencia en Ciencias de la Salud no se puede completar sin un centro clínico, ya que ahí reside la base de un aprendizaje formal e informal. Pringleton *et al.*⁽²²⁾ demostraron que no había relación estadística entre la calidad de atención médica en un hospital (definida por acreditación y otras medidas) y el concepto de calidad y seguridad que tenían residentes, becados e internos. Sugieren que los futuros profesionales aprenden y adoptan calidad de atención a través del currículum informal, que se deduce de los recursos y programas de un hospital. Básicamente aprenden a través del ejemplo obtenido mientras observan a sus supervisores.

Estos son tiempos difíciles. El financiamiento es escaso, el paciente desarrolla conocimientos que lo hacen capaz de exigir ciertos servicios. Los hospitales tratan a sus pacientes como clientes procurando proveerlos de lo que se pide. Muchas fuerzas se oponen a lo que fue el interés y objetivo inicial de transformar un hospital en un centro docente: el deseo de construir para las nuevas generaciones un grupo de profesionales aptos, bien educados, con actitudes éticas, compasión por su paciente y un deseo de mantener su base de conocimientos actualizada.

La teoría y la práctica nos han demostrado que las actitudes y el compromiso personal sólo se

aprenden a través de contacto interpersonal, y que los nuevos profesionales adquieren estos valores en forma subliminal, siguiendo el ejemplo de sus maestros. Estos propósitos solamente se pueden cumplir en un centro médico de carácter académico cuya proyección hacia un centro de atención, formación e investigación universitario, planificado en red, inspirado en la organización emprendida por Harvard y Robins^(3,21,22), puede no sólo ser compatible, sino que desarrollar con

ventajas en nuestro medio, aunando el modelo asistencial público con la Educación Superior en salud de amplias expectativas con una gestión adecuada e innovadora. Los tiempos son difíciles para los hospitales, pero nuestros alumnos sólo pueden transformarse en profesionales de valor en un centro médico académico, tal como nuestro irremplazable Hospital Clínico docente de irrenunciable vocación universitaria.

REFERENCIAS

1. Browne E. Medicina islámica. Londres: Cambridge University Press, 1921, 2002; p. 16. Extraído el 30 diciembre, 2009, de <http://darsislamsabado.blogspot.com/2009/04/la-medicina-del-profeta-introduccion.html> y http://dieumsnh.qfb.umich.mx/med_musulmana.htm
2. Berns KI. Preventing Academic Medical Center from becoming an oxymoron. *Acad. Med* 1996;71:117-20.
3. Schwartzstein G, Huang GC, Coughlin CM. Development and implementation of a comprehensive strategic Plan for medical education at an Academic Medical Center. *Acad Med* 2008;83:550-9.
4. Levine AG, Detre TP, McDonald MC, Roth LH, Huber GA, Brignano MG *et al.* The relation between the University of Pittsburgh School of Medicine and the University of Pittsburgh Medical Center – a profile in synergy. *Acad Med* 2008;83:816-26.
5. Ley 19.966. Régimen General de Garantías en Salud. MINSAL. Chile, 10 de julio de 2005.
6. Norma general administrativa sobre asignación y uso de los campos de formación profesional y técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y normas de protección para sus funcionarios, académicos, estudiantes y usuarios. N° 18. Exento N° 949. MINSAL. 2007.
7. Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Gobierno de Chile. 1ª Ed. 2002. MINSAL.
8. Valdivieso V. La Reforma de Salud en Chile y el rol de las facultades de medicina. *Rev Méd Chile* 2000;128:1161-6.
9. Rosselot E. Hospital clínico universitario y hospital docente asistencial (carta al editor). *Rev Méd Chile* 1989;117:582-3.
10. Rosselot E. Notas acerca del hospital docente. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 1990;1:11-2.
11. Rosselot E. Proposiciones para un proyecto de hospital clínico. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 1991;2:2-3.
12. Creighton FA, Bailey RH. How to design a hospitalist service. An academic health system. Case study. *Med Group Manage J* 1999;46:40-6.
13. Kirch D. Patients safety is a top priority for US medical schools and teaching hospitals. Extraído el 13 abril, 2010 de www.aamc.org/newsroom/pressrel y http://regator.com/whatshot/American_Medical_Colleges
14. Gourevich MN, Malaspina D, Weitzman M, Glodfrank LR. The public hospital in American medical education. *J Urban Health* 2008;84:779-86.

15. Jones RF, Sanderson SC. Clinical revenues used to support the academic mission of medical schools. 1992-93. *Acad Med* 1996;71:299-307.
16. Chin-Dusting J, Misrahi J, Jennings G, Fitzgerald D. Outlook: finding improved medicines: the role of academic-industrial collaboration. *Nat Rev Drug Discov* 2005;4:891-7.
17. Mortari U. Industry and pharmaceutical research in Italy. *Recenti Pro Med* 2006;97:634-9.
18. Joiner KA. Evaluating Faculty productivity in research: an interesting approach but questions remain. *Acad Med* 2009;84:1482-4.
19. Philibert I. Can hospitals rankings measure clinical and educational quality? *Acad Med* 2009;84:177-84.
20. Robins L, Ambrozy D, Pinsky LE. Promoting academic excellence through leadership development at the University of Washington: the teachers scholars program. *Acad Med* 2006;81:979-83.
21. Watson RT. Rediscovering the Medical School. *Acad Med* 2003;78:659-65.
22. Pringleton SK, Horak BJ, Davis DA, Goldmann DA, Keroack MA, Dickler R. Is there a relationship between high quality performance in mayor teaching hospitals and residents' knowledge of quality and patient safety? *Acad Med* 2009;84:1510-15.

CORRESPONDENCIA

Dra. Ana Eugenia Dvoredsky
DVK, Servicios Educacionales
Parque Sur 12815 #7, Lo Barnechea, Santiago
Fono: 9 609 3332
E-mail: anadvor@gmail.com

