

# Nuestro Hospital Universitario

Ennio Vivaldi V.

*Facultad de Medicina, U. de Chile.*

**SUMMARY** To speak about “our university hospital”, integrates automatically the history, the derived social responsibility and an essential academic project which persistence will depend on its own initiative, creativity and coherence in accomplishing specific objects. In the conceptual and action frame exposed by the Faculty ViceDean, he established the proposals, strategies and resolutions pretended to be perdurable in the long follow up, as a concrete expression of the professional and educational mission of its community.

La frase “nuestro hospital universitario” anida dos adjetivos definitorios. El Hospital Clínico de la Universidad de Chile siendo un hospital, es decir, un centro que concentra talentos profesionales prominentes de muchas especialidades, que cuenta con las más sofisticadas técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles y que juega un rol pivotal en una red de atención médica, es definido como un hospital universitario. En otras palabras, además de la labor asistencial propia de todo hospital, éste debe realizar docencia de pregrado, formar nuevos especialistas y contribuir al avance del conocimiento médico, potenciando la investigación científica. Pero es otro el adjetivo que quiero empezar por enfatizar: el Hospital Clínico de la Universidad de Chile es *nuestro* hospital.

Para contextualizar esta discusión a la que en muy buena hora nos invitan el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud y la Revista del Hospital Universitario, quizás lo primero sea precisamente declarar que el Hospital es nuestro, nos pertenece a todos los académicos, somos responsables de lo que a él le ocurra. Apelo a la condición de “nuestro” en el sentido más coloquial

que distingue algo que es propio de algo que no lo es: con lo propio uno puede “hacer lo que quiera, lo que se le ocurra”. Y estos dos verbos, que en este caso suelen emplearse impensadamente, son claves: debemos reencontrarnos con una actitud que sea a la vez propositiva y creativa, idear un *querer ser*. Pienso que progresivamente nos hemos venido sintiendo sobredeterminados por circunstancias externas que percibimos como limitantes, que cada vez menos nos preguntamos por el modelo ideal que perseguimos, y vamos aceptando un paradigma adaptacionista o incluso auto descalificatorio: “los médicos somos malos administradores”... ¿Comparados con quiénes?.

El Hospital pertenece a nosotros y nosotros pertenecemos a la Universidad de Chile. Es una pertenencia a una institución con una historia tangible. Historia que nos pesa a la vez que nos da una solidez. Historia que nos define, pero que al así hacerlo nos regala más libertad que la que nos quita. El Hospital de la Universidad de Chile no puede escapar a su condición de institución ajena a prejuicios y discriminaciones, incluyente, con vocación de servicio público, con un sentido

de responsabilidad para con el conjunto del país y con una bien fundada confianza en que siempre ha contado con la altura, calidad y excelencia como para proponer y realizar proyectos en pos del avance de la medicina chilena.

En 1991, cuando un nuevo contexto político emergía en el país, en esta misma Revista muy pertinentemente se reafirmaban las grandes tareas que han de corresponder a un Hospital Clínico Universitario en los campos de docencia, investigación, desarrollo tecnológico, perfeccionamiento, retribución económica, ambiente laboral y sentido de pertenencia a una comunidad<sup>(1)</sup>. Existía al mismo tiempo una inseguridad basal acerca de la vigencia de los antiguos paradigmas con los cuales íbamos a reencontrarnos, pues los sistemas de valores que los contextualizaban parecían ir desconcertantemente cambiando<sup>(2)</sup>. En efecto, el rol del Estado en Educación Superior se rediseñaba no sólo en Chile, si no en América Latina y el mundo<sup>(3)</sup>. El concepto de Educación Pública en su dimensión longitudinal como columna vertebradora desde la básica al postgrado, era matizado, por no decir cuestionado. Se fue así instalando una percepción de cambio paradigmático en que las reminiscencias de lo que la Universidad fue, lejos de ser un modelo a reconstruir se relega a un fútil ejercicio nostálgico<sup>(4)</sup>.

Es en este ambiente en el que a mediados de la década del noventa ocurre un hecho que confirma las tendencias descritas, pero que parece superar con creces lo imaginable: se finaliza el convenio con el Ministerio de Salud, a raíz de lo cual el Hospital Universitario deja de ser el hospital base para el área correspondiente al Servicio de Salud Norte. Los avatares que ocurren desde entonces son historia reciente, no sólo conocidas, sino vividas por la mayoría de nosotros. Desde luego, una reacción esperable consistió en invocar el cliché de considerar toda crisis como una oportunidad y asumir el cambio de paradigma en el modo de

sustento económico del Hospital con una feliz inmersión en el mundo de la medicina privada. Pero pareciera que la situación del Hospital desde entonces se asemeja más bien a la bella metáfora del violinista en el tejado: se debe realizar algo sublime, la formación de nuevas generaciones de profesionales y especialistas del área médica, a la vez que hacer esfuerzos por mantener un precario equilibrio que permita subsistir y perdurar sobre una base de sustentación precaria, resbaladiza y amenazante.

En décadas recientes y en todas partes, el peligro de que los objetivos vinculados al financiamiento primen por sobre aquellos propios de la educación médica, ha llevado a estudiar los esquemas organizacionales del mundo corporativo los que, a fin de cuentas, han tendido a relegar a la educación clínica a una tierra de nadie entre lo que es una escuela de Medicina y lo que es un centro médico. Es en estos términos, y buscando una respuesta articulada a esa amenaza, en que se ha planteado la necesidad de procesos de planificación estratégica para la enseñanza en hospitales docentes que se focalicen en la misión y revigoricen al cuerpo académico. Esta propuesta enfatiza la formación de los docentes y la introducción de incentivos para la docencia; la mejoría del espacio educacional y en la supervisión de estudiantes; y la centralización de los recursos y de la administración docente<sup>(5)</sup>.

Las modalidades de interacción entre escuelas de medicina y empresas clínicas han sido sistematizadas en una gradiente, en la que el rol del componente académico va desde un control total a un rol subsidiario al interior de una empresa clínica, pasando por niveles intermedios de participación<sup>(6)</sup>. El problema de la doble exigencia: aquella asistencial que comanda atender pacientes en un determinado contexto económico definido externamente, pero con dramáticas implicancias en lo institucional y personal; coexistiendo con la exigencia académica de enseñar, investigar e innovar; puede

amenazar la vocación docente. Esta vocación, entre nosotros y en muchos otros países, ya conlleva un nivel de altruismo desusado para los tiempos que corren. La gran tarea es preservar la misión de las escuelas en un entorno potencialmente restringido en el acceso a pacientes y a recursos económicos. Era predecible el choque entre los valores que tradicionalmente han animado la misión de un centro formador y los esquemas que priorizan la gestión financiera. Conocer estos últimos resulta mandatorio para quienes queremos preservar los primeros<sup>(7)</sup>. Parte de esa tarea es aprender a estimar los costos involucrados en la formación de profesionales y especialistas<sup>(8)</sup>.

Si hoy día alguna tarea principal hay quizás sea la de proyectar nuestro convencimiento íntimo, subjetivo, acerca de nuestra misión, al restablecimiento de una cultura que valore las tareas propias del quehacer académico: formación de las generaciones que nos relevarán en el cultivo de nuestras profesiones y especialidades, investigación científica e innovación. En otras palabras, generar un consenso social que se exprese en decisiones políticas relevantes. En concreto, establecer que no sólo vale la pena financiar la academia, sino que el no hacerlo sería demencial. Al respecto, una de las anécdotas más ilustrativas que conozco se refiere a los procesos legales que se siguieron a fines de la primera mitad del siglo pasado en Estados Unidos contra las principales escuelas de Medicina de ese país. Se las acusaba de faltar a la ética por cuanto estarían pagando, casi podríamos decir sobornando, a las familias de los pacientes portadores de síndrome de Cushing para que se hospitalizaran en sus escuelas de Medicina. Eran los años en que empezaban a vislumbrarse los impactos que traería la corticoterapia por lo que un paciente con Cushing era una fuente de conocimientos valiosísima: no había que cobrarle, había que pagarle. Se trataba de un “bien” en el más cabal sentido del término, el progreso de la Medicina. Ninguna inversión trae más rédito que aquella que expande nuestro conocimiento.

Las tareas de investigación y docencia han de ser una tarea primordial para cualquier país, por una razón elemental y básica: lo que está en juego es el presente y futuro del bienestar de la población. En Estados Unidos, que difícilmente pudiera considerarse un paradigma de país estatista, las políticas regulatorias fiscales en el control de alimentos y fármacos, el peso de los Institutos Nacionales de Salud en la investigación biomédica, la propiedad pública y acceso gratuito a las base de datos bibliográficos como Medline, son todos ejemplos de que no es concebible una política en salud, muy especialmente en educación e investigación en salud, sin un compromiso fiscal definido y sólido. Es mucho lo que está en juego como para que el Estado se niegue a asumir una actitud responsable y comprometida.

Los académicos de la Universidad de Chile, y pienso en particular en los clínicos de nuestra Facultad, constituyen un grupo autoseleccionado en función de, al menos, tres variables vocacionales: la excelencia en su quehacer profesional, la alegría de enseñar y el compromiso con el progreso de la salud en Chile. Lo ocurrido con ellos y con la interacción entre Universidad y Estado en las últimas décadas nos recuerda el sentir de la población de Burgos cuando Mio Cid se retira tras su desencuentro con el Rey: «*¡Dios, qué buen vasallo! ¡Si oviесе buen sennor!*». Nuestros académicos del Hospital Universitario representan para el país un capital humano de élite. Las autoridades de la Nación bien podrían sentir como un logro propio el ayudar a que ellos contribuyan sustantivamente al progreso de nuestra Medicina. Esa interacción, inherentemente enriquecedora para ambas partes, debe concretarse y expresarse en múltiples proyectos de desarrollo que involucren la educación continua, la incorporación y difusión de nuevas tecnologías, la telemedicina, los modelos de asistencia primaria y gestión hospitalaria o los nuevos paradigmas de enseñanza-aprendizaje.

Las tendencias actuales de formación en el pre y postgrado asignan al estudiante un rol cada vez más activo, participativo y rico en interacciones entre pares. Como Facultad estamos llevando a cabo implementaciones de esas tendencias y hemos además participado recientemente en experiencias compartidas con otras instituciones<sup>(9)</sup>. Debemos inculcar en nuestros alumnos la noción de que la solución a un problema no está escrita en alguna

parte, esperando a ser develada. Más bien es una construcción inédita a la cual contribuimos interactuando con un grupo de pares. Ese mismo espíritu, constructivo y creativo, debe guiarnos en la reinserción de nuestro Hospital en el actual escenario social, político y económico, preservando nuestra misión, que define y resulta inmanente a la Universidad de Chile.

## REFERENCIAS

1. Rosselot E. Proposiciones para un Proyecto de Hospital Clínico. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 1991;2:2-3.
2. Vivaldi EA. La Universidad de Chile y su Estado. *Rev Méd Chile* 1991;119:1207-8.
3. Goic A. Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: sus causas y consecuencias. *Rev Méd Chile* 2002;130:917-24.
4. Vivaldi EA. Nos habíamos opuesto tanto... *Anales de la Universidad de Chile. Sexta serie, N°1, septiembre de 1995, páginas 101-9.*
5. Schwartzstein RM, 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.
6. Culbertson RA, Goode LD, Dickler RM. Organizational models of medical school relationships to the clinical enterprise. *Acad Med* 1996;71:1258-74.
7. Phillips J, Rivo ML, Talamonti WJ. Partnerships between health care organizations and medical schools in a rapidly changing environment: a view from the delivery system. *Fam Med* 2004;36 Suppl (S):121-5.
8. Kane RL, Bershady B, Weinert C, Huntington S, Riley W, Bershady J, *et al.* Estimating the patient care costs of teaching in a teaching hospital. *Am J Med* 2005;118:767-72.
9. Nathoo AN, Goldhoff P, Quattrochi JJ. Evaluation of an Interactive Case-based Online Network (ICON) in a problem based learning environment. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2005;10:215-30.

### CORRESPONDENCIA

Dr. Ennio A. Vivaldi Véjar  
Vicedecanato Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Av. Independencia 2017, Independencia, Santiago  
Fono: 978 6402  
E-mail: [evivaldi@med.uchile.cl](mailto:evivaldi@med.uchile.cl)

