

---

# Notas Acerca del Hospital Docente

---

PROF. DR. EDUARDO ROSSELOT \*

En el ámbito médico, hablar del hospital docente es casi una redundancia. Independientemente de donde se ponga el énfasis en la atención de la salud, el hospital es el centro neurálgico del sistema, donde puede darse eficientemente atención primaria individualizada, con propiedad la de los otros niveles y centralizarse la organización de los programas de acuerdo a los objetivos de una política general de salud. Tal amplitud de acciones constituye el campo donde se ejerce el saber práctico que es la medicina. Allí es, por definición, entonces, donde se aprende la necesaria orientación para una capacitación esencialmente tutelar.

Todo hospital es, por lo tanto, fragua de conocimiento médico, cuyas oportunidades de aprendizaje deben ser procesadas por la iniciativa programada de las Escuelas de Medicina. La complementación del hospital y de la escuela hace realidad el concepto hospital docente, y el menor o mayor cumplimiento de los objetivos de la entidad se logrará cuando mejor se realicen las metas propias de ambas instituciones.

Valga esta introducción sobre lo más elemental del concepto para situarse respecto al sentido y trascendencia de frecuentes discusiones que, por lo general, contribuyen poco a un avance en la selección y perfeccionamiento de los medios para una mejor medicina.

En nuestra realidad, la evolución histórica de la enseñanza de la medicina es muy elocuente para describirnos la complementariedad de las instituciones, y cómo las diferentes circunstancias y los cambiantes objetivos han ido produciendo tanto problemas como soluciones variadas.

En los albores de nuestra Escuela de Medicina, a la enseñanza teórica impartida en las aulas del Instituto Nacional, primero, y luego en las propias de la Escuela de la Universidad de Chile, se integró el trabajo en los hospitales, especialmente en el antiguo Hospital San Juan de Dios, que representaba, probablemente, la mayor excelencia en el ejercicio de la medicina clínica de la época.

En las postrimerías del siglo XIX se hizo carne el anhelo de la Universidad de contar con un hospital propio, y se le adjudicó el antiguo San Vicente de Paul, para llevar a cabo en él los programas más genuinos de su ámbito docente (1, 2).

El advenimiento del Servicio Nacional de Salud, en sucesión de la antigua Beneficencia Pública, cristalizó el concepto de integración docente-asistencial que hizo patente la participación comprometida de la Universidad en el diseño, e incluso en el manejo, de los programas de salud y en la formación de los profesionales que el país necesitaba para la cobertura de los planes de desarrollo públicos. Se conjugó, durante este periodo, el interés de la Universidad y de la salud estatal en un mismo proyecto, con mutuo beneficio y tras un casi idéntico objetivo.

Los últimos tres lustros, repercutiendo significativamente en los sistemas de salud, han disminuido el nivel estatal, desviando los mayores recursos de equipos y profesionales fuera de las instituciones públicas y del ambiente académico. El Sistema Ministerial de este periodo ha reducido su tuición directa en salud y su importancia como requirente del producto universitario, y la Escuela de Medicina ha perdido, a través de ello, campo idóneo para formar a sus pre y postgraduados.

El hospital docente ha seguido teniendo dos versiones protagónicas en las diferentes instancias de la educación médica superior del país:

\* Departamento de Medicina

La institución propiamente universitaria (Hospitales Clínicos de la U. de Chile y Católica), que se proyecta como una expresión esencialmente académica, para cumplir cabalmente un objetivo docente profesional al cual se subordina, sin perder su propia identidad: la actividad asistencial, y la institución primariamente asistencial (en la situación actual: hospital ministerial), en la cual la Universidad, ya sea por tradición o por necesidad genuina de campo clínico, organiza la actividad docente a cambio de una elevación de la calidad de la atención médica y de una capacitación más ajustada a los programas fiscales.

En lo que este acuerdo representa para el desarrollo médico del país y para cada Universidad contratante, residen la fortaleza y la debilidad, ponderadamente, del sistema. De allí su aleatoriedad y las eventualidades de satisfacción o frustración que las Universidades pueden encontrar en él, según las políticas que propicie y que lleve a cabo el organismo estatal de salud. Incluidas las Universidades que cuentan con hospitales propios, todas las Facultades de Medicina del país han mantenido convenios, la mayor parte no reglamentados explícitamente, con el Sistema de Servicios de Salud y han debido supeditar, en distinto grado, sus propios intereses y el rendimiento de sus programas a las planificaciones y recursos de los organismos asistenciales.

En los Hospitales Universitarios, en cambio, sin caer en el síndrome de Esaú-Jacob\* (3), y superando los problemas de financiamiento, se hace posible la prevalencia de los objetivos primariamente docentes y la aplicación cabal de los proyectos que cada entidad elabora, sin atenerse a directivas extrainstitucionales o que pueden conculcar su libertad académica.

Si hay propiciadores de una u otra alternativa (4, 5) no es porque falten méritos a cada una de ellas ni tengan, ambas, inconvenientes, que pueden parecer insuperables cuando se analizan con escasa perspectiva. Por ejemplo, el argumento más socorrido en contra de los hospitales universitarios es cuánto gravitan en los presupuestos de esas Casas de Estudio, concitando la reacción de todos los administradores de las facultades ajenas. Se desconoce en esta postura que el beneficio inherente supera la aparente desproporción en los aportes financieros, no sólo a través de los significativos ingresos propios que la asistencia debe generar, si es bien manejada, sino por lo que representa como polo fundamental de desarrollo. Que una Universidad tenga Escuela de Medicina y, por ello, Hospital Universitario, traduce sin duda un alto nivel de actividad que, no porque lo digamos ahora los médicos, deja de tener consenso. Que ello es de elevado costo, resulta igualmente irrefutable, pero no puede constituir un argumento para eximirse de la responsabilidad y del prestigio de formar médicos, lo que las Universidades de precaria fundación obviamente no acometen. Sí es discutible que la supresión de una Facultad de Medicina o de un Hospital Clínico, vaya a liberar recursos que puedan ser mejor utilizados sin menoscabo institucional.

El Hospital Universitario constituye un proyecto permanente de desarrollo, enfocado a satisfacer los requerimientos

\* Esaú cambia su primogenitura (autonomía) por las lentejas de Jacob (campo clínico).

de aprendizaje de los profesionales de la salud. Allí deben cristalizar las políticas que la Facultad de Medicina conciba para el área clínica y, en función de ellas, deben ordenarse las actividades asistenciales. Sin perjuicio de esta prerrogativa y constituyendo, la labor asistencial, un servicio cuyos aportes económicos permiten un financiamiento razonable del sistema, resulta conveniente procurar una administración eficiente que con adecuada autonomía, y sin perjudicar los fines académicos, procure los mayores ingresos posibles para un mejor desarrollo de sus programas específicos. Esta concepción básica del Hospital Universitario ha de evitar que en él primen desproporcionadamente los objetivos asistenciales. Así entendido, no puede dudarse que esta entidad representa el ideal de campo clínico para una Facultad de Medicina (6).

Por otro lado, la estructura resultante de un convenio docente asistencial, si bien está siempre pensada como expresión de una integración perfecta en propósitos y acciones entre el organismo asistencial y la Universidad, carece, aun cuando se tomaren todos los resguardos contractuales, de las garantías que validan la participación académica en esta gestión: la prevalencia del espíritu docente y de los objetivos del aprendizaje; la tutela programática indelegable de la Universidad; la mantención de un control académico sobre las acciones de capacitación y adiestramiento; los procedimientos de evaluación y la regulación dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Es claro que no toda Facultad de Medicina puede aspirar a contar con un campo clínico a la medida de sus propios fines. Este es un privilegio que, por lo mismo, debiera ser celosamente cautelado. En subsidio o complementariamente, no puede estar vedado y debiera ser legítimamente procurado establecer convenios de integración docente asistenciales para paliar las carencias circunstanciales de la Universidad misma o emprender programas definidos que contemplen la utilización de determinados campos extrainstitucionales. Esto tampoco debería limitarse a los hospitales del Sistema de Servicios de Salud, sino que, de acuerdo a la conveniencia bilateral, debiera extenderse a otras entidades de salud, incluyendo complejos hospitalarios privados, bajo la estricta y absoluta condición de que se satisfaga el rol contralor docente de las Universidades y el ejercicio de la potestad académica de un cuerpo docente idóneo y debidamente evaluado y respaldado por las instituciones de Educación Superior correspondientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Neghme, A. Evolución de la enseñanza médica en Chile. *Rev Méd Chile* 100:825, 72.
2. Hervé, L. La medicina interna en Chile. *Cuadernos de la Universidad de Chile* 2: 187, 1983.
3. Génesis 25, 27-34.
4. Vial, S. El hospital docente. *Rev Méd Chile* 117:68, 1989.
5. Parrochia, E. Hospital Clínico Universitario y hospital docente. *Rev Méd Chile* 117:75, 1989.
6. Rosselot, E. Hospital Clínico Universitario y hospital docente asistencial. *Rev Méd Chile* 117: 582, 1989.