

Consecuencias de la misión académica para los hospitales universitarios

n Gustavo A. Quintero Hernández
MD, MSc, FRCS

A esto se reducen los cursos escolares, que se hacen en los colegios y universidades, donde se limita la enseñanza a la medicina teórica para entrar después en los cursos de la clínica, que se practica en los hospitales”

José Celestino Mutis, 1779



RESUMEN

Al tenor de la Ley 1164, el Hospital Universitario: "...es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la universidad cuales son formación, investigación y extensión..."; es decir, la misión institucional del hospital universitario, su razón de ser, debe contener, además de la asistencia, la docencia, la investigación y la extensión, que constituyen la misión académica. ¿Cuáles son las consecuencias de esa misión académica para los hospitales universitarios? En este artículo se analizan las consecuencias sociales, económicas, de calidad y seguridad y comunitarias a la luz de los más importantes artículos de la literatura sobre estos aspectos.

Introducción

Antes de que la Ley 1164 de 2007 (Ley de Talento Humano) lo hiciera, el hospital universitario en Colombia sólo había sido definido como tal por la Ley 735 de 2002, expedida con el propósito de declarar monumentos nacionales al Hospital San Juan de Dios y al Instituto Materno Infantil. Al tenor de la Ley 1164, el Hospital Universitario:

...es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la universidad cuales son formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos: a) manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa...

Es decir, la misión institucional del hospital universitario, su razón de ser, debe contener, además de la asistencia, la docencia, la investigación y la extensión, que constituyen la misión académica. ¿Cuáles son las consecuencias de esa misión académica para los hospitales universitarios?

Consecuencias sociales

Es muy difícil, en el momento actual, conjugar la misión de dos organizaciones que han tenido, en los últimos tiempos, tantas redefiniciones de sus funciones y principios, así como de la forma de ejercerlos y que han sido objeto, además, de profundas reformas en la manera de administrar dichas funciones (1).

La salud administrada, por ejemplo, tiene consecuencias en cómo se realiza la educación médica y en cómo se financia. El costo de la atención en el hospital universitario puede ser mayor, y eso lo coloca en franca desventaja competitiva con sus

similares que no lo son. Esta tendencia administrativa conlleva a la contención del costo y diferentes estrategias para lograrlo, como los contratos por presupuesto, la disminución de las tarifas, la auditoría médica de cuentas, la limitación del acceso, el control del ejercicio médico, la asignación del presupuesto o la creación, por parte del asegurador, de IPS propias (2).

La medicina académica es muy importante para el sistema de salud. A través de ella se producen nuevas generaciones de médicos y de conocimiento y se mejora el cuidado de los enfermos. Por ende, la responsabilidad de las universidades y de los hospitales universitarios es fundamental; pero, hoy en día, un nuevo actor desempeña un papel importante en la consecución de esas metas: el pagador o asegurador.

Estos cambios en la forma de ejercer la medicina no pueden obstaculizar su proceso educativo; por el contrario, deberían asegurar la idoneidad y el talento para producir los médicos que le sirvan a la comunidad. Estos actores, así definidos, son responsables de la formación de los nuevos profesionales de la salud, y esa formación incluye, además, el apoyo a la investigación en el área no solamente como proceso formativo, sino de búsqueda de nuevas alternativas en el conocimiento.

No es difícil reconocer que en un ambiente donde se privilegia lo económico estas consideraciones son secundarias; pero es necesario entender que es el único camino para perpetuar la atención en salud con altos estándares de calidad y seguridad. Tratar la medicina académica igual que cualquier otro proveedor de la salud no es más que debilitar en el tiempo la salud del país.

Blumenthal y cols. (3) llaman la atención sobre la importancia de crear mecanismos de protección para los hospitales universitarios, de forma tal que estos puedan cumplir con su misión social con responsabilidad (*accountability*). En particular, este último aspecto se ha perdido, resultado de la sobreproducción de especialistas para las necesidades de la sociedad y el poco énfasis en la preparación del recurso humano necesario para el cuidado primario de la salud.

Es decir, la misión institucional del hospital universitario, su razón de ser, debe contener, además de la asistencia, la docencia, la investigación y la extensión, que constituyen la misión académica. ¿Cuáles son las consecuencias de esa misión académica para los hospitales universitarios?

Para Koenig y cols., la misión académica de los hospitales universitarios es responsable por el 27,6% de los costos. De estos, la investigación ocupa un 3,6%, y los costos indirectos de la educación médica, el 11,5%. Para estos autores, el futuro de la medicina académica depende de cuánto la sociedad esté dispuesta a apoyar el financiamiento de los hospitales universitarios. Una realidad bastante lejana para nosotros, donde por el contrario el hospital universitario no es políticamente importante.

La sociedad debe apoyar a los hospitales universitarios para que produzcan los mejores profesionales de la salud, a la medida de las necesidades del país. No apoyar este esfuerzo sería ir en contravía del desarrollo que se necesita para la competitividad a través de la educación, en un sector tan importante de la economía como es el de la salud.

Consecuencias económicas

Parece ser que el costo de la atención en los hospitales universitarios es mayor. Existen múltiples estudios en el mundo sobre el costo de la educación médica para el hospital universitario, y las cifras varían según el estudio y si se analiza el pregrado o el posgrado, entre otros factores de influencia en la determinación de los costos.

No se encuentran bien documentados en la literatura los costos de la educación médica de pregrado. El estudio más importante en nuestro medio ha sido el realizado por el Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex), de la Universidad Javeriana, al analizar el impacto económico de la actividad académica en el Hospital Universitario San Ignacio (4).

En el Reino Unido, en aras de apoyar el desarrollo de la educación médica, existe el Service Increment

for Teaching (SIFT), que debería entenderse como el pago por el incremento del valor del servicio médico causado por la educación médica de pregrado. La Asociación Médica Británica (BMA, por su sigla en inglés), en su último informe sobre el financiamiento del SIFT, publicado en mayo de 2007 (5), advierte cómo este soporta los extracostos en el que incurren las instituciones del Servicio Nacional del Salud (NHS, por su sigla en inglés), al abrirle espacios a la educación médica de pregrado; pero no es un pago por enseñar —y aquí hay un gran problema que comento más adelante—, se trata de estimular la educación médica de pregrado en el Reino Unido y asegurar que haya un pago diferencial, en este caso por parte del sistema, a aquellas instituciones dedicadas a la enseñanza de la medicina, independiente del recurso que pueda recibir el hospital universitario por parte de la universidad.

Para 1980, cuando se instituyó el SIFT, era del 75% sobre el promedio estimado del extracosto por estudiante, valor que fue revisado luego para agregarle el extracosto producido por la investigación (R). El SIFTR, así concebido, cubre actualmente el 100% del promedio estimado del extracosto por estudiante.

Es necesario tener en cuenta que quien enseña, asiste al mismo tiempo. En el pasado, enseñar a

los estudiantes de medicina era una vocación y un esfuerzo voluntario y adicional a la atención. En la medida en que la contención del costo se ha popularizado y la presión sobre los médicos para ser más o tan productivos como sus colegas en otro tipo de instituciones existe, el tiempo de la enseñanza médica no puede seguir siendo considerado vocacional o voluntario. La determinación de los costos directos de la educación médica de pregrado no es un ejercicio fácil, pero es necesario hacerlo (6).

Parece ser que el sobre costo de la actividad académica en el pregrado puede estar en el orden del 30% (7). En relación con los posgrados, Mechanic y cols. (8), por ejemplo, consideran en su análisis que la atención en los centros médicos académicos (hospitales universitarios con fuerte carga investigativa) es 44% más costosa, mientras otros hospitales universitarios son 14% más costosos en relación con aquellos donde no hay enseñanza. Para ellos, estos costos justifican la preocupación que existe sobre este tema.

Por su parte, Guillermo López-Casnovas (9), al analizar las diferencias de costos en los hospitales universitarios de España y el extracosto de la enseñanza en el posgrado, específicamente, encontró que los hospitales universitarios son también 14% más costosos que aquellos donde no se hace docencia.

Para Koenig y cols. (10), la misión académica de los hospitales universitarios es responsable por el 27,6% de los costos. De estos, la investigación ocupa un 3,6%, y los costos indirectos de la educación médica, el 11,5%. Para estos autores, el futuro de la medicina académica depende de cuánto la sociedad esté dispuesta a apoyar el financiamiento de los hospitales universitarios. Una realidad bastante lejana para nosotros, donde por el contrario el hospital universitario no es políticamente importante.

De todas maneras, la relevancia de la educación médica de pregrado y de posgrado es invaluable y debe ser apoyada. No es posible que quien contrata elija qué parte de la razón de ser (misión) del hospital universitario quiere convenir. Las partes de la misión del hospital universitario están íntimamente

relacionadas y son complementarias las unas con las otras, en aras de proveer servicios con calidad y seguridad.

Consecuencias de calidad y seguridad

Los hospitales universitarios siempre se han considerado de mayor calidad y más seguros para el paciente. La estandarización de los procesos de atención en salud, a través de la medicina basada en la evidencia, debería entenderse como el *modus operandi* del hospital universitario, y eso conlleva resultados predecibles.

La revisión de la Asociación Americana de Colegios Médicos (AAMC, por su sigla en inglés) de 23 estudios observacionales, realizados entre 1989 y 2004, en Estados Unidos, que comparan la calidad de la atención entre hospitales universitarios y no universitarios, muestra cómo la medición de los procesos y el riesgo, en relación con la mortalidad ajustada, son significativamente mejor en los hospitales universitarios (11).

La práctica supervisada provee mejor calidad de atención y mayor seguridad para el paciente (12). El problema está en considerar al estudiante un asistente que no requiere supervisión (mano de obra barata no calificada), por cuanto esto no implica una mejor calidad ni una mayor seguridad para el paciente.

Existen multitud de estudios que demuestran la mejor calidad y el menor riesgo para los pacientes atendidos en los hospitales universitarios. Polanczyk y cols. (13) informan mejores resultados de calidad y seguridad de la atención para los pacientes con infarto agudo del miocardio, falla cardiaca y síncope en los hospitales universitarios de la ciudad de Nueva York, en pacientes hospitalizados.

Según Ayanian y cols. (14), la calidad de la atención y la seguridad de los hospitales universitarios es mayor. Su análisis es la más importante y rigurosa revisión de la literatura sobre el particular, realizada entre 1985 y 2001, en Estados Unidos. Sus conclusiones sustentan con buena evidencia que los hospitales universitarios tienen mejor calidad de atención y más bajo riesgo de mortalidad ajustada

en los pacientes mayores de 65 años con condiciones comunes, como infarto agudo del miocardio, falla cardiaca y neumonía.

Además, el estudio es importante, porque se concentra en una población vulnerable, donde la calidad de la atención y la seguridad marcan diferencias en los resultados. Por supuesto, es necesario tener en cuenta que los hospitales universitarios disponen de una cultura mayor de calidad y seguridad, alta tecnología y gestión clínica; pero también atienden los casos más complicados. Tales consideraciones, en uno u otro sentido, avalan los mejores resultados pero también los altos costos.

Ahora, todo esto bajo supervisión calificada. No se contempla el pregrado como factor de alteración de la calidad o la seguridad de los pacientes, por cuanto ahí no cabe ningún tipo de labor ejecutada por estudiantes en ese nivel de formación.

Si el entrenamiento médico es estructurado y supervisado, vale la pena, porque el valor agregado de una práctica de buena calidad y altamente segura en los hospitales universitarios supera los costos indirectos que este genera.

Los residentes ayudan a proveer cuidado de alto valor en calidad y en forma costo-efectiva. Si los médicos son competentes y supervisan a sus residentes, y estos tienen un trabajo controlado, una educación paralela excelente y un ambiente de soporte continuo, la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes no tiene por qué verse afectada (15).

Consecuencias comunitarias

En el complejo mundo de la educación médica, el precio de la excelencia es muy difícil de conseguir. Mientras los médicos tienen que esforzarse por conseguir la mejor atención para sus enfermos y dar dividendos por su ejercicio médico, tienen también la obligación de educar, para lo cual disponen de menos tiempo, además de tener que realizar investigación. Los administradores están obligados a ser eficientes en el manejo de la salud administrada y a ser productivos, y el asegurador tiene que controlar los costos y velar por que la calidad de

la atención se dé eficazmente. Los pacientes, entre tanto, reciben una atención precaria en un sistema de salud imperfecto mientras tratan de conseguir lo que necesitan y merecen.

El hospital universitario no es el único escenario donde se desarrollan actividades de educación médica. La medicina del siglo XXI es, además, comunitaria, y debe estar fundamentada en un currículo centrado en el estudiante, enfocado en el aprendizaje basado en los problemas, integrado y basado en la comunidad, electivo y flexible, que utilice las nuevas tecnologías de información y comunicación.

La importancia de la medicina y la salud comunitaria es indudable, con un enfoque de usuarios individual, familiar y ambiental; con una demanda de usuarios sanos y enfermos, y con un trabajo asistencial complementado con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por eso se requieren redes integradas (prestación, sociales y apoyo) que envuelvan todos los niveles de atención.

La Universidad Nacional de Colombia, en su visión de Hospital Universitario, considera que:

El gran desafío para la Universidad Nacional de Colombia en los comienzos del siglo XXI es el desarrollo de un Hospital de alta tecnología que sea un gran centro de investigaciones en salud para todo el país; que –como institución asistencial– gestione modelos innovadores de prestación de servicios de salud de alta calidad en todos los niveles de complejidad, al tiempo que desarrolla su misión formadora de recurso humano idóneo en diversas áreas, siendo financieramente viable en el largo plazo. (16)

Harden (17), recientemente, basándose en un modelo evolucionista, predijo cómo será la educación médica en el 2015 (véase Tabla 1).

En un modelo integracionista, el modelo de atención con base en red por niveles es fundamental para la educación médica, por cuanto incluye a la comunidad como el mayor foco de desarrollo curricular. Esto favorece también la formación en prevención y promoción (comunitario), más que

TABLA 1

EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Currículo	1970	1985	2000	Predicciones 2015
Centrado en el estudiante	Casos aislados	Tendencias	Clave e institucionalizado en la mayoría de currículos	Absoluto. Guías electrónicas. El estudiante planea su propio aprendizaje.
Basado en ABP	Muy pocos	Algunos	Aceptado ampliamente	Uso rutinario
Integrado	Muy pocos	Bastantes	Aceptado ampliamente	Integración transdisciplinaria Integrado a la evaluación Educación interprofesional.
Basado en la comunidad	Aislados	Bastantes	Aceptado ampliamente	Absoluto
Electivas	Ocasional	<10%	33%	50% Habilidades principales transferibles Selección de la electiva Intercambio entre IES
Sistemático	Objetivos del aprendizaje escasos	Necesidad de planeación curricular	Aprendizaje por objetivos, basado en resultados	Educación basada en resultados con enseñanza, aprendizaje y evaluación relacionada con resultados del aprendizaje
Tecnología para el aprendizaje	Grabadora Pruebas con PC Algo de simulación	Grabaciones Diapositivas PC en educación	Computadores Potencial uso de internet, portátiles y PDA Importancia de la simulación	Internet es absolutamente necesario en educación Uso de portátiles, celulares y PDA Simulación virtual Second life Educación inmersiva
Evaluación	Se introducen MCQ Se introduce OSCE	Se establece MCQ Se establece OSCE	Menos énfasis en MCQ Uso universal de OSCE Se introduce el portafolio	Uso más sofisticado de OSCE Evaluación por portafolio electrónico
Profesionalismo	Muy poco interés	Algún interés	Ampliamente aceptado Obligatorio Se introduce la evidencia	Esencial Acreditación obligatoria Mejor evidencia

el modelo "atencionista" (hospitalario) en la formación del futuro profesional de la salud, y hace la educación médica más responsable; sin embargo, puede ser difícil de cumplir para la mayoría de facultades de medicina en el país.

Por ahora sólo algunas pueden ofrecer una red integrada de salud o red universitaria para la docencia, que cumpla con la disposición de la Ley 1164, y esto tiene una consecuencia adicional para la misión académica. La Tabla 2 resume las consecuencias de la misión académica y los retos para cada una de esas consecuencias.

REFERENCIAS

- Eslava JC. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud [en internet]. 2002;(2):41-8 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-2/salud-espacio-3.pdf>
- Osorio SA. Modelo de atención para el control del riesgo. Colombia Médica [en internet]. 2002; 33(1): 29-32 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/modelo.pdf>
- Blumenthal D, Campbell EG, Weissman JS. The social mission of academic health centers. N Engl J Med [en internet]. 337(21):1550-3 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/337/21/1550>
- British Medical Association Health Policy, Economic Research Unit. Medical service increment for teaching (SIFT) funding report [en internet]. London: British Medical Association; 2007 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: [http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFSIFTfunding/\\$FILE/Siftreport.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFSIFTfunding/$FILE/Siftreport.pdf)
- Blazer D. Determining the direct cost of undergraduate medical education [en internet]. Durham: Duke University Medical Center; 1995 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://conferences.mc.duke.edu/privatesector/dpsc1995/ahc.htm>
- Bevan G. The medical service increment for teaching (SIFT): a £400m anachronism for the English NHS? BMJ [en internet]. 1999;319(7214):908-11 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1116729&blobtype=pdf>
- Mechanic R, Coleman K, Dobson A. Teaching hospital costs implications for academic missions in a competitive market. JAMA [en internet]. 1998; 280:1015-9 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/280/11/1015>
- López Casanovas G. Finance versus costs for teaching hospitals in Spain [en internet]. Girona: Universitat Pompeu Fabra; 1998 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/265.pdf>
- Koenig L, Dobson A, Ho S, Siegel JM, Blumenthal D, Weissman JS. Estimating the mission-related costs of teaching hospitals. Health Affairs [en internet]. 2003;22(6): 112-22 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/22/6/112>

Fuente: tomado y adaptado de Harden RM. Prediction for medical education in 2015 based on an evolution model. Medical Teacher. 2000;22(5):435-42.

Muchos hablan de Calidad,
nosotros la implementamos.



Haga de la calidad su ventaja
competitiva a través
de nuestros servicios
de consultoría y mejoramiento:

- Acreditación en salud
- PAMEC
- Seguridad del Paciente
- Competencias del talento humano
- Humanización
- Rehabilitación
- Mejoramiento de procesos
- Sistemas de gestión de la calidad ISO 9001
- Sistemas de gestión en Seguridad y
- Salud Ocupacional OHSAS 18001
- Sistemas Integrados de gestión

Servicios Complementarios
SJ Integrar Colombia:

- Software Administración de
- Sistemas de Gestión de la Calidad (incluye módulo de Acreditación en salud)
- Software SJ Integrador especializado en indicadores de gestión e integración de información.
- Consultoría especializada en sistemas de información.
- Outsourcing en sistemas.
- Asesoría en planeación estratégica.
- Consultoría para creación de indicadores.

SJ Integrar Colombia
Mejoramiento efectivo de su organización.

Contáctenos
y Obtenga Más Información

Teléfonos: 248 1952 - 695 2800
www.sjintegrarcolombia.com
Calle 66 No 10 - 62 Ofc 203
Bogotá, Colombia.

TABLA 2

CONSECUENCIAS Y RETOS DE LA MISIÓN ACADÉMICA

Consecuencias	Retos
Sociales	• Conjugar la misión de dos organizaciones
	• Aunar salud administrada y educación médica
	• Darle importancia a la medicina académica para la salud del país
	• Involucrar al asegurador
Económicas	• Responsabilidad en la formación de acuerdo con las necesidades (P&P)
	• Lograr el apoyo para el financiamiento del hospital universitario
	• Conseguir el apoyo de la universidad para el extracosto por la docencia
	• Proteger el tiempo para la docencia
Calidad y seguridad	• Contratar la misión en forma integral
	• Buscar la estandarización basada en la evidencia de los procesos asistenciales
	• Llevar a cabo la gestión clínica
	• Realizar una práctica supervisada y un entrenamiento estructurado
Comunitarios	• Redes integradas de salud
	• Niveles de atención
	• Docencia con foco comunitario
	• Aprendizaje basado en la comunidad, no en el hospital

- Kupersmith J. Quality of care in teaching hospitals [en internet]. Association of American Medical College; 2003 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.aamc.org/quality/surveys/qualitysurveys-narr.pdf>
- Kennedy TJ, Lingard L, Baker GR, Kitchen L, Regehr G. Clinical oversight: conceptualizing the relationship between supervision and safety. J Gen Intern Med [en internet]. 2007;22(8):1080-5 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/k717571h504445v4/fulltext.pdf>
- Polanczyk CA, Lane A, Coburn M, Philbin EF, Dec GW, DiSalvo TG. Hospital outcomes in major teaching, minor teaching, and nonteaching hospitals in New York State. Am J Med [en internet]. 2002;112(4):255-61 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)01112-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(01)01112-3)
- Ayanian JZ, Weissman JS. Teaching hospitals and quality of care: a review of the literature. Milbank Q [en internet]. 2002;80(3):569-93 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1468-0009.00023?journalCode=milq>

- Rosborough TK. Doctors in training: wasteful and inefficient? Not if the training is properly structured and supervised. BMJ [en internet]. 1998;316(7138):1107-8 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1112936>
- Arteaga JM. El hospital universitario de la Universidad Nacional: realidad en construcción. Rev Fac Med Unal Nal Colomb [en internet]. 2005;53(4):209-11 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v53n4/v53n4a01.pdf>
- Harden RM. Evolution or revolution and the future of medical education: replacing the oak tree. Med Teach [en internet]. 2000;22(5):435-42 [citado 2008 abr 7]. Disponible en: <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a713686769~db=all~tab=content~order=page>