

Gherardi, Carlos R. (abril 2005). *¿Es posible un nuevo modelo de hospital universitario? : Sin temor a los cambios*. En: Encrucijadas, no. 31. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubas.sisbi.uba.ar>>

¿Es posible un nuevo modelo de hospital universitario?

Sin temor a los cambios

El propósito de este trabajo no es presentar un nuevo modelo teórico de hospital universitario sino de reflexionar sobre la factibilidad de desarrollar sobre el actual Hospital de Clínicas los cambios estructurales que puedan promover la incorporación de modalidades de atención y de gestión hacia el paciente que lo aproximen a los requerimientos de la sociedad y considerar también aspectos que modifiquen su sustentabilidad económica.

Dr. Carlos R. Gherardi

Director Asociado del Hospital de Clínicas. Jefe del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas. Ex Profesor Regular de Medicina Interna (UBA).

Por definición, un Hospital Universitario conjuga en su identidad a la educación y a la salud, dos aspectos centrales del desarrollo humano de la sociedad que son claramente desatendidos en nuestro país desde hace décadas. Hoy mismo el presupuesto en educación básica es la mitad del porcentual del PBI al que nuestra propia ley federal nos obliga, y en los hechos se lo considera como un gasto y no como una inversión en el presente de los niños y jóvenes y en el futuro de nuestra sociedad. La educación universitaria padece los problemas de recursos económicos que bien se conocen, y que tienen ya un comienzo lejano en la pobreza que en la asignación a este rubro se le da históricamente en el presupuesto general de la Nación, a pesar de lo cual la Universidad de Buenos Aires se ubica junto a las de México y San Pablo, dentro de este continente, entre las trescientas más importantes del mundo.

Pero aun así, con estos problemas a cuestas, y algunos otros, los valores que se atesoran en nuestra universidad son muchos, ha custodiado por décadas la inteligencia y la investigación, preserva hoy el disenso y la libertad de pensamiento, cultiva aún una producción científica con repercusión internacional y en el campo biomédico nos ha dado tres premios Nobel que enorgullecen al país.

La salud en cambio, a pesar de no tener una asignación presupuestaria pobre en el marco del PBI padece fallas estructurales en su asignación y distribución, operan cientos de obras sociales, se carece de un sistema de seguridad social firme y confiable y los magros resultados de los índices sanitarios son también el producto de la desigualdad, la pobreza y la corrupción que impera en la estructura socioeconómica del país. Tampoco se puede mostrar un buen resultado en la atención de los hospitales públicos, cualesquiera fuera su dependencia administrativa, a pesar de los múltiples y variados intentos que se han efectuado. No ha sido exigua la inversión que se efectuado en la construcción de nuevos hospitales pero fueron excepcionalmente pocos aquellos en los que se pudo demostrar un funcionamiento adecuado de los mismos durante un tiempo prolongado. Apelando a una metáfora médica ha sido más fácil ocuparse de la anatomía de los hospitales nuevos, con sus correlativas inauguraciones a veces más de una vez, que asegurar la fisiología de todos los ya existentes.

En el Hospital de Clínicas las cosas no están bien desde hace más de treinta años y resultaría ilusorio teorizar sobre proyectos imposibles. Tampoco es posible dejar todo como está porque por no lograr consolidar algún cambio estructural o por el devenir de circunstancias distintas en cada caso pero igualmente severas, la realidad es que el país muestra actualmente la subsistencia de sólo dos hospitales universitarios, el nuestro y el correspondiente a la Universidad de Córdoba. De los restantes cinco, el de la Universidad de Cuyo no tiene internación y los demás cerraron definitivamente o fueron transferidos a alguna jurisdicción sanitaria.

En los casi treinta y cinco años en que el Hospital de Clínicas está en el edificio actual – que aunque nuevo en la teoría, ya era antiguo cuando se inauguró en su concepción y su diseño–, cambió la estructura del sistema de salud del país y del mundo. Se modificaron las modalidades de atención médica, se desarrolló toda la alta complejidad, se instauró progresivamente un sistema de seguridad social, aparecieron nuevas formas para la financiación del costo de la salud cuyo presupuesto además aumentó vertiginosamente por todo el progreso tecnológico, aparecieron las computadoras, la lectura digital, y los sistemas de comunicación electrónica y celular.

En esta metamorfosis profunda del sistema de salud, el Hospital de Clínicas quedó literalmente fuera del sistema y fue perdiendo la comunidad que espontáneamente atendía en la ciudad. El Hospital como institución quedó en una situación de aislamiento operacional en el marco de la atención de la salud y con una dependencia administrativa y presupuestaria de una Institución como la Universidad, cuya misión fundamental es la educación y no el cuidado de la salud. Esta soledad insoportable se enmarca en la ausencia de relación operativa alguna con los treinta y dos hospitales públicos que dependen del gobierno de la Ciudad, ni con aquellos del conurbano, ni tampoco con algún acuerdo especial con quienes administran la seguridad social desde el Ministerio de Salud de la Nación o con entes autárquicos nacionales o provinciales.

Y a pesar de todo esto el Hospital tiene signos de vitalidad y no ha cerrado sus puertas o anulado su internación por el incansable esfuerzo de su personal profesional y no profesional, y por la dedicación de la mayoría de quienes estuvieron a cargo de su Dirección y de las jefaturas de muchos departamentos y divisiones. También la Universidad y dentro de ella su Facultad de Medicina tampoco renunciaron a dictar en su espacio natural toda la enseñanza que los alumnos requieren en una síntesis de asistencia, docencia e investigación que siempre contribuyó a tratar de no perder la excelencia de la Institución que por décadas fuera el paradigma del Hospital público con mayor desarrollo académico. Pero este esfuerzo que siempre se desarrolló bajo condiciones adversas, fue anárquico y desordenado, dependió del denodado esfuerzo individual de profesores y maestros, estimuló asistencialmente la atomización de los servicios (“sálvese quien pueda y como pueda”), se multiplicaron las fundaciones y cooperadoras sin control direccional alguno, se utilizó la legislación de los hospitales de autogestión que le permitió cierta autonomía en la administración y distribución de sus recursos, y sin embargo los avatares de los vaivenes económicos del país lo pusieron varias veces al borde de una virtual ausencia de viabilidad y una sensible disminución de operatividad en los años recientes.

Así las cosas, la estructura operativa del hospital se fue debilitando hasta tal extremo que resulta difícil ofrecer su pleno servicio porque esta situación de círculo vicioso no virtuoso, que se fue repitiendo con distinta profundidad en estas tres décadas, pareció condenarlo al ejercicio de un simple ejemplo de sobrevivencia. La permanencia en esta situación, que

se ha mantenido con pocas variantes de mejoría y de peoría, alimentó el desarrollo de una perniciosa cultura de aceptación de lo irremediable que lamentablemente se ha entroncado visceralmente en el hospital. Todos creen en la inviabilidad de un proyecto superador de estos problemas y lo único que hoy ocurre es que lo que puede ser inviable es el Hospital mismo. La declinación actual es el producto de muchos años de inconvenientes no resueltos y toda la comunidad universitaria y no universitaria en su conjunto deben compartir la responsabilidad de esta situación. En todos los niveles ha predominado la incomprensible actitud de creer que un Hospital puede estar desvinculado de la atención de la salud de la comunidad donde está asentado y reducir el problema a la reiterativa solicitud de un aumento de presupuesto para una estructura obsoleta para estos tiempos. Será imprescindible un mayor presupuesto pero para aplicarlo a un "nuevo" hospital que sepa administrarlo y no simplemente gastarlo.

Con la dura realidad socioeconómica que hoy presenta el país podemos y debemos dar pasos posibles en el Hospital de Clínicas que nos conduzcan, por la tarea del día a día, al logro del objetivo de recuperar un hospital universitario que es el centro más importante que un país desarrollado tiene para formar el recurso humano en salud desde el pregrado y desde donde se propaga el conocimiento a toda la red asistencial de salud del país. Si no lo hacemos ya, en un futuro próximo, en lugar de recibir cientos de becarios de nuestro continente a completar su formación en postgrado, deberemos enviar nuestros profesionales del equipo de salud a algún país vecino para completar su formación. Hoy, la acción posible es incorporar a la organización del Hospital Universitario el núcleo de un conjunto de ideas fuerza que tengan por objeto un cambio sustantivo en las prestaciones que se ofrecen a la comunidad. Ellos pueden ser los siguientes:

- Diseñar una estructura administrativa que normalice los circuitos de suministros de insumos y medicamentos, y el efectivo cumplimiento de la reparación y mantenimiento preventivo del instrumental y de toda aparatología disponible. Para ello no sólo es necesaria la agilización del trámite formal, que en una institución pública debe cumplimentar normas estrictas, sino el correcto pedido, seguimiento y atención que los centros de consumo (departamentos, divisiones y secciones) deben realizar con periodicidad y certidumbre estricta en cada caso. El tradicional incumplimiento de la solicitud en tiempo y forma y la anarquía en su procesamiento y disponibilidad han justificado históricamente las vías alternativas (cooperadoras o fundaciones) que están exentas de programación, previsibilidad y auditorías. Simultáneamente se concretará así el alejamiento de la matriz del Hospital de Caridad, hoy todavía presente en los hospitales públicos argentinos.

- Crear un área dedicada a la gestión relativa al paciente. La atención del paciente, desde que solicita su turno o tramita su internación debe tener la importancia derivada del mandato de ofrecer el mejor cuidado de la persona enferma que pide nuestra ayuda y de la cual se deriva el cumplimiento de los deberes y obligaciones de todo el personal profesional y no profesional. La organización hospitalaria está tradicionalmente armada alrededor de las especialidades médicas, de las cátedras o de los médicos, en lugar de privilegiar su organización pensando en el beneficio del paciente sujeto esencial de su existencia. Deberá recordarse siempre que el derecho de nuestros pacientes a tener una asistencia decorosa, a pesar de todos los problemas cotidianos, está por encima de nuestros propios derechos.

- Deberá iniciarse un debate tendiente a la instauración paulatina de un área de internación indiferenciada e independiente de la patología del paciente aunque es un tema de difícil análisis y de compleja resolución. La herencia de una concepción anatómico estructural todavía vigente en la designación de las especialidades y subespecialidades conspira contra esta hipótesis aunque la interdisciplinariedad cada vez más frecuente en

la nosología y fisiopatología de las enfermedades facilitarán este camino. Las modalidades de atención del paciente se organizarán según un sistema de cuidado progresivo como ya ocurre desde hace décadas con las que corresponden a las terapias intensiva de adultos, niños y neonatos. Esta propuesta también facilitará el ordenamiento administrativo indispensable para optimizar las operaciones de recolección de datos, contabilizar los datos para el análisis estadístico, verificar el nivel de ocupación, la estadística de alta y egresos, y el conocimiento en tiempo real para la asignación de camas que resulta indispensable para gestionar una institución de esta magnitud. Todavía hay nuevas modalidades de atención para desarrollar, además de las ya citadas en las que el Hospital de Clínicas fue pionera en su inauguración, como el cuidado paliativo y la atención domiciliaria.

- Plantear como objetivo prioritario iniciar el camino que nos conduzca a tener un Hospital público de tiempo completo, lo que significaría en la práctica la atención programada de los pacientes durante 8 horas diarias. En nuestro país los hospitales trabajan cuatro horas y generalmente en horario matutino. La existencia aislada de consultorios vespertinos por pocas horas y en ciertas especialidades no contradicen para nada el concepto anterior. La atención permanente de la Guardia Externa y de los Servicios de Cuidado Intensivo tampoco invalidan este aserto por cuando dicha actividad permanente es inmanente a las cualidades intrínsecas de los servicios aludidos. Además de la primaria obligación moral de que un servicio público dedicado al cuidado de la salud atienda programadamente todo el día, no existe ninguna justificación económica ni organizacional para tener una importante estructura edilicia hospitalaria, inversiones millonarias en equipos y un recurso humano para un uso de cuatro horas. Aun más, a esta inconcebible deuda moral que la salud pública tiene para con la comunidad se agrega la ineficiente utilización y asignación de los recursos públicos que no se vuelcan en el total beneficio de la sociedad porque se encuentran disponibles un sexto del día (cuatro horas) en el mejor de los casos.

- La propuesta de una nueva carrera médica, que contemple un cupo de cargos con horario reducido (por la mañana o la tarde) pero privilegiando aquellos con dedicación en tiempo completo con o sin guardia, hasta la dedicación exclusiva, hará posible un hospital con funcionamiento todo el día. No se trata sólo de que el personal gane más sino de proveer un esquema necesario para asegurar que el Hospital atienda todo el día a la comunidad que lo sostiene. La Universidad de Buenos Aires podría liderar un cambio que va más allá del hospital universitario "estimulando que el interés afectivo, científico y económico de su personal estuviera dentro y no fuera de la Institución la mayor parte del día para aumentar la pertenencia y disminuir la visitancia. La desaparición de los cortos horarios de dedicación parcial es el gran cambio que esperamos para la irreversible transformación de los hospitales argentinos". Este último párrafo citado de un trabajo del Prof. Dr. Roberto Soto, Director del Hospital de Clínicas en el período 1986-1990, todavía sigue vigente en nuestro país quince años después.

- El presupuesto universitario que actualmente se destina al Hospital de Clínicas no alcanza para mantener su operatividad y no resultaría lógico, aun en circunstancias de bienestar financiero, que la Universidad se ocupara de muchas más cosas que el monto necesario para el mantenimiento de su estructura, y la docencia y la investigación que es su misión esencial. Los responsables de la ejecución del presupuesto público de la salud debieran requerir que las prestaciones de los efectores también públicos se hicieran centralmente en el Hospital Universitario. El Hospital tendría una comunidad que obligatoriamente debería atender y los dineros públicos quedarían para servir a la sociedad que los solventa. Por ejemplo, la obra social más grande del país (INSSJP-PAMI), que tiene el tercer presupuesto anual de toda la administración nacional en magnitud, podría transferir todas las prestaciones posibles, y en especial las de alta complejidad, con exclusividad al hospital público, en este caso el universitario, con cuyo

ingreso y otros más provenientes de la derivación obligatoria de pacientes de la Seguridad Social podría solventarse gran parte de las necesidades financieras del Hospital de Clínicas. En cambio de esto, el Hospital de Clínicas resulta un prestador más y en el caso del INSSPJ, no tienen ambas instituciones un diálogo como sería esperable entre entidades del sector público que manejan los dineros de la comunidad. Hasta la historia registra que, una entidad como el Clínicas que jamás interrumpió los servicios a los pacientes jubilados en las peores crisis, no es regularmente convocado a dialogar como ocurre con las redes integradas con prestadores privados. En el caso de las obras sociales, la legislación sobre la autogestión de los hospitales públicos es utilizada por el Hospital para facturar y cobrar sus prestaciones pero con la desventaja, respecto de otros hospitales públicos, de no tener un presupuesto de Salud que lo contenga por su dependencia universitaria. No obstante esta penosa historia de falta de colaboración mutua entre quienes administran la salud manejando cuantiosos fondos y quienes puede aportar lo mejor para la formación del recurso humano de la misma, se debe apostar a su integración como existe en los hospitales universitarios del mundo a los que debemos emular. También se deberá luchar como siempre para que la Nación reconozca que los hospitales universitarios necesitan un presupuesto alternativo mejor y que este deseo lo honren cuando diseñen el presupuesto.

Este conjunto de propuestas tenderá a rescatar al Hospital de Clínicas de una situación muy delicada y podrá ofrecer lo mejor de sí, si se está dispuesto a cambiar lo que hay que cambiar. Por su parte, los responsables de la salud pública, que manejan un presupuesto similar a los países desarrollados respecto del PBI de la Nación, deberán privilegiar a su Hospital Universitario con el envío de los pacientes de la Seguridad Social contribuyendo decisivamente a sustentar financieramente a nuestra Institución con el pago de las prestaciones efectuadas.

Para finalizar sólo queda repetir todo un párrafo también del Prof. Roberto Soto: Para alcanzar estas metas lo fundamental es perder la resistencia y el temor a los cambios (ellos no son mas que temores a la pérdida de poder) que aparecerán cuando la Institución adquiera mentalidad y capacidades para tomar riesgos organizativos y económicos, que creen caminos alternativos para satisfacer necesidades que hoy día no se pueden solucionar en los hospitales universitarios.