



Salud Pública

CÓMO DEBE SER UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PARA PREPARAR MÉDICOS

Guillermo Restrepo Ch. ⁺⁺⁺

¿Qué son?



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9CXmMz>

Llamamos "hospital universitario", a aquel hospital donde los estudiantes de un programa de Medicina, bien sean en pre o posgrado, hacen sus prácticas para lograr su preparación, fundamentalmente en las áreas clínicas.

Hospitales generales, previos a la Ley 100 de 1993

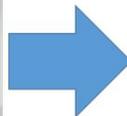
Eran instituciones hospitalarias, entidades de caridad, donde la atención de los pacientes estaba supeditada a las actividades docentes y dependía de los horarios y las vacaciones de los estudiantes y las labores que estos

desempeñaban bajo la supervisión de unos pocos docentes. Las estancias hospitalarias eran prolongadas y la estructura administrativa y de servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento, muy poco desarrollada.

ALEJANDRO ECHEVARRIA FUNDADOR DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9CXmMz>



1913

2013

El hospital universitario se implementó sobre la estructura del antiguo hospital general, institución de caridad más importante de la ciudad, donde estaba ubicada la Facultad de Medicina, con una estructura administrativa pobre, manejada

generalmente por los llamados síndicos, quienes, además de administrar los recursos de la institución se preocupaban, junto con los grupos de monjas existentes, por recoger auxilios de la comunidad para lograr su mantenimiento.

⁺⁺⁺ Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. FUJNC -guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co



Visión de caridad sin administración hospitalaria

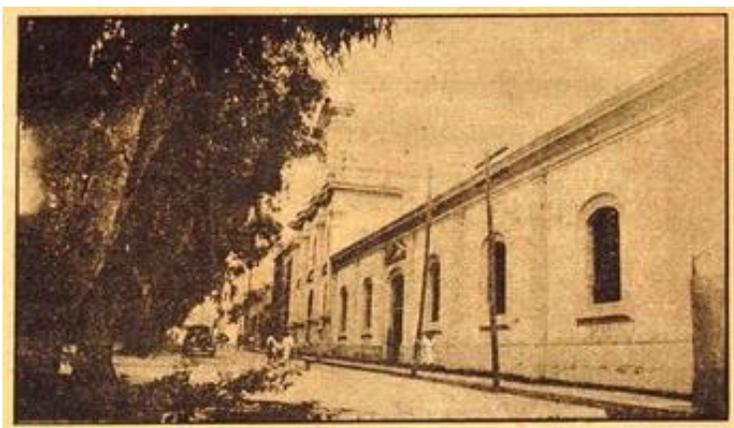
En estos hospitales, la historia clínica, cuando existía, no tenía hojas de seguimiento, de evolución ni de orden de enfermería, no había el concepto de epicrisis, ni menos aún registros de laboratorio; los archivos eran exigüos y manejados por personal empírico. Los servicios generales eran prestados, en la mayoría de los casos, por ayudantes de las monjas que atendían las labores de enfermería en los hospitales. Las ayudas de diagnóstico y tratamiento eran escasas y consideradas como innecesarias en muchos de

ellos; los servicios de consulta externa no existían y la prestación de los servicios médicos se hacía en forma de caridad (los profesores atendían, generalmente, sin ninguna remuneración). La labor docente que allí se realizaba era escasa y muchos de los médicos que atendían a los pacientes no tenían vinculación con las universidades respectivas, por lo cual estaban fundamentalmente interesados en la asistencia pues les brindaba la posibilidad de práctica y prestigio personal.

¿Dónde estaban?

En la mayoría de las capitales de los departamentos existía uno estos hospitales como principal institución prestadora de servicios de salud en la población. Por ejemplo, en Medellín estaba el Hospital San Juan de Dios (que después fue hospital del Ferrocarril de Antioquia) y que, posteriormente, fue

reemplazado por el Hospital San Vicente de Paul. En Cali, el Hospital San Juan de Dios, sustituido por el Hospital Evaristo García que inició labores con una estructura moderna. En Bucaramanga, el Hospital San Juan de Dios se convirtió en el Hospital Ramón González Valencia.



Hospital San Juan de Dios – Bucaramanga.

Imagen en: <http://historiaabierta.org/mapa/items/show/22>

Hospitales locales anteriores a 1950

Eran centros hospitalarios ubicados en pequeñas poblaciones y atendían los servicios de internación de pacientes, atención en el parto normal, Pediatría y Medicina Interna; tenían servicio de urgencias y una consulta externa de tipo general que funcionaba activamente, sobre todo, en los días de mercado de la población. Por lo general, los servicios auxiliares de diagnóstico no existían. El cuidado de los

pacientes estaba bajo la responsabilidad de comunidades religiosas que atendían a los pacientes con ayuda de personal auxiliar. La prestación de estos servicios médicos se hacía con la colaboración que prestaba el médico oficial municipal o el designado para la atención del centro de salud local del respectivo departamento.



Hospital Santa Sofía, Manizales.

Imagen tomada de: <https://goo.gl/qpcGVV>



La administración se hacía por síndicos, generalmente no había historias clínicas, aunque en algunos departamentos la beneficencia respectiva le suministraba esta papelería; la farmacia era pobre y el presupuesto del hospital era muy bajo.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/P1rxGA>

Muchos de estos hospitales eran empresas sin ánimo de lucro de origen canónico y, por lo tanto, para ver su presupuesto se necesitaba permiso del obispo.

Hospitales locales con integración de servicios (1965)

En esta etapa, por decreto del Presidente Guillermo León Valencia y siendo Ministro de Salud Pública el doctor Juan Jacobo Muñoz, se produjo una primera gran integración entre el centro o puesto de salud y el hospital local o regional. Las actividades predominantemente preventivas del centro de salud, así como las de saneamiento y control de enfermedades

venéreas y prostitución entraron a formar parte de la atención con responsabilidad del hospital. El municipio y las entidades de caridad responsables del funcionamiento empezaron a integrarse. Producto de esta integración es el surgimiento de los primeros directores médicos.

Un cambio importante

Esta integración determina un cambio en la calidad de la atención. El médico comienza a hacer presencia permanente en el hospital local. Surgen las auxiliares de enfermería, que paulatinamente empiezan a reemplazar a las mojas en las labores hospitalarias.

Pero...

La integración tuvo inicialmente una repercusión negativa pues se incrementó la visión hospitalaria, pero disminuyó la atención extramural (fuera del hospital), deteriorando proyectos de promoción de la salud. Como respuesta,

surgirían las promotoras de salud en un futuro inmediato. El beneficio, sin embargo, fue el incremento en la tecnificación hospitalaria con la respectiva repercusión en la atención a los pacientes.

Hospitales universitarios desarrollados con base en la modernización de la educación médica en Colombia bajo la influencia germano-norteamericana de 1950 a 1990

Como consecuencia de la revolución flexneriana de las décadas de los años 1950 y 1960, los hospitales generales vinculados a las facultades de Medicina se transformaron en verdaderos hospitales universitarios, sitios en donde la atención a los pacientes se hizo con estándares superiores para que sirvieran en el proceso de aprendizaje de los futuros médicos. Tales centros se convirtieron en verdaderos referentes de la calidad de la atención médica.

Los representativos

Estos hospitales eran el San Juan de Dios en Bogotá, el San Vicente de Paul en Medellín, el Evaristo García en Cali, el Hospital San José en Popayán, el Hospital Santa Clara en Cartagena y el Hospital de Caldas en Manizales.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/W2KpJy>

El hospital universitario empezó a funcionar como una organización moderna y a este se vincularon funcionarios que habían recibido preparación en administración hospitalaria, generalmente en EE. UU., área en la que también el Sistema

Nacional de Salud empezó a capacitar al personal a través de los centros regionales, ampliando dicha capacitación a otros técnicos necesarios para la modernización hospitalaria en el país, por ejemplo, los bioestadísticos.

Condiciones para ser hospital universitario

Es importante recordar algunos de los requisitos que se proponían por esa época, con el fin de que un hospital general pudiera ser considerado como universitario:

1. El hospital debía tener un mínimo de 100 camas.
2. Por lo menos 250 admisiones anuales -pacientes hospitalizados y no visitas a consulta externa- por interno (excluyendo recién nacidos).
3. Las camas del hospital debían distribuirse, por lo menos, entre dos de las cuatro grandes divisiones clínicas (Medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría) y, para el adiestramiento en las restantes, debía contarse con los servicios de un hospital afiliado cercano, que debería estar aprobado igualmente por el Comité de Acreditación de Hospitales.
4. Las rotaciones por cada servicio se organizaron en tiempos similares, asegurando que no fueran inferiores a dos meses; el número de camas asignadas a cada interno no debía ser menor de 15 ni mayor a 25.
5. Debía existir un servicio de urgencias bien organizado, que trabajara en forma activa y eficiente, donde los internos y residentes tuvieran sus responsabilidades definidas, bajo supervisión permanente y tuvieran la oportunidad de adquirir experiencia en los procedimientos más frecuentes.
6. El servicio de consulta externa debía estar continuamente relacionado con los servicios de hospitalización. Así, el personal de internos y residentes que atendiera a los pacientes hospitalizados era el mismo encargado de la atención periódica en la consulta externa, en donde siempre debía estar dirigido por personal superior.
7. El interno debía tener acceso a todos los servicios y facilidades del hospital.
 - 7.1. Los servicios pensionados (privados) debían utilizarse para la docencia de internos por considerarse que el trato con el paciente privado tenía alto valor educacional (hoy correspondería a los que cuentan con planes complementarios).
 - 7.2. El tiempo del servicio del internado en el pensionado no debía exceder del 25 % del tiempo total del internado.
8. Los internos debían contar con supervisión de residentes o médicos en ejercicio durante las 24 horas del día.

Los cambios necesarios



Imagen tomada de: <https://goo.gl/gDS58c>



Las principales modificaciones en estos hospitales fueron las siguientes:

• Estructura física

Las construcciones que se empezaron a hacer a partir de la revolución flexneriana, transformaron la construcción de un solo edificio a una estructura conformada por varios de estos, en general diseñados por arquitectos franceses.

• Administración

Se estableció la departamentalización con jefes que tenían el nombramiento tanto del hospital como de la

universidad en los respectivos cargos. Estos jefes pasaron a ser de tiempo completo y de dedicación exclusiva y tenían como requisitos ser especialistas en el campo respectivo. La mayoría de ellos con formación en los EE. UU. Tenían, además de la función asistencial, la dirección académica en su respectivo campo; de ellos dependían los docentes escalonados en categorías inferiores, de los cuales, a su vez, dependían los residentes y, de estos últimos, los internos, quienes tenían gran relación con los estudiantes que participaban en las rotaciones de sus respectivas asignaturas.

Saber y ser reconocido



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9APP4Y>

En el Hospital Universitario del Valle los docentes con mayor preparación y prestigio funcionaban como profesores de tiempo completo.

El área administrativa se vigoriza a través de la financiera y la de personal, ambas encargadas de originar y sostener los recursos hospitalarios. Los servicios auxiliares de diagnóstico

se fortalecen. Todos los registros mejoran ostensiblemente; surgen las historias clínicas homogéneas, así como los registros para enfermería y laboratorio. Surge la epicrisis como símbolo del cierre de la atención. Se crean los archivos de historias clínicas.

La asistencia

El hospital empezó a funcionar las 24 horas del día, todos los días de la semana. Desaparece la costumbre de evacuarlo en épocas de vacaciones o festividades cuando solo quedaba funcionando el servicio de urgencias.

La consulta externa



Imagen tomada de: <https://goo.gl/ebtora>

Se reorganizó con la asistencia de especialistas en los diferentes departamentos, siendo con urgencias, la fuente única de hospitalización. Anteriormente, los pacientes se hospitalizaban por las remisiones directas de los médicos.

Lo privado

Se amplió la hospitalización con servicios de pensionados (privados) y algunos de ellos con media pensión para atender la previsión social y enfermos particulares, con el fin de servir

a la sociedad en general, que quería aprovechar el alto nivel científico dado el alto prestigio **de estos hospitales en la ciudad respectiva.**



El apoyo diagnóstico



Imagen tomada de: <https://goo.gl/EZWfKq>

Los servicios auxiliares de diagnóstico se vigorizaron y modernizaron tanto en tecnología como en personal debidamente preparado para atenderlos, suministrando apoyo continuo también a los servicios clínicos y de urgencias, para mejorar la calidad del diagnóstico y orientar

los tratamientos. A estos servicios tenían acceso directo los estudiantes y los internos con el fin de aclarar cualquier duda sobre diagnosticar un paciente o valorar la evolución del mismo.

Eficiencia: un problema

Aunque la eficiencia fue el objetivo buscado por estos nuevos administradores hospitalarios, a veces los costos se aumentaban en forma notoria debido a estancias hospitalarias prolongadas (casos interesantes) y a la solicitud de paraclínicos, si bien innecesarios para el paciente, útiles para la docencia.

Una vivencia



Imagen tomada de: <https://goo.gl/vTVQNB>

El doctor Jorge Castellanos, director del Hospital Universitario San Juan de Dios, por esta época, refiere su experiencia en esta institución, así:

“En el año de 1966 llega como director del Hospital San Juan de Dios el doctor Jorge Castellanos, egresado de la Universidad Nacional, con residencia en la Universidad del Valle y partícipe del proceso que se estaba desarrollando en ASCOFAME. Inicialmente, el doctor Castellanos, en compañía del doctor Fernando Suescún, desarrollaron el primer Censo Nacional de Hospitales, lo cual permitía una visión confiable y actualizada de la situación hospitalaria del país. A su vez, con el desarrollo de los internados y la aparición de los residentes de las especialidades, se hizo necesario gestionar nuevos mecanismos de integración

interinstitucional, ampliar personal docente y generar nuevos cargos conjuntos, con personas que pudieran desempeñarse como asistenciales y como docentes de los alumnos asignados en el hospital. Conjuntamente se adelantó la contratación de 25 médicos al área de urgencias para el trabajo con practicantes. Se hizo necesario promover cambios en la administración institucional, para brindar respuestas a las nuevas responsabilidades y actividades académicas del Hospital San Juan de Dios”.



Vínculos importantes



“Vale resaltar que los hospitales eran entonces considerados como miembros adscritos de ASCOFAME, con todas las ventajas que esta situación ofrecía. **Surgen de esta forma en ASCOFAME los primeros elementos para la concepción del hospital universitario, su caracterización y acreditación (...).**”

De las iniciativas interesantes de ese período vale señalar que se constituyó entonces, con sede en ASCOFAME, **un primer Comité de Acreditación de Hospitales** con la Secretaría Ejecutiva del doctor Jorge Castellanos Robayo”.

Clave: divisiones de responsabilidad

“Esto significó un sentido constructivo de la adecuada relación entre la academia y un hospital, como el San Juan de Dios, el cual pertenecía, y aún hoy pertenece, a la Beneficencia de Cundinamarca (...) Algunos aspectos generan nuevas situaciones, como la aparición de dos

administraciones al interior del hospital, la administración propia y la administración de la universidad, por lo cual fue necesario establecer iniciativas que permitieran asumir conjuntamente responsabilidades y procesos con mutuo respeto y de manera coordinada”.

Se consolida como centro de formación



Imagen tomada de: <https://goo.gl/mbMprn>

“**De esta forma el hospital se convierte en el gran centro académico y científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**, si bien es cierto que los alumnos permanecían en la sede central de la Universidad los dos primeros años para la formación en ciencias básicas, a partir del tercer año se instalaban en la sede del hospital iniciando la formación en semiología, continuando con los contenidos clínicos en rotaciones e internado. El hospital llega en su momento a contar con la presencia de 100 internos, 160 residentes y los alumnos de tercer a quinto año, a más de los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia. **El hospital era el centro de formación y el sitio universitario por excelencia de la academia médica. (...) Esta integración adquiere aspectos de tal significado que el plan de desarrollo del hospital, elaborado bajo la Dirección del entrevistado, comprende cuatro grandes proyectos, el primero de los cuales fue la construcción de un centro de salud comunitaria para destinarlo al desarrollo de la atención primaria** en los terrenos del hospital, con el fin de favorecer la rotación en preventiva y salud pública. Estaba también el gran Centro de Salud Mental con énfasis en

Psiquiatría Comunitaria, el cual sirvió como primera sede universitaria para la formación de residentes en Psiquiatría, en el más moderno de los edificios del complejo hospitalario. **Conjuntamente con el doctor Carlos Dávila de la OPS se trabajó la primera unidad de cuidado intensivo (UCI) para formación médica (...). El cuarto componente se refiere a la dotación tecnológica del hospital, San Juan de Dios, en un plan gigante, que alcanzó la mayoría de las regiones en Colombia, en un proyecto conjunto entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Británico (también hubo participación de Holanda) (...).**

Este proyecto en que participaron el doctor Castellanos y médicos especialistas e ingenieros del Ministerio de Salud, dotó más de nueve hospitales universitarios de Colombia y cerca de 100 hospitales regionales y locales de ese entonces. Lo anterior daba cumplimiento, a través del Fondo Nacional Hospitalario, a un proyecto que se había iniciado desde el gobierno del doctor Carlos Lleras Restrepo y su Ministro de Salud, el doctor Antonio Ordoñez Plaja y, adelantado en el gobierno del doctor Misael Pastrana Borrero y su Ministro, el doctor José María Salazar”.



Formando el recurso humano

“Dado que los estudiantes de últimos semestres rotaban por hospitales regionales y municipales del Departamento de Cundinamarca, se presentaron en estos lugares desavenencias entre los directivos y los alumnos rotantes porque estos últimos deseaban un medio de práctica más elaborado”.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/GtstvNj>

“Como respuesta a esta situación, el doctor Castellanos Robayo, conjuntamente con la OPS en el país, se embarcó en la construcción de un centro, orientado a la formación de administradores de hospitales.

Posteriormente la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, se integra a la iniciativa, dando origen al Centro de Educación en Administración de Salud, CEADS; formando profesionales líderes en el desarrollo hospitalario y de profesionales en Estadística Hospitalaria,

Asistentes Administrativos Hospitalarios, Contabilidad y Finanzas Hospitalarias, Promotores de Salud Pública y Trabajadores Sociales en Salud (...). En otras regiones del país se crearon centros similares, como el CREADS y, en la Facultad Nacional de Salud Pública, se formaron profesionales que darían apoyo técnico y administrativo, para la marcha de hospitales universitarios, regionales y locales, para la misma administración de los Servicios Departamentales de Salud”.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/HpKFFV>

En el trascurso de este período, los hospitales universitarios siguen en un progreso vertiginoso hasta 1975, momento en que empieza la crisis con huelgas de residentes y la toma del Hospital San Juan de Dios por la fuerza pública que destruyó equipos y gran parte de la estructura del edificio, hasta que, en 1979, el Hospital es intervenido oficialmente por el Ministerio de Salud Pública.



Para saber



Imagen tomada de: <https://goo.gl/TLY6JG>

Se anota que los principales hospitales universitarios de Estados Unidos, como el de Baltimore que ocupó el primer puesto en 2013 en el ranking de clasificación hospitalaria de ese país, se caracterizó porque, además de estar vinculado a una facultad de Medicina y tener un alto nivel de investigación tanto clínica como básica y en la comunidad, son también centros con importantes avances tecnológicos que utilizan en sus laboratorios y práctica médica^{***}.

En Alemania los principales hospitales universitarios, como el de Heidelberg están estrechamente unidos a la universidad y la mayoría de sus 12 edificios están situados en el mismo campus universitario. Este hospital, al igual que el de Estados Unidos, hace mucho énfasis en la investigación y en la aplicación y práctica de los últimos avances médicos mundiales^{§§§}.

Participación de otros profesionales en la transformación hospitalaria



Imagen tomada de: <https://goo.gl/efHNZA>

- Enfermería

Este personal se aumentó en cantidad, pero, además, se fueron incorporando a él **enfermeras profesionales**, remplazando así, por una tecnocracia la antigua estructura de la caridad, que imperaba en la Organización Hospitalaria proveniente de la Edad Media. Este cambio fue logrado gracias a la aparición de nuevas escuelas de Enfermería, que se crearon en algunas universidades e, incluso, de auxiliares de enfermería, que con una formación académica bien estructurada se prepararon en algunas universidades primero y, posteriormente, en los Servicios Seccionales de Salud. Estas auxiliares tenían en

su formación gran énfasis en obstetricia con el fin de remplazar las antiguas parteras que atendían a las maternas, sobre todo en las poblaciones intermedias y pequeñas del país.

- Otras profesiones

Fueron apareciendo otras profesiones de la salud que se incorporaban en sus prácticas a los hospitales y que fueron mejorando su nivel científico; tal fue el caso, por ejemplo, de bacteriología, regencia de farmacia, nutrición y, posteriormente, las terapias.

*** Auerbach, Rachel. Los 10 mejores hospitales de los Estados Unidos <https://cnnespanol.cnn.com/2013/07/16/los-10-mejores-hospitales-de-los-estados-unidos/>

§§§ <https://www.heidelberg-university-hospital.com/es/acerca-de-nosotros/>



Docencia



Imagen tomada de: <https://goo.gl/16CQ5V>

Además de los aspectos ya descritos en Medicina y Enfermería, el hospital asumió una gran actividad académica a través de las reuniones clínicas de docentes y estudiantes realizadas en todos los departamentos con presentación y discusión de casos, sobre todo, en las conferencias semanales de anatomía patológica donde toda la comunidad académica participaba.

Es importante anotar en este punto que, en su mayoría, las huelgas estudiantiles que surgieron posteriormente a finales

y mediados del decenio de los años de 1970, respetaban la vida y el ambiente hospitalario.

Finalmente podemos resaltar que tanto la consulta externa como los servicios auxiliares de diagnóstico sirvieron de rotaciones y campos de práctica para los estudiantes y que, el internado rotatorio, hecho en forma obligatoria con residencia dentro del hospital junto con los profesores de planta con dedicación exclusiva, dio al hospital un verdadero ambiente, no solo de seguridad para la asistencia sino de seriedad científica.

Un modelo

Veamos cómo describe un estudiante que rotó por este tipo de institución en la década de los años noventa, poco antes de la crisis del Hospital San Juan de Dios:



Imagen tomada de: <https://goo.gl/tk7KrP>

“Mi primer contacto se dio en el edificio de patología o, mejor la morgue, de esta gran institución, donde nos uníamos a los docentes de patología en el estudio y la correlación clínica de las enfermedades estudiadas, encontrando causas de muerte y entendiendo la Medicina

desde los hallazgos en los sistemas hasta retroceder a la enfermedad, comprendiendo lo que significa un análisis retrospectivo (...). Nacía cada vez más la curiosidad por interpretar las enfermedades antes de que se presentaran o para entender el proceso de la muerte”.



“A su vez, iniciábamos el mundo de la semiología. Nosotros realizábamos las historias clínicas de los pacientes hospitalizados (...). El número de integrantes por grupo era aproximadamente ocho estudiantes. Cada estudiante revisaba a su paciente y realizaba la historia, la que posteriormente de acuerdo al sistema a estudiar, se presentarían al docente (...). Empezamos a conocer cada vez más el hospital y cada vez más la relación con los demás miembros de la academia. Ya en séptimo semestre iniciamos nuestra rotación por Medicina Interna, bajo la tutoría de un docente y médicos residentes. Iniciábamos la evolución de los pacientes hospitalizados, empezando revistas con tutor a las 7:00 a.m., donde se resolvían la mayoría de las preguntas que se presentaban, con la clara convicción

de que podíamos contar con las subespecialidades a las que pertenecían el bloque de especialistas que concentraban todas las áreas del saber de la Medicina, con el gran agrado de encontrar nefrólogos, intensivistas, reumatólogos, etc., todos con plena disposición para aclarar dudas en aras del bienestar de los pacientes (...). Había reuniones de estudiantes y profesores en el Auditorio Mayor donde se presentaba un caso de mortalidad todos los miércoles, el cual era orientado por el médico coordinador del servicio de urgencias; también asistían los residentes y profesores en pleno, cardiólogos, nefrólogos, epidemiólogos, neurólogos, entre otros (...). Además, contábamos con la disponibilidad de los docentes para desarrollar temas de revisión de artículos”.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/4nrDnn>

“Posteriormente ingresábamos al servicio de cirugía de este majestuoso sitio del saber, donde, sin condición socioeconómica o EPS, se atendía a los pacientes y se resolvían los problemas de urgencias quirúrgicas, se programaban las cirugías de acuerdo a las necesidades acordadas con los grupos de cirujanos, encabezado por el grupo cinco, al cual pertenecí, orientado por los docentes respectivos (...). Se evaluaba en forma integral al paciente con el fin de dar la mejor solución a la patología del paciente; si se presentaban dudas, se planteaban en una reunión integrada por los hospitales de la Samaritana y Cancerológico, donde se acordaba el tratamiento más adecuado para el paciente; ahí entendí que el conocimiento va de la mano con la capacidad de escuchar y aceptar nuevas formas de manejo (...). A continuación, nos dirigimos, en otro semestre, al servicio de Psiquiatría, donde teníamos áreas de hospitalización y consulta externa. Lo consideraba como un gran mundo, todo con

el fin de resolver los problemas que aquejaban con mayor frecuencia a la población, dentro de un ambiente bien claro de interdisciplinaria; considero que esto se puede interpretar como una pequeña ciudad dentro de la misma Bogotá, con el compromiso de velar por la salud de toda la población sin distinciones de ningún tipo, pero que, poco a poco, se fue desmoronando haciendo que ese centro de formación y sabiduría se fuese deteriorando hasta morir con ironía, ya que la misión para la cual fue creado, era luchar por la vida, al igual que el Palacio de Justicia o, mejor, porque se cortaron las alas de los que allí trabajaban en pro del bienestar y la salud, derecho fundamental de la población, bajo la excusa de agotamiento de recursos, cuando todos entendíamos que la Beneficencia de Cundinamarca, era la culpable del deterioro patrimonial de la Fundación San Juan de Dios”.



Investigación

Además del aspecto asistencial y docente ya anotado, se empezó a gestar la investigación, donde las reuniones clínicas ya mencionadas, así como el CPC (Conferencias de Patología Clínica), preparaban el ambiente para que profesores y estudiantes profundizaran sobre un caso e hicieran investigaciones bibliográficas al respecto, con el fin de ilustrar de manera adecuada lo que se estaba discutiendo. Fruto de lo descrito anteriormente, que puede considerarse como el primer paso en la investigación, se hacían trabajos,

por lo general, descriptivos y formativos y, ulteriormente, de casos y controles, con el apoyo económico de algunos laboratorios farmacéuticos.

Es necesario destacar que, en algunos casos, la investigación tuvo carácter internacional y de gran repercusión en el conocimiento médico, como lo fue la investigación sobre aterosclerosis en la cual participaron patólogos de la Universidad del Valle.

Centros de referencia

Queremos anotar que estos hospitales servían de centros de referencia a todo el Sistema de Salud de la región en que estaban ubicados y que, como tales, empezaron a tener un gran efecto por su calidad en los servicios médicos de todo el país.

Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 3

Editorial

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55881>

El hospital universitario

Si se observa el modelo que se ha propuesto en Colombia de los factores que debe cumplir una institución para obtener el título de *hospital universitario*, vemos cómo la calidad que se busca actualmente tiene la misma orientación que se pretendía en las décadas de los años 1950 y 1960, guardando las proporciones de los avances tecnológicos y estructurales, a saber:

- Planificación y referentes documentales de la relación docencia-servicio.
- Procesos y actividades de la relación.
- Gestión de recursos para la relación docencia-servicio.
- Sistema de información de la relación.
- Medición, análisis y mejora de la relación.

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0003409 DE 2012

(23 OCT) 2012

Por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como "Hospitales Universitarios"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus atribuciones legales y en especial, las conferidas en el numeral 20 del artículo 6 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del literal e) del artículo 6 de la Ley 30 de 1992, los artículos 247 de la Ley 100 de 1993, 13 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el artículo 99 de la ley 1438 de 2011 y 100 de la Ley 1438 de 2011, y

Pero, además de lo anterior, el Comité de Hospitales de ASCOFAME (15) incluía una serie de indicadores que eran condición fundamental para que el hospital fuera acreditado para realizar labor docente en pregrado y residencias. Dentro de estos aspectos vale la pena mencionar:

- Número de camas por estudiante.
- Porcentaje de autopsias de los pacientes fallecidos en la institución.
- Facilidades de laboratorio.
- Docentes de tiempo completo.
- Tipo de servicios.
- Facilidades de alojamiento para el internado.





Hospitales piloto

Algunas facultades de Medicina realizaron convenios con hospitales, sobre todo de pequeñas poblaciones, para dirigir las instituciones de este tipo, con el fin de probar modelos de atención que consideraban ideales para extrapolar a la población general, tal como sucedió con Candelaria en el Valle y Santo Domingo en Antioquia. También con fines

investigativos se crearon algunos centros hospitalarios en el país, tal como ocurrió en el Valle con un hospital construido en Buenaventura, el Hospital de Apartadó por parte de la Universidad de Antioquia, así como el Hospital Regional de Rionegro (Antioquia) por la misma universidad.

Hospitales especializados y clínicas

En el país, desde finales de la colonia, empezaron a crearse hospitales especializados en algunas patologías para las cuales se consideraba fundamental, por diferentes razones, separar a sus enfermos. De esta manera se establecieron:

Fuente: Museo Médico de la Lepra en Agua de Dios



Imagen tomada de: <https://goo.gl/UcYdmg>

- **Los lazaretos:** ubicados en municipios especiales donde se obligaba a los enfermos a aislarse.
- **Los hospitales antituberculosos:** pretendían, además de aislar el paciente, situarlo en un ambiente campestre pues, con base en la teoría miasmática, contribuiría a la mejoría.
- **Los frenocomios:** donde se aislaba a quienes padecían de una enfermedad mental dolorosa y, algunas veces, vergonzosa para la familia, que además de representar un posible riesgo físico, se veía como "castigo divino".
- **Los hospitales anticancerosos:** destinados a especializar a los médicos tanto a nivel académico como tecnológico, en enfermedades consideradas, por lo general, incurables.
- **Hospitales construidos para servir a grupos etarios específicos:** para brindar atención prioritaria como las clínicas materno-infantiles, de la mujer y los hospitales pediátricos.
- **Hospitales y clínicas con especialidades específicas:** donde sus propietarios, habitualmente especialistas, brindaban atención.

Un intento por integrar el Sistema Nacional de Salud

DECRETO 056 DE 1975
(enero 15)

Diario Oficial No. 34260 de 19 de febrero de 1975

Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones.
<Resumen de Notas de Vigencia>

NOTAS DE VIGENCIA:

- Decreto declarado EXEQUIBLE por la Corte Suprema de Justicia, mediante Sentencia de 21 agosto de 1975, Dr. José Eutorgio Samá.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

ARTICULO 1o. Entiéndese por Sistema Nacional de Salud al conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.
<Jurisprudencia Vigencia>

Con el advenimiento del Sistema Nacional de Salud y, de acuerdo con la preparación científica y biopsicosocial que preconizaban sus creadores a consecuencia de la formación científica que habían recibido, se propuso como filosofía la integración de todos estos centros hospitalarios en el *hospital*

universitario, por considerarlo el sitio donde se podía atender a los pacientes de la manera más completa. Con base en esta idea de concentración, los hospitales especializados previos fueron integrándose al gran hospital universitario.



Regionalización

Cuando se crea el Sistema General de Salud en 1973 se estableció definitivamente la regionalización de los hospitales en Colombia, la cual había empezado a constituirse desde 1960 a través de los distritos sanitarios por parte del Ministerio de Salud. La idea era que existiera un puesto de salud en los municipios pequeños de los departamentos, un hospital local en la cabecera municipal y un hospital regional en la capital departamental, que habitualmente era el universitario.

En cada municipio se organizó un hospital local, dirigido por monjas, se mejoró su dotación y todos contaban con un médico general, dos auxiliares de enfermería certificadas y un odontólogo. Asimismo, en cada municipio se capacitaban promotoras de salud una por cada vereda y dos para la zona urbana con un programa similar al que antes se había establecido en el municipio de Santo Domingo.

El Fondo Nacional Hospitalario

El Fondo Nacional Hospitalario, creado durante el gobierno del doctor Carlos Lleras Restrepo y financiado con el 10 % de los dineros que el Seguro Social tenía ahorrados en las cuentas de I.V.M (invalidez, vejez y muerte), mejoró, terminó o construyó 150 hospitales regionales para las distintas zonas en que se había dividido el país, que

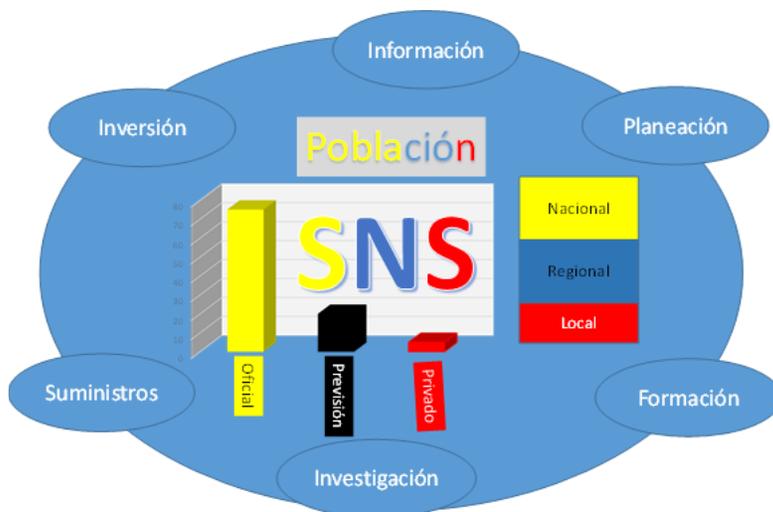
recibieron dotación moderna para su época con los préstamos de la Corona Inglesa y posteriormente de Francia. Estas 150 regiones se establecieron tomando como sede los municipios a los que acudían, no solamente los habitantes de esa localidad para proveerse de servicios, sino los de los municipios vecinos.

Integrados

Se estableció así una red de prestadores formada por un **primer nivel**, constituido por las promotoras y el hospital local integrado al centro de salud; un **segundo nivel** formado por los hospitales regionales en donde se programaban cuatro especialistas médicos fundamentales

(Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Obstetricia), los cuales, a su vez, remitían a los hospitales localizados en la capital del respectivo departamento, que, en general, eran hospitales de **tercer nivel** y universitarios.

Funcionando...



1. Remisión y contrarremisión de los pacientes.
2. Supervisión de un nivel a otro con sus componentes de capacitación, asesoría consultoría y control.
3. El primer nivel estaba encargado de programas de letraje, vacunación, educación sanitaria, estadísticas demográficas básicas y organización de la comunidad.

Para el funcionamiento del sistema se contaba con los siguientes seis subsistemas:

- Suministros.
- Inversiones.
- Información.
- Planeación.
- Formación.
- Investigación.



La mayoría de los médicos de planta no tienen ninguna responsabilidad docente y simplemente los estudiantes son recibidos en las salas porque un convenio docente-asistencial convierte al hospital en centro de práctica. El proceso de aprendizaje es parcial y, a veces, los métodos de evaluación no están definidos, no son claros e, incluso, frecuentemente no existen.

Las prácticas en este tipo de hospital varían mucho de uno a otro y, con frecuencia, se realizan sin ninguna supervisión. Las relaciones del estudiante con la universidad se efectúan muchas veces dos veces al semestre; la primera para matricularse y pagar y, la segunda, para llevar al final del período algún informe que el hospital o algún profesor había firmado. En la mayoría de los casos, cuando existen nexos

entre el hospital y la universidad, estos consisten en constatar aspectos administrativos.

Las rotaciones no se hacen siguiendo un pènsam acadèmicamente establecido sino de acuerdo con las facilidades que tiene el hospital y, lo que sucede comúnmente, a las exigencias que el hospital determina.

Por lo general, en estos hospitales la labor misional es el negocio y no la prestación del servicio de salud. La parte administrativa está bien organizada y el cumplimiento de las normas y los procesos se siguen en forma rigurosa.

La rotación de internos se limita a su permanencia solamente en el turno al cual están asignados o en la clase que les corresponde.

Hospitales a desarrollar conforme a la Ley Estatutaria



Se proponen las Redes Integradas de Servicios de Salud que deberán coordinar el nivel primario (equipos de salud) con los complementarios (hospitales de mayor complejidad). Sin embargo, por ahora, esto no está avanzando como se esperaba.

El hospital moderno



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Qz0gSL>



Habitualmente son instituciones privadas de tercer nivel, con claro ánimo de lucro, bien dotadas que, por lo general, no están realmente incorporados a la formación universitaria y, aunque muchas de ellas tienen residencias médicas, la actividad docente es escasa. La universidad paga parte del dinero de la matrícula a estas instituciones hospitalarias y el vínculo de los residentes con tales entidades puede ser circunstancial y poco académico.

Algunas de las clínicas de mayor prestigio han establecido sucursales en distintas partes del país promoviendo el negocio del "turismo de la salud".

Algunas de estas clínicas privadas tienen auspicio de grupos financieros importantes que les han permitido crecer, preocuparse por la investigación y solicitar que la formación de especialistas dependa cada vez más de sus propios programas.

Han adquirido algunas de ellas gran prestigio en nuestro país.

Buena parte de sus ingresos lo constituye la clientela privada o los planes complementarios en salud.

Es importante destacar que estas IPS privadas tienen características propias que las ubican en la cúspide del sistema de salud colombiano puesto que cuentan con:

- a. Clínicas privadas en mayor cantidad y más modernas que las públicas.
- b. IPS internacionalizadas.
- c. IPS con facultades de ciencias de la salud.
- d. IPS para el "turismo" médico.
- e. IPS en zonas francas.
- f. IPS con helipuertos.
- g. IPS con clínicas especializadas adscritas.

El asunto

Esta situación que se ha propiciado, impide realizar un verdadero sistema de salud en Colombia con una política única en este momento, máxime porque la intervención del capital privado internacional se rige por normas de los tratados de libre comercio.

En síntesis, lo que tenemos es un sistema hospitalario muy fraccionado con intereses diversos que representa una gran dificultad para construir redes integrales de servicios de salud necesarias para hacer real la APS.

Médicos inmigrantes

EL TIEMPO | BLOGS



Opinión | 16 de Marzo de 2018

Ser médico en Venezuela

Por: Alexander Tique Aguilar

Publicado en: #SinExcusas

SEGUIR ESTE BLOG +

Más de 22.000 médicos de diferentes edades se han ido de Venezuela tras la crisis, incluso veteranos de 58 y 60 años de edad entre los que se encuentra pediatras, médicos generales y cirujanos según información de la Federación Médica Venezolana (FMV).

Imagen tomada de: <https://goo.gl/MnwCDB>

Un hecho que vale la pena anotar, y que merecerá un tratamiento especial, es la inmigración de una buena cantidad de médicos de otros países a Colombia, cuya preparación no está acorde con los niveles que se le exigen al médico colombiano y que no conocen a fondo nuestras características geográficas, culturales y la legislación vigente

de nuestro país. La razón fundamental de su empleo consiste en mejorar la posibilidad de un negocio en salud ya que su contratación es por estipendios menores y a término fijo, hecho que se ha generalizado en nuestro país porque se busca un médico cada vez más especializado, más técnico que científico y, poco humanizado.

Clínicas que compran EPS

Semana

Jueves, 5 de julio de 2018 | [Suscribirse](#) | N

NACIÓN | OPINIÓN | ECONOMÍA | VIDA MODERNA | GENTE | CULTURA | MUNDO | TECNOLOGÍA | EDUCACIÓN | DEPORTES | SOSTENIBILIDAD | FOROS SEMANA | EDICIÓN

TENDENCIAS > POLICÍA NACIONAL VIOLENCIA GUSTAVO PETRO CHIRIBIQUETE SELECCIÓN COLOMBIA MUNDIAL RUSIA 2018 ANTANAS MOCKUS JEP VI

SALUD | 13/27/2017 11:43:00 AM



Estos son los dueños de Medimás, los que están pagando la venta de Cafesalud

Imagen tomada de: <https://goo.gl/AzWnRy>





Una de las discusiones más importantes que se han presentado en nuestro país ha sido la integración vertical, por lo que varias de las leyes que se han proclamado para reformar o complementar la Ley 100 de 1993 han versado sobre este tema. Sin embargo, rompiendo todo el esquema que traía la aplicación de la Ley 100, un conjunto de IPS se

han reunido para comprar la EPS más grande de Colombia, con lo cual se pone en riesgo la atención de la población en los sitios donde no hay presencia de esas IPS y vuelve a someter al país a la incertidumbre prestacional derivada de la integración vertical.

Clínicas universitarias

Algunas universidades implementaron, con sus recursos, clínicas para la práctica de sus estudiantes, las que han sido asimiladas por la Ley 100 con resultados diversos. Generalmente en ella los estudiantes rotan de los semestres quinto a décimo, realizando el año de internado en otro tipo de hospitales, como los descritos anteriormente.

En este tipo de clínicas el estudiante se siente generalmente bien supervisado y recibe docencia regular, aunque sus oportunidades de aprendizaje se pueden reducir por las condiciones administrativas dominantes. En estos hospitales no existe una verdadera pirámide de estructura docente.

Hospitales universitarios



Imagen tomada de: <https://goo.gl/2KqkjB>

En general se trata de aquellos hospitales universitarios que lograron sostenerse con la Ley 100. La visión académica domina a la atención y siguen siendo centros de alta calidad prestacional por los equipos de especialistas que allí trabajan

y enseñan. Sus proyectos de desarrollo incluyen a los internos y residentes como actores fundamentales en su funcionamiento. La investigación está inmersa en todo su actuar.

A manera de conclusión

Finalmente, para situarnos en el momento actual podemos decir que las condiciones en la educación superior en Medicina han cambiado puesto que:

- a. El sistema de salud es muy distinto.
- b. Los avances tecnológicos que encarecen enormemente la prestación de servicios.
- c. Los hospitales se han ido separando de las universidades; en general no están dentro del campus universitario.
- d. La crisis económica del Sistema de Salud está repercutiendo en la viabilidad de los hospitales.
- e. La posición y liderazgo del médico, en relación con otros actores de la salud, enfermeras, psicólogos, nutricionistas y terapeutas hace la salud más costosa y dispersa.
- f. La administración en los hospitales ha dejado de ser lo que debería (un gran apoyo) para convertirse en lo principal (es decir, lo misional).
- g. El compromiso con la docencia es marginado, ya que el sistema de salud está acoplado sobre la base de un trabajo en línea por tarea que no deja campo para la docencia y muy difícil para la investigación.
- h. La universidad se ha pegado a este sistema sacrificando sus principios y, en muchas de ellas, se ha convertido en un negocio.



PROPUESTA

Teniendo en cuenta lo anterior, nuestra propuesta para lo que debe ser un hospital universitario en este momento, comprende:

- a. Redefinir las relaciones hospital-universidad.
- b. Redefinir las relaciones entre la universidad y el sistema de salud.
- c. Contemplar los cambios en el tipo de paciente.
- d. Contemplar los cambios en la tecnología.
- e. Contemplar los cambios en las redes de información.
- f. Conceder importancia a la investigación.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Restrepo G and et. Modernización de la educación médica en Colombia a partir de la influencia germano norteamericana. 2014.
2. Definición de hospital universitario del Ministerio de Salud [Internet]. Ley 1164. Artículo 13 Parágrafo 2. Disponible en: <https://goo.gl/RoZLRm>
3. Pérez J, Gardey A. Definición de caridad [Internet]. Publicado 2011. Actualizado 2014. Disponible en: <https://definicion.de/caridad/>
4. Vélez I. la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1935-1965. p. 55- 56. Biblioteca Universidad de Antioquia.
5. Programa Integrado de Salud en Santo Domingo Antioquia. Presentado en el II seminario de Educación Médica de Colombia, 1957.
6. ASCOFAME. I Asamblea de directores de educación graduada de las facultades de Medicina y el Comité de Acreditación de Hospitales. Requisitos mínimos para acreditación de hospitales para el Programa de Internado Rotatorio. 13 enero, 1964. Bogotá, D.C.
7. División de Salud. Universidad del Valle. El Departamento de Medicina Social. Documento de Trabajo. 1970-1971. Programa que seguían los estudiantes. Julio 10. 1970. Cali. Colombia.
8. Vélez I. Historia de la nueva Universidad de Antioquia (segunda parte) y otros temas. Biblioteca Universidad de Antioquia.
9. Escuela de Salud Pública Facultad de Salud. Universidad del Valle. Publicación Científica No. 13. 1ra Edición. Serie. Lecturas Escogidas.
10. Reunión conjunta del Consejo General de Especialidades Médicas y del Comité de Acreditación de Hospitales Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 21, abril, 1967, Bogotá. Acta No. 67.
11. Programa Integrado de Salud en Santo Domingo Antioquia. Presentado en el II seminario de Educación Médica de Colombia, 1957.
12. Restrepo GL, Sabogal, Villa A. Desarrollo de la Salud Pública y de la Seguridad Social en Colombia. Innosalud Ltda. Bogotá, 1998.
13. Guerrero R. Editorial. Lorencita Villegas de Santos [Internet]. Revista Colombiana de Pediatría. 1999; 34(2). Disponible en: <https://goo.gl/RHwwKQ>
14. Hospital General de Medellín. Reseña Histórica [Internet]. Hospital General de Medellín [consultado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/yxUnyX>.
15. Clínica Barraquer [Internet]. Disponible en: <http://www.barraquer.com.co/>
16. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/X9rm2e>
17. Decreto 2470 DE 1968 [Internet]. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://goo.gl/JJhPVn>
18. Ley 9 de 1973 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/JkuKeE>
19. Acto legislativo 01 de 1986. Disponible en: <https://goo.gl/xH1f2f>
