

CLAVES

PARA EL DEBATE PÚBLICO

Bogotá, Colombia, febrero de 2012, número 53

HOSPITAL UNIVERSITARIO

*Un proyecto por fases que consolida espacios para la práctica
y la investigación médica*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

145 años
I n n o v a n d o

unimedios

centro de información

Sumario

Por más de 144 años, la Universidad Nacional de Colombia ha sido pionera de los avances formativos e investigativos de la medicina en el país. En asocio con el Hospital San Juan de Dios, la UN fue el punto de mira del sector salud de la Nación y ahora, 12 años después del cierre del complejo médico, la Institución se plantea como principal objetivo la conformación de una red de hospitales articulada con el Hospital Universitario, para satisfacer las necesidades de formación e investigación de los cerca de 5.500 estudiantes y el cuerpo profesoral de las facultades de la salud en Bogotá.

I. *Antecedentes*

Los primeros hospitales de América fueron construidos por los españoles luego del Descubrimiento. Al igual que las iglesias, y bajo los principios cristianos de piedad por el necesitado, los conquistadores trajeron al Nuevo Mundo el modelo asistencial de enfermos, que llevaba cerca de tres siglos de desarrollo en Occidente y había iniciado con la apertura de centros médicos como el Santo Spirito en Roma o el Hôtel-Dieu en París, explica Henry E. Sigerist¹. De igual manera, se introdujo el milenarismo esquema que inducía a las personas que sufrían dolor físico a acudir a lugares sagrados para buscar ayuda en las deidades y otros espacios en los que solo se trataban soldados heridos o con enfermedades.

Aunque el antecedente más remoto en América data de comienzos del siglo XV en Santa María la Antigua del Darién², el primero en edificarse y mantenerse en pie en este continente fue el Hospital de Jesús en Ciudad de México, obra que dirigió el mismo Hernán Cortés. Cronológicamente, luego aparecieron el Hospital de Santiago de Chile en 1541 y el San Andrés de Lima (Perú), en 1552. El cuarto hospital en ver la luz en este territorio fue el San Pedro de Santa Fe en Bogotá (Colombia), el 21 de octubre de 1564.

Este último fue fundado por fray Juan de los Barrios y Toledo, que funcionó en una casa de su propiedad, ubicada donde hoy figura la carrera 6 entre las calles 10 y 11 en la capital de la República. En 1630 el manejo del recinto pasó a manos de la Orden de San Juan de Dios, mediante edicto real de Felipe III, y en 1723 se ampliaron sus instalaciones con la autorización del Rey de España. En el transcurso del tiempo no solo cambió de administración y de tamaño, sino de nombre: primero como San Pedro, luego como Jesús, María y José, para finalmente tomar la misma denominación de la comunidad religiosa que lo dirigía³.

Luego de un periodo de más de un siglo en el que hombres ilustres como Simón Bolívar y Francisco de Paula Santander tomaron decisiones que incidieron en su transformación, en 1865 cobró vida la idea de crear un espacio de aprendizaje para los médicos colombianos, cuyo gestor fue Antonio Vargas Reyes⁴. Apenas se cristalizó

¹Famoso médico e historiador suizo, radicado en Norteamérica desde la década del 30. Fundador de la escuela moderna de análisis sociológico de la historia de la medicina. Docente e investigador de la Universidad Johns Hopkins, difusor de la medicina soviética y del mundo occidental. Iniciador de las corrientes de la medicina social en Estados Unidos y un notable personaje del mundo de la docencia y la investigación dentro de este campo de las ciencias. Tomado de: Beldarrain Chaple, Enrique. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. En: *Revista Cubana de Salud Pública* 28, La Habana, 2002, p. 62.

²Ver más en: Cuadernos hispanoamericanos, volúmenes 567-570, Madrid, 1997.

³Patiño Restrepo, José Félix. El hospital, una institución social única. En: *Revista Colombiana de Cirugía* No. 9, Bogotá, 2006, pp. 2 y 3.

⁴Primer Rector de la Universidad de los Estados Unidos de Colombia, hoy Universidad Nacional de Colombia, en el pe-



Archivo particular

este proyecto, ganó adeptos y aliados estratégicos. “Al conocer la organización de la Escuela y sus posibilidades económicas, Tomás Castellanos como presidente de la Comisión Inspectorada del Hospital de Caridad de San Juan de Dios propuso al Consejo Directivo la fusión de las dos instituciones, con lo que se dio inicio a una unión indisoluble entre la Escuela Médica y el hospital, que continuaría hasta los albores del siglo XXI”⁵.

Dos años más tarde, el presidente Manuel María de los Santos Acosta Castillo, doctor en Medicina y Cirugía del Colegio Nacional de Bogotá, fundó la Universidad de los Estados Unidos de Colombia, mediante la Ley 66 de septiembre de 1867. La nueva institución se integró con varias unidades académicas existentes en la ciudad, entre ellas la Escuela de Medicina y una parte del Hospital San Juan de Dios.

El 31 de diciembre de ese año se firmó un convenio entre la institución educativa y el Gobierno, que se comprometió a pagar el sueldo del cuerpo médico y de las enfermeras, así como a realizar reparaciones locativas en el edificio de la Facultad de Medicina. Desde ese momento empezó el “matrimonio” entre lo que es hoy la Universidad Nacional de Colombia y el Hospital San Juan de Dios.

Si bien tres años más tarde la administración del centro hospitalario pasó a manos de la Junta de Beneficencia, la Universidad mantuvo su nexo con el establecimiento en lo relacionado con la atención de pacientes y la formación. Producto de este trabajo académico, al final del siglo XIX e inicios del XX, la disciplina médica en el país se vio

riodo de 1867 a 1872.

⁵Ver más en: http://www.medicina.unal.edu.co/GestionCalidad/Historia/06_Escuela_privada.pdf



Antonio Ramírez Soto, profesor emérito de la UN, decano de la Facultad de Medicina entre 1984 y 1988 y ex director del Hospital San Juan de Dios.

fortalecida por la contribución de la UN. Por ejemplo, durante la Guerra de los Mil Días se abrió un laboratorio y se ofrecieron clases de bacteriología⁶. Anteriormente, desde 1881 ya se enseñaba toxicología en la UN.

El gestor de estas aperturas fue el médico Roberto Franco, educado en París, quien le dio forma al Laboratorio Rockefeller⁷, en Restrepo (Meta), en 1934. Dos años más tarde, con la promulgación de la Ley Orgánica, se agruparon todas las escuelas en el actual campus, incluyendo la de Medicina. En 1954, la Universidad Nacional de Colombia y el Hospital San Juan de Dios (SJD) firmaron un convenio docente-asistencial.

El final de la década del 70 marcó el futuro del centro hospitalario. En 1977, el Ministerio de Salud lo intervino por problemas económicos y dos años más tarde revivió con la figura de Fundación San Juan de Dios, creada con la Institución en el siglo XVI, nombrando a los integrantes de su junta directiva: Ministro de Salud, Gobernador de Cundinamarca, Alcalde de Bogotá, Gerente de la Beneficencia, representante del Rector de la Universidad Nacional y representante de la Curia, así como el Síndico y el Director del hospital.

⁶Miranda Canal, Néstor. La medicina en Colombia. De la influencia francesa a la norteamericana. En: *Revista Credencial Historia*, tomo III, Bogotá, enero-diciembre de 1992.

⁷Convertido en el Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco (IRF) en 1947, se integra a la Universidad Nacional de Colombia en 1963. Tomado de: <http://www.ciencias.unal.edu.co/unciencias/web/dependencia/?itpad=0&niv=0&itact=287&ti=false&dep=15>

II. Última etapa del San Juan de Dios

Consultado por *Claves para el debate público*, Antonio Ramírez Soto, profesor emérito de la UN, decano de la Facultad de Medicina entre 1984 y 1988 y ex director del Hospital San Juan de Dios, afirma que esta institución fue el eje de la producción médica y de atención en salud del país. “De allí son los egresados más reconocidos del país, generamos programas interrelacionados con la UN y concentramos una gran cantidad de carreras que se practicaban en el San Juan de Dios. Todo en función de la salud, la promoción, la atención y la rehabilitación”.

Asegura que el San Juan de Dios se constituyó en el principal ejemplo nacional de Hospital Universitario (HU), modelo surgido en el siglo XVII en Estados Unidos y consolidado a partir del último tramo del siglo XIX con la apertura del Johns Hopkins Hospital, en Baltimore, y la Mayo Clinic, en Rochester, ambos pertenecientes a instituciones de educación superior. “Estos centros concentraron gran cantidad de pacientes y enfermos, pero a diferencia de sus predecesores europeos, dieron un decidido salto a la modernidad constituyéndose en enormes centros de tecnología, innovación y desarrollo científico permanente”⁸.

En el mundo y en Colombia, dicho esquema de atención a los pacientes fue innovador porque reunió los programas formativos de las diferentes disciplinas relacionadas con la salud y la investigación en un mismo sitio (hospital universitario), con la finalidad de mejorar la atención de los usuarios y resolver los retos médicos que ofrece una sociedad, precisa Ramírez Soto.

El médico recuerda que en el hospital se lograron hitos académicos que trascendieron las fronteras en los campos de la pediatría y la atención a los niños, como fue la creación del programa Madre Canguro. Mencionó la apertura de la Clínica del Dolor, la realización de los primeros estudios en el país sobre el comportamiento de las personas en todas las edades, el primer trasplante renal en América Latina (realizado en la década del 70 del siglo XX) y la creación del Instituto de Inmunología, con importantes avances en este campo.

Ramírez Soto cuenta que, con el apoyo de la Facultad de Ciencias de la UN, en el centro hospitalario se crearon líneas de investigación en epidemiología, se trabajó en farmacología y en la introducción de intervenciones ambulatorias que permitieron incrementar la rotación de los pacientes y evitar su hospitalización forzosa. En estos procesos participaban activamente profesores, residentes y estudiantes de la UN.

Al ser de cuarto nivel, el San Juan de Dios registraba una intensa actividad y funcionaba las 24 horas del día durante todo el año, pese a las dificultades económicas presentadas debido a que el situado fiscal⁹ (rubro que otorgaba el 90% del presupuesto a la institución) apenas alcanzaba para cubrir los gastos de funcionamiento, ya que algunas de las instituciones miembro –como la Beneficencia– no habían aportado recursos desde 1983. Esta situación generaba déficit permanente.

El ex Director del SJD recuerda, por ejemplo, que en 1992 el hospital atendió un total de 180 mil pacientes, realizó 600 consultas especializadas diarias y recibió 38 mil personas en urgencias, casi la mitad con traumas de alta complejidad. Asimismo, se practicaron más de 10 mil cirugías mayores, de las cuales 430 correspondieron

⁸Unidad de Medios de Comunicación - Unimedios, Universidad Nacional de Colombia. Hospitales universitarios. Modelo de vanguardia en la prestación de servicios de salud en el mundo. En: *Claves para el debate público* No. 18, Bogotá, octubre del 2008.

⁹El otro 10% del presupuesto del Hospital San Juan de Dios provenía de la venta de servicios médicos, por medio de las tarifas que pagaban los pacientes según sus ingresos.



Álvaro Casallas Gómez, último director del Hospital y de la Fundación San Juan de Dios.

a neurocirugía (tumores, aneurismas y otros), y se ofrecían servicios de imágenes diagnósticas, de laboratorios especializados y atención domiciliaria.

Asegura que durante su administración propuso a la Junta Directiva del hospital la creación del Centro Nacional Hospitalario, que constituiría una red de seis centros de atención médica (Instituto de Cancerología, La Samaritana, La Misericordia, Materno Infantil, San Juan de Dios y Santa Clara). Si bien se logró un acuerdo de voluntades de los directores, el apoyo económico y de donación de equipos del Gobierno francés y la elaboración de un documento Conpes que avalaba su construcción, la iniciativa no tuvo eco en el Legislativo, donde se hundió.

Para el médico, de haber sido aprobado este proyecto¹⁰, se hubiese garantizado la sostenibilidad económica del sector salud del país y facilitado la aplicación del esquema de economía de escala. Ello habría permitido, entre otras acciones, la realización de compras en grupo y no individualmente, como ocurría en ese momento, generando rebajas en los costos de los productos adquiridos por las entidades vinculadas a la red.

Gracias a la calidad de la institución, durante este periodo se presentó un crecimiento amplio de la oferta de servicios médicos y de atención a otros segmentos de la población en condiciones de vulnerabilidad, entre ellos los grupos indígenas, los presos y los pacientes provenientes del exterior. De igual manera, se produjo un aumento en la demanda de atención, que requirió, por ejemplo, el montaje de 25 salas en la unidad renal y diálisis.

¹⁰Propuesto por la Oficina de Planeación y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia.

Sin embargo, la capacidad de respuesta fue limitada debido a los factores mencionados con el rubro de situado fiscal. “Hubo compromisos de parte de la Alcaldía y la Beneficencia que no se cumplieron a tiempo”, argumenta Ramírez Soto.

A la hora de señalar responsabilidades por el cese de actividades, explica que mientras la UN “cumplió” al ofrecerles a los usuarios un servicio de alta calidad prestado por un cuerpo médico idóneo, al Estado local, departamental y nacional le faltó “tomar la decisión de no cerrar”, a sabiendas de que el hospital era de ellos. No hicieron caso, señala, y permitieron que desapareciera al igual que ocurrió con el Hospital Federico Lleras Acosta. Otra de las causas, además, fue la proliferación de hospitales del sector privado, lo que ocasionó el “rozamiento” de varios modelos.

Para Álvaro Casallas Gómez, último director del Hospital y de la Fundación San Juan de Dios, la introducción de la Ley 100 de 1993 se presentó en un momento de cambio del país que venía de estrenar constitución política, lo que provocó “una transformación de fondo” que obligó a las instituciones a adaptarse, para lo cual debían ser “eficientes y productivas”. Este modelo rompió con el tradicional esquema en el que el Estado suministraba enormes presupuestos a los centros hospitalarios.

Asegura que los cambios debieron afrontarse en lo administrativo, en el modelo de atención a los pacientes y en las relaciones laborales, lo que implicó el desmonte de una serie de beneficios ganados en el pasado como la retroactividad de las cesantías, la pensión a los 20 años de servicio y la readecuación física de las instalaciones.

En 1995, con el apoyo del ministro de Salud, Alonso Gómez, se obtuvieron los recursos internos y externos que permitieron adelantar obras de readecuación del edificio. Ello significó remodelar la zona de hospitalización con la instalación de 98 camas en el octavo piso, reparar las instalaciones eléctricas y sanitarias, así como la compra de equipos de cirugía, resonancia, tomografía y de otro tipo por valor de 46.000 millones de pesos.

Casallas comenta que entre enero de 1994 y julio de 1997, cuando terminó su gestión al frente del SJD, el hospital alcanzó una facturación cercana a los 37.000 millones de pesos. “Eso se hizo con el esfuerzo de todos y ahí estaba la Universidad. Algunas personas no se adaptaron a las nuevas circunstancias y hubo que prescindir de sus servicios. Pero una gran mayoría, inclusive de docentes, vieron la oportunidad de mejorar su condición; se crearon cooperativas y ellos recibían incentivos”, indica.

Para el directivo, si bien el futuro del hospital tenía perspectivas, se presentaron “políticas equivocadas” con la entrada masiva del Instituto de Seguro Social y el retiro de la contratación con el Distrito Capital, que representaba casi el 60% del presupuesto total durante su administración. Reseña la falta de diálogo con los trabajadores como un factor que incidió en el desenlace conocido, en 1999: “Nadie puede decir que no tuvo algo de responsabilidad”, sostiene.

“Hubo dos factores muy difíciles para el hospital: la contratación y las relaciones conflictivas con los señores del Sindicato, con acciones de fuerza como sacar a un ex ministro a empellones a la carrera décima, entre otros hechos similares, que terminaron en el cierre del hospital y contratación sin realizar”, recuerda.

En julio del 2000, por llamado de la Procuraduría y el Ministerio de Salud, Álvaro Casallas volvió a la Institución que en ese momento se encontraba cerrada, sus empleados no tenían salarios y estaban a la deriva. Puso tres condiciones: una reestructuración, la utilización de los recursos para hacer la reformulación y la operación por tres meses de una parte del hospital.

Paralelamente, se le presentaron al Ministro de Trabajo fórmulas para mantener operaciones en tres escenarios: 700 camas, 300 y 200. La propuesta se presentó

en octubre del 2000 y no hubo acuerdo entre las partes. Renunció porque no cumplieron.

Más adelante, la ministra de Salud, Sara Ordóñez Noriega, resolvió negociar con Codensa el retiro del servicio de la luz, mientras el Distrito reubicó a los últimos pacientes que allí permanecían. “Nadie dijo que lo habían cerrado, simplemente le quitaron la energía y dejó de funcionar, tal como está hoy”, asegura el ex director de SJD. Incluso, en un momento dado, la misma funcionaria propuso edificar un complejo de viviendas de interés social en ese lugar.

Desde su visión, a la comunidad universitaria de la UN le faltó determinación para hacer presencia y evitar el hecho. “Se acordaron tarde”, puntualiza Casallas Gómez.

III. *Proyecto Hospital Universitario*

Fernando Viviescas Monsalve, profesor y vicerrector de la Sede Bogotá de la UN entre abril del 2003 y mayo del 2006, dijo haber vivido varios dilemas cuando asumió el cargo: como educador, por ser responsable de la formación de los estudiantes de Medicina y por mantener la autonomía académica de la Institución, interrumpida, según su visión, porque se dependía de las negociaciones para conseguir los sitios de práctica. Y como ciudadano urbanista, porque el cierre del complejo del San Juan de Dios era una situación “inaceptable, pues la ciudad no puede darse ese tipo de lujos, y menos cuando afecta a la Universidad”.

La UN planteó la necesidad de pronunciarse con respecto a la clausura de un hospital de 600 camas y las consecuencias académicas, económicas y sociales que esto conllevaba, así como a la pérdida ocasionada en la relación que se tenía con la ciudad como productora y demandante de conocimiento.

Sin embargo, la Universidad “no tenía manera de incidir” en la reapertura rápida del San Juan de Dios y, ante la indiferencia de autoridades y sectores dirigentes frente al tema de la educación, la Vicerrectoría y la Rectoría, en cabeza de Marco Palacios Roza, decidieron enfocarse en la búsqueda de un lugar para las prácticas médicas. Pusieron el ojo en la Clínica Santa Rosa, que para la época también estaba cerrada. El Consejo Superior Universitario aprobó su compra.

“Sabíamos que no bastaba con reactivarla y ponerla a funcionar. Si nos comprometíamos a adquirir esta clínica, debíamos hacerlo con la perspectiva de convertirla en una institución moderna, acorde con el momento histórico de la medicina, la ciencia y la investigación. Pensábamos crear un sistema hospitalario que revolucionara la forma de enseñar la medicina”, comenta Viviescas Monsalve.

El ex Vicerrector tenía la responsabilidad de elaborar el Plan de Regularización y Manejo del campus de Bogotá, lo cual favoreció la idea de construir un complejo en varias vías: edificarlo en áreas disponibles del campus o terrenos aledaños, por ejemplo donde se ubica el Instituto Agustín Codazzi o Ingeominas, o hacerlo afuera, en el espacio de la Clínica Santa Rosa.

La gerencia del proyecto Clínica Santa Rosa fue delegada a Fernando Betancur, profesor de la Facultad de Medicina y ex director de los hospitales San Carlos y San Pedro Claver, quien asegura: “La compra del edificio tenía un trasfondo filosófico, y era recuperar la Escuela que se estaba perdiendo ante la dispersión de los estudiantes en la ciudad”.

Al hacer un balance de los tres años que duró su gestión, destaca que al proyecto se le invirtieron más de 5.000 millones de pesos y en su montaje colaboraron más de 200 personas. “Participaron la mayoría de facultades de la UN, así como un gran



Fernando Viviescas Monsalve, vicerrector de la UN en Bogotá entre abril del 2003 y mayo del 2006.

número de consultores externos”, explica.

Para Betancur, luego de pensar que su hospital debía ser necesariamente el San Juan de Dios, la Universidad dio un gran paso con el proyecto Hospital Universitario. Por eso hay que defenderlo desde todo punto de vista, pues la apertura del complejo médico SJD puede durar entre 5 y 10 años: “Que las facultades de la salud tengan un sitio de práctica propio no da espera”, afirma.

Juan Manuel Arteaga Díaz, profesor de la UN y ex director científico del proyecto HU, explica que el montaje tuvo como punto de partida la necesidad de contar con un espacio propio para las prácticas de los estudiantes de las facultades de la salud, y para realizar investigación médica, interrumpida desde el cierre del Hospital San Juan de Dios.

El primer paso consistió en elaborar un diagnóstico interno que permitiera responder al por qué, para qué y cómo del proyecto. Con estos datos se estableció el tamaño, que debía facilitar el accionar de 5 mil estudiantes y las especialidades médicas, con lo que se realizó un portafolio de servicios. El segundo paso fue un diagnóstico externo para conocer las necesidades de prestación de servicios de salud en la ciudad, el departamento y el país.

Mediante el análisis de la información recolectada se determinó la capacidad requerida, el planeamiento arquitectónico y un portafolio externo de servicios. “Necesitábamos entre 270 y 300 camas, consultorios, servicios ambulatorios y unidades de apoyo y diagnóstico, suficientes para albergar permanentemente al menos 1.100 estudiantes del área de la salud y solucionar los problemas de intercambio con



Fernando Betancur, profesor de la Facultad de Medicina y ex director de los hospitales San Carlos y San Pedro Claver.



Juan Manuel Arteaga Díaz, profesor de la UN y ex director científico del proyecto HU.

otras universidades. Asimismo, para concentrar la investigación clínica, dispersa en todos los hospitales de Bogotá. La idea era darle forma a la escuela de salud, sobre todo la de medicina, desdibujada desde hace 12 años”, explica el docente.

Adicionalmente, asegura Arteaga, se avanzó en la escogencia de la naturaleza jurídica del hospital, la vinculación laboral y la identificación de posibles fuentes de financiación para la obra, cuyo costo ascendía a 195.000 millones de pesos.

Asegura que el proyecto fue respaldado por representantes a la Cámara por Bogotá, quienes prometieron incluirlo en el Plan de Desarrollo. Así lo reseñó la *Agencia de Noticias UN* el 18 de abril del 2007: “Me parece interesante que se esté proyectando un hospital universitario, pues estas instituciones han desaparecido en nuestro país. Vamos a dar la lucha en el Congreso por lograrlo”, dijo Wilson Borja, representante del Polo Democrático Alternativo. Por su parte, David Luna, del movimiento Por el País que Soñamos, se mostró partidario de apoyar este proyecto: “Cuenten con nosotros en este proceso”.

Si bien la propuesta se incluyó en el Plan Nacional de Desarrollo, el artículo fue demandado y se excluyó del plan plurianual de inversión de la Nación.

En el 2008, el CSU aprobó el proyecto de HU, que “estará en condiciones de realizar cerca de 450.000 consultas, 20.000 cirugías y 15.500 egresos hospitalarios, es decir, aquellas personas que son hospitalizadas y les dan salida”¹¹.

Sin embargo, explica que los responsables del proyecto entraron en “contradicción abierta” con las directivas de la Universidad en temas de política hospitalaria: los primeros planteaban que debía operar como una fundación privada universitaria, y los segundos se inclinaban por darlo en concesión a un tercero. “Esa discusión nunca se resolvió, y a pesar de llegar hasta el límite constructivo, no se avanzó”, afirma el docente. En el primer semestre del 2008, el vicerrector de Sede, Fernando Montenegro, nombró al médico Álvaro Casallas Gómez para que dirigiera el proyecto. Él planteó que se abrieran las instalaciones como estaban sin desmedro del proyecto general. Propuso hacer el reforzamiento estructural del edificio gradualmente, valiéndose de las técnicas modernas no invasivas, y la consecución de recursos para su funcionamiento.

La profesora Juanita Montoya Galvis, actual directora del proyecto de inversión del HU, cuenta que ante las dificultades para obtener la totalidad de los recursos, en enero del 2010 el CSU aprobó su continuidad, pero en cinco fases: hacer la apertura de la infraestructura actual, construir un edificio para consulta externa y otras especialidades, otro para quirófanos, otro para servicios de investigación de alta tecnología en salud y vida, y otro para estacionamientos y el área administrativa.

“Son etapas que no necesariamente tienen ese orden. Vamos a abrir la infraestructura, pero hemos avanzado en el tema de investigación”, explica. En el primer semestre del 2010 se compró el lote aledaño a la Clínica Santa Rosa, que también pertenecía a Cajanal, por un costo de 15.600 millones de pesos”. La docente puntualiza que estos avances van unidos a otros proyectos como el Parque Científico y Tecnológico¹², que adelanta la UN en Bogotá.

Con base en la decisión del CSU, el proceso se enfocó en la infraestructura actual. Ello significó buscar un aliado que aportara recursos, y al revisar las alternativas

¹¹Barragán Duarte, José Luis. *Habemus Hospital Universitario*. En: *UN Periódico* No. 111, mayo del 2008.

¹²El Parque Científico y Tecnológico (PC&T) es un espacio en el cual confluyen diferentes sectores de la sociedad (académico, productivo, estatal, privado), con el objetivo común de incrementar la competitividad, generar bienestar y riqueza social mediante la apropiación social de la ciencia y la tecnología y la realización de investigación e innovación. Tomado de: <http://www.unal.edu.co/extensibog/adjuntos/presentaciones/16.pdf>



encontraron que “la más favorable era la que proponía Cafam”. En junio del 2010 se firmó un convenio marco para abrir el hospital, y posteriormente se elaboró el estudio de factibilidad.

El profesor Casallas Gómez cuenta que se reunió con los directivos de la caja de compensación para explicarles cómo debía ser el funcionamiento del hospital, enmarcado en el estilo universitario y diferente a los de la red distrital.

Para Montoya Galvis, entre los aspectos más favorables de la asociación con Cafam se destacan la garantía de la presencia de pacientes y el flujo de recursos, factores que evitan la tenencia de cartera, el retraso en los pagos y aseguran la sostenibilidad financiera en el mediano plazo. A finales del 2011 se aprobó el estudio que contiene capítulos sobre mercadeo, jurídica y operación; este último incluye el portafolio de servicios, modelo de atención y modificaciones a la planta física.

Paralelamente, se ha desarrollado la negociación con la Caja, plasmada en el Convenio Especial de Asociación. Montoya confirmó que se viene construyendo el cronograma de actividades y se prevé la apertura de servicios en dos etapas: la primera con tres quirófanos para cirugía ambulatoria de baja complejidad e imágenes diagnósticas, y la segunda con el resto de servicios.

Respecto a los cuatro lotes donde se construirá el complejo, la UN decidió emprender el plan de regularización y manejo para que estén listos cuando se haga el Plan de Renovación Urbana del CAN, proyecto de los gobiernos nacional y distrital. En esencia, el HU tendrá 232 camas en 22 mil metros cuadrados.



Juanita Montoya Galvis, actual directora del proyecto de inversión del HU.

San Carlos, HU y otros

Cuando asumió la Vicerrectoría de Sede, el 18 de junio del 2009, el profesor Julio Esteban Colmenares Montañez encontró que la relación de la Universidad Nacional de Colombia con los hospitales se daba principalmente de dos formas.

Primero, se había firmado un convenio de riesgo compartido o *join venture* con la Fundación Hospital San Carlos, por el que la UN ejercía la operación científica de la Clínica Carlos Lleras, lo que facilitaba las prácticas y el desarrollo de investigaciones en algunas áreas. La segunda era el proyecto de Hospital Universitario que se desarrollaba en la Clínica Santa Rosa y del cual, asegura, no existía certeza sobre si el Consejo Superior Universitario había escogido alguna figura jurídica para continuar el proceso.

“El proyecto con la Clínica Carlos Lleras presentaba altibajos durante su desarrollo, siendo el punto más crítico cuando la fundación solicitó la liquidación del contrato, hecho que no sucedió porque la UN no accedió”, acentúa el Vicerrector. Esta decisión permitió que la asociación se extendiera por un par de años más, hasta que fue cancelado por falta de flujo de capital. Más tarde se firmó un convenio de docencia y servicio para la realización de prácticas.

Colmenares aclara que no solo hubo problemas económicos sino un ambiente hostil por parte de la Fundación Hospital San Carlos. “Nunca hubo trato amistoso con la Universidad: ni con directivos, ni profesores, ni estudiantes. Esto desencadenó la decisión unilateral de la fundación, administradora del proyecto, de cerrar los



servicios el 8 de junio del 2011. Se produjo un movimiento estudiantil motivado por el tema del hospital universitario y como resultado no se ejecutó el segundo semestre académico en la carrera de Medicina”.

Respecto al proyecto de HU señala que, ante la indefinición de una figura jurídica y la inexistencia de un inversionista que aportara recursos y manejara el hospital, la UN inició diálogos con otras entidades como Cafam y la IPS de la Universidad de Antioquia.

Se firmó un acuerdo de voluntades entre la Institución y la caja de compensación, se realizó un estudio de prefactibilidad, se definió el modelo de trabajo y la Universidad adelantó estudios para readecuar las instalaciones para su apertura. Adicionalmente, se diseñó un modelo de docencia y servicio avalado por las facultades de la salud y ciencias básicas de la UN, y está pendiente su presentación en el Consejo de Sede para su aprobación. Cafam deberá hacer lo mismo con su junta directiva.

El profesor Colmenares Montañez indica que los diálogos adelantados con los estudiantes desde antes de la cancelación del semestre continuaron y se lograron reanudar las clases en posgrado. Ante esta situación, el Vicerrector de Sede asegura: “Los espacios y condiciones están dados para atender dichos asuntos. Mientras se concreta el proyecto de Hospital Universitario, tenemos que seguir realizando las prácticas a través de convenios”.

En este punto, explica que la UN ha firmado cerca de 150 alianzas con instituciones médicas del país, pero son alrededor de diez las que concentran el mayor volumen de estudiantes y profesores, ubicados en los principales hospitales de la capital de la República. Durante el primer semestre del 2012 se prevé que se mantenga este



Julio Esteban Colmenares Montañez, vicerrector Sede Bogotá.

esquema y se den los últimos pasos antes de poner en funcionamiento la Clínica Santa Rosa, a final de año.

Respecto al proyecto presentado por el Alcalde de Bogotá de reabrir el Hospital San Juan de Dios, el Vicerrector indica que la UN está gestionando la unión de esfuerzos de las diferentes instancias académicas de la Institución para plantearle una propuesta única al cuerpo de trabajo del primer mandatario de la ciudad.

“Estamos interesados en acompañar el proceso por los aspectos sentimentales y prácticos que representa para la UN, pues este hospital está asociado a la Universidad y nosotros a ella. El espacio nos lo merecemos, pero debemos demostrar que sabemos cómo atender la solicitud. Tenemos que desempeñar un papel activo y liderar el proyecto, cuyos diseños pueden durar tres años y la construcción otros tres”, comenta. Paralelo al proyecto del HU, en el 2008 la Universidad planteó la idea de crear una red en la cual la Clínica Santa Rosa sería la cabeza de un circuito de prestación del servicio, al que se añadirían otros establecimientos hospitalarios en el centro, sur y occidente de la capital. La necesidad de hacer negociaciones con entes autónomos y privados condujo la mirada hacia la red, con enfoque en el SJD y el Materno Infantil.

El profesor Casallas Gómez, quien estuvo al frente de la propuesta, asegura que este tipo de emprendimientos implican inversión de recursos: “Con el tiempo, la UN ha ido aprendiendo que ese es el camino a seguir”.



Carlos Alberto Agudelo, decano de la Facultad de Medicina.

Modelo de convenios

La UN renovó el modelo de realización de convenios docencia-servicio con los hospitales para prácticas, confirma Carlos Alberto Agudelo, decano de la Facultad de Medicina. Señala que con la aprobación del Decreto 2376 de 2010, la Institución puede convenir asociaciones con los centros médicos por un periodo de diez años, sin que se cree una persona jurídica nueva y bajo el cumplimiento de una serie de reglas, hecho que antes no sucedía.

Según el directivo, ahora se establece un esquema de gobierno que regula las relaciones entre las entidades firmantes y vela por que se respete lo pactado. Igualmente, se garantiza la autonomía de las partes y se delega la administración del hospital a la IPS –autorizada por ley para hacerlo–, y no a la Universidad.

“Con el decreto, modelo mínimo, se crea un Comité de Docencia y Servicio que se aplica a todas las instituciones que no son nuestras. Le agregamos la unidad de gestión docencia-servicio para tratar lo cotidiano. En la asociación se requiere de un esquema de gobierno más fuerte”, sostiene.

Como característica principal, el Decano señala que “este modelo se piensa como una alianza a largo plazo”, diferente al anterior (Decreto 190 de 1996). Agrega que si bien en su construcción se recogieron elementos del esquema pasado, en el vigente se definen las responsabilidades y necesidades puntuales de cada facultad.

La UN ha firmado entre 10 y 12 convenios centrales con hospitales públicos y privados que cubren a la mayoría de los estudiantes, principalmente con la Fundación San Carlos, la red distrital de salud (Tunal, Kennedy, Simón Bolívar, Engativá y Meissen,



entre otros) y el Hospital de la Misericordia, la Clínica Méderi, y los hospitales de la Policía y Militar.

El profesor Agudelo subraya que, desde que se cerró el SJD, los convenios son importantes para el quehacer de las facultades de salud. No obstante, advierte que se pueden prorrogar automáticamente o cancelar si existen motivos, y que aunque la Universidad tuviera un hospital propio, no habría forma de cubrir toda su demanda formativa y de investigación.

“Si bien la tenencia de un lugar propio permitiría ‘operar como una escuela’ y concentrar los esfuerzos en un solo lugar, en las actuales circunstancias, con profesores y estudiantes dispersos, se hace difícil incidir en el funcionamiento de la institución”, reconoce. Por eso, es necesario precisar las reglas por medio de convenios.

Estas alianzas han permitido mantener el trabajo académico de la facultad, pese al traumatismo causado por la Clínica Carlos Lleras. “Finalmente, en ese proceso se llegó a un acuerdo político con la Alcaldía y la Secretaría de Salud para mejorar las relaciones y encontrar más claramente sitios donde podamos resolver el problema”, asevera.

Reafirma que se han dado todos los pasos para reiniciar actividades en el primer semestre del 2012 y los diálogos con los estudiantes han continuado, mientras las relaciones con la Secretaría son mejores.

Sobre la idea de reabrir el San Juan de Dios, manifestó que la facultad estará pendiente de escuchar los planteamientos del Alcalde y de participar en el proyecto. Sin embargo, considera que se debe estudiar el caso: “Comprendemos bien la magnitud de los problemas existentes, por lo tanto, tener un Hospital Universitario no puede depender de que lo reabran”.



José Félix Patiño Restrepo, ex rector de la UN.

Conclusiones

Los consultados por *Claves para el debate público* coinciden en advertir que la carencia de un sitio propio de prácticas ocasiona dificultades a cualquier universidad que tenga facultades de ciencias de la salud, así como “pérdida de escuela”, entendida como el estilo, sello o marca de cada institución que imparte un saber.

Para el médico José Félix Patiño Restrepo, ex rector de la UN y miembro de la Academia Nacional de Medicina, la Universidad debe tener un hospital escuela de tercer nivel que le permita aglutinar la formación y la investigación en la mayor cantidad de áreas médicas. Agregó que, independiente de que sea propio o alquilado, se debe contar con un lugar de 600 o más camas para responder a las necesidades de los estudiantes y profesores, pues “la misión de la Universidad es formar y no administrar hospitales”.

En ello coincide Álvaro Casallas Gómez, ex director del San Juan de Dios y ex gerente del proyecto de HU, quien afirma que no se puede concebir una escuela de medicina sin hospital universitario. “La importancia para las áreas de la salud de tener campos de práctica, formación, investigación y extensión en los hospitales es un hecho consolidado universalmente. Hacer una facultad de medicina sin hospital es una utopía”.

En su opinión, esta situación afecta a los estudiantes porque les impide realizar la práctica clínica orientada por sus formadores, y a los docentes porque no interactúan con sus alumnos y se pierde la discusión de los casos. Reitera que hay una diferencia

entre el hospital asistencial y el universitario, siendo el primero donde se hacen prácticas, muchas veces con la reticencia del personal de dichas instituciones, y el segundo donde se educa e investiga.

“A veces hay conductas que el mismo personal médico no comparte con los profesores. Entonces, ¿qué hace el estudiante?, ¿qué camino toma? Desde ese punto de vista, es importante tener en cuenta que la pérdida para el estudiante es, ni más ni menos, la formación que le ofrece una escuela, entendida como los procedimientos y procesos que la caracterizan”, explica Casallas Gómez.

En esta misma línea se refiere Juan Manuel Arteaga Díaz, ex director científico del proyecto de Hospital Universitario de la UN, al señalar: “Los hospitales universitarios son entes de formación paradigmáticos, tanto en el nivel profesional como posgradual, porque son los sitios donde la investigación florece. Los grandes centros hospitalarios universitarios son los productores de la investigación y del conocimiento en el mundo”.

Invitó a las directivas de la UN a actualizar los costos y gestionar recursos internos o externos para la construcción y puesta en marcha, en el tiempo más breve posible, del proyecto Hospital Universitario. Así, la Institución podrá ponerse al nivel de las otras IES públicas y privadas con facultades de ciencias de la salud que ya tienen su propio centro de prácticas.

“La lucha por el Hospital Universitario no es únicamente de los estudiantes de Medicina. Es de toda la universidad pública del país porque, entre otros asuntos, dejar sin una opción de educación pública en Medicina a una subregión como Bogotá, que tiene la cuarta parte de la población colombiana, podría significar un retroceso enorme en la educación superior pública de Colombia. No queda ninguna IES pública donde se pueda estudiar en un área que comprende más de 10 millones de habitantes”, advierte.

Respecto a la reapertura del San Juan de Dios y a lo que implicaría en términos de inversión, ya que muchos la estiman en varios billones de pesos o equivalente al precio de una línea del Metro¹³, Antonio Ramírez Soto, ex decano de la Facultad de Medicina de la UN y ex director del San Juan de Dios, considera que “la salud no tiene precio. El metro es el metro y la salud es la salud. Muchas veces, si no hay salud, no hay metro, una persona enferma no lo usa. Son complementarios, pero no comparables”.

Hizo un llamado al alcalde de Bogotá, Gustavo Petro, para que conmine a la UN a encabezar el proyecto de reapertura del complejo médico, teniendo en cuenta su trayectoria y conocimiento de la entidad. Asimismo, recomendó realizar un estudio profundo de las normas que rigen el sistema de salud para que el proyecto se adapte y garantice su sostenibilidad.

Por su parte, Julio Esteban Colmenares Montañez, vicerrector de la UN en Bogotá, sostiene: “Que se vuelva realidad un proyecto de estos le interesa a la sociedad colombiana y a la Universidad, en particular por la oportunidad que tendríamos de participar con todo nuestro equipo desde las diferentes disciplinas. No es para revivir el antiguo San Juan de Dios, porque ese modelo fracasó; se tiene que traer la medicina del siglo XXI a Colombia. Si es para algo así, desde luego que es un gran proyecto de país”.

El Vicerrector llama la atención del Gobierno nacional por su desinterés en la formación de sus profesionales. “No se la está jugando por tener universidades de

¹³Gómez, Lucevín. Reapertura del Hospital San Juan de Dios cuesta casi una línea de metro. En: *El Tiempo*, 19 de noviembre del 2011.

alta calidad. No veo un proyecto del Estado en el que se quiera tener un sistema universitario organizado. Esto es necesario para poder contar con universidades de altísima calidad internacional”.

Para el docente, la situación es crítica por el importante papel que desempeñan los médicos en la sociedad, y el Estado “no ha reconocido” que los profesionales necesitan entrenarse en sitios adecuados, lo que produciría ahorros al sistema. “Existe evidencia de que los HU son más exitosos en la curación de sus pacientes. Una operación puede costar más, pero la persona no vuelve a entrar al hospital, pues queda curada, mientras en otra clase de hospitales la intervención es más económica pero el paciente debe ingresar varias veces, al no haber sido resuelto su problema”, afirma.

Para Fernando Betancur, el proyecto tiene futuro en la medida en que se constituya una corporación o fundación de la que la UN sea su benefactora y socia principal. Respecto a la financiación, considera que esta idea “puede venderse fácilmente” en el exterior y se deben conseguir recursos públicos o privados, internos o externos.

“Es una vergüenza pública para el Estado colombiano que la principal facultad de medicina del país no tenga un hospital universitario. Aún así, aunque con recursos públicos sea difícil hacerlo, dónde se están consiguiendo recursos y aliados estratégicos. (...) Hay que sacar el proyecto de la Universidad, si no, jamás se hará. Otro aspecto fundamental que inquieta al señor Rector es que el hospital ponga en riesgo las finanzas de la Institución, por eso se debe sacar de aquí y ponerlo como un ente independiente y autónomo”, explica.

Considera que la Universidad puede llegar a completar 20 años sin tener un sitio propio de prácticas para los médicos y otros profesionales de la salud, lo que podría conllevar al cierre de la facultad, donde se han formado médicos por más de 140 años y se han producido parte de los logros más importantes de la disciplina en Colombia.



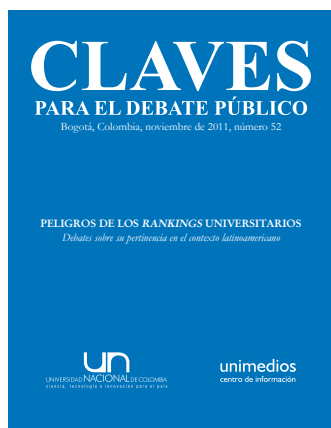




Archivo particular



Claves puede ser consultado en:
<http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/nc/claves/>



ORGULLO  UN



UNIDAD DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN
UNIMEDIOS
CENTRO DE INFORMACIÓN

Bogotá, Colombia, febrero de 2012, número 53

Director Unimedios
Carlos Alberto Patiño Villa

Producción
Unimedios

Impresión
Disonex S. A.

ISSN: 1909-9096

Esta es una publicación de la
Unidad de Medios de Comunicación
(Unimedios)
Universidad Nacional de Colombia
Edificio Uriel Gutiérrez
Carrera 45 N° 26-85, of. 531
PBX: 316 5000 Ext. 18109