

La producción científica de hospitales públicos. Asistencia, docencia e investigación: ¿un círculo virtuoso utópico?

El interesante artículo del Dr. Ibarra y col.¹ complementa y actualiza el publicado por el mismo grupo en 2013². Gracias a un desarrollo en el motor de búsqueda de *Pub-Med*, los autores reportan ahora los trabajos científicos de los hospitales dependientes del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires (GCBA), en los que no se encuentran involucrados el CONICET ni la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Los datos son contundentes. Ellos identificaron 2727 publicaciones de hospitales del GCBA (4.6% del total en Argentina); 79% referidas a humanos; 6% con alto nivel de evidencia (ensayos clínicos y metaanálisis), 28% que incluían niños. El 90% de ellas no compartían la afiliación con el CONICET ni con la UBA¹.

Los autores no desagregaron estudios clínicos farmacológicos (patrocinados por la industria farmacéutica) y no farmacológicos, un dato interesante que puede aportar una visión de la participación de la industria en la actividad científica de los hospitales del GCBA. Puede resultar de interés conocer también sobre otras formas de subsidios o convenios (por ejemplo: otras universidades públicas o privadas, Instituto Nacional del Cáncer, etc.).

Los datos aportados por el Dr. Ibarra y col. permiten apreciar una diferencia notable en el número de publicaciones de cada hospital¹. Los primeros diez publicaron unas seis veces más que los diez siguientes y unas 20 veces más que los 13 finales. ¿Son estas diferencias debidas al recurso humano disponible en cada hospital? ¿Existe una relación inversa entre la magnitud de la actividad asistencial (ciertamente avasallante) y el número de publicaciones? ¿Es posible que esas diferencias sean debidas a políticas emanadas desde las respectivas direcciones y/o los Comités de Docencia e Investigación?

El artículo del Dr. Ibarra y col. también ayuda a repensar sobre la falsa antinomia relacionada con la investigación y la docencia, actividades que son inherentes tanto a los hospitales del GCBA como a las Universidades públicas: ¿La investigación realizada en la Universidad, aparte de sus resultados intrínsecos, representa una ventaja para la función docente?, en otras palabras ¿se enseña y se aprende mejor en un ámbito donde se investiga?³. La respuesta parece obvia, pero no por ello innecesaria: Sí, se aprende mejor en un ámbito donde se investiga, aun cuando muchos excelentes docentes no hayan hecho ningún tipo de investigación. La clave está en el entorno,

un terreno necesario para que se produzca una suerte de ósmosis de ideas.

Es ineludible recordar las palabras del Dr. Lanari respecto del círculo virtuoso de asistencia – docencia – investigación: *La investigación modifica al docente que pasa de ser un simple repetidor de los libros de texto a un participante de los nuevos conocimientos*⁴. Además, tal como C. Bernard puntualizó: *La ciencia aumenta nuestro poderío en la misma proporción que disminuye nuestro orgullo*⁴.

Estoy convencido de que la personalidad del clínico y docente es modulada por el solo contacto, ya sea directo o indirecto, con quienes investigan y lo opuesto debería ser también deseable. La investigación en hospitales con actividad docente sirve para mejorar la calidad de los médicos asistenciales, de quienes hacen docencia y por ende de los egresados que van adquiriendo curiosidad, espíritu crítico, duda como motor y también, humildad.

Pero no es posible soslayar que la integración de actividades asistenciales, de investigación y de enseñanza bajo una ideología de dedicación *full time* tal como fue promovida en los tiempos de los Dres. Lanari, Brea y otros, parece ser cada vez más inalcanzable. La Lic. Lucía Romero puntualizó en su trabajo sobre el Instituto Lanari, que los perfiles profesionales fueron la dimensión de la tradición que presentó mayores rupturas⁵. Esto responde a la tendencia mundial según la cual es cada vez más difícil que un profesional (médico, kinesiólogo, bioquímico, etc.) con actividad asistencial en un hospital (universitario o no) haga las tres actividades. En otras palabras, a 33 años de la muerte del Dr. Alfredo Lanari, el modelo de dedicación *full time* está en crisis.

No obstante, el sistema de residencias médicas que Lanari contribuyó a jerarquizar, es reconocido en casi todo el mundo como el mejor sistema de formación de postgrado. Sin embargo, según el Ministerio de Educación, en la Argentina apenas la mitad de los médicos que se reciben la realizan. Es conocido que la adjudicación al cargo es en acto público y según el orden de mérito (promedio del puntaje del examen y el promedio general de la carrera) y es interesante observar que los hospitales polivalentes del GCBA que primero suelen cubrir sus vacantes de residentes son los que mayor número de publicaciones tienen. Esto no parece ser seriamente considerado por los aspirantes recién recibidos que suelen jerarquizar información sobre calidad asistencial, aportada muchas veces de boca en boca entre los mismos residentes. No creo que se interesen por cuantos artículos publica el servicio donde funciona la residencia para elegir una u otra,

aunque me pregunto si los mejores promedios podrían tener mayores anhelos de investigación.

Resulta atractivo imaginar que los aspirantes a residentes ven los aspectos asistenciales del círculo virtuoso mencionado. Pero esta hipótesis solo puede ser sostenida si hay una participación exigua de la industria farmacológica en los estudios de los hospitales del GCBA.

Hay que decirlo claramente: no es desatinado suponer que estos ensayos clínicos están muy lejos de incrementar el nivel científico de docentes y alumnos y espero que nadie sienta erizada su exquisita piel teórico-política si digo que una cosa es investigar y otra es llenar planillas.

En línea con la *tradición Lanari*⁵, a instancias de nuestro Instituto, en el año 2015 la UBA puso en marcha la residencia en investigación clínica, orientada hacia la investigación clínica independiente y novedosa, cuya primera aplicación se hará en Clínica Médica y podrá ser adaptada a otra especialidad⁶. ¿Será posible, desde el sistema de residencias médicas aportar una de las posibles soluciones para suplir la falta de médicos que se dedican a la investigación en biomedicina?

Al menos en nuestro medio, y con un modelo *full time* en crisis, es necesario analizar los beneficios y la viabilidad de la coexistencia (contacto) y conocimiento mutuo de quienes son investigadores y quienes hacen asistencia. Los Comités de Docencia e Investigación bien pueden tener un rol protagónico en esta área. ¿Es posible establecer para los médicos asistenciales que lo deseen, tiempo protegido, ya sea horas semanales o meses alternos libres de la carga asistencial para poder pensar, crear e investigar? ¿Estarán dispuestos los colegas a cubrir asistencialmente ese tiempo protegido de quienes quieren investigar, sabiendo que ellos también podrán optar por su tiempo protegido?

Los modelos económicos determinan las políticas de salud a aplicar en la sociedad⁷. De hecho, la medicina forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder y, para entender su dinámica, es necesario desentrañar los vínculos que existen entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad⁷. ¿Queremos en nuestros hospitales públicos, profesionales *full time* (digamos no menos de 40 horas semanales *reales*) con remuneración que no los obligue a tener otros trabajos extra hospitalarios? Además de la asignación de horas contractuales nominales a ese propósito, ¿es posible incorporar puntajes a las carreras profesionales para quienes presenten proyectos y publiquen investigaciones? Por ahora parece pesar más la antigüedad que los aportes al conocimiento. Parfraseando a Eladia Blázquez: *No, permanecer y transcurrir no siempre quiere sugerir honrar la vida.*

Resulta de interés mencionar los hospitales de la Red SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad) debido a que tienen una característica interesante: la administración y el financiamiento son de tipo mixto, con la participación, según cada caso, del Estado nacional, las provincias y los municipios. Los hospitales Garrahan y El Cruce son los ejemplos más conocidos. La esencia de estos hospitales es que, para generar los recursos financieros se les permite facturar todas las prestaciones de salud a las obras sociales o prepagas. Curiosamente, bajo este sistema, los profesionales tienen una dedicación *full time* y sueldo digno. ¿Es posible implementar un sistema similar en los hospitales dependientes del GCBA y en los hospitales universitarios?

El ser humano es esencialmente utópico, y es posible imaginar escenarios mejores. La palabra utopía del título nos remite a varias de sus funciones: orientadora, valorativa, crítica y esperanzadora; por más desolador que sea el presente, es posible imaginar y construir uno mejor. Es importante enfatizar el hecho de que, fuera de UBA y CONICET, también es posible generar aportes a la investigación en hospitales cuya prioridad es asistencial. El artículo del Dr. Ibarra arroja luz a hechos poco conocidos y a la vez abre interrogantes con derivaciones inesperadas, incómodas, pero necesarias. Es tiempo.

Eduardo L. De Vito

Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari,
Universidad de Buenos Aires
e-mail: eldevito@gmail.com

1. Ibarra M, Torrents M, Ossorio MF, Ferrero F. Producción científica de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, 2017. *Medicina (B Aires)* 2018; 78:18-22.
2. Ferrero F, Ossorio MF, Eiguchi K. La investigación científica en las instituciones de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 443-7.
3. Lanari A. Docencia e investigación: una falsa antinomia. En: Vocación y Convicción. Alfredo Lanari. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos. Fundación Alfredo Lanari. Buenos Aires: Editorial Sigma SRL, 1995, p 165-8.
4. Lanari A. La investigación en las universidades. En: Vocación y Convicción. Alfredo Lanari. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos. Fundación Alfredo Lanari. Buenos Aires: Editorial Sigma SRL, 1995, p 205-11.
5. Romero L. La investigación clínica en la Argentina: La tradición Lanari. *REDES* 2011; 17: 63-93.
6. Kotsias BA. Residencia en investigación clínica. *Medicina (B Aires)* 2015; 75: 119-20.
7. De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.