

Hospitales en México

Mauro Loyo-Varela, * Horacio Díaz-Chazaro**

Resumen

Para conceptuar el hospital actual en México debemos conocer a la perfección nuestro pasado, presente y futuro, la evolución de los hospitales desde la Conquista hasta el México pos-revolucionario, la creación de hospitales para pobres y para ricos, que aún continúa; la beneficencia privada, la pública y el cambio de éstas con las Leyes de Reforma. En 1937 nace la Secretaría de Asistencia Pública, dedicada a hospitales, casas de cuna, asilos y orfanato. La fusión en 1943 de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad, dio origen a la actual Secretaría de Salud. Nacen los seguros privados para enfermedades médicas mayores. Con el surgimiento de la seguridad social hay un cambio radical de la atención hospitalaria. El llamado Seguro Popular y su ley son los pilares en que se sostiene una de las fracciones del artículo IV constitucional, en su capítulo de garantías individuales. Los hospitales públicos en México crecieron lentamente y en ningún momento han logrado satisfacer la demanda de la población. Con la desconcentración y descentralización de los servicios de salud a los estados se inicia, por parte de éstos, la construcción de modernos hospitales. En la actual administración se pretende, aprovechando la infraestructura estatal, crear redes de atención hospitalaria. En las próximas décadas se tendrán que establecer alternativas de los modelos de gestión clínica para sustituir el paradigma actual. El único sincretismo entre el hospital público y privado es que atienden enfermos.

Palabras clave: Hospitales públicos, atención a la salud, servicios de salud.

Summary

In order to understand current medical and hospital care in Mexico, we need to know first their past and then compare that past to their present situation. We can attempt to glimpse into what their future should be. The evolution of Mexican health services from the time of the Spanish Conquest until the post-revolutionary period involved the creation of hospitals for both the poor and the rich. This continues to be the present goal. Public and private medical institutions evolved in part along with the legal reforms that were enacted through the passage of the Reform Laws in 1937. The Public Assistance Secretariat was established, which was dedicated to assist hospitals, nurseries, asylums and orphanages. In 1943, this Public Assistance Secretariat joined with the Public Health Department, forming what today is the actual Secretary of Health. The formation of private social health care for major medical needs together with governmental Social Security Health Care brought about a radical improvement in medical and hospital care; however, it is insufficient, overpopulated and outdated. It will be necessary during the coming decades that other alternatives to the models of hospitals and medical care that exist today in Mexico be enacted. The present models have not been able to satisfy the medical and hospital demands for present-day needs of the population.

Key words: Public hospitals, medical care, health services.

Introducción

En 2005 se nos solicitó analizar los conceptos de los títulos de este trabajo, así como opinar sobre el futuro del tipo de hospitales en la República Mexicana. Las condiciones políticas económicas

nacionales e internacionales eran muy diferentes a las de esta fecha, por lo que en el momento actual las propuestas sugeridas tienen mayor validez, ya que el capital privado y la estatización de los servicios no han demostrado ser las medidas ideales; debe ser la participación conjunta de capital privado, estado y usuario en algunos casos, la que financie el costo de los servicios.

Para analizar el tipo de hospital que México necesita en el siglo XXI, es indispensable conocer o recordar la evolución que éstos han tenido desde la integración de los conquistadores con nuestros indígenas, así como identificar plenamente los cambios en los padecimientos que demandan la atención hospitalaria por el incremento de la esperanza de vida que se manifiesta en el incremento de la morbilidad, de padecimientos degenerativos en los grupos de mayor edad y de padecimientos traumáticos, así como la nueva patología perinatal y la evolución en diferentes

* Servicio de Neurocirugía, Hospital Regional de Veracruz.

** Ex Delegado en Tamaulipas.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Solicitud de sobretiros:

Mauro Loyo-Varela. 16 de Septiembre 966, Col. Flores Magón, 91900 Veracruz, Veracruz, México.

Tel.: (229) 955 1254. Fax: (229) 931 1706. E-mail: neuro_mloyov@yahoo.com

Recibido para publicación: 14-11-2008

Aceptado para publicación: 16-04-2009

etapas de los esquemas de financiamiento, ya que en la actualidad se da más importancia y facilidades a la inversión privada que a los hospitales públicos.

Qué es un nosocomio público

Identificamos al hospital público como el que atiende pacientes no protegidos por los sistemas de seguridad social y que prácticamente depende de la Secretaría de Salud federal o de sus equivalencias en los diferentes estados o patronatos municipales o locales.

Llamamos hospital privado al instalado por organismos o empresas y que el acceso a los mismos es para usuarios con capacidad retributiva o con servicios de prepago a través de los seguros.

El hospital del siglo XXI sería igual al de la megalópolis del Distrito Federal y Zona conurbada, o al de las grandes metrópolis como Monterrey, Guadalajara, Puebla, León, Torreón, o en ciudades medias de cualquier identidad federativa.

Nuestra constitución garantiza el derecho a la protección de la salud y éste se cumple a través de los programas rectores de la Secretaría de Salud federal que involucran acciones de promoción, detección oportuna, prevención específica, y actualmente de atención hospitalaria a través del Seguro Popular, pero sin involucrarse directamente en la estructura hospitalaria.

Fue en la administración federal 2000-2006 cuando se inició una planeación conjunta para que los organismos de salud estatales se integraran a una red de hospitales.

Origen del hospital

Los hospitales nacen a principios de nuestra era creados por instituciones religiosas que subsistían de la caridad, no solo para aten-

der enfermos sino también para recibir ancianos, niños huérfanos, siempre y cuando tuvieran la afiliación religiosa correspondiente.

Así, reconocemos el Nosocomio Bizantino y el Maristan Islámico, considerando el Hospital del Monasterio del Pantocrátor en el año de 1136 como el primer centro médico; al parecer, el primer hospital que combinó la enseñanza de la medicina con la atención de enfermos fue establecido en la ciudad de Gandisapur en el siglo VI.¹

En el siglo XVIII, el hospital adquiere un carácter filantrópico seglar y es en el Hospital Italiano del Santo Espíritu donde cada paciente tenía ya su propia cama. Este modelo tuvo mucha influencia en América, particularmente en México y Perú.²

La atención médica precortesiana

Sin lugar a dudas, los habitantes del territorio nacional antes de la conquista tenían sus médicos, curanderos, sacerdotes y chamanes que trataban a los pacientes con un criterio muy diferente a la “evolucionada Europa”, y quizá para los padecimientos propios en esta región del mundo con mejores conocimientos y resultados terapéuticos.

Los hospitales en la Colonia

En la altiplanicie, Cortés funda el Hospital de la Inmaculada Concepción (actual Hospital de Jesús). En 1781 se crea el Hospital Provincial de San Andrés, último de la Colonia establecido en la ciudad de México (figura 1).

Veracruz Ciudad era el único contacto con la España conquistadora, e inició la construcción de numerosos y pequeños hospitales, así como la idea de que no fueran administrados por



Figura 1. El primero y el último de los hospitales construidos por los conquistadores en la ciudad de México.

frailes, aunque continuaban albergando a indigentes, huérfanos, magos y menesterosos.

Así nació la idea de que administrados por patronos o patronatos, los hospitales fueran dedicados exclusivamente para enfermos; por esta razón se abrieron varios hospitales para los enfermos y asilos para los ancianos, siendo los menos los creados por las autoridades oficiales.

La caridad

En la ciudad de México se construye el Real Hospital de Indias “para los pobres indígenas”; para los enfermos castellanos, el Hospital del Amor de Dios; para los militares, el Hospital de San Andrés.²

En la época de la Colonia, en la medida que se fundaban nuevas ciudades para explicar la riqueza fueron naciendo hospitales con características similares, que fueron regresando poco a poco a manos del clero. El último hospital construido en México por los colonizadores fue el de San Sebastián, en la ciudad de Veracruz en 1799, y que funcionó como tal hasta el año de 1986 (figura 2).³

Paulatinamente los hospitales fueron nuevamente administrados por religiosos que subsistían de la caridad, y aunque esta actividad virtuosa nunca ha sido suficiente aún se practica.

Mutualidad

Poco antes de la Revolución Industrial nació la mutualidad por gremios, los cuales aportaban cuotas para sufragar los gastos, pero en epidemias, desgracias naturales o accidentes graves se descapitalizaban y nunca tuvieron capacidad real para mantener servicios hospitalarios.



Figura 2. Último hospital construido durante la colonia en el Puerto de Veracruz, con el nombre de Hospital de San Sebastián y posteriormente Aquiles Serdán, hasta su cierre en 1986.

Beneficencia privada

La publicación de la ley del 25 de octubre de 1856 y la del 4 de febrero de 1861, generó la desamortización de los bienes e inmuebles de las instituciones religiosas, y Las Leyes de Reforma dispusieron la nacionalización de los bienes del clero, por lo que las propiedades de la Iglesia para realizar actos de beneficencia privada debían ser objeto de tal disposición.⁴

El 27 de mayo de 1899, el Congreso de la Unión concedió al Poder Ejecutivo facultades extraordinarias para expedir la Ley de Beneficencia Privada. Los ciudadanos de otros países radicados en México fundan sociedades de beneficencia como el Hospital Inglés, Sociedad de Beneficencia Española, Sociedad Americana de Beneficencia, Asociación Francesa, Suiza y Belga, Asociación de Beneficencia de la Colonia Italiana y la Alianza Monte Sinaí.

El 2 de marzo de 1861, el Presidente Benito Juárez dispone la creación de la Dirección de Fondos para la Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación, y los hospitales, hospicios, casas de corrección y establecimientos de beneficencia quedarían bajo el amparo de esta dirección.

En enero de 1877 se crea la Dirección de Asistencia Pública, que sustituye a la anterior y pasa a depender del Consejo Superior de Salubridad y Servicio de la Vacuna. Esta dependencia por falta de recursos financieros quedó en el abandono, por lo que en 1920 pasó a la Secretaría de Gobernación (figura 3).

En la década de 1930 se sustituye el concepto de beneficencia por el de asistencia, y se reconoce la obligación del Estado de intervenir en materia de salud y auxilio social, así como el derecho de los ciudadanos a solicitarla.⁵

Todas estas situaciones y antecedentes han generado en nuestro país la creencia de que los hospitales públicos son exclusivamente para gente pobre o de escasos recursos.

A principios del pasado siglo, con el descubrimiento de métodos de anestesia, varios médicos decidieron crear sus propios hospitales, lógicamente pequeños, pero con mayor confort para el paciente y dejando de realizar las cirugías en la casa de la gente rica;



Figura 3. Antiguo edificio de la beneficencia pública.

así nacen los “sanatorios”, nombre que orienta más hacia la curación del paciente que hacia la evolución natural de la enfermedad.

Los hospitales oficiales públicos consideraron contar con anexos o espacios para atender a pacientes con capacidad retributiva elevada, y mejorar sus ingresos con la creación de salas de distinción o pabellones específicos, como el de “Gastón Melo” anexo al Hospital General de México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia

En la Constitución de 1917 se menciona, en el artículo 76, fracción XVI, primero, segundo y tercer párrafo, que el Consejo de Salubridad depende directamente del presidente de la República y deberá intervenir en las epidemias y desastres naturales.

En 1928, el presidente Emilio Portes Gil crea el Departamento de Salubridad Pública, que en 1930 se denomina como Departamento de Salubridad. En 1934, Lázaro Cárdenas crea la Secretaría de Asistencia Pública, continuando independiente el Departamento de Salubridad.⁶

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, y en 1983 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia oficialmente su nombre al de Secretaría de Salud.⁷

La beneficencia pública federal solo tenía responsabilidad para la ciudad de México y territorios federales, pero el Consejo de Salubridad General a nivel de puertos tenía un representante sanitario para evitar probables epidemias. Esto generó que los estados crearan sus propias beneficencias públicas.

Veracruz fue el primer estado que promulgó leyes para proteger a la beneficencia pública y creó juntas municipales de beneficencia pública, responsables del manejo de los hospitales y asilos.⁸

La Lotería Nacional, fundada desde la Colonia, evoluciona entre altas y bajas; en 1920 se restablece con el nombre de Lotería Nacional para la Beneficencia Pública y todas sus utilidades se entregaban a la Secretaría de Asistencia Pública y a la ya integrada Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.⁹

Con la venta del Centro Médico Nacional al Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia construye el mayor número de unidades médicas en el medio rural y urbano, identificándolas como centros de salud y hospitales, logrando por primera vez que muchos mexicanos tuvieran mejor acceso a servicios de salud y hospitalarios financiados con subsidio federal, cuotas de recuperación o cooperativas.

Los seguros privados

Hace más de un siglo, en Inglaterra y Alemania, con motivo de la Revolución Industrial, empresas financieras ofrecieron seguros a los patrones para protegerlos del riesgo de trabajo, situación que se generó en México antes del advenimiento de la se-

guridad social, por lo que este tipo de seguros evolucionaron hacia seguros de vida, aunque en otros países las empresas aseguradoras iniciaron la venta de protección de seguros para enfermedades mayores, comenzando también con la contratación de la atención médica, sanatorios y hospitales privados, evolucionando a tal grado que actualmente son la principal fuente de financiamiento en los países desarrollados y México se ha involucrado seriamente en ello.

La seguridad social

El nacimiento de la seguridad social en México se da a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual al no existir infraestructura hospitalaria importante en el país, tiene que alquilar edificios y hospitales privados y se ve obligado a la construcción de unidades médicas en toda la República Mexicana, logrando en su momento el mayor número de camas hospitalarias y la modernización, sobre todo en provincia, de la atención hospitalaria, aunque ya en el Distrito Federal se habían creado los Institutos Nacionales de Cardiología, Nutrición y el Hospital Infantil. Vale la pena recordar que los primeros hospitales “en torre” fueron el Hospital Central Militar y el Hospital Colonia de Ferrocarriles Nacionales.

Como complemento de la seguridad social nace el ISSSTE, que adquiere en la ciudad de México el edificio de un hospital privado a medio construir para instalar su hospital de más alto nivel resolutivo: el Hospital 20 de Noviembre.

La salud como derecho constitucional

El artículo IV del capítulo 1 de nuestra Constitución menciona textualmente: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso de los servicios de salud...”¹⁰

Muchos han sido los programas que en el país se han realizado para otorgar atención médica siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud desde el convenio de Alma-Ata “Salud para todos en el año 2000”. Pero los esfuerzos y recursos se destinaron al primer nivel de atención y a la atención primaria de la salud en un subsistema informal, y poco se invirtió en hospitales y en elevar en éstos sus niveles resolutivos.

Fue a través de los hospitales rurales del Programa IMSS-Solidaridad como se inició el servicio hospitalario en las zonas más marginadas, financiados en esa época con los “excedentes” de las reservas actuariales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En los últimos 20 años, en los estados se inició la construcción de hospitales modernos, algunos de ellos con participación federal, pero fue hasta el año 2000 cuando se inició a través de la Secretaría de Salud un plan para la construcción de hospitales en forma regional, ya que las patologías propias de la prolonga-

ción de la esperanza de vida demandaban más atención médica que la tradicional morbilidad de hace 50 años.

Con la promulgación de la Ley del Seguro Popular se ha pretendido reforzar algunos hospitales en las zonas donde se ha implantado, pero no todos ellos, fundamentalmente en el medio rural, cuentan con las instalaciones adecuadas.

Por lo anterior, todavía falta invertir o encontrar financiamiento para el desarrollo hospitalario.

Evolución de los hospitales en México

Durante la primera mitad del siglo XX, la mayoría de los hospitales en México seguían teniendo las características de los nosocomios de los siglos anteriores; el Hospital General de la ciudad de México, el más moderno de tipo público, había sido edificado siguiendo el modelo de finales del siglo XIX de los hospitales europeos construidos con pabellones para aislamiento.

Es precisamente en las décadas de 1930 y 1940 cuando se inicia el modelo de construcción que prácticamente se utilizó el resto del siglo XX: en torre (figura 4).

Mencionamos ya la construcción del Hospital Colonia y del Hospital Militar y en la década de 1940, del Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital Infantil. Es en esa época cuando con motivo de la Segunda Guerra Mundial y con inversiones americanas, se inició la construcción de modernos hospitales en Tampico, Tamaulipas, y en el estado de Veracruz en los puertos de Tuxpan, Coatzacoalcos y Veracruz, así como en la población de Chimonco, en Perote;⁸ en la Costa del Pacífico, en el puerto de Mazatlán Sinaloa; el Distrito Federal se ve beneficiado con el hoy Hospital “Manuel Gea González”.

En 1945, al término de la guerra, se suspende la construcción de estos hospitales pero aprovechando esa infraestructura, la Secretaría de Salubridad y Asistencia elaboró un proyecto para construir una red federal de hospitales de tipo regional. Algunos



Figura 4. Hospital Regional de Veracruz, iniciado en la década de 1940 y finalizado en 1952.

de estos hospitales nunca fueron terminados en su momento y otros se encuentran en funcionamiento con modificaciones y modernizaciones. La Secretaría de Salubridad y Asistencia construyó hospitales en varios estados, aun cuando en muchos de ellos había dependencias estatales que prestaban atención hospitalaria a través de la beneficencia pública.

Sin lugar a dudas, el gran desarrollo del Instituto Mexicano del Seguro Social propició los nuevos proyectos para hospitales y sentó las bases de la escuela de arquitectura hospitalaria, teniendo en su momento en muchos estados los hospitales más modernos.⁵

Entre 1970 y 1976, la Secretaría de Salud retomó el proyecto de la red federal de hospitales, construyendo y terminando algunas de las obras mencionadas, sin participación de autoridades estatales o municipales.

Con la descentralización de los servicios de salud entre 1996 y 1997, se integran parcialmente los hospitales federales, estatales y municipales para formar redes de atención, lo que ha permitido que con inversiones estatales se logre el acceso de atención médica en regiones y zonas demasiado alejadas de las poblaciones con hospitales de alto nivel resolutivo, y se empiece a cerrar la brecha entre los hospitales del Distrito Federal y los hospitales ubicados en las regiones noroeste, occidente y el bajo, donde ya se habían desarrollado modernos hospitales.

En el periodo 2000-2006 y para consolidar el proyecto de redes nacionales de hospitales, se buscan nuevos esquemas de financiamiento para su operación.

Los hospitales actuales

En México se cuenta con diferentes tipos de hospitales públicos: municipales, estatales, federales, y una gran red de hospitales del IMSS y en menor proporción del ISSSTE; Pemex cuenta con su propia infraestructura hospitalaria, actualmente subutilizada; por su parte, las Fuerzas Armadas disponen de hospitales propios.

El número de hospitales privados es importante en todo México, pero la mayoría con muy pocas camas y bajo nivel resolutivo.

El Distrito Federal es el sitio donde más sanatorios y hospitales privados de capacidad resolutiva existen, pero las empresas que actualmente operan estos hospitales empiezan a instalarse en otras ciudades importantes.

El florecimiento de este nuevo modelo de atención ha sido consecuencia de los cambios en el perfil demográfico de México y la clara insuficiencia de las instalaciones públicas, que por los costos actuales de la inversión se han ido rezagando en aspectos tecnológicos.

Además, la política económica del neoliberalismo favorece más el desarrollo de hospitales privados que el de las instalaciones de seguridad social y de hospitales públicos.

Lamentablemente, los hospitales privados prácticamente son empresas de lucro; en México existen grupos específicos de in-

versionistas que los están fomentando. Y aunque la atención pretende ser de alta calidad, la misión y visión son obtener altas utilidades para seguir reinvertiendo en otros estados e instalaciones hospitalarias. La mayoría de nuestra población no tiene acceso a ellos y la brecha entre los hospitales públicos y de la seguridad social comparados con los hospitales privados, es cada día más amplia.

Estructura hospitalaria

La estructura hospitalaria indefectiblemente tiene que adaptarse a los nuevos cambios tecnológicos y a los requisitos sociales de bienestar.

Los hospitales van a perder las grandes dimensiones de los construidos en las décadas de 1960 y 1970, convirtiéndose en hospitales abiertos, flexibles, con una conexión estrecha y bidireccional con el ámbito extrahospitalario (figura 5).

Los nuevos edificios hospitalarios, sin perder el carácter armónico del entorno, se enfocan hacia la doble función: edificios estéticos y funcionalmente dirigidos hacia los pacientes, que adquieren cada vez más el carácter de “clientes”.

De estas ideas surge la enorme trascendencia del uso de la luz natural, los espacios abiertos y el equilibrio. El hospital actual abandona el carácter puro asistencial evitando el hacinamiento y la aglomeración, cambiándolo por la comodidad.

Un aspecto asistencial de reciente actualidad marca el desarrollo de los nuevos hospitales: la esfera ambulatoria. La cirugía mayor ambulatoria, la cirugía de mínimo acceso, los hospitales de día, la hospitalización a domicilio, etcétera, marcan el cambio a hospital abierto. Los nuevos hospitales inclinan la balanza hacia las actividades sin ingreso hospitalario (70 %), dedicando solo 30 % del espacio a esta necesidad de casos complejos y que precisan alta tecnología. La tendencia es hacia la disminución del ingreso hospitalario, evitar estancias innecesarias, reducción del número de camas y paradójicamente se incrementarán las estancias medias.



Figura 5. Moderno Hospital Regional del Puerto de Veracruz, inaugurado en 2003.

El cliente ingresado será exclusivamente complejo: trasplantes, cardiopatías, enfermos oncológicos, cirugía, traumatología, etcétera. En este cambio de enfoque asistencial obligado por la presión social, entra a desempeñar un papel crucial la medicina extrahospitalaria, que debe formar parte del hospital como un todo. Muchos procedimientos preventivos y terapéuticos se practicarán fuera del hospital y los centros de referencia serán un escalón en la asistencia integral. La alta tecnología se pone a disposición de la comunidad de forma integral, y el desarrollo de las telecomunicaciones abre el hospital de forma bidireccional. El equilibrio en la función asistencial y en el bienestar del cliente va a marcar el ritmo de la atención a la salud en los próximos años.

El hospital moderno debe combinar la alta tecnología con la actividad ambulatoria, la hospitalización individual con el hospital de día, la investigación molecular y genética con la prevención, la cirugía con la robótica, el aula de docencia con la telemedicina.¹¹

Gestión clínica en el nuevo siglo

Los bioéticos subrayan la necesidad de fijar en el presente siglo los fines de la medicina. Según Diego Gracia, en el nuevo milenio la función de la bioética será educar a los profesionales y a la población sobre los fines de la ciencia médica, y la gestión del cuerpo y la vida.

La explosión tecnológica y la revolución genética nos pueden llevar a un uso irracional de los recursos, que siempre tendrán un límite. Si queremos sobrevivir al ya presente y nuevo milenio, debemos aprender cómo conservar y priorizar el uso creciente de nuestros recursos.

Nuestro futuro va directamente hacia la prevención y los excelentes cuidados asistenciales, y esta acción es directamente proporcional a la participación y compromiso con los políticos en la distribución de los recursos. La toma de decisiones en la nueva asistencia médica se basará en la bioética, desarrollando los principios de autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia.

En las próximas décadas se van a establecer alternativas a los modelos de gestión clínica, que sustituirán el paradigma actual. Las fórmulas de autogestión por áreas sanitarias se apuntan como un modelo organizativo atrevido, moderno y eficaz. Estos modelos de áreas clínicas descentralizadas ya viven sus primeras experiencias en algunos hospitales públicos con la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos del área en que se integran, descentralización en la toma de decisiones y exigencia de responsabilidad, la implantación de una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos, a la autoevaluación y a la mejora continua de los mismos.¹²

Actualmente se desarrolla un nuevo modelo de organización que en lugar de estructurarse en los servicios clásicos considera el proceso en su totalidad y gira en torno al paciente. Este tipo de modelo de gestión aplana el organigrama directivo hospitalario,

conlleva mayor autonomía y precisa un gran ejercicio de delegación por parte de los órganos directivos del hospital. Según Carreras y colaboradores,¹³ estos modelos de autogestión por áreas pretenden acercar la organización al cliente, mejorando la gestión de los recursos. Quizá la implantación de áreas clínicas de autogestión se desarrollará los próximos años, y del análisis de sus resultados dependerá la alternativa al modelo actual, la puesta en marcha de un proyecto de calidad total que lo autorice avalará su eficacia.

Por último, hemos de aceptar que el cambio de milenio conlleva un concepto diferente de hospital y más que nunca debemos hacer el esfuerzo de adaptación. No debemos olvidar que el hospital del futuro va a centrar sus esfuerzos en la gestión del conocimiento con el único objetivo de satisfacer al usuario.

Los actuales hospitales públicos deberán transformarse gradualmente en su organización según los puntos anteriores. En ningún momento, los gobiernos estatales federales y municipales deberán disminuir sus aportaciones, para que lo obtenido por autogestión sirva inicialmente para subsanar lo faltante de los raquíuticos presupuestos, y en la medida que se incrementen los ingresos financieros ir disminuyendo por hospital pero redistribuyendo a otros en los medios suburbanos y rurales, en los que será difícil obtener recursos extraordinarios a los subsidios oficiales.

Los hospitales del siglo XXI deberán trabajar dentro del engranaje que supone la asistencia extrahospitalaria e intrahospitalaria. La implicación de los profesionales y los clientes en el diseño del modelo será imperativa. La calidad total, el desarrollo tecnológico, la revolución genética, el hospital con mayores acciones ambulatorias y las áreas de autogestión clínica, parecen formar parte del nuevo paradigma hospitalario para el presente siglo.

Conclusiones

1. El origen de todos los hospitales fue la caridad religiosa, alojándose generalmente a los pacientes en los anexos de los conventos.
2. A partir del siglo IV de nuestra era, los cristianos iniciaron la construcción de instituciones para “enfermos pobres”.
3. La población actualmente tiene la imagen que el hospital público atiende a personas indigentes o de escasos y medianos recursos económicos.
4. El hospital privado se identifica para personas con gran capacidad de pago.
5. El hospital público vive de subsidios de presupuestos federales, estatales y, en algunos casos, municipales, así como de sus cuotas de recuperación, regidas y controladas por la beneficencia pública nacional, a la que hay que otorgarle 5 % de las mismas.
6. El hospital privado es una empresa que obtiene y administra sus recursos por cobro directo al usuario o a través de seguros privados.

7. El recurso humano en los hospitales públicos percibe salarios regidos por contratos colectivos o por condiciones generales de trabajo.
8. Los honorarios de los profesionales de hospitales privados los marcan ellos mismos y los acuerdos con las aseguradoras.
9. La mayoría de los hospitales públicos son manejados por directores y administradores sin la preparación adecuada.
10. Los hospitales privados tienen especialistas médicos y administrativos que les permite eficientar sus ingresos.
11. Los hospitales públicos a finales de año habitualmente han agotado su presupuesto.
12. Los hospitales privados al final de su ciclo presupuestal por lo general recuperan recursos para la renovación o ampliación de equipos e instalaciones y hay utilidad para los socios capitalistas.
13. Los hospitales públicos tienen patronatos o comités que obtienen recursos para apoyar a los enfermos.
14. Los hospitales de beneficencia privada consiguen de grandes instituciones fundaciones o empresas, donaciones de equipo o ampliación de instalaciones.
15. Es factible que con programas objetivos perfectamente definidos, muchos hospitales públicos en provincia, de ciudades medias o mayores, puedan transformarse en empresas de prestación de servicios médicos.
16. Es indispensable crear verdaderos sistemas de atención médica estatal y regional.
17. Los hospitales tienden a ser más importantes en sus instalaciones de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que como inversión de adquisición es muy cara, por lo que se debe mutar la compra a la renta a copartización de empresas proveedoras.
18. Actualmente el único sincretismo que existe entre los hospitales públicos y privados es que atienden enfermos o hacen estudios preventivos para identificar posibles problemas de salud; en los primeros, a los usuarios se les llama “clientes” y en los segundos, “pacientes”.

Referencias

1. Hamarneh S. Development of hospitals in Islam J. Hist Mod All Sci 1962;17:336-384.
2. Muriel J. Los hospitales de la Nueva España. Segunda edición: México: UNAM, Cruz Roja Mexicana; 1990. pp. 23, 24.
3. Cruz-Velásquez R. Los hospitales en el Puerto de Veracruz, 1760-1800. México: Colección Atarazanas, Instituto Veracruzano de Cultura; 1998. pp. 99, 112.
4. Flores y Troncoso FA. Historia de la medicina en México. Tomo 2. México: IMSS; 1982. pp. 233, 234, 239, 240, 241, 325.
5. Ortiz-Quezada F. Hospitales. México: Interamericana; 2000. pp. 119, 120, 127, 128, 131-136, 119, 120, 127, 128, 131-136.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Secretaría de la Presidencia; 1971. pp. 98, 12.

7. Casasola G. Historia gráfica de la Revolución Mexicana (1900-1970). Tomos 5, 6 y 7. México: Trillas; 1973. pp. 1891, 1954, 1986, 2075, 2166, 2211, 2241, 2360, 2362, 2440, 2550.
8. De la Peña TM. Veracruz económico. Tomo 1. México: Gobierno del Estado de Veracruz; 1946. p. 278, 279, 280, 281, 283, 290.
9. Lotería Nacional. Disponible en <http://www.loterianacional.gob.mx/loterianacional/historia.html>
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Gobierno del Estado de Veracruz-Llave, Xalapa, Veracruz; 2002. pp. 12-72.
11. Organización Panamericana de la Salud/Cooperación Internacional y del Desarrollo del Ministerio de Asuntos Extranjeros. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, US: OPS/OMS/ACODESS; 2001. pp. 36, 39,42, 53,56, 57, 58, 59, 61, 68,69, 74-100, 103-120, 125-127.
12. Castro-Beiras A, Escudero-Pereira JL, Juffe-Stein A, María-Sánchez C, Caramés-Bouzán J. El área del corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. Rev Esp Cardiol 1998;51:611-619.
13. Carreras-Viñas M, Caramés-Bouzán J. Enfermera coordinadora de procesos asistenciales. Administración Sanitaria 1997;1:111-122.