

# Revista de la Facultad de Medicina

Volumen  
*Volume* **48**

Número  
*Number* **4**

Julio-Agosto  
*July-August* **2005**

*Artículo:*

## Las transformaciones históricas y sociales del sistema hospitalario

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Facultad de Medicina, UNAM

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**medigraphic.com**

## Tema de reflexión

# Las transformaciones históricas y sociales del sistema hospitalario

Luis Alberto Villanueva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Subdirector de Ginecología y Obstetricia. Hospital General “Dr. Manuel Gea González” Secretaría de Salud

### **Introducción**

Probablemente, ninguna otra institución represente mejor la cultura sanitaria de la sociedad en un momento determinado que el hospital. En ella se sintetizan los valores de la colectividad, representados por los pacientes, se hace patente el nivel científico de esa misma colectividad a través de la atención dispensada por el personal especializado, y se establece la jerarquía de valores predominantes a través de su forma de organización y de las prioridades elegidas entre las posibles en cada momento.<sup>1</sup>

El hospital moderno es una gran y compleja organización, con una jerarquía de status y roles, derechos y obligaciones, ideas, creencias, actitudes, valores, fines y normas, propuestos y muchas veces impuestos en una sociedad determinada.<sup>2</sup> Así, el hospital representa un lugar privilegiado para observar las transformaciones que ocurren en las sociedades modernas.<sup>3</sup>

### **I. Las transformaciones históricas y sociales del concepto de hospital**

Aun cuando el modelo de evolución hospitalaria ha sido muy semejante entre las distintas sociedades, las transformaciones de los hospitales no han ocurrido de manera simultánea ni con la misma intensidad en todos lados; con gran frecuencia se imbrican los distintos períodos, y no todos ocurren con la misma rapidez.

En la creación y desarrollo de los hospitales, las consideraciones de carácter religioso y social tuvieron gran importancia. El Concilio de Nicea en el año 325 d.C., instruyó a los obispos para que crearan un hospital en cada ciudad que tuviera una catedral.

Aun cuando se atribuye a Constantino el establecimiento de los primeros hospitales cristianos, tradicionalmente se considera que el primero de ellos fue el de San Basilio en los años 369 a 372 d.C., cuando Basilio “El Grande” fundó un establecimiento para enfermos en la ciudad de Cesárea de Capadocia, al tiempo que se edificaban los primeros monasterios. A fines del siglo IV el Concilio de Cartago en el año 398 d.C. instaba a tener un hospicio cerca de la iglesia. En el código religioso que creó Benito de Nursia en Monte Casino

aproximadamente en el año 535 d.C., el fundador de la vida monástica de Occidente enfatizaba el carácter diligente y cuidadoso de la atención a los enfermos, con especial interés a los pobres.

Posteriormente surgieron más iniciativas para la creación de hospitales, tanto de origen eclesiástico como secular. En el Concilio de Aachen, en 816 d.C., se decidió que los obispos establecieran refugios para los pobres. Durante la Edad Media la influencia de la Iglesia se dejó sentir tanto en la práctica de la medicina como en su organización; de hecho, los hospitales medievales fueron construidos siguiendo los mismos principios arquitectónicos que se observan en los monasterios, y tenían una orden monástica. Así fue como se constituyó el paradigma de un modelo médico sanitario, cuyo propósito central era la salvación del alma. En este tipo de centro, se cuidaba no sólo de los enfermos sino de todo ser humano necesitado de alojamiento, incluyendo incapacitados y pobres con menester de asilo.<sup>1</sup>

A medida que el tiempo pasaba, benefactores diversos fueron fundando hospitales: reyes, reinas, altos dignatarios eclesiásticos, nobles, comerciantes acaudalados, gremios, fraternidades y municipalidades, todos fundaron una casa para la atención de los enfermos, los pobres, los débiles, los ancianos, y para otros propósitos.<sup>4</sup> Sin vías de financiamiento propias, su supervivencia dependía de la generosidad de las donaciones recibidas.<sup>2</sup>

Durante el Renacimiento y la Reforma, los criterios racionales y seculares reemplazaron a los motivos religiosos, lo que motivó el cierre de hospitales, creándose una situación en la cual los enfermos y los pobres se encontraron en la calle sin alojamiento ni medios de asistencia. Frente a estas situaciones se desarrolló un sentimiento de ciudadanía, que en el tiempo resulta diferente según los países, pero su filosofía tomó forma en hechos como la Ley de Pobres en Inglaterra, emitida en el año 1601 (*English Poor Law*).

Esta ley autorizaba a los alcaldes de los pueblos a establecer impuestos para el alivio de los pobres, obligar a trabajar a los pobres que estaban sanos y fundar instituciones para su cuidado, dando como resultado la rehabilitación de hospitales y el establecimiento de instituciones para el cuidado de los enfermos e indigentes. El servicio en nombre de la salvación, se transformó en un deber de asistencia, designando

impuestos especiales y colaboraciones voluntarias para su existencia.

Además, en esta etapa se vislumbran los esbozos de la medicina organizada, con una influencia creciente de las organizaciones médicas sobre la estructura y funcionamiento del hospital. El hospital se convierte en un sitio para el tratamiento de los enfermos y, al mismo tiempo, en un centro para el estudio y la enseñanza de la medicina.<sup>2</sup> Desde entonces, en el hospital asistencial se ofrecen, de manera principal, los servicios médicos, caracterizados por un nivel creciente de complejidad técnica, lo que convierte a los hospitales en una necesidad para la práctica de la medicina y no sólo un espacio de caridad, en donde todos los enfermos, ricos y pobres, podían recibir atención médica.

Esta nueva definición permitió al hospital cobrar por sus servicios. Sin embargo, como los hospitales mantenían su orientación original, se buscaron las condiciones para proporcionar asistencia gratuita o semigratuita a aquellos enfermos que la necesitaran. De este modo surgieron dos clases de pacientes: enfermos de sala, y enfermos privados, cuya relación con el hospital era esencialmente de tipo comercial.<sup>2</sup> Además, como resultado del aumento del conocimiento médico, se creó la necesidad de la especialización del personal médico y la profesionalización de la enfermera, estableciéndose una nueva división del trabajo dentro del ambiente hospitalario.

Al aumentar el tamaño del hospital y la extensión de sus servicios, aumentaron también el número de personas necesario para administrarlo. Este personal de dedicación exclusiva, pronto engendró una nueva actitud dentro de la organización hospitalaria. Así, además de instituciones centradas en la atención de los enfermos, se consideraron asuntos de costos, ganancias, relaciones públicas, etcétera.

## II. El hospital contemporáneo

Las organizaciones de servicios de salud resultan de mayor complejidad funcional que otras, debido a que su conformación organizacional no obedece a patrones de diseño rígido, y por su gran división del trabajo con recursos humanos altamente diferenciados y variables tanto en formación profesional como en actividades, dificultándose la conjugación de esfuerzos y la valoración objetiva de productos y resultados.<sup>5</sup> Además, debido a que su objeto de trabajo son seres humanos, las tecnologías de servicio de las organizaciones de salud deben estar éticamente justificadas.

Una característica de la organización del hospital, es la presencia de dos líneas de autoridad. De un lado está la organización colegiada del personal médico y de otro está la disposición burocrática de oficios que comprende la administración. De modo que el personal médico dirige la “línea” de sus actividades, mientras que la autoridad administrativa está

restringida a asuntos relacionados con la provisión de los medios para que se puedan llevar a cabo las actividades médicas. Una crítica reiterada del grupo médico a los administradores es la de perder de vista la misión del hospital, debido a sus preocupaciones meramente economicistas. En sentido inverso, al grupo médico se le señala como desordenado y despilfarrador.<sup>2,3</sup> En la búsqueda de la excelencia institucional es imprescindible que los profesionales de la salud participen decididamente en la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y que los administradores tengan claridad en que, además de la eficiencia económica y administrativa, el hospital debe buscar la mejora continua de sus resultados clínicos y aumentar el impacto social de éstos. A su vez, cada unidad hospitalaria pertenece a un sistema de mayor complejidad, en el que, la creación de redes de cooperación entre unidades permite lograr mayores competencias para ajustar la oferta de servicios a la consecución de objetivos de salud pública.<sup>6</sup> Para alcanzar estos objetivos se requiere que las autoridades sanitarias y hacendarias, nacionales o regionales, cumplan con la parte correspondiente del compromiso global en términos políticos y financieros. La financiación de los hospitales públicos es expresión de la importancia que para los gobiernos tiene la distribución equitativa de sus recursos para atender la salud de la población.

Las características específicas de un hospital contemporáneo son las siguientes:<sup>6,8</sup>

1. El hospital es un lugar de máxima interacción humana con fines asistenciales, es una escuela, un centro de investigación y un hotel, que se financia por presupuesto, lo que significa previsión y exige una planificación rigurosa.
2. Está muy regulado legalmente tanto en cuanto a derechos y obligaciones de los usuarios, como de los profesionales, gestores y propietarios.
3. El hospital debe captar, interpretar y estructurarse desde las necesidades de salud y bienestar de las personas y no desde las presiones de los intereses de grupo de los profesionales médicos.
4. Su principal recurso es el personal, en su mayoría profesional, lo que implica que la dirección ha de lograrse con persuasión, razonando y justificando las decisiones.
5. La calidad asistencial hospitalaria se ha definido como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los enfermos, sean reales, científicas o técnicas, (diagnósticos y tratamientos científicamente actualizados, correctamente aplicados) o subjetivamente percibidas (sensación que tiene el paciente y sus familiares de ser tratados con interés y amabilidad) con un uso razonable de los recursos. Entendiéndose por razonable, que su empleo sea escalonado y no vaya más allá de lo que se necesita.
6. La gestión hospitalaria no puede entenderse sin la capacidad de cuestionarse, de identificar y corregir errores, y de

auto-organizarse permanentemente. De ahí la importancia de contar con instrumentos para evaluar el desempeño, centrándose sobre el expediente clínico, en evaluar la eficiencia de los mecanismos de asignación de recursos, los resultados de la gestión financiera, y de la calidad de la atención.

7. La adecuada gestión clínica requiere protocolizar actividades y procesos clínicos sobre la base de las pruebas científicas disponibles, a fin de decidir qué tecnologías se adoptan, qué procedimientos se utilizan y cuáles son los perfiles idóneos de los recursos humanos, controlando las presiones de la industria.
8. Los médicos y las enfermeras son los auténticos gestores de los servicios prestados por el hospital, tanto en su efectividad, que es la mejora de la salud, como en su eficiencia, que consiste en lograrlo sin dispendio de recursos. Las necesidades de insumos se definen de manera concertada con los médicos tratantes, evitando tanto el despilfarro como las prácticas económicas centradas en el ahorro que puedan amenazar la calidad de los cuidados prestados. En todos los niveles se debe fomentar la cultura del no desperdicio y del ahorro (gas, energía eléctrica, teléfono, etcétera).
9. Para garantizar la calidad, los hospitales públicos necesitan disponer de suficiente personal con conocimientos permanentemente actualizados y certificados, así como la adquisición y mantenimiento, con oportunidad, de equipo, instrumental, materiales de consumo y medicamentos que requiere el personal para proporcionar una atención adecuada, ubicando al paciente como centro de toda actuación.
10. Todos los servicios que ofrece el hospital deben estar apegados a la ética. Tanto el origen como la posible solución de los conflictos éticos entre pacientes, familias y profesionales están directamente relacionados con la estructura y funcionamiento de la organización hospitalaria. Con su cuerpo directivo a la cabeza, la organización debe estructurarse y gestionarse teniendo en cuenta los valores de la institución como objetivo.<sup>9</sup>

### III. Conclusión

El hospital es un órgano de la sociedad, que comparte sus características, y que cambia a medida que la sociedad se va

transformando. En la actualidad, representa la piedra angular de cualquier sistema moderno de atención a la salud, es el lugar de aprendizaje para los futuros médicos, enfermeras y personal paramédico; también se encuentran allí los nuevos y costosos aparatos necesarios para realizar los más avanzados procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los especialistas que conocen su manejo. Además, el hospital es con frecuencia un centro de investigación donde se amplía el conocimiento científico de la medicina. A través de la ampliación de sus funciones, el desarrollo de nuevos recursos y el mantenimiento de altos niveles de asistencia, el hospital es ahora la única institución de la comunidad que puede atender estos servicios.

La ciudadanía hace hincapié en la garantía y el acceso a la protección cuando se precisa atención en salud y en la calidad de la atención que recibe. El no dar una respuesta social efectiva a estas expectativas repercute en la legitimación de los gobiernos y de los servicios hospitalarios públicos.

### Referencias

1. Pastor y Aldeguer V. Evolución histórica de los hospitales. En: Temes JL, editor. Gestión hospitalaria. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2002: 1-5.
2. Coe RM. Sociología de la medicina. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Alianza Editorial; 1984: 271-330.
3. Graça L. Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 1996. [www.terravista.pt/meco/5531/historia2\\_hospital.html](http://www.terravista.pt/meco/5531/historia2_hospital.html)
4. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores; 1985: 316-50.
5. Magaña M, Alfaro L. Gerencia y decisión. Consideraciones gerenciales para decisiones en salud. México: Editorial Piensa; 2000: 15-28.
6. Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y El Caribe. Washington D.C.:OPS; 2001: 103-28.
7. Salleras SL, Asenjo SMA. Organización y gestión de los hospitales. En: Gálvez VR, Sierra LA, Sáenz GMC, Gómez LLI, Fernández-Crehuet NJ, Salleras SL, Cueto EA, Gestal OJJ (directores). Piérola Gil Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson; 2001: 1149-57.
8. Treviño GMN. ¿Realmente pueden reducirse los costos de la atención médica? En: Rivero SO, Tanimoto M (coordinadores) El ejercicio actual de la medicina. México: Siglo XXI editores-Facultad de Medicina UNAM; 2000: 151-6.
8. Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 247-59.

