



## Ventanas a la historia

# La incorporación del sistema de atención de la salud en Occidente

## Incorporation of the Health Care System in the West

Floro Hermes Gomez Pineda

Social and Public Health and Community Medicine Area, Faculty of Health Sciences, Universidad Libre, Cali, Colombia.

Gómez PFH. *The incorporation of system health care in the West. Colomb Med. 2015; 46(3): 144-9*

© 2015 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acrediten

### Historia:

Recibido: 10 noviembre 2014  
Revisado: 23 julio 2015  
Aceptado: 10 septiembre 2015

### Palabras clave:

Atención de la salud, acumulación de hospitales, prácticas médicas, hospital de pabellones, medicalización, máquina sanitaria, Occidente

### Keywords:

Health care, hospitals accumulation, medical practices, hospital wards, medicalization, sanitizing machine, the West.

### Resumen

Se hace una reflexión, desde una perspectiva interpretativa, sobre la evolución histórica de la atención de la salud en Occidente. Se parte desde el momento en que esta se transformó en una manera de intervenir a los enfermos y en un instrumento para la curación de las enfermedades, centrándose en documentos y fuentes originales escritas que dan cuenta de resultados de investigaciones históricas, las cuales abarcan desde el siglo XV hasta hoy. Para ello, trata de comprender la atención de la salud como un cuerpo ideográfico de conocimientos, integrado por cinco piezas de un rompecabezas compuesto por: La política estatal de acumulación de hospitales implementada en España, la acumulación de las prácticas médicas en lo que hoy es Alemania, el hospital de pabellones en Inglaterra, la racionalidad nosológica en Francia y la máquina sanitaria en Estados Unidos; todos estos movimientos como productores de unos desarrollos asistenciales sanitarios estrechamente vinculados, que no son otra cosa que acciones colectivas reguladas por normas sociales en torno a la salud.

### Abstract

A reflection is made, from an interpretative perspective, on the historical evolution of health care in the West. It starts from the moment that this became a way to intervene the sick and an instrument for healing diseases, focusing on original documents and written sources which account for results of historical research, which range from XV century until today. To do this, it tries to understand the health care as an ideographic body of knowledge consisting of five pieces of a puzzle composed by: the state policy of hospitals accumulation implemented in Spain, the accumulation of medical practices in what is currently Germany, the hospital wards in England, the nosological rationality in France, and the US sanitizing machine; all these movements as producers of closely linked health care developments, that are nothing more than collective actions regulated by social norms around health.

---

### Autor de correspondencia:

Floro Hermes Gómez Pineda. Doctor en Estudios Políticos. Social y Salud Pública y Medicina Comunitaria de la zona de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre - Cali. Dirección: 37A Diagonal 03.29, Ed. Ciencias de la Salud, Of. Teléfonos 503. Celular: 3113328351 y 3163630569. Correo electrónico: floro.gomez@unilibrecali.edu.co

## Introducción

Este artículo es una reflexión desde una perspectiva interpretativa, en torno a los resultados de distintas investigaciones que abarcan uno de los componentes del sistema de salud en Occidente, a saber: el sistema de atención de la salud. Por lo tanto, no trata de los otros componentes: los sistemas de rectoría (conducción, regularización y fiscalización), de financiamiento, de desarrollo de recursos y de aseguramiento de la salud.

Por la otra, racionaliza el sistema de atención de la salud entendido como un cuerpo ideográfico de conocimientos, articulando los muchos y diversos hilos del tejido asistencial, que fuentes originales evidencian a partir del siglo XV hasta nuestros días, para mostrar un desarrollo histórico progresivo de incorporación, regulado por normas sociales cargadas de significaciones de distinta índole de la manera cómo se ha venido incrementalmente interviniendo a los enfermos y de cómo la atención de la salud se ha ido transformando en un instrumento de curación de las diferentes enfermedades.

En tal sentido, se plantea la pregunta: ¿cuándo comenzó a incorporarse dentro del sistema de salud la idea de un sistema de atención sanitaria como una manera de intervención en los enfermos y como un instrumento para la curación de las enfermedades?

Esta pregunta parte de una premisa: entender que la evolución histórica de la atención de la salud en Occidente forma un cuerpo y que los desarrollos de incorporación por cada área geográfica son piezas de un mismo rompecabezas. Así mismo, se expone el resultado de investigaciones por cada área geográfica, atendiendo a un orden precedente (cuando es posible), y se plantean interpretaciones parciales, sin perjuicio de una interpretación final, en materia específica de atención sanitaria.

### Primer paso, en España: acumulación de hospitales

El sistema occidental de atención de la salud como un instrumento individual de intervención terapéutica y de rehabilitación, en cuanto una parte del sistema de salud, es una tecnología relativamente moderna que comenzó a concebirse a finales del siglo XV, en Europa, en correspondencia con el pensamiento renacentista de la toma de «conciencia de la relación entre problemas sanitarios y condiciones sociales», que condujo a plantear algunas estrategias referentes «a la prevención de las enfermedades y a la organización de la asistencia médica como responsabilidad del Estado»<sup>1</sup>, Estado nacía en aquel momento como Monarquía Universal Española.

De ello da cuenta el profesor José Antonio Maravall Casesnoves, quien señaló las relaciones existentes entre el naciente Estado moderno —que afloró, según él, con el Renacimiento y el descubrimiento de América— y algunos problemas propios de la salud pública que permiten observar el papel que desempeñó la corona española en torno a la resolución de problemas sanitarios<sup>2,3</sup>, tales como la política denominada «reducción de hospitales» provocada por el incremento de la población menesterosa, la respuesta insuficiente y la inestabilidad económica de los hospitales, la cual consistió en reunir en un solo establecimiento los pequeños hospitales de un lugar, de acuerdo con las teorías fusionistas de

la Casa de Austria (dinastía Habsburgo), que desembocaron en «la reducción del número de hospitales con el fin de suprimir los deficientes y concentrar sus rentas en unos pocos, para que éstos, al contar con mayores disponibilidades financieras, aumentasen su capacidad asistencial y mejorasen su labor hospitalaria»<sup>4</sup>.

Tal denominada reducción, en realidad se trataba de una acumulación de hospitales que —como bien lo señala Recio Mir—, «también permitía el mejor control»<sup>5</sup>, de unos centros hospitalarios cuyos objetivos serán para los Habsburgo, como lo señala Mercedes Gallent, «la claridad en la gestión, la rentabilidad y la eficacia»<sup>6</sup>.

Otro de los asuntos, en los que tuvo que ver la corona española, fue el comienzo de los «hospitales de campo (ambulancias)... por la Reina Isabel la católica durante el sitio de Málaga de 1487 y revividos por su nieto Carlos V en el sitio de Metz en 1553»<sup>7</sup>. Estos hospitales temporales y móviles permitían la novedad de un mayor peso de las prácticas médico-asistenciales hospitalarias, que no es otra cosa que una naciente medicalización<sup>8</sup> de los mismos pues, «desde mediados del siglo XV —como lo ha observado Mercedes Gallent—, [hay] una verdadera “medicalización” de los centros hospitalarios»<sup>9</sup>, medidas todas estas que han de coincidir, de acuerdo con estos hallazgos, con el inicio del «proceso de separación de los hospitales *sensu stricto* y de los asilos para pobres»<sup>1</sup>.

### Primera interpretación

Inmerso «en el interior de la política y la compleja economía de los “socorros”»<sup>10</sup>, se puede interpretar que durante los siglos XV, XVI y XVII comenzó la estructuración del sistema occidental de atención de la salud: primero, con una política capitalista de acumulación (reducción) de hospitales (que el lenguaje común denomina *fusiones*), de acumulación (concentración) de rentas (que en finanzas se dice *concentración* de ingresos) y de acumulación (reunión) de la capacidad asistencial (que el lenguaje técnico de la administración llama *racionalización de recursos*), la «reducción de hospitales» que, además, centralizó (unificó) en pocas manos los recursos y métodos de gestión hospitalaria.

Segundo, con el intento de una segmentación del mercado por características del comportamiento y beneficios buscados, la separación (especialización) de los asilos y de los hospitales *sensu stricto* «a los que cabe sumar la inclusión de cuadros médicos y la especialización en función de las diversas patologías que se atiendan en ellos»<sup>7</sup>; tercero, con el proceso de medicalización incipiente de los hospitales, o lo que es igual, la forma embrionaria de un hospital como instrumento de intervención y curación, porque para la época —como lo señala Foucault— «la medicina es una profesión no hospitalaria»<sup>11</sup>.

### Segundo paso, en Alemania: acumulación de prácticas médicas

Ocurrida la «reducción de hospitales», equivalente a la idea de economía de escala, llevada a cabo a partir de 1512 en Valencia, 1532 en Segovia, 1548 en Valladolid<sup>12</sup>, «1587 (en Sevilla) y 1603 (en Madrid)»<sup>1</sup>; sucedido el intento de separación de los hospitales *sensu stricto* y de los asilos, similar a la idea de especialización, seguida de la medicalización de los hospitales; en el decadente

Sacro Imperio Romano Germánico (hoy Alemania), se generó un sistema estatal de atención de la salud durante los siglos XVII y XVIII, inmerso dentro de un sistema conocido como *medizinische polizei* (policía médica), caracterizado por la «1) Normalización del personal médico y paramédico (cirujanos, parteras, enfermeros, curanderos, etc.) y organización de una red de cobertura estatal y de estructura piramidal de intendentes, protomédicos, inspectores sanitarios, etc.», por una «2) Política higienista y sanitarista básicamente urbana: control de epidemias, lucha contra los focos de insalubridad y contaminación (“miasmas”), salubridad de las casas y las calles, el drenaje, las aguas y los alimentos, control sanitario de las fábricas y los hospitales, etc., y», finalmente, por una «3) Política de las familias: matrimonios, embarazo y parto, lactancia, vacunación ortopedia, prostitución, invalidez, etc.»<sup>13</sup>.

Este sistema estatal de atención de la salud, se expresó a través del «modelo ejemplar», el «proyecto genial» y la «genial construcción» del hospital de Bamberg, entre 1787 y 1789<sup>14</sup>, que va a significar, primero, una renuncia «sin excesivo esfuerzo a las orientaciones de la policía médica, dejando para ella los dominios de la miseria»; va a implicar, segundo, apropiarse «para sí ese privilegiado campo de experimentación que, en adelante, será el cuerpo del enfermo, aislado en el escenario ideal que se supone es el hospital; es decir, que los hospitales van a complementar su función asistencial con otra de carácter científico muy diferente de la que hasta entonces les estaba encomendada»<sup>15</sup>; y va a ser, tercero, «el centro clínico desde el cual comenzaron a irradiarse los aires de reforma de la medicina alemana»<sup>16</sup>.

En tal sentido, en el «*krankenspital* de Bamberg, inaugurado en el año 1790 aparecen algunas innovaciones de importancia, tanto en la distribución de los pacientes como en las medidas higiénico-sanitarias, así como el hecho de contemplar junto al hospital un centro de investigación y de enseñanza»<sup>12</sup>, dando origen a la idea actual de que las escuelas de medicina estén asociadas a un hospital, para que los estudiantes puedan tener acceso a una enseñanza clínica, sin restricciones, trascendiendo la idea anterior del hospital como lugar donde va el médico a practicar después de haber estudiado.

### Segunda interpretación

Cabe interpretar que, inmerso en las «políticas originadas en los fundamentos sociales y políticos del Estado absolutista y mercantilista alemán de los siglos XVII y XVIII»<sup>17</sup>; pero, especialmente, a finales del siglo XVIII, dentro del avance en la incorporación del sistema occidental de atención de la salud, se logró: primero, liberar (desligar) al hospital de todas las actividades asistenciales no médicas, para lo cual se llevaron a cabo las obras civiles necesarias que le van a permitir intentar intervenir los enfermos y tratar de ser un instrumento (una máquina) para la curación de las enfermedades, que Foucault denomina «hospital médico-terapéutico»<sup>11</sup>; y, segundo, tales propósitos de tratar de intervenir y de intentar ser instrumento, implicarán que se apropie (adueñe) del privilegio de ser centro de investigación sobre el cuerpo del enfermo y de ser centro de enseñanza de la medicina, como complemento a su actividad asistencial: se gesta la Medicina como una profesión hospitalaria.

Es decir que, siguiendo con la idea de acumulación venida de España, se copiaron en este caso tres capacidades: la atención de

la salud o capacidad asistencial o acto terapéutico, la enseñanza médica o capacidad formativa o acto pedagógico y la investigación clínica o capacidad epistémica o acto epistémico, pasando a una medicalización que comienza a ser efectiva; continuando con el propósito español de segmentar el mercado por características del comportamiento y beneficios buscados, se hace realidad el hospital *sensu stricto*, es decir que se logra la primera especialización del hospital (dedicado sólo a pacientes): el hospital médico-terapéutico-epistémico-pedagógico.

### Tercer paso, en Inglaterra: el hospital de pabellones

Por otro lado, tras las primeras observaciones, realizadas por el médico escocés Sir John Pringle en Inglaterra<sup>18</sup>, sobre las infecciones nosocomiales debidas a la masificación hospitalaria, «nace la concepción del hospital moderno, basada fundamentalmente en estudios teóricos y experiencias prácticas[ las cuales se van a materializar en] los nuevos edificios del *St. Bartholomew's Hospital*], dentro del cual se consideró imprescindible para evitar la propagación de las infecciones] la separación (especialización) entre los edificios que circundaban el patio, a fin de permitir el libre acceso al aire y a la luz», de lo cual da cuenta en sus investigaciones Pedro García Barreno<sup>12</sup>. Especialización o separación que basada – como lo observa María de las Mercedes Insúa – en un «sistema de pequeños pabellones, aislados los unos de los otros [para] lograr una mejor aireación de los edificios y una separación especializada de los enfermos»<sup>19</sup>.

Esta concepción del hospital moderno, tuvo en Inglaterra varios antecedentes: primero, las leyes de pobres que pueden ser rastreadas desde la aprobación de las leyes para tratar con los «pobres impotentes», en 1536<sup>20</sup>, la primera de las cuales fue el *Act of Elizabeth*, expedida en 1601 – popularmente conocida como Elizabethan Poor Law<sup>21</sup> –, que estableció «asilos para los pobres incapacitados (ancianos y enfermos)», cuyos «principios inspiradores estuvieron presentes en la legislación inglesa hasta prácticamente la segunda mitad del siglo XX»<sup>22</sup>; y, segundo, mientras que en Europa los hospitales, durante la Edad Media, estuvieron asociados, principalmente, a la órbita privada de un monasterio o a una orden religiosa, en Inglaterra fueron construcciones municipales (es decir, de origen público), en general, como consecuencia de las reformas de los Tudor, quienes reinaron entre los siglos XV y XVII entregando a los municipios el cuidado de sus propios pobres<sup>23</sup>.

Este ambiente propició un espacio para, que en 1676, el médico John Petty entendiera —apoyado en razones económicas— que «no es de interés del Estado dejar a los médicos ni a los pacientes— abandonados a su suerte»<sup>24</sup>; que en 1707, el también médico Nehemiah Grew planteara —basado en razones financieras— la necesidad de regular las tarifas de pagos a los médicos de acuerdo con su experiencia, como una forma de reducir el costo de la atención médica<sup>25</sup>; que en 1714, el cuáquero comerciante John Bellers comprendiera —soportado en razones socioeconómicas— que se requería un plan para un servicio nacional de salud que contara con hospitales y laboratorios (una idea de acumulación técnica), para ser usados como centros asistenciales, de investigación y de enseñanza médica<sup>26</sup>; para que entre 1719 y 1740 —movidos por un sentimiento de caridad— se crearan los hospitales de Westminster, Guy, St. George y el Hospital de

Londres<sup>27</sup>; y, para que fundados en la idea mercantilista de la salud como elemento importante de la política, «a mediados de siglo se crearan hospitales especializados» como consecuencia de la iniciativa privada asociada a las actividades cooperativas, en otras palabras «no eran iniciativas gubernamentales»<sup>25</sup>.

### Tercera interpretación

Tiene lugar interpretar, para los siglos XV, XVI y XVII, dominados por la idea de la pobreza como construcción social que condujo a que «benefactores y filántropos estructuraban y ajustaban su asistencia al pobre a través de una identificación implícita con la inseguridad para garantizar así un comportamiento adecuado por parte de los pobres»<sup>28</sup> (control de los comportamientos), aparezca una arquitectura hospitalaria fundada en estudios teóricos y experiencias prácticas como respuesta a las necesidades asistenciales médicas de control; la preocupación por las infecciones intrahospitalarias (el control de los riesgos), que se resuelve construyendo pabellones pequeños aislados que garantizan la separación especializada aislada de los enfermos, en una primera fase, y edificando hospitales especializados, en un tiempo posterior, en correspondencia con la idea moderna de la división del trabajo, de la parcelación de funciones que, es también, una segmentación por características de los beneficios buscados; por la propuesta de una regulación de las tarifas de pagos de los médicos (el preludio de la monetización de la atención médica) y por la idea de un plan (una imagen-objetivo) para un servicio nacional de salud integrado por hospitales y laboratorios (acumulación de capacidad técnica), que fuera posible utilizarlos como centros asistenciales, de investigación y de enseñanza médica.

Es decir, en Inglaterra se dio, la atención de la salud plenamente medicalizada (técnica especializada), lo cual significó la incorporación en Occidente de la atención sanitaria como manera de intervenir los enfermos y se concibió la idea de la atención sanitaria como instrumento para la curación, al tiempo que se dio una anticipación a la idea de la planificación con casi dos siglos de anticipación.

### Cuarto paso, en Francia: la racionalidad nosológica

Habiendo liberado al hospital de toda actividad asistencial no médica, como un nuevo paso constructivo dentro del diseño del sistema de atención de la salud, posibilitando su conversión en centro de investigación sobre el cuerpo y su transformación en lugar de enseñanza, en Alemania, y teniendo como antecedente la política española «reducción de hospitales» (originada en Francia «tras la disposición del Parlamento [de Toulouse] del 6 de febrero de 1504, con el objeto de reunir en un solo establecimiento todos los pequeños hospitales») <sup>12</sup> y basándose el hospital inglés de pabellones, en Francia durante los siglos XVIII y XIX, rodeado de un ambiente político y económico en donde ocurrió la conversión de la medicina general «en una ciencia de lo público o de las cosas»<sup>29</sup>, que se hubo de denominar, según dice Didier Fassin, «*hygiène publique* [como también] *médecine politique*»<sup>30</sup>, se va a desprender plenamente el hospital del hospicio, para constituirse «como un espacio solamente médico» como consecuencia de la «evolución lógica del pensamiento nosológico»<sup>31</sup>; es decir, «como centro exclusivamente dedicado a la asistencia de enfermos curables— cuando el significado social del viejo hospital es por fin superado por la cada vez mayor importancia de la enseñanza de

la medicina junto al lecho del paciente y al servicio de la ciencia médica»<sup>12</sup>, tal como fue concebido el *krankenspital* de Bamberg en Alemania.

Tal desprendimiento del hospital —funcional, espacial y formalmente— del hospicio, a imagen y semejanza del *krankenspital* de Bamberg, obedeció a una racionalidad fundada en tres pilares, como lo evidenció Blandine Barret-Kriegel: la valoración de la salud de cada individuo en consonancia con las necesidades médicas, su cuantificación y la aparición de la población concebida como objeto del conocimiento médico<sup>32</sup>, en otras palabras, desde una perspectiva de interpretación, es posible afirmar que se dio el paso hacia una organización técnica especializada que permitirá intervenir a los enfermos.

Tal *hygiène publique* o *médecine politique*, que no es otra cosa que un sistema de salud que «va a tener la función crucial de la higiene pública, con organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y la medicalización de la población»<sup>33</sup>, va a servir de basamento de un hospital que hace posible, por una parte, «homogeneizar las condiciones de enseñanza y de ejercicio de la medicina en el territorio nacional»<sup>34</sup>.

Por la otra, hace posible que Jean Baptiste Le Roy exprese, ante la Academia de las Ciencias Francesas en 1785, que «una sala hospitalaria, si es que está permitido expresarse así, es una verdadera máquina para el tratamiento del enfermo»<sup>35</sup>, lo cual, condujo recientemente a Cecilia Ruiloba, quien cita a Le Roy a partir de una fuente secundaria, al hallazgo de que los franceses de aquel tiempo entendían al hospital como «una herramienta científica», como «una “máquina” que contribuye a la curación», entendiendo por «“máquina”... un instrumento al servicio del hombre que transforma al enfermo en sano»<sup>36</sup>, sobre la base de la dicotomía occidental entre salud y enfermedad.

Sin embargo, surgió desde el siglo XVIII, en Francia, la idea «una sustitución del hospital», para lo cual se planteó «la organización de una “hospitalización” a domicilio», calculando «las ventajas económicas en la medida en que el coste del mantenimiento de un enfermo es mucho menor para la sociedad al ser mantenido y alimentado en su casa»<sup>37</sup>.

### Cuarta interpretación

Es posible interpretar que, dentro del perfeccionamiento del sistema occidental de atención de la salud, durante los siglos XVIII y XIX formalmente se consolidó la atención de la salud medicalizada, que corresponde a la idea moderna de la división del trabajo, de la parcelación de funciones; tal espacio estaba iluminado por una racionalidad nosológica (clínica), que garantizaba su objetividad, fundada en la valoración de la salud del individuo, basada en cuántas son las necesidades (exigencias) médicas; en otras palabras, se consolidó la atención de la salud como manera de intervención en los enfermos asentada en la concepción de la población como objeto de saber médico (bioestadístico, demográfico y epidemiológico) que va a lograr (a gran escala) normalizar (estandarizar, homogeneizar) la enseñanza y el ejercicio médicos, al tiempo que va a operar, de forma incipiente, como un instrumento (herramienta o máquina)

de carácter científico (académico o epistémico), para la curación de enfermedades, lo cual va a permitir el surgimiento de la crítica a los hospitales y la emergencia de la idea de la medicina a domicilio.

### Quinto Paso, en Los Estados Unidos: la máquina sanitaria

Consolidada la medicalización, guiada la atención de la salud por una racionalidad nosológica que garantiza la intervención en los enfermos y sueña con operar como instrumento para la curación, en los Estados Unidos de América, al igual que en Gran Bretaña, los hospitales fundados durante los siglos XVIII y XIX no fueron de iniciativa gubernamental, pero dieron lugar al nacimiento de la idea de que «desde el punto de vista de la economía de la sociedad podía ser más barato dar atención médica en forma eficiente y accesible»<sup>26</sup>.

Iluminado por este criterio, durante el siglo XX, hacia 1938, Alphonse R. Dochez señala la evolución de la historia clínica, desde una muy simple, hasta una que recoge las observaciones combinadas de tres médicos visitantes, dos residentes, tres auxiliares, diez especialistas y catorce técnicos<sup>38</sup>; lo que da cuenta de una máquina sanitaria, como fue soñada en Inglaterra y Francia, a partir de las bases de Bamberg sobre las aspiraciones de España, que se hizo posible por la introducción de los laboratorios dentro de un hospital: bacteriología y química en 1889 y rayos X en 1896<sup>39</sup>, y con ellos se introdujeron las escuelas de enfermería, los primeros trabajadores sociales, los servicios de nutrición y dietética, los procedimientos de archivo y los procesos comerciales, que llevaron al surgimiento de los administradores hospitalarios y al crecimiento de la acción regulatoria creciente gubernamental, especialmente en su financiamiento, que concluyó en el hospital comunitario actual<sup>40</sup>; es decir, en el hospital como una organización a gran escala que requiere una racionalidad administrativa: la medicina gestionada.

Al mismo tiempo, continúa la preocupación surgida en el siglo XIX por la homogenización de la enseñanza y el ejercicio de la medicina, intranquilidad que se va a expresar en 1910 en *A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, escrito por Abraham Flexner con la introducción de Henri S. Pritchett.

Entonces, «a medida que la medicina científica comenzó a prevalecer —durante el siglo XX— y llegó a institucionalizarse en el hospital, el médico se transformó en un elemento esencial para su operación y, a la vez, la institución se hizo cada vez más indispensable para el ejercicio de una buena medicina»<sup>41</sup>.

#### Quinta interpretación

En fin, es posible una interpretación final, durante el siglo XX se incorporó el hospital (y con él el sistema de atención sanitaria actual) como una organización a gran escala que es un instrumento para la curación de las enfermedades (el ideal francés de la máquina), con lo cual apareció, en plenitud, un sistema de atención de la salud como una manera de intervención de los enfermos y como un instrumento para la curación de las enfermedades guiada por una racionalidad nosológica y un pensamiento económico que busca la eficiencia y la accesibilidad más baratas: la pieza final del rompecabezas que se inició con la acumulación de hospitales.

### Conclusiones

Ahora, es posible interpretar que el camino recorrido, para la incorporación del sistema de atención de la salud en Occidente, ha sido (sin excepción) una senda contraria a la disgregación de hospitales y al esparcimiento de recursos (como ocurre hoy), porque su criterio obedece a una racionalidad capitalista de acumular, centralizar, concentrar y reunir; lo cual, explica la crisis de muchos sistemas de atención de la salud, en las Américas, provocada por la disgregación de la atención de la salud y el esparcimiento de los recursos técnicos y financieros con resultado contrarios a las aspiraciones de racionalización de recursos que inspiraron a las reformas recientes, las cuales han sido muy bien traídas a la memoria por Granados y Gómez, a saber: primero, «La necesidad de contener la escalada de costos de los sistemas de salud como parte de la reducción de los gastos públicos de carácter social» y, segundo, «La escalada de los costos de las funciones de producción para la atención de la salud»<sup>42</sup>.

De otro lado, se aprecia que tal camino ha recorrido un trayecto de creciente especialización (desde el hospital *sensu stricto* hasta el hospital comunitario actual), para lo cual el sistema de atención de la salud debió acumular capacidades (primero, la asistencial; segundo, la formativa y epistémica, y tercero, la técnica), cuestiones estas no contempladas en las reformas de las Américas, porque la disgregación de la atención de la salud y el esparcimiento de los recursos técnicos y financieros, las hace imposibles.

Finalmente, que al recorrer tal senda, las consideraciones han sido de dos órdenes: por una parte, la tecnociencia médica (asistencia, enseñanza, técnica e investigación médicas); por la otra, las cuestiones de una racionalidad administrativa y financiera; en ambos casos, de acuerdo con la lógica de la acumulación. Sin embargo, en las reformas hechas en las Américas, la primera de las cuestiones ha sido prácticamente desechada, sin caer en la cuenta que es sobre ella como se alcanza la segunda, colocándonos hoy ante la condena (nada deseable) de tener que volver a transitar un camino histórico ya recorrido por la falta de decisión y valor de las élites latinoamericanas, para valerse del propio entendimiento sin la tutela de potencias u organismo extranjeros.

### Referencias

1. López PJM. Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80(5): 445–56.
2. Maravall JA. Estado moderno y mentalidad social (Siglos XV al XVII) Madrid: Rev Occidente; 1972.
3. López PJM. Ciencia y técnica en la España de los siglos XVI y XVII. Barcelona: Labor; 1979.
4. Carmona GJI. Los hospitales en la Sevilla moderna. Sevilla: Excma Diputación Provincial de Sevilla; 1980.
5. Recio MA. La reducción de hospitales sevillanos de 1587repercusiones artísticas y burocracia constructiva. *Rev Laboratorio Arte*. 2000; 13: 39–57.
6. Gallent M. Historia e historia de los hospitales. *Revista d'Història Medieval*. 1996; 7: 179–91.

7. Córdova dlQJ, Córdova CLS. Importancia histórica de la ambulancia en la epidemiología. Arch Bolívar Hist Med. 2004; 10(1): 64–7.
8. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Méd Sal. 1977; 11(1): 3–25.
9. Gallent MM. Instituciones hospitalarias y poderes públicos en Valencia. Saitabi. 1984; 34: 75–88.
10. Foucault M. Estrategias de poder. II. Barcelona: Paidós; 1999.
11. Foucault M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educ Med Salud. 1978; 12(1): 20–35.
12. García BPR. Evolución del hospital; II encuentro hispanoamericano de historia de las ciencias; 1991; Buenos Aires. Accessed: 21 Oct 2014. Available from: <http://www.pedrogarciabarreno.es/4.%20Escritos%20varios/Sobre%20Hospitales/Evoluci%C3%B3n%20del%20hospital.pdf>.
13. Guerrero O. Las ciencias de la administración en el Estado absolutista. México: Fontarama; 1986.
14. Murken AH. Vom Armenhospital zum Großklinikum. Köln: Du Mont Verlag; 1988.
15. Montiel L. Policía médica y medicina clínica en Bamberg entre la Ilustración y el RomanticismoEl testimonio de A. F. Markus. Dynamis. Acta Hispán Med Scient Histor Illustr. 1992; 12: 263–82.
16. Zupcic RS. El médico y el escritor. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona;
17. Vara AM, Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores; 1985.
18. Seaman M, Lammers R. Inability of patients to self-diagnose wound infections. J Emerg Med. 1991; 9(4): 215–9.
19. Insúa CMM. Arquitectura Hospitalaria Gallega de Pabellones. La Coruña: Universidade da Coruña; 2000.
20. Elton GR. An early Tudor Poor Law. Economic History Rev. 1953; 4(6): 55–67.
21. Villarespe RV. Pobreza. México: Casa Juan Pablos. Universidad Nacional Autónoma de México; 2002.
22. Rodríguez CJC. La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2003.
23. The New Encyclopædia Britannica . Micropædia. 15th ed . London: Encyclopædia Britannica;
24. Petty W. The Petty papers. London: Constable and Co; 1927.
25. Rosen G. Wirtschafts- und Socialpolitik in der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens. Lesky E Ed. . Darmstadr: Socialmedizin Entwicklung und Selbstverständnis; 1977.
26. Rosen G. From medical police to social medicine. New York: Science History Publications; 1974.
27. Kirkman B. A history of English philanthropy. London: P S King and Son; 1905.
28. Woolf S. The poor in Western Europe in the eighteenth and nineteenth centuries. London: Methuen; 1986.
29. Vallejo M. Impacto de la medicina de la higiene en el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. Anuario de Investigaciones. 2011; XVIII: 225–36.
30. Fassin D. Comment faire de la santé publique avec des motsUna rhétorique à l'oeuvre. Ruptures. 2000; 7(1): 58–78.
31. Bonastra Q. Los orígenes del lazareto pabellonario La arquitectura cuarentenaria en el cambio del setecientos al ochocientos. Asclepio. 2008; LX(1): 237–66.
32. Barret-Krieguel B. Mardaga P. Les machines à guérir (aux origines de l'hospital moderne) Bruxelles: Liège; 1979. L'hôpital comme équipement.
33. Foucault M. Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1976. Paris: Seuil/Gallimard; 1997.
34. Chambard J. Le système de santé en France. Paris: GIP SPSI; 2014.
35. Le Roy JB. Précis d'un ouvrage sur les hôpitaux. Paris: 1789.
36. Ruiloba QC. Arquitectura terapéutica. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2012.
37. Foucault M. Foucault M. Saber y verdad. Madrid: La Piqueta; La política de la salud en el siglo XVIII; pp. s. f.
38. Dochez AR. President's address. Trans Am Clin Climatol Ass. 1939;54: 19–23.
39. Somers HM, Somers AR. Doctors, patients and health insurance. Washington D C: Brookings Institutions; 1961.
40. Rosen G. Hospital. Encyclopedia Americana. 1959;14:432–433.
41. Granados TR, Gómez MMC. La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia. Resultados y Balance. Rev Salud Pública. 2000; 2(2): 97–120.