

# Los cuidados progresivos de pacientes como política hospitalaria: su implementación en EEUU, 1953-1969.

Progressive patient care as a hospital policy: its implementation in the US, 1953-1969.

Andrea Peve<sup>1</sup>  
Hugo Spinelli<sup>2</sup>

## RESUMEN

---

**S**e discute la implementación de los cuidados progresivos de pacientes (HCPP) en hospitales estadounidenses, entre los años de 1953 y 1969. Las preguntas de investigación son: ¿cuál era la situación en la época de los hospitales en EEUU y qué dificultades tenían para la atención médica?, ¿qué antecedentes reconoce la propuesta de los cuidados progresivos de pacientes?, ¿Cuál fue la definición de los cuidados progresivos de pacientes?, y ¿en qué consistía la propuesta de los HCPP? Se realizó una revisión en PubMed y Scopus y se trabajó sobre 39 artículos y otros documentos de la época. Los cuidados progresivos distinguieron cinco diferentes zonas de cuidado: intensivos, intermedios, autocuidado, prolongado y domiciliario, con ello se trató de optimizar recursos a través de la categorización de pacientes y la racionalización del personal de enfermería. Los cuidados progresivos con sus normas y protocolos en cuidados separados fueron influidos por el estructural-funcionalismo dominante de la época.

*Palabras clave:* Cuidados Progresivos de Pacientes. Hospitales. Gestión en salud. Modelos de atención. Modelos de cuidado.

## INTRODUCCIÓN

---

Este trabajo es parte de una tesis doctoral sobre los HCPP en distintos países de América y Europa desde su implementación hasta la actualidad. En este artículo se aborda las primeras experiencias en hospitales estadounidenses entre los años de 1953 y 1969 analizando: la situación hospitalaria, los problemas de la agenda sanitaria de la época, los antecedentes de la propuesta, su definición y los elementos técnicos. No es un artículo sobre la historia de los hospitales en los EEUU, sino sobre el origen de una política hospitalaria que fue dominante en una época y que trascendió las fronteras de EEUU.

La agenda sanitaria de la mitad del siglo XX en EEUU estuvo centrada en tres temas:

- 1) el financiamiento de la atención médica a través de la propuesta de seguros médicos;
- 2) la construcción de hospitales para saldar el déficit que existía, lo cual motiva la firma del “Acta de Construcción y Encuesta Hospitalaria” en 1946 y conocida como Programa Hill-Burton, en el cual se establece un plan primario de construcción con un aporte de 75 millones de dólares anuales durante cinco años; y
- 3) la reorganización de la atención médica que incluyó la propuesta de los HCPP (1-4).

---

Recibido el 14 de octubre de 2019. Aceptado el 9 de noviembre de 2020.

1 Doctoranda en Salud Colectiva. Magister en epidemiología, gestión y políticas de salud. Universidad Nacional de Lanús. Correspondencia a: apeve03@gmail.com

2 Doctor en Salud Colectiva. UNICAMP-Brasil. Director, Instituto de Salud Colectiva/ Universidad Nacional de Lanús. Correspondencia a: hugospinelli09@gmail.com

Hasta la década de 1950, la internación en hospitales se realizaba por servicios basados en las especialidades médicas. El programa de cuidados progresivos implicaba una organización y disposición del personal (tanto médico como de enfermería), tecnología-equipamiento e instalaciones, alrededor de las necesidades de cuidado/atención de los pacientes independientemente de las especialidades(5). Jack Haldeman, jefe de una división del Public Health Service, en Washington, e impulsor de los HCPP expresaba que, si bien no se puede precisar la fecha exacta del comienzo, hubo un acuerdo general de implementación en diferentes hospitales en los inicios de la década de 1950, “varios años antes de que se le diera el nombre de “cuidados progresivos de pacientes”(6). Otros autores reconocen al Hospital St. John’s Hopkins, en St. Paul, Minnesota como el primero en implementar el programa en el año 1953, con la intención de adecuarse a un rápido desarrollo de la ciencia médica que incrementaba los costos de los cuidados hospitalarios, y a la escasez de personal entrenado, principalmente de enfermería (5-11).

Abdellah destaca como hitos del programa al Hospital McPherson, centro médico de la Universidad de Kentucky, en Lexington (12,13) y al Hospital Memorial Manchester desde donde surgen la mayoría de los relatos de quienes pusieron en marcha los HCPP (12).

La implementación de los HCPP utilizó para su desarrollo la investigación operativa, la cual tuvo su apogeo durante la Segunda Guerra Mundial (14). Al tener que resolver procesos de toma de decisiones la investigación operativa utilizó modelos estocásticos (probabilidades “objetivas” bien precisas en un universo de posibilidades futuras “finitas”), de manera de alcanzar la predicción probabilística necesaria para disminuir al máximo las incertidumbres organizacionales (15-17). También se utilizaron modelos de simulación (reducción a un número finito de reglas) como estrategias para problemas en el diseño y utilización de instalaciones hospitalarias (18-19).

A pesar del tiempo transcurrido y las críticas que recibió la propuesta de HCPP, continuó siendo utilizada hasta la actualidad para la organización de hospitales en diferentes países (20-21). En Latinoamérica, fue y es impulsado por la Organización Panamericana de la Salud y validada por publicaciones científicas (22,23,24,25).

## **METODOLOGÍA**

Las preguntas que conducen este texto son: ¿cuáles eran las dificultades para brindar atención

médica a la sociedad en la década de 1950 en EEUU?, ¿qué antecedentes se reconocían de cuidados progresivos?, ¿cuál fue la definición de HCPP?, y ¿en qué consistía la propuesta?

Sobre la base de esas preguntas realizamos una búsqueda bibliográfica en PubMed y Scopus, utilizando el descriptor progressive patient care. El período abarcado se definió entre la primera publicación registrada del año 1958, hasta el año 1969, cuando decrecen las publicaciones relacionadas con los HCPP en los EEUU. La búsqueda dio como resultado 192 artículos, de los cuales se seleccionaron 39 por ser los que abordaban los interrogantes del trabajo.

Los textos se analizaron junto a libros, documentos del Servicio de Salud Pública estadounidense; y otras publicaciones de la misma época (el material utilizado se encuentra en las referencias bibliográficas). Para el análisis del corpus se utilizó el análisis de contenido (26). A los fines interpretativos del texto, resulta necesario destacar que el vocablo “care” en inglés no tiene una traducción unívoca al español, ya que se lo puede entender como atención o cuidado.

## **ANÁLISIS**

### **¿Cuál era la situación en la época de los hospitales en EEUU y qué dificultades tenían para la atención médica?**

La expansión de la industria de la guerra trajo una disminución de la construcción edilicia, en general, y de los hospitales en particular. Al mismo tiempo, la escasez de materiales de construcción y la disminución de aportes de grandes donaciones a los hospitales dificultaron su construcción. A su vez, los avances en diagnósticos, tratamientos y personal médico entrenado transformaron a los hospitales en lugares muy demandados (7,27,28). El desbalance entre los requerimientos de atención y la disponibilidad edilicia resultó en una superpoblación de pacientes en hospitales, distribuidos en forma desigual entre los estados y al interior de estos. La mayoría de esas instituciones poseían camas obsoletas y escaso entrenamiento del personal de enfermería (4,7,27,29).

La mayor demanda de pacientes por atención médica y la existencia de hospitales voluntarios (sin adecuado presupuesto) colocó en agenda el financiamiento de esos servicios y sus prestaciones. La ausencia de regulación y de un plan definido para un servicio hospitalario nacional, causó la duplicación de esfuerzos en construcción de hospitales que se

comenzó a instalar en la década de 1940, financiado con fondos fiscales y donaciones voluntarias (29).

La poca disponibilidad de camas se volvió un impedimento para quienes debían desarrollar sus habilidades, es decir internos, becarios y residentes. Bradley afirmaba, en 1946, que “se debe proveer suficientes camas, para que los médicos se vuelvan más calificados”; observación que resultaba relevante dada la reorganización de la educación médica posterior a la reforma propuesta por el informe Flexner (27,30,31).

Los servicios curativos individuales evolucionaron con diferente grado de apoyo y control de los fondos públicos. Con la eficacia creciente de la atención médica, surgió la preocupación de quién la financiaría para que estuviera al alcance de la población (3,32,33). Los pacientes hasta entonces eran hospitalizados y diferenciados en salas, de acuerdo con la edad, el diagnóstico o la posición económica, de manera pública, privada o semiprivada (9).

La escasez y la falta de entrenamiento del personal de enfermería fue considerada uno de los factores más apremiantes de la época ya que determinaba una mirada incompleta hacia los pacientes internados y, en consecuencia, los pacientes más graves se evaluaban con mayor detenimiento en detrimento de los enfermos con patologías menores. A lo anterior se sumaba una inadecuada organización de la emergencia; la falta de observación de los pacientes durante los fines de semana; y la creciente dificultad para contratar enfermeras de manera privada (9,34).

A su vez, ambas guerras mundiales, pero sobre todo la última, habían permitido la formación de profesionales médicos altamente calificados, certificados por la American Board of Specialists. Entonces, se buscó trasladar ese entrenamiento al resto de los hospitales, al ser considerado como la mejor manera de otorgar cuidados de calidad, más allá de nuevos medicamentos y/o tecnologías. Los profesionales del ámbito privado podían utilizar el hospital, a pesar de no ser empleados, sin pagar el costo por las instalaciones, para lo cual ingresaban con su propio instrumental (35,36). Así, a los crecientes costos de la atención hospitalaria se sumaba la demanda de la comunidad que esperaba cada vez mayores y mejores servicios hospitalarios (5,37).

### **¿Qué antecedentes reconoce la propuesta de los cuidados progresivos de pacientes?**

El concepto de cuidado progresivo fue utilizado durante la Guerra de Crimea en 1853 por Florence

Nightingale, quien utilizó la atención progresiva al colocar los pacientes más graves en el área más cercana al escritorio del hospital de campaña, mientras que, los menos graves, eran colocados en camas traseras (38,39). Albert Schweitzer lo implementó en África ecuatorial, Lambarene, entre 1913 y 1948 (12) y, posteriormente, en 1949 varios trabajos publicados en Inglaterra relataban experiencias similares al tener en cuenta la categorización de pacientes y la planificación de servicios para pacientes crónicos y de salud mental. Uno de los trabajos emblemáticos fue realizado en 1957 en Birmingham, a cada uno de los 3.555 residentes en hospitales psiquiátricos por parte del personal responsable de su tratamiento (6,40).

En EEUU, los hospitales de tuberculosis, de salud mental, del ejército y privados concentraban enfermos críticos y pacientes de autocuidado por separado. Los hospitales de salud mental comenzaron a realizar cambios unos años antes de la implementación de los HCPP con el objetivo de atender al paciente según sus necesidades, haciendo hincapié en los servicios comunitarios, los hospitales de día o de noche, los talleres protegidos y los programas de atención comunitaria (5,27).

En el caso de los hospitales del ejército, muchos dispositivos utilizados en la guerra se aplicaron con la idea de contribuir a mejorar su funcionamiento: estudios organizacionales, análisis operacionales, programas de mejoramiento, clasificación y descripción de los puestos de trabajo. Ya en el año 1951, se diferenciaba la atención de los pacientes hospitalizados de acuerdo con criterios de gravedad en diferentes categorías que, en algunos hospitales, llegaron a ser nueve. Claussen, en 1954, presentó un sistema de clasificación de pacientes realizado en el Hospital Militar de Fort Belvoir, Virginia. Según esta autora, la importancia de formular patrones de clasificación de pacientes de acuerdo con las necesidades de atención de enfermería respondía a un debate instalado, relacionado con la escasa cantidad de personal de enfermería, versus la ineficiente utilización de los recursos disponibles (12,41).

Por último, los cuidados progresivos se aplicaron a pacientes posquirúrgicos agrupados en salas de recuperación cuidados por personal especialmente entrenado. Las unidades de cuidados intensivos se establecieron en varios hospitales con la idea de incluir no solo pacientes posquirúrgicos (anteriormente ubicados en las salas de recuperación), sino también pacientes clínicos críticamente enfermos (5,27).

## ¿Cuál fue la definición de los cuidados progresivos de pacientes?

En el año 1959, integrantes del Public Health Service presentaron los cuidados progresivos en un simposio organizado en la ciudad de Nueva York por personal del staff del Memorial Manchester Hospital, coordinados por la American Hospital Association (AHA). A continuación, se presentan algunas de las definiciones expuestas:

*“Mejor atención al paciente a través de la organización de las instalaciones, servicios y personal del hospital en torno a las cambiantes necesidades médicas y de enfermería del paciente” (42).*

*“Clasificación sistemática de los pacientes según sus necesidades médicas, que son las necesidades que pueden ser atendidas principalmente por el médico, la enfermera y las instalaciones del hospital” (42,43).*

*“...desde el Servicio de Salud Pública se piensa en un concepto que encarna no solo la atención hospitalaria, sino también la atención a largo plazo, la atención domiciliaria y la atención comunitaria” (42).*

Haldeman los definía como: “Organización de instalaciones, servicios y personal alrededor de las necesidades médicas y de enfermería del paciente. Los pacientes se agrupan según el grado de enfermedad y su necesidad de atención” (27) y así se describían los alcances de los cuidados progresivos:

*“Este amplio espectro de servicios también incluiría prevención y atención de pacientes crónicos dentro de un “sistema hospitalario coordinado”, como lo imaginaron los líderes del hospital a principios de los años cuarenta” (6).*

Thoms, uno de los integrantes del personal del Hospital Memorial Manchester, consideraba la asociación entre los cuidados progresivos y los aportes de la investigación operativa de la época, como un “programa práctico, basado en métodos modernos de investigación científica” (43).

## ¿En qué consistía la propuesta de cuidados progresivos?

Se trataba de un nuevo enfoque para el cuidado del paciente que se debía planificar de acuerdo con la enfermedad aguda en tres unidades o zonas de cuidado: “cuidados especiales”, para los severamente enfermos; “cuidados intermedios”, para pacientes moderadamente enfermos; y “autocuidado”, para aquellos que podían responder

a sus propias necesidades corporales (34,43). Posteriormente, se agregaron dos unidades: “cuidados prolongados” –también denominada “atención continua” o “de largo plazo”– para los pacientes que requerían más de 30 días de atención; y “cuidados domiciliarios”, coordinado con servicios comunitarios fuera del hospital (5,12,27,43).

El trabajo en equipo y la coordinación interdepartamental se consideraban primordiales para llevar adelante los cuidados progresivos. Se suponía que el trabajo en equipo potenciaba el desarrollo de los profesionales, el fortalecimiento de su capacidad creativa, y el incremento de la atención hacia el paciente. Se pensó que un eje importante consistía en “convencer a través de la participación”. Los cuidados progresivos eran liderados por personas respetadas y con trayectoria, con el objetivo de disminuir la resistencia a los cambios propuestos (9,12,43,44).

En su funcionamiento, los pacientes ingresaban por cualquier unidad y podían ser reubicados en otra unidad, según la evolución del cuadro clínico. La clasificación diaria de pacientes y la transferencia entre unidades resultaban fundamentales para evitar cuellos de botella. Esa clasificación no podía ser rígida, por la amplia variación de diagnósticos y condiciones de los pacientes. Si el médico no acordaba con la transferencia, la enfermera jefa llamaba al presidente del comité de los cuidados progresivos del personal médico, quien debía investigar y decidir sobre la asignación de la cama en poco tiempo (6,34,37,43). Todo se intentaba planificar, para lo cual se diseñaron diferentes procedimientos, protocolos, servicios diferenciados, nuevas disposiciones edilicias; y, además, se revisaron los aspectos legales de funcionamiento, roles de los especialistas y habilitación técnica de las unidades (45-57). A continuación, describiremos las cinco unidades de cuidados que conformaban la propuesta de HCPP.

### Unidad de cuidados intensivos o especiales

Alrededor del 10% de los pacientes del hospital se atendían en esta unidad (12,37). Los casos que ingresaban eran quirúrgicos, lesiones múltiples, quemaduras, hemorragia mayor, oclusión coronaria aguda, shock, insuficiencia respiratoria severa, coma, necesidad de masaje cardíaco, y traqueostomía de emergencia, entre otros (5,6,12,37). Los pacientes pediátricos y psicóticos también podían ser atendidos en esta unidad (5, 9,12,43).

La cantidad de personal de enfermería dependía

del tipo de paciente: aquellos con cirugía a corazón abierto o neurocirugía podían requerir un por turno (5,12); mientras que, para una sala de seis pacientes clínicos y quirúrgicos, podía ser suficiente un enfermero profesional y un auxiliar de enfermería (12). El personal de enfermería privada no trabajaba en este sector (5,34).

Esta unidad requería de personal de enfermería que se adaptara a trabajar en situaciones de estrés al estar con pacientes severamente enfermos y que se entrenara en una gran cantidad de patologías de diversas especialidades (5,12). El personal de enfermería debía estar altamente especializado en conocimientos técnicos, manejo de equipos complicados, en llevar a cabo procedimientos, y realizar observaciones exactas para comunicar al médico (5,34).

Arquitectónicamente, las salas incluían de cinco a seis pacientes y, en algunos casos, dos cubículos vidriados para mayor visualización de los pacientes en aislamiento. Cada sala se configuraba como una unidad autónoma con suministros, medicamentos, equipos, áreas de intercomunicación, reduciendo la necesidad de que la enfermera abandonara el área (12, 13,34,37).

#### **Unidad de cuidados intermedios**

La mayoría de los pacientes eran admitidos y dados de alta desde esta área. Se atendían casos quirúrgicos sin complicaciones, infecciones agudas estabilizadas, así como aquellos que presentaban una reagudización de su enfermedad crónica o pacientes terminales. Además, recibía transferencias de pacientes desde la unidad de cuidados intensivos, que no estuvieran tan graves para requerir cuidados críticos, ni en condiciones de estar en una unidad de autocuidado. Se requería de personal de enfermería similar al de un piso quirúrgico o clínico de una sala general y, a diferencia de la unidad de cuidados intensivos o especiales, el personal de enfermería de actividad privada podía cuidar aquí a sus pacientes (5,12,13,34,37).

Las personas hospitalizadas y el personal de enfermería planificaban juntos el cuidado. Estos últimos debían alentar y supervisar la actividad del convaleciente y enseñarle prácticas de buena salud, técnicas de seguimiento ambulatorio, y ayudarlo a aceptar las limitaciones que le producía la enfermedad. Previo al alta, debían aportar instrucciones para el hogar. El énfasis estaba puesto en la enseñanza sobre su enfermedad, la motivación y la comprensión de los problemas emocionales (5,13,34). La unidad era similar a la de los

hospitales tradicionales y muchos de los internados tenían privilegios de baño privado (3,37).

#### **Unidad de autocuidado o autoservicio**

En esta unidad, los pacientes se admitían desde otra unidad o desde su casa, para lo cual se tenía en cuenta la distancia del domicilio al hospital y la facilidad de transporte. Ingresaban para estudios diagnósticos, preparación para cirugía, pacientes parcialmente regulados o poscoronarios que debían aprender de forma supervisada cuánta actividad podían tolerar. Se les enseñaba a tomar sus medicamentos y cumplir con los tratamientos (3,12). La rutina era diferente, usaban su propia ropa y se reunían para conversar, leer, mirar TV o recibir visitas (34). En el caso que la recuperación se dificultase por ansiedad, la familia se alojaba junto a ellos (3,13,37).

La unidad demandaba una enfermera por cada veinte internados por turno, que era la responsable de acordar un esquema con el paciente y verificar que este comprendiera lo que tenía que hacer, funciones similares a las de la unidad de cuidados intermedios. En el turno mañana, se sumaba un enfermero auxiliar y un administrativo que colaboraban para llevar adelante los tratamientos (5,13). Si bien para trabajar en esta unidad se requería un conocimiento mínimo de los procedimientos, las capacidades en relaciones humanas debían ser usadas al máximo (5).

Arquitectónicamente, el área (en general se encontraba al otro lado de la calle del hospital) se lo comparaba con el hogar o un buen hotel: confortable, con habitaciones privadas que daban libertad de acción. Incluía una sala para examen y consulta con los profesionales médicos, estación de enfermería y sala de preparación de medicamentos. El número ideal para disminuir costos hospitalarios era entre 16 a 20 camas (3). Como parte de su recuperación, los internados podían caminar hacia el buffet, preparar sus comidas mientras aprendían sobre nutrición, e ir hacia el laboratorio a realizarse procedimientos (3).

Unidad de cuidado prolongado, cuidado de largo término, continuidad del cuidado o de largo plazo

Con el comienzo del funcionamiento del programa en hospitales generales, Haldeman comenta:

“...se volvió evidente el problema de la enfermedad crónica [...] inesperadamente la ayuda vino de un estudio de cinco hospitales generales agudos en Boston por parte de Rosenfeld y colaboradores” (5).

Esa investigación reveló diversos problemas que

indicaban la importancia de la coordinación entre los servicios, para la atención de los enfermos en la comunidad, y alertó sobre las consecuencias económicas de la colocación inapropiada del paciente en un hospital general, y la afección personal y familiar de permanecer más tiempo de lo indicado. Las conclusiones dieron una imagen más precisa de la demanda previsible de atención en los diversos tipos de instituciones médicas y guiaron la construcción de las instalaciones necesarias (58).

A partir de este estudio se conformó un comité de cuidados crónicos que dio sustento a la creación de una unidad de continuidad del cuidado para concentrar esos pacientes en un área del hospital (9). Ello aliviaba la presión sobre las camas agudas, a la vez que ofrecía recursos a la comunidad para cuidar pacientes de largo término bajo supervisión médica y de enfermería (5).

En esta unidad se admitían pacientes convalecientes de accidente cerebrovascular, víctimas de accidentes, amputados, quemados, posquirúrgicos y pacientes seniles. Se realizaban servicios prolongados, terapia física y rehabilitación, o acciones que se limitaban a mantener el “confort y la moral” (5,12,13,37). Los pacientes ingresaban como paso previo al alta o para ser transferidos a cuidados domiciliarios. El personal debía estar alerta por si las condiciones en el hogar no eran adecuadas, de manera de trabajar en conjunto con la asistencia social (5,12).

Esta unidad tenía en común con la unidad de cuidados intensivos el cuidado continuo bajo supervisión experta, el grado de experiencia y de intensidad del cuidado variaba ampliamente entre ambas unidades. Gran parte del trabajo era realizado por enfermeras practicantes, enfermeras auxiliares y camilleros supervisados por personal de enfermería (34). Se requerían muchos cuidados corporales y ejercicios para conseguir que el paciente dejara su condición de postración y alentarlo ante pequeños signos de mejoría, para lo cual las terapias recreativas y personas voluntarias podían resultar de ayuda para motivar la recuperación (5,13).

El personal no podía desalentarse por el lento progreso y debía prepararse para realizar asesoramiento médico, social, personal y psicológicos por sobre aspectos técnicos. Los pacientes podían estar internados largo tiempo, por ello debían estar cómodos y en compañía, para conversar y hacer actividades en una sala común para visitas, recreación y alimentación, en ambientes placenteros, con colores brillantes y mobiliario confortable. Ediliciamente, las salas eran para seis pacientes. Privadas para alojar un paciente y semiprivadas

para dos. Tenían espacio para sillas de ruedas camillas y barras de apoyo en los baños. Las salas podían estar dentro o adyacentes al hospital (5,13).

### **Cuidado en el hogar o cuidado domiciliario**

El propósito de esta unidad era la recuperación de camas para los hospitales. Los pacientes recibían cuidados en su hogar –considerado más agradable incluso que un excelente hospital– y pagaban menos por la atención (13). El paciente era considerado parte del hospital y registrado como tal en la oficina de cuidados domiciliarios. La selección era cuidadosa y el servicio se encontraba disponible tanto en forma gratuita como privada. Para los enfermos mentales, esta unidad facilitaba el acceso a otras instalaciones y programas comunitarios que resultaban muy necesarios (5). El equipo estaba conformado por médicos de familia, enfermeras de salud pública, trabajadores sociales y administrativos, coordinados por una agencia administrativa central (podía estar en el hospital o en otro lado). El personal de enfermería debía poseer habilidades administrativas, preparación en salud pública y un buen conocimiento de los servicios disponibles en la comunidad y en el hospital. Se realizaban procedimientos diagnósticos y terapéuticos simples como: colocación de inyectables, baños, instrucciones sobre salud a miembros de la familia, plan de recuperación, terapia física limitada, terapia ocupacional y actividades de rehabilitación. Los equipamientos portables como electrocardiograma y rayos x podían ser llevados al domicilio (5,12).

### **DISCUSIÓN**

---

Las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial iniciaron lo que se conocerá, posteriormente, como “los años dorados”, que terminan en 1973 con la crisis del petróleo. Dos procesos caracterizan a esos años: el crecimiento económico nunca antes alcanzado y la Guerra Fría. Esa expansión del capitalismo fue acompañada por una fuerte presencia del Estado, otorgando importancia a cuestiones sociales, en el marco de una sociedad de consumo. En este período, EE.UU. se consolidó como la principal potencia mundial (había terminado la guerra con un aumento del 75% del producto interno bruto y poseían los dos tercios de la producción mundial). Se presentaba como un modelo a imitar para el resto de los países, en el que la automatización resolvía en la sociedad los problemas de subproducción

(59). Otro tema relevante fue el rol que adquirió la ciencia que logra una jerarquía entre los valores nacionales hasta entonces desconocida (10,60).

Las críticas por mecanicistas a los trabajos de Taylor y Ford, y de romanticismo ingenuo a las teorías de las relaciones humanas, habían habilitado el ingreso de las ciencias sociales a la teoría general de la administración (TGA) a través de los textos de Parsons y Weber. Las ciencias sociales, la planificación y la gestión pública de la economía venían a complementar el rol del mercado.

Las nuevas propuestas organizativas de los cuidados progresivos expresaban los cambios que ocurrían en la teoría general de administración. Se pasaba así al control normativo basado en la colaboración espontánea de los trabajadores, apelando para ello a influir sobre sus valores y sentimientos. Ya no solo estaba en juego el aumento de la productividad, sino la legitimación de las formas organizativas (61). Las ideas de Parsons llevadas a la teoría general de la administración reproducen lo que Giddens señala como las debilidades del desarrollo teórico parsoniano, y sintetiza en cuatro puntos: reducir la vida social a la interiorización de valores; tratar al poder como un efecto secundario mientras se hace de la norma un hecho esencial de la vida social; negar que la vida social es el producto de las acciones de sus integrantes; y negar el carácter “negociado de las normas” (62). Estas críticas pueden ser aplicadas a la propuesta de los cuidados progresivos que, con sus normas, protocolos, planificación, investigaciones operativas, modelos matemáticos y algoritmos, estaba influida por la “normatividad” de la época.

En esos tiempos liberales de la profesión médica, de 1945 a 1960 (10), se asumía como necesario ordenar los hospitales e inscribirlos en la idea del progreso (5-36). “El paciente adecuado en la cama correcta, con los servicios adecuados en el momento adecuado” era la imagen objetivo de los cuidados progresivos (6). Se esperaba con ello aumentar la eficiencia y los espacios de cuidado, a un menor costo (63).

La cultura hospitalocéntrica dominaba el campo de las ideas sanitarias, y Hoge así lo expresaba: “sin hospitales es imposible llevar los beneficios de las ciencias de la salud a la gente ni lograr estándares de salud nacional” (4). La atención médica se había convertido en una de las principales industrias del país. Entre 1950 y 1970 se incrementó de 1,2 a 3,9 millones la mano de obra médica, en tanto el gasto nacional en atención a la salud pasó de 12.700 millones, a 71.600 millones (10). El incremento de costos llevó a considerar la atención médica como

un gasto en vez de una inversión social, y se puso en duda, incluso, si el gasto guardaba relación con los resultados en salud (10).

Los cuidados progresivos centraron la institucionalidad en el hospital—lo cual negaba toda posibilidad de desarrollo del primer nivel de atención—y se presentaron como totalizantes al proponer cubrir las necesidades de la alta tecnología hasta la atención domiciliaria, aunque no previó la articulación con el primer nivel de atención. Más allá de que Davis declamara la importancia de los centros de salud en la reunión anual de la American Public Health Association en 1944 (29), y que tuvieron un nuevo empuje, en 1946, con el programa Hill-Burton (2,4), en la práctica, los centros de salud siguieron sin tener relevancia (36).

En 1959, la American Medical Association y el Public Health Service en cuatro conferencias regionales proponían que “el hospital general del futuro esté tan interesado en proporcionar atención ambulatoria como lo está actualmente en proporcionar atención hospitalaria” como principio regulador de los costos. Entre las premisas más importantes, el hospital debía ocuparse de:

...a) cuidar al paciente a largo plazo (incluidos los enfermos mentales y crónicos); b) extender una buena atención médica y hospitalaria al hogar ayudando al médico a cuidar al paciente en el hogar; c) proporcionar continuidad de la atención a los pacientes que se transfieren a las instituciones paramédicas, y d) ofrecer servicios de prevención y la enseñanza de la atención de la salud. (64)

Una década después, la American Medical Association insistiría en la importancia de apoyar a los centros de salud vecinales (10).

A partir de la década de 1960, la propuesta de los cuidados progresivos fue “exportada” a otros países (7,65-72). A la vez que surgían cuestionamientos al modelo y se planteaban si se podían pensar los cuidados progresivos como un sistema con cinco niveles integrados, o reconocer que la propuesta solo había alcanzado a multiplicar los cuidados intensivos dentro de los hospitales (9,12,69,73). Si bien Thompson, en 1970, refería que el crecimiento de los cuidados progresivos “era fenomenal” (74), lo que era evidente es que, de las cinco unidades propuestas, se habían desarrollado básicamente las dos primeras: cuidados intensivos y cuidados intermedios, más próximas a la atención médica que al cuidado de las personas.

## REFERENCIAS

1. Wagner C. Planning the Patient Care Unit in the General Hospital. Washington DC: U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Division of Hospital and Medical Facilities; 1962.
2. Gilbertson W, Kahn H. Construction of hospitals, health centers, and other health facilities, 1951-52. Public Health Reports. 1952;67(12):1168-1175.
3. Gorman L. The history of healthcare costs and health insurance. Wisconsin Policy Research Institute Report. 2006;19(10):1-31. Disponible en: <http://www.wpri.org/BI-Files/Special-Reports/Reports-Documents/Vol19no10.pdf>. Acceso: 22 abr. 2015.
4. Hoge V. The hospital survey and construction act. Social Security Bulletin. 1946;9(10):15-17.
5. Haldeman J, Abdellah F. Concepts of progressive patient care I. Hospitals. 1959;33(10):38-42.
6. Weeks L, Griffith J. Progressive patient care, an anthology. Ann Arbor: The University of Michigan; 1964.
7. Agnew H. The shortage of hospital beds. Canadian Medical Association Journal. 1942;46(4):373-374.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy: The price we pay. Journal of the American Medical Association. 1955;159(15):1452-1456.
9. Lockward H, Giddings L, Thoms E. Progressive patient care: A preliminary report. Journal of the American Medical Association. 1960;172:132-137.
10. Starr P. The social transformation of American medicine. New York: Basic Books; 1982.
11. White A. Progressive patient care. Nursing Times. 1961;57(10):311-312.
12. Abdellah F. Progressive patient care-a challenge for nursing. Military Medicine. 1960;125: 331-337.
13. Weeks L. A combined staff in a progressive patient care hospital. The Journal of the American Osteopathic Association. 1963;63:363-370.
14. Churchman W, Ackoff R, Arnoff L. Introducción a la investigación operativa. Barcelona: Aguilar; 1971.
15. Ackoff R, Sasieni M. Fundamentos de investigación de operaciones. México DF: Limusa; 1971.
16. Zwicky F, Wilson A. New methods of thought and procedure: Contributions to the Symposium on Methodologies. Berlin: Heidelberg; 1967.
17. Matus C. Teoría del juego social. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa; 2008.
18. Fetter R, Thompson J. A decision model for the design and operation of a progressive patient care hospital. Medical Care. 1969;VII(6):450-462.
19. Flagle C. The role of simulation in the health services. American Journal of Public Health and the Nation's Health. 1970;60(12):2386-2394.
20. Guarinoni MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. Progressive patient care model and its application into hospital organization: a narrative review. Professioni Infermieristiche. 2013;66(4):205-214.
21. Briani S, Cortesi E. Designating hospitals according to levels of care: theoretical aspects and problems. Igiene E Sanita Pubblica. 2007;63(5):577-586.
22. Aravena Carrasco P, Mella Neira P. Modelo de cuidados progresivos: ¿Utopía o realidad? Chile: Universidad Austral de Chile; 2008.
23. Artaza Barrios O. Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios: Manual Administrativo. Chile: Ministerio de Salud; 2006.
24. Schiavone M, Mazza P, Cordero L. Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2011;124(3):17-23.
25. Organización Panamericana de la Salud, Association pour la coopération et le développement des structures sanitaires. La transformación de la gestión de hospitales en America Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, ACDSS; 2001.
26. Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
27. Haldeman J. Progressive patient care: A challenge to hospitals and health agencies. Public Health Reports. 1959;74(5):405-408.
28. Shepard W. Industry calling!: Is there a Doctor in the house? California Medicine. 1956;85(5):306-310.

29. Davis G. Content and administration of a Medical Care Program: Hospitals and hospital construction. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*. 1944;34(12):1239-1243.
30. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. (Report No. 4).
31. Bradley F. A critical analysis of hospital organization. *Hospitals*. 1946;20(7):71-73.
32. Fee E, Brown T. *Making medical history: The life and times of Henry E. Sigerist*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
33. Field M, Shapiro H. *Employment and health benefits: A connection at risk*. Washington DC: The National Academies Press; 1993.
34. Abdellah F, Strachan J. Progressive patient care. *The American Journal of Nursing*. 1959;59(5):649-655.
35. Anderson O. Health-service systems in the United States and other countries — critical comparisons. *New England Journal of Medicine*. 1963;269(16):839-843.
36. Rosen G. *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI Editores; 2005.
37. Cadmus R. Progressive patient care. *North Carolina Medical Journal*. 1960;21:233-235.
38. Nightingale F. *Notes on hospitals*. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green; 1863.
39. Fee E, Garofalo M. Florence Nightingale and the Crimean War. *American Journal of Public Health*. 2010;100(9):1591-1591.
40. Garratt F, Lowe C, Mc Keown T. An investigation of the medical and social needs of patients in mental hospitals I: Classification of patients according to the type of institution required for their care. *British Journal of Preventive & Social Medicine*. 1957;11(4):165-173.
41. Claussen E. Categorization of patients according to nursing care needs. *Military Medicine*. 1955;116(3):209-214.
42. *Symposium on Progressive Patient Care*. *Hospitals*. 1959;33(2):42-56.
43. Thoms E. Progressive patient care: Planning and research. *New York State Journal of Medicine*. 1959;59(14): 2777-2781.
44. Hayden A. Progressive patient care reflected in the records. *Modern Hospital*. 1959;92(1):85-88.
45. Croatman W. Progressive hospital care: What It means for you. *Medical Economics*. 1959;36:74-81.
46. Dormer V. Progressive patient care. *Nursing Mirror and Midwives Journal*. 1959;108(2829):2-4.
47. Erwin J. Adapting dietary facilities to progressive patient care. *Hospitals*. 1961;35:77-80.
48. Hayden A. Progressive patient care reflected in the records. *Modern Hospital*. 1959;92(1):85-88.
49. Reeves J. Progressive patient care in radiology. *Radiology*. 1959;73:779-784.
50. Regan W. A legal look at progressive patient care 3: Minimum care units. *Hospital Progress*. 1959;40(7):90-91.
51. Regan W. A legal look at progressive patient care 2. *Hospital Progress*. 1959;40(6):80-81.
52. Regan W. A legal look at progressive patient care. *Hospital Progress*. 1959;40(5):121-122.
53. Moss J. Nutrition problems and progressive patient care. *Nutrition Reviews*. 1960;18:257-260.
54. Hueston R. Progressive patient care: Experience of Chicago Wesley Memorial Hospital. *Hospital Management*. 1959;88(3):101-102.
55. Hunter A. Intensive care as a specialty. *The Lancet*. 1967;1(7500):1151-1153.
56. Lees W, Biddulph C. Progressive patient care 2. *Nursing Times*. 1968;64(5):17-20.
57. Lees W, Biddulph C. Progressive patient care. *Nursing Times*. 1968;64(4):13-16.
58. Rosenfeld L, Goldmann F, Kaprio L. Reasons for prolonged hospital stay: a study of need for hospital care. *Journal of Chronic Diseases*. 1957;6(2):141-152.
59. Hobsbawm E. *Historia del siglo XX: 1914-1991*. Barcelona: Crítica; 2012.
60. Bush V. *Science: the endless frontier*. Washington DC: United States Government Printing Office; 1945.
61. Gantman E. Reflexiones sobre la evolución de las ideologías gerenciales desde el siglo XIX hasta el presente. *Energeia*. 2009;5(1):96-115.
62. Giddens A. *Sociología*. Madrid: Alianza; 2012.
63. Felton B. What administrators want to know about progressive patient care. *Modern Hospital*. 1959;93:71-72.

64. Haldeman J. What the American public wants in health care. *Public Health Reports*. 1962;77:301-306.
65. Porter K. Ward design. *The Lancet*. 1962;280(7245):35-37.
66. Helman P. Progressive patient care. *South African Medical Journal*. 1966;40(32):756-759.
67. Raven R. Progressive patient care. *British Medical Journal*. 1962;1(5270):43-44.
68. Ingram R. Progressive patient care. *Canadian Journal of Comparative Medicine and Veterinary Science*. 1960;24(4):134-136.
69. Smith J. Hospital design in relation to progressive care. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*. 1963;8:225-228.
70. Pieltáin Álvarez-Arenas A. Los hospitales de Franco: la versión autóctona de una arquitectura moderna. [Tesis de Doctorado]. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid; 2003.
71. Brown R. Complete care and 'progressive' care of patients. *Veska*. 1961;25:791-797.
72. Makovicky E. On some data on differentiated care in hospitals of Sweden and Denmark. *Ceskoslovenske Zdravotnictvi*. 1964;12:299-306.
73. Davila C. Unidades de cuidado intensivo en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1970;69:50-63.
74. Thompson J, Kessler W. Future hospital organization. *AORN Journal*. 1970;11(2):147-149.