



# El ocaso del hospital

ALBERTO LIFSHITZ

El siglo xx fue probablemente el siglo de los hospitales. Aunque éstos se crearon muchos años antes, alcanzaron su auge en el siglo que acaba de terminar. Por mucho tiempo los hospitales habían sido más sitios de muerte que lugares para recuperar la salud; a los ancianos y a los enfermos se les confinaba en ellos en espera del fin o con el propósito de aislarlos de la sociedad, tal y como ocurrió con los que sufrían trastornos mentales. Pero en el siglo xx los hospitales se convierten en el centro de las acciones médicas; no sólo la cirugía y otros procedimientos se hacen en su interior, sino que los pacientes se hospitalizan para estudio, para reposo, para “reponerse”, para “vitaminarse”, para observación, para eludir las responsabilidades cotidianas. Las urgencias obligadamente se atienden en extensiones del hospital y los médicos tienen sus consultorios ahí mismo o en un edificio anexo. Si un paciente le habla a su médico porque necesita su ayuda, éste suele citarlo en el hospital. La formación profesional de los médicos y, por supuesto, la especialización médica, se realizan ahí. No se concibe la práctica médica fuera del hospital y los médicos que no están vinculados con uno son vistos con recelo.

Se construyeron hospitales inmensos y conjuntos de ellos en forma de grandes centros médicos, verdaderas ciudades de la salud y la enfermedad; se hicieron grandes negocios vinculados con el hospital. Los proveedores de equipos y material florecieron económicamente en el llamado complejo médico industrial. Entrar a un hospital para un examen completo (*check-up*) se volvió un indicador de estatus y una prestación que las empresas económicamente pudientes ofrecen a sus empleados consentidos. Los hospitales compiten por ofrecer los mejores paquetes. Los niños nacen en hospitales y los viejos mueren en ellos después de ser invadidos por sondas, catéteres y artefactos, de

prolongarles la agonía, con tal de evitar que mueran en sus casas. El hospital es el sitio donde se hacen las investigaciones clínicas y en el que se depositan –y a veces se abandonan– los pacientes indeseables o incómodos. Surgen negocios adicionales en ellos como cafeterías, gimnasios, tiendas de regalos, florerías, *spas*, salones de belleza, y la vida social de los familiares de los pacientes se traslada al nosocomio. Los médicos tienen incentivos para hospitalizar a sus pacientes, de tal modo que quien más interna es mejor ponderado.

Pero las cosas empezaron a cambiar a partir de la segunda mitad del siglo pasado. La tuberculosis, por ejemplo, que era una enfermedad que requería hospitalización prolongada, a veces de por vida, en legendarios sanatorios ubicados preferentemente en las montañas y en los climas fríos, fue una de las primeras que empezó a prescindir del hospital conforme avanzó la ciencia. De haberse tratado con reposo, sobrealimentación, exposición al aire limpio y algunas ingeniosas maniobras quirúrgicas mutilantes, se empezó a manejar eficazmente con fármacos administrados de manera ambulatoria, con lo que empezaron a desaparecer los hospitales para tísicos. La fiebre tifoidea se atendía en el hospital con ayuno absoluto por varias semanas y al acecho de la perforación intestinal dado que no se podía evitar, hasta que el descubrimiento del cloranfenicol logró que, con unos días de su administración, se resolviera la infección, casi siempre en el propio domicilio del paciente. Los hospitales pediátricos eran primordialmente centros de rehidratación endovenosa en los que los niños con diarrea eran crucificados a los sueros, hasta que se descubrió la rehidratación oral que evita la hospitalización. Los hospitales para niños se vuelven casi innecesarios y los que quedan cambian su vocación hacia la atención de enfermos con cáncer o malformaciones congénitas.



Se descubre que muchas intervenciones quirúrgicas grandes y cruentas pueden hacerse con procedimientos menos agresivos y se crea la cirugía de invasión mínima que requiere apenas una hospitalización breve. En vez de grandes incisiones se logra acceso a los órganos enfermos mediante pequeños orificios o a través de los conductos naturales. Algunos se alcanzan mediante una aguja orientada por ultrasonido. Se desarrollan programas de corta estancia que virtualmente eluden la necesidad de hospitalización –al menos la prolongada, la llamada cirugía ambulatoria en la que el paciente permanece tan sólo unas horas en el hospital; el puerperio de bajo riesgo en que las mujeres dan a luz y se van casi inmediatamente a casa con su bebé; la diálisis ambulatoria y domiciliaria; la quimioterapia ambulatoria; los catéteres endovenosos de permanencia prolongada para administrar fármacos por la vena sin necesidad de hospitalización, y muchos procedimientos más.

La hospitalización y los procedimientos que conlleva han contribuido sustancialmente al incremento de los costos de la atención médica. Los servicios de hotelería constituyen una proporción importante de la cuenta. Pero además, el hospital no es un sitio seguro porque existen riesgos para el paciente hospitalizado. El ambiente intrahospitalario propicia el desarrollo de microorganismos resistentes a los antimicrobianos y cada día en el hospital significa la posibilidad de adquirir una infección llamada nosocomial que por lo menos aumenta los costos y obliga a prolongar la estancia, si no es que amenaza seriamente la vida. Se tuvieron que crear sistemas especiales para reducir los accidentes y mejorar la seguridad de los pacientes, después de muchos casos en que se administraron equivocadamente los medicamentos, se extirparon y amputaron órganos o miembros sanos, se registraron caídas, desconexiones accidentales de las venoclisis y otros incidentes. Todos los pacientes se quejan de la comida de hospital, aún en los más lujosos y en los que cuentan con el mejor chef. El ambiente de hospital no siempre es “hospitalario”; los pacientes ven sufrir y morir a sus compañeros de cuarto y presencian o experimentan maniobras verdaderamente agresivas e intimidatorias. Muchos hospita-

les carecen de personal suficiente para que el enfermo perciba una atención personalizada. Las regulaciones mal entendidas hacen que muchos pacientes se sientan aislados, presos, incomunicados, pues las normas tienden a facilitar el trabajo del personal más que a mejorar el bienestar de los enfermos.

Todo esto ha propiciado una muy clara tendencia hacia la llamada medicina ambulatoria, lo cual concurre también con la acumulación de enfermos crónicos, que obviamente no podrían permanecer hospitalizados todo el tiempo que persista su enfermedad, sino que tienen que incorporarse, aún enfermos, a la vida social. La medicina ambulatoria incluye, desde luego, la atención en consulta externa, la atención domiciliaria, la asesoría telefónica o por vía electrónica y el empoderamiento de los pacientes para tomar sus propias decisiones. Con esto se reducen los costos administrativos y de hotelería, se elude el ambiente de enfermedad y muerte que representan los hospitales, los pacientes perciben que mantienen el control y la libertad, comen y duermen en casa, mantienen la comunicación con el exterior, se reducen las infecciones nosocomiales y los accidentes intrahospitalarios. Hay un movimiento también en favor de que las personas no mueran en los hospitales sino en su hogar, rodeados de los suyos y en su propio ambiente. Muchos pacientes que otrora tenían que ser hospitalizados para su atención hoy se pueden manejar ambulatoriamente, por ejemplo, quienes padecen neumonía sin insuficiencia respiratoria o insuficiencia cardiaca moderada. La hospitalización psiquiátrica prácticamente ha pasado a la historia. En algunos lugares los partos se atienden nuevamente en casa. Se ha desarrollado el concepto de *home care* (literalmente cuidados caseros) en que prácticamente se lleva el hospital al domicilio del paciente, incluyendo la cama, la enfermera y los artefactos, a veces, incluso, ventiladores. El paciente convive permanentemente con sus seres queridos que no tienen que someterse a las rígidas reglamentaciones de los hospitales para visitar a su enfermo y se reducen notablemente los costos.

Se ha pensado que, en el futuro, el hospital sólo atenderá pacientes de cuidados intensivos y de ci-



rugía grande. Pero aun en esta última, buena parte del proceso de atención se realizará fuera del hospital (por ejemplo, la valoración preoperatoria, los exámenes de laboratorio) y el paciente ingresará apenas la víspera o el mismo día de la cirugía y egresará en cuanto esté en condiciones de seguir siendo atendido en casa.

Se ha criticado que esto significa transferir los costos a la familia e, incluso, transferirles la responsabilidad, pero los familiares no pueden excluirse de la atención de su enfermo. Es verdad que en ciudades como México es difícil la atención domiciliaria, pero se trata más bien de un problema de organización de la atención médica, de modo que no sean los médicos más lejanos los que visiten en su domicilio a los pacientes.

Se piensa que los hospitales del futuro serán más abiertos y flexibles, con una conexión estrecha y bidireccional con el ámbito extrahospitalario, tecnología de acceso a la información y con comunicación expedita, vinculados con otros servicios en red, con un área muy importante de cuidados ambulatorios, centrados en la calidad y en la seguridad en la atención del paciente. El modelo de hospital que caracterizó al siglo xx parece estar en su ocaso.

