

Las fronteras simbólicas del hospital durante la pandemia de COVID-19

Hospital symbolic boundaries during the COVID-19 pandemic

Liz Hamui-Sutton*

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Ciudad de México, México

La definición básica de “hospital” alude al lugar físico o establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia. La Organización Mundial de la Salud lo define como “parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar”.¹ Su función primordial es proporcionar atención médica, así como fomentar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación por medio de servicios de urgencias, ambulatorios y de hospitalización, entre otros.

Más allá de sus instalaciones, el hospital puede entenderse como espacio social donde suceden interacciones entre los agentes que, por un lado, se coordinan en procesos para prestar atención en caso de enfermedad (equipo de salud) y, por otro, sujetos que necesitan ayuda y cuidado para aliviar sus padecimientos (pacientes y familiares). En este sentido, el hospital, como refiere Castoriadis,² se entiende como una organización dinámica instituida y, a la vez, instituyente, en la cual existen fuerzas actuantes que, con base en cierta normatividad, realizan labores articuladas e iterativas, pero también improvisaciones, según las situaciones, para responder a los diversos intereses que se ponen en juego en los procesos de atención.

El hospital ha sido estudiado desde las ciencias sociales por autores como Goffman,³ quien lo describe

como “institución total”, con fronteras más o menos porosas que delimitan el adentro del afuera y donde existe una administración formal que atiende las necesidades de quienes habitan el establecimiento. Al ser admitida, la persona enferma se convierte en paciente y se sujeta al régimen hospitalario, se vuelve objeto del escrutinio médico que desde la racionalidad científica y clínica intenta encontrar solución a sus problemas de salud. Al considerar como preponderante la atención médica, otros aspectos de la identidad del paciente y de su vida cotidiana se minimizan; su mundo de vida, creencias, valores y preferencias se vuelven secundarias, así como sus emociones y vínculos afectivos, que son dosificados o suprimidos. Por ejemplo, aunque pudiera sentir vergüenza al convivir con otros enfermos desconocidos, es situado en pabellones colectivos para ser monitoreado por el equipo de salud al que tampoco conoce; su cuerpo queda expuesto y es alejado de su entorno, aunque es cierto que muchos enfermos ante el miedo de su enfermedad se sienten más seguros en el hospital a pesar de las restricciones.

El tiempo y el espacio se perciben diferente en el hospital. Al cruzar la frontera simbólica del afuera hacia adentro, se pone en pausa el tiempo biográfico y social del paciente, quien queda inmerso en el tiempo hospitalario, en las prácticas médicas y a merced de los demás agentes involucrados en los rituales asistenciales y administrativos del nosocomio. Las interacciones sociales en el espacio clínico están atravesadas por las articulaciones y tensiones de las

Correspondencia:

*Liz Hamui-Sutton

E-mail: lizhamui@gmail.com

0016-3813/© 2019 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 25-03-2021

Fecha de aceptación: 13-04-2021

DOI: 10.24875/GMM.21000188

Gac Med Mex. 2021;157:225-227

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

actividades de quienes participan en el proceso de atención. Se trata de una organización en red que provoca la interdependencia, que puede ser más o menos fluida en un mismo espacio o en la coordinación de los servicios.

Las labores asistenciales están pautadas por jerarquías que implican cadenas de mando y trabajo colaborativo, por ejemplo, de médicos adscritos, enfermeras, residentes, internos, estudiantes de pregrado, personal auxiliar en las áreas de laboratorio, nutrición, fisioterapia, cuidados paliativos, trabajo social, farmacia, administración, aseo, etcétera. Las tramas clínicas se construyen en franjas de actividad y se documentan en expedientes y notas clínicas, de tal manera que queda el registro de cómo actuó cada individuo que intervino. Esto tiene implicaciones no solo en la eficiencia para restaurar la salud del paciente, sino en las cuestiones legales asociadas al desempeño exitoso o fallido. Las interacciones toman en cuenta las normas para apegarse a ellas, pero también para calcular la desviación de estas en la resolución de situaciones concretas. De esta manera, la atención médica deriva en una negociación constante entre lo posible y lo necesario que da pie a la improvisación.

Con la irrupción de la pandemia de COVID-19, numerosos nosocomios de segundo y tercer nivel de atención se han visto en la necesidad inminente de transformar el orden hospitalario habitual para afrontar la atención de los enfermos afectados por SARS-CoV-2. La incertidumbre ante una enfermedad inédita y el riesgo de contagio al interior del hospital provocan cambios radicales en las fronteras simbólicas del mismo. El acceso a personas ajenas al nosocomio se restringe radicalmente, los enfermos de COVID-19 son recibidos afuera del hospital donde se valora su condición y por medio de una prueba PCR se confirma la enfermedad. Este es el último momento en el que la familia tiene contacto con el paciente y en ocasiones las despedidas toman tintes dramáticos ante la factibilidad de no volverse a ver. El miedo a la muerte como emoción primaria existencial emerge una y otra vez en el umbral del espacio hospitalario.

La transición del afuera hacia adentro significa *de facto* la ruptura del vínculo social y afectivo, el paso de un lugar donde el cuerpo del enfermo se convierte en objeto clínico. Adentro, la lógica biomédica se impone y las dimensiones socioculturales y emocionales quedan invisibilizadas ante la gravedad del posible desenlace del caso. Cuando está consciente, el paciente, despojado de sus relaciones sociales,

experimenta una especie de soledad en la espera, adaptándose a los tiempos y espacios hospitalarios, a los itinerarios de atención, a los ritmos y lineamientos de las interacciones clínicas.

Desde la perspectiva del equipo de salud, la reconversión de las instalaciones hospitalarias y la nueva logística para la atención de pacientes con COVID-19 significa también un gran desafío. El trabajo en el hospital se vuelve amenazante, tanto para el personal de salud sano como para quienes tienen factores de riesgo o comorbilidades. Los trabajadores se enfrentan con nuevos manuales y guías de atención para actualizarse en los procedimientos y los algoritmos a seguir. Se crean grupos de atención con por lo menos un intensivista para los casos de intubación, diversos especialistas para los pacientes internados que requieren oxígeno y otros cuidados, al menos una persona en el laboratorio, enfermeras en la unidad de terapia intensiva y en piso, camilleros y personal de limpieza. Todos ellos con equipos de protección y protocolos de seguridad extremos para evitar el riesgo de contagio. El espacio y el tiempo en los hospitales se transforman en cuanto a sus ritmos y rutinas, lo que genera conflictos en la coordinación para el aislamiento de los pacientes. La tensión aumenta pues los participantes se vuelven corresponsables de evitar fisuras de seguridad que pudieran devenir en contagios y la posibilidad de muerte.

La eficiencia en el proceso de atención a pacientes con COVID-19, así como en el manejo de los cuerpos fallecidos, se vuelve imperante. No obstante, el éxito en el tratamiento es relativo: de cada 10 pacientes intubados mueren siete en condición de aislamiento, sin volver a ver a sus seres queridos. Las escenas de los familiares recogiendo el cadáver de su pariente son recurrentes, con una gran carga de sufrimiento, tristeza, angustia y depresión. Esta separación radical y el acatamiento del régimen exacerbado del entorno clínico, así como la saturación hospitalaria, lleva a numerosas personas a optar por no acudir al hospital y tratar de aliviar los síntomas del enfermo con COVID-19 en casa, aunque sepan que no va a vivir.

En el imaginario colectivo, el hospital representa un lugar para morir, un espacio de desarraigo, un sitio liminal ascético entre la vida y la muerte, alejado de la cotidianidad y los seres significativos. La persona convertida en un cuerpo biológico es desposeída de su identidad, su biografía, sus relaciones sociales y su cultura. El hospital como espacio indeseado es reforzado también por las imágenes en los medios de comunicación, por la narrativa epidemiológica de las

autoridades federales, estatales y locales. Nadie quiere ser un número más en las estadísticas diarias de enfermos y muertos por COVID-19.

Ante la desesperación de no saber qué hacer, los familiares intentan evitar seguir el itinerario de ir de un hospital a otro y que el enfermo sea rechazado por falta de cupo. El tiempo social de los de afuera y el tiempo clínico de los adentro del hospital se tensa y experimenta un quiebre mayor que provoca sufrimiento social. La pregunta que surge entonces es:

¿ante la incertidumbre de las situaciones provocadas por COVID-19, es posible establecer un orden social alternativo en el hospital que considere los aspectos emocionales y socioculturales de los pacientes?

Bibliografía

1. World Health Organization [Internet]. Suiza: Hospitals; 2021.
2. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. México: Fábula Tusquets Editores; 2013
3. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1972.