

Esperar en Urgencias de hospitales públicos de la Ciudad de México

Bruno Lutz*

RESUMEN

Este estudio presenta los resultados de una investigación sobre la espera de los enfermos y sus acompañantes en el servicio de Urgencias de hospitales públicos. A partir de un trabajo de campo llevado a cabo en 14 unidades médicas de la Ciudad de México y la realización de más de 80 entrevistas, entre octubre 2017 y marzo 2018, se explora el fenómeno de la espera en sus múltiples dimensiones. Se abordan los débiles alcances de las iniciativas institucionales para mejorar el acceso a la salud; se detalla la etapa inicial del peregrinar de los enfermos que buscan ser atendidos; se examina la construcción burocrática de la espera, y también se analiza la sala de espera como un no-lugar. Se concluye que los derechohabientes deben a menudo sortear una serie aleatoria de dificultades logísticas y organizacionales en el marco de una relación compleja con los diferentes núcleos de empleados en los hospitales. El mejoramiento de las instalaciones y de la gestión de servicios en Urgencias podría cambiar radicalmente la experiencia de los enfermos y sus familiares.

PALABRAS CLAVE: espera, hospital, México, paciente, urgencias

Waiting in Mexico City Public Hospital Emergency Rooms

ABSTRACT

This paper presents the results of research focused on the treatment received by sick people and their companions in public hospital emergency waiting rooms. Through field work done at fourteen Mexico City medical units and more than eighty interviews conducted between October 2017 and March 2018, we analyzed waiting time in several dimensions. We witnessed the weak scope of institutional initiatives intended to improve the delivery of health care, we detailed the steps of sick persons pilgrim to be finally attended at a hospital, we examined the waiting time created by bureaucratic construction, and we also studied the emergency waiting room as a “no-place”. The conclusion is that sick citizens must often navigate a series of random organizational and logistic difficulties when engaging in the complex relationship between hospitals and patients. The improvement of

Posdoctor en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesor-Investigador del Departamento de Relaciones Sociales en la UAM - Unidad Xochimilco. brunolutz01@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 21 de diciembre de 2020.

Fecha de aceptación: 27 de febrero de 2021.

emergency rooms and patient service management would positively impact the experience of patients and their family members.

KEYWORDS: Emergency; Hospital; Mexico; Patient; Waiting time.

Introducción

Mariana murió en octubre de 2015, a los 26 años de edad. Oriunda de Chihuahua, fue internada en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), pero falleció vencida por el cáncer, negligencias médicas y malos tratos. En su desesperación por vivir, Mariana escribió un diario en el cual anotó cómo la hicieron esperar sin darle esperanza alguna de remisión, le perforaron un pulmón, la quemaron en segundo grado, la mantuvieron anémica y deshidratada, y no recibió las medicinas adecuadas.

No es momento de describir lo que sientes, pero sí de quejarse por un sistema de salud público burdo, incapaz e inhumano. Hoy el oncólogo particular, que cobra 800 pesos por una consulta (y eso porque es conocido de mi mamá), me recetó hierro y ácido fólico; los debí haber tomado desde el inicio del tratamiento. Y dijo que puede empezar la radioterapia hoy mismo, claro, pagando 2,500 pesos por cada una y necesito 30. En el INCAN llevo más de un mes esperando que “arreglen” el aparato¹.

Desafortunadamente el calvario hospitalario de esta joven mexicana no es un caso aislado: incontables son los enfermos cuyo estado de salud se deteriora mientras son atendidos en una unidad médica.² Los numerosos problemas que afectan

el buen funcionamiento de los hospitales públicos repercuten en la atención de los pacientes. Por ejemplo, las enfermedades nosocomiales causadas por una mala higiene impactan negativamente a una gran cantidad de personas internadas³. La letal pandemia del COVID 19 ha aumentado de manera exponencial los riesgos a la salud relacionados con infecciones contraídas en hospitales.

Si bien el tema de la espera de atención médica ha sido abordado por los investigadores Siciliani, Borowitz y Moran (2013), de la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE), muy poco se ha escrito al respecto desde las Ciencias Sociales. Empero se puede citar el brillante estudio de Schwartz (1993), quien analizó los diferentes usos sociales de la espera en los Estados Unidos de América, para acceder a bienes y servicios, en el marco de una economía formal e informal del tiempo. Mostró que dicha condición es una variable fundamental en las interacciones de las personas. Por su parte, Martín

públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres”, de Ortiz Borbolla (2014) y, “Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes”, de Ureste (2016), revelan los graves disfuncionamientos de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “En México, se calcula que 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año”. <http://www.who.int/gpsc/background/es/> (consulta 12 de enero del 2021).

¹ Rincón, S. (2015). “Mariana: cuando además del cáncer te mata la negligencia”, *SinEmbargo*. <http://www.sinembargo.mx/25-11-2015/1560563> (consulta 24 de enero del 2019).

² Los artículos del periodismo de investigación: “Hospitales

(2011) indagó con perspicacia el tiempo de espera de los derechohabientes del Seguro Social para realizar trámites en una unidad administrativa del suburbio de París. Relevante también lo es la investigación de Auyero (2013) sobre la espera de los solicitantes de apoyo gubernamental en Buenos Aires —en su mayoría mujeres extranjeras en situación precaria—, pues nos hace comprender diferentes aristas de la relación entre el Estado y los usuarios de la administración pública.

En cuanto al tema específico de la espera en la Sala de Urgencias, es menester señalar el estudio cuantitativo de Thompson y Yarnold (1995), en el Hospital MacNeal de Chicago, el cual revela una correlación inversa entre el tiempo de espera y el nivel de satisfacción de los pacientes; mientras que en un trabajo etnográfico, en otro centro médico de esta misma ciudad norteamericana (el Cook County Hospital), Peneff (1998) detalla las técnicas administrativas que arbitrariamente reducen el número de pacientes e incrementan su vulnerabilidad. De estas investigaciones se ha inspirado el presente estudio.

Ahora bien, la carencia de artículos sobre el tiempo de espera de los pacientes en los hospitales de México es muy llamativa, tanto por el elevado número de hospitales y derechohabientes del sistema público de salud, como por las múltiples consecuencias derivadas de la mala atención a la salud. No obstante, este tema es de gran relevancia para comprender la reproducción de las formas de dominación⁴.

La espera es una de las maneras privilegiadas de experimentar el poder, así como el vínculo

⁴ En su artículo Damían González (2013) subraya la necesidad de incluir los índices de pobreza de tiempo, y en particular el Exceso de Tiempo de Trabajo (ETT), en la medición de la pobreza en México.

entre el tiempo y el poder, y habría que inventariar, analizar, todas las conductas asociadas al ejercicio de un poder sobre el tiempo de los demás, tanto por parte del poderoso (dejar para más tarde, dar largas, dilatar, entretener, aplazar, retrasar, llegar tarde; o, a la inversa, precipitar, sorprender) como del “paciente”, como suele decirse en el universo médico, uno de los paradigmas de la espera ansiosa e impotente. La espera implica sumisión: propósito interesado de algo particularmente deseado, modifica de manera duradera, es decir, durante todo el tiempo que dura la expectativa, la conducta de quien, como suele decirse, está pendiente de la decisión esperada. (Bourdieu, 1997: 308)

Compartimos plenamente la idea de que una manifestación sigilosa del poder es la capacidad de alguien o de una institución para establecer tiempos a la población. En los intersticios de este marcaje periódico de las actividades, están los tiempos de espera. Esperar para obtener una plaza definitiva, para ascender en el escalafón o para jubilarse, por ejemplo, son situaciones en el ámbito laboral que ilustran el hecho de que las relaciones sociales deben comprenderse a través del intervalo de tiempo que separa una acción de la otra. Es la duración de este intervalo en una interacción y la frecuencia de repetición de una misma secuencia (encuentros, intercambios de regalos, apoyo mutuo, etc.) que dan sentido a la acción social. Esperar es entonces la condición de existencia de la vida en sociedad. En el presente estudio nos abocaremos a examinar la experiencia social del tiempo de espera en el contexto de la atención a la salud.

Metodología

Los estudios de Goffman (2001), Martín Pérez (2009) y Auyero (2013) fueron, en diversos grados, fuentes de inspiración para diseñar una me-

metodología de investigación que nos facilitara comprender las diferentes dimensiones de la espera en las salas de Urgencias de los hospitales públicos de la Ciudad de México. A raíz de una revisión bibliográfica y hemerográfica, así como de una consulta de las fuentes periodísticas y oficiales sobre el tema, nos dimos a la tarea de elaborar un guion de preguntas para acompañantes y pacientes. Grupos de 2 a 3 estudiantes voluntarios de la Licenciatura de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, participaron en la labor de recolección de información en diferentes hospitales públicos de la Ciudad de México, generalmente localizados cerca de su casa. Al respecto, el trabajo de campo se llevó a cabo entre octubre de 2017 y marzo de 2018, en las siguientes catorce unidades médicas: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán; Centro Médico Nacional, 20 de noviembre; Hospital General, Dr. Darío Fernández Fierro; Hospital Regional, 1^{er} de octubre; Hospital General Regional, UMAA2; Hospital General Zona 2A, Troncoso; Clínica N° 47, del IMSS; Hospital de Especialidades, Belisario Domínguez; Hospital Dr. Manuel Gea González; Hospital General Regional, Juan Ramón de la Fuente; Hospital Xoco; Hospital General, Rubén Leñero y Unidad Familiar N° 15, del IMSS. Se logró entrevistar a un total de 79 acompañantes, cinco pacientes, una vendedora de dulces ubicada fuera de Urgencias, un enfermero, una doctora, a la Jefa de un Departamento de Atención y Orientación al Decehohabiente y al Director de un hospital. Esta investigación no tenía como propósito comparar las condiciones de espera en hospitales del ISSSTE, del IMSS y del Seguro Popular (hoy, Instituto de Salud para el Bienestar INSABI); tampoco comparar las condiciones de espera entre hospitales públicos de 2^{do} y 3^{er} niveles, ni medir el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de Urgencia, ya que la propia Secretaría de Salud,

supuestamente, lo está llevando a cabo. El objetivo de este estudio fue analizar las vivencias de los pacientes y sus familiares en el proceso de espera en Urgencias, así como las condiciones materiales y logísticas de la misma con el afán de encontrar los denominadores comunes de esta experiencia a menudo angustiante y difícil.

Ahora bien, a continuación se mencionan las dificultades que se atravesaron durante esta investigación:

- a. La autorización para estar presente en la sala de espera sin estar enfermo ni ser acompañante, fue ardua de obtener: en varios casos, policías de entrada o responsables de nivel medio exigían la presentación de un oficio de la Delegación correspondiente. Salvo notorias excepciones, como el servicio de Urgencias del Hospital “La Raza”, se encontró una fuerte resistencia para permitirnos el acceso.
- b. Fue difícil acercarnos al personal médico y a los policías. En un servicio de Urgencias, en el cual se recibe permanentemente enfermos graves y víctimas de accidentes, el personal es poco accesible –incluso en los momentos más desahogados–.
- c. En varias ocasiones, trabajadoras sociales y enfermeras creyeron que se trataba de una auditoría encubierta, mientras que, por su parte, los acompañantes pensaron con frecuencia que era un estudio realizado a petición de la dirección del Hospital.
- d. Frente a un problema de salud de cierta gravedad, enfermos y familiares están en manos de los médicos. Emocionalmente vulnerables, los informantes navegan entre la incertidumbre y la desesperación, lo cual se refleja en sus

respuestas que oscilaron entre una apología de la institución, un mutismo desinteresado y la denuncia abierta –la lealtad, la salida y la voz, como lo categorizó Hirschman (1977)–. En estas condiciones, hacer entrevistas requirió de mucho tacto y empatía.

- e. Finalmente, no fue posible comprobar la veracidad de los testimonios de acompañantes y enfermos, por lo que aceptamos la información, *ipso ante*, como fidedigna. Pero a dichos testimonios se sumó nuestra observación etnográfica de las salas de espera de Urgencias y en las afueras de las mismas, lugares a los cuales se acudió varias veces, en diferentes horarios y días de la semana.

Respecto de la estructura del presente artículo, en el primer apartado se exponen datos sobre la atención a la salud en México y los programas que buscan mejorar la atención de los pacientes; en el segundo, las diferentes aristas del “peregrinar” de los enfermos, en visos de aliviar sus males y encontrar la salud; en el tercer apartado, la construcción institucional y social de la espera; en el cuarto, la interacción de las diferentes categorías del personal del hospital con los usuarios y, en el último, la circunstancia de una sala de espera como un “no-lugar”, es decir, un espacio no delimitado de tránsito para una población flotante en situación de vulnerabilidad. En las conclusiones se contextualizan los alcances del estudio y se plantean futuras pistas de investigación.

La Espera Institucionalizada

A principios del siglo XXI, médicos responsables de una investigación en la Delegación de Tlaxcala, del IMSS, revelaron que los motivos de insatisfacción de los pensionados se concentraron en el tiempo de espera prolongado (34%), la mala

atención por parte del médico (28.3%) y los excesivos trámites burocráticos (19.4%).

En relación con la expectativa del usuario sobre considerar el tiempo ideal para recibir la atención mayor a 30 minutos, efectivamente se cumple su deseo: la recibe con demora. Es probable que los usuarios del IMSS, cuyo perfil sociodemográfico incluye un bajo nivel educativo, tengan una expectativa limitada y que el servicio brindado bajo el modelo médico hegemónico de superioridad y autoridad origine que los usuarios se conformen con lo brindado por la institución... (Maldonado Islas *et al.*, 2001: 427).

A raíz de este estudio se implementó el sistema de citas previas. Otro equipo de médicos comprobó la efectividad de dicho sistema para reducir el tiempo de espera en la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría (Rodríguez Weber y López Candiani Mass, 2005). Las características particulares del servicio de Urgencias donde enfermos graves y derechohabientes, víctimas de traumatismos, acuden en el día o por la noche, los 365 días del año, obligaron a las autoridades sanitarias a buscar otras medidas para mejorar la atención de los pacientes, pues las quejas seguían siendo numerosas y reiteradas⁵.

En marzo de 2015, el director del IMSS anunció que se implementaría una nueva clasificación de los pacientes que llegaran a Urgencias, llamada *Triage*, “la cual iba a disminuir en un 40 por cien-

⁵ Encuestados en 2016, los Avaless Ciudadanos, conformado por voluntarios y organizaciones no gubernamentales, quienes se encargan de “avaluar las acciones de las instituciones del sector Salud” para que éstas obtengan “la confianza de la sociedad civil en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se brindan”, señalaron al Trato digno, y luego la Mejora del tiempo de espera, como los dos factores de mayor importancia para el trato de los pacientes. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/aval_resultados_05.pdf (consulta el 3 de febrero de 2021). Por otro lado, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2017 recibió 203 quejas sobre el servicio de Urgencias médicas, lo que le dio el segundo lugar respecto de las recibidas en la especialidad de ortopedia general (CONAMED, 2018).

to las cirugías pendientes y reducir la espera a 5 minutos”⁶. Operando a nivel internacional desde hace varios años, pero adaptado a las necesidades específicas de cada país, el sistema *Triage* es el método que mejores resultados ha dado respecto de la clasificación rápida y efectiva de los heridos y enfermos graves (Illescas Fernández, 2006). Asimismo, la introducción de dicho procedimiento a nivel nacional implicó una reorganización de los servicios de Urgencias, así como el inicio de una campaña de información para los usuarios. Todavía, en 2015, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) publicó un documento titulado “Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución” (SUMAR), en el cual se expusieron los principios de funcionamiento y los criterios de selección de Urgencias⁷. Se establecieron tres categorías, con sus respectivos tiempos de espera: I. Emergencia, menos de 10 min; II. Urgencia, de 30 a 60 min; III. No clasificada, menos de 2 horas. Además de este *Triage* general, se detalló un *Triage* de urgencias obstétricas, de tres colores, según la situación de gravedad: rojo, amarillo y verde.

6 Valadez, B. (2016). “El IMSS reducirá la espera en urgencias a 5 minutos”, *Milenio*, http://www.milenio.com/cultura/IMSS_reducira_tiempo_de_espera-urgencias-atenderan_urgencias_en_cinco_minutos_0_697730254.html (consulta 11 de octubre de 2020).

7 SSA (2015). *Servicios de Urgencias que mejoran la Atención y Resolución (SUMAR)*. http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02_H.pdf (consulta 17 de octubre de 2017).

El Programa de Calidad en la Atención Médica (PROCAM) incluye al Sistema INDICAS que actualmente proporciona información cuatrimestral sobre la calidad de la atención médica (datos publicados por los mismos hospitales, sobre la base de un modelo universal de encuesta)⁸. Para el presente estudio, dos indicadores fueron relevantes: el “Trato digno en Urgencias” para el año 2017 (indicador que desaparece el año siguiente) y la “Organización de los Servicios de Urgencias” que se reduce al único “Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir atención” en 2018.

En el Cuadro 1, la tasa de satisfacción respecto del trato recibido en Urgencias oscila entre 88.2 y 93.7 por ciento, la cual, es muy elevada. Para los dos indicadores seleccionados, es de notar que no hay diferencias significativas entre el servicio de Urgencias de las unidades médicas de la SSA y del ISSSTE.

Asimismo, es preciso no perder de vista que el insuficiente presupuesto del sector salud es una variable que incide en la atención oportuna y de calidad a los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y del Seguro Popular. Los efectos de esta limitada inversión gubernamental son visibles, particular-

8 Publicado en Diario Oficial de la Federación (DOF), el 30 de diciembre del 2016.

Cuadro 1. Trato digno, en 2^{do} nivel de Urgencias, en hospitales de la Ciudad de México, 2017

Institución	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2	Cuatrimestre 3
SSA	91.9	92.5	92.7
ISSSTE	88.2	89.1	93.7

Fuente: DGCyE, de la SSA <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php> (fecha de consulta 14/05/2018)

Cuadro 2. Organización de los servicios de Urgencias, en hospitales de la Ciudad de México, 2017-2018

Institución	2017			2018	
	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2	Cuatrimestre 3	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2
SSA	56.5	57.5	59.1	62.6	58.5
ISSSTE	63	56.2	42	59.4	25.3

Fuente: DGCyE, de la SSA <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php> (fecha de consulta 24/01/2019)

mente en el servicio de Urgencias de los hospitales de 2^{do} y 3^{er} nivel, a pesar de los diversos programas de la Secretaría de Salud para presentar evaluaciones y autoevaluaciones alentadoras, dar seguimiento a las quejas e implementar el sistema internacional de *Triage*. No es falso afirmar que el trato de los pacientes sigue siendo un aspecto controversial de la política de atención a la salud.

El peregrinar

El término “peregrinar” ha sido empleado por varias personas entrevistadas para referirse a la no inmediata atención de su familiar en Urgencias de varios hospitales públicos. Dicho vocablo que pertenece al léxico religioso da cuenta de las dificultades múltiples a las que se enfrentan las personas para que su enfermo sea atendido y curado. En otros contextos, pacientes se han referido a esta serie de dificultades como una “carrera de obstáculos” (Lopera Betancur et al., 2010), mientras que de manera más técnica médicos urgentistas (Carbonell Torregrosa, Girbés Borrás y Calduch Broseta, 2006) lo designaron como “pre-proceso”.

La primera etapa de esa “peregrinación” puede consistir en obtener una ambulancia del ISSSTE o del IMSS para trasladar al enfermo grave, ya que es un proceso burocrático tardado e incierto.

En ese hospital [de Iztapalapa], no había ambulancias. Cuando yo vi tres ambulancias paradas y le pregunté a un médico, y me dijo que no podíamos utilizar la ambulancia “¿Por qué?” Para poder utilizar la ambulancia en un traslado, él tenía que permanecer todo un día y mi hermano llegó a ese hospital como a las 10 de la mañana. Pero mi hermano no podía esperar porque si no iba a perder los dedos, el movimiento de los dedos. Lo tuvimos que traer nosotros. Hicimos como unos... una hora más o menos, porque estaba a vuelta de rueda todo Periférico⁹.

Incluso llamar al número de emergencia 911 para pedir una ambulancia no garantiza su pronto arribo. Nos refirieron casos en los cuales paramédicos acudieron al lugar donde se encontraba la persona inválida, pero no quisieron llevársela porque vivía en la calle, estaba mal vestida u olía a alcohol. La gran mayoría de los entrevistados dijo haber transportado a su enfermo en un coche particular. Algunos pocos se trasladaron en taxi, como esta señora originaria de Baja California quien acompañó a su hija gravemente enferma a Urgencias del Hospital Centro Médico, 20 de Noviembre:

Pues, mira, aparte de la enfermedad de la niña, el mal trato que te dan desde que llegas. Te vas

⁹ Entrevista con Rocío Z., de 60 años aproximadamente, con hermano internado en el Hospital General de la Raza, 18/noviembre/2017.

bajando con la niña de un taxi, o sea que uno anda pidiendo una silla de ruedas y que te salgan con que no hay, o con qué no te la pueden prestar, que porque no estás registrada aquí en el ISSSTE... Llegamos con la niña y nos negaban la entrada. No nos dejaban pasar. Siendo que entró una ambulancia yo corrí con la niña. La niña, así como venía enferma, tuvo que correr junto conmigo: “¡córrele hija para poder entrar!”. Así fue como nos metimos. De trampa nos metimos¹⁰.

El viaje que los enfermos deben realizar entre su domicilio (o el lugar del accidente) y el hospital es un factor importante en cuanto al acceso a la salud. Además de las variables de la distancia a recorrer y del tiempo para realizar este recorrido, debe sumarse el costo que esto representa (Garrocho, 1993).

Es bastante frecuente que los familiares reciban respuestas negativas, por parte del personal de admisión, en el primer servicio de Urgencias al cual se presentan. Suelen escuchar: “no es el hospital que le corresponde”, “es demasiado grave para ser atendido aquí”, “no tenemos los equipos para tratarlo”, o bien, “no hay camas disponibles”. Además, presentarse de noche a Urgencias, un domingo o un día festivo, no llegar en ambulancia, llegar sin el carnet de salud o con una documentación incompleta son elementos que reducen significativamente la probabilidad de ser atendido. Hay hospitales que no cuentan con médicos en las tardes, como lo revela Sara R., quien regresó de Estados Unidos para estar con su hijo y acompañarlo a Urgencias en el Hospital Belisario Domínguez:

En el hospital que está en Tláhuac lo llevé el lunes, y no me lo recibieron porque no hay médicos. Y ya hay más de quince días que no hay médicos en las tardes y mucha gente corremos aquí. Ayer me dijeron a mí: “es que a usted la mandaron a Tláhuac”. “Si en Tláhuac no hay médicos, me pueden atender aquí. Yo pertenezco a esta zona porque yo vivo aquí, como a quince minutos”. (...)

Ya estoy aquí, pero sí, sí tardan bastante. A mí me ha tocado que estuve hoy toda la noche y llegaron unas personas a las 11:00 de la noche y los atendieron hasta las 8:30 - 9:00 de la mañana¹¹.

Otro testimonio al respecto es elocuente:

...ese peregrinar en el que anduvieron mis familiares, porque primero la llevaron a un lado, luego al otro y en ningún lado se la recibían. Yo creo que eso no está bien. ¿Si se nos muere ahí, en el carro? Se iba desangrando mi hermana, porque traía el fémur expuesto. (...) Hablaron a la ambulancia, y la ambulancia, pues que no podía salir al Distrito [Ciudad de México] y el Estado [de México]. Los de la ambulancia misma llamaron, y pues que no la podían atender en el “Gustavo Baz” que porque no hay la atención para la gravedad que ella presentaba. Y en el de “Las Américas” tampoco: que no había camas. Entonces, la mandan a “La Villa”: tampoco, en “Balbuena” tampoco la quisieron atender. Y así anduvieron. En el que está aquí en el INR [Instituto Nacional de Rehabilitación]: tampoco. La mandaron para acá [Hospital Gea González], pero no la quisieron atender. La mandan al “Xoco”: tampoco. Regresaron acá, y ya hasta que mi sobrino habló con el director fue que le dieron la atención aquí¹².

10 Entrevista directa con Mónica G., alrededor de 30 años, hija internada en el Hospital Centro Médico 20 de Noviembre, 23/octubre/2017.

11 Entrevista directa con Sara R., de 54 años, con hijo internado en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, 26/febrero/2018.

12 Entrevista realizada fuera del Hospital Dr. Manuel Gea González, con

Estos extractos de entrevista ilustran la experiencia traumática de quienes informaron no vivir en la Ciudad de México, haber requerido de Urgencias por la noche, tener a sus enfermos o heridos en estado de gravedad y ser de escasos recursos. El ser derechohabiente del ISSSTE, del IMSS o del Seguro Popular pasa entonces a segundo plano, respecto del primer filtro de admisión, incluso cuando los entrevistados han reconocido una diferencia de trato entre dichas instituciones.

Como nos confió Andrea R., varios de los informantes no tuvieron más opción que la de movilizar sus “relaciones” para hablar con el director o directora de la unidad médica, y así lograr que su familiar fuera atendido. Otros, en cambio, carecen de capital social¹³ como Antonio R., quien acudió al Hospital de Iztapalapa, un 25 de diciembre, por una presión arterial muy elevada. Le dijeron que no había ni paramédicos ni médicos para atenderlo, por lo que regresó a su casa en el mismo estado¹⁴.

Cabe señalar que el sistema *Triage* faculta al médico para que, después de una auscultación superficial, algunas preguntas y la toma de presión arterial y temperatura, decida si quien solicita el servicio puede ser atendido o no. Varias personas entrevistadas comentaron que “uno tiene que estar muriéndose o desangrándose” para ser admitido.

Con base en los testimonios recabados, es posible afirmar que la “peregrinación” no siempre termi-

na cuando el enfermo es ingresado a Urgencias, pues con frecuencia se dan de alta a personas que no han recobrado totalmente su salud. En estos casos, los familiares buscan una solución a su alcance (en función de su capital social y económico) para lograr la completa y definitiva recuperación de su pariente, fuera del hospital.

Tiene más de un año, igual nos mandaron de la Clínica 31 para acá [Clínica 32]. Pero la Clínica 31 nos mandó en taxi, porque no hubo ambulancia, porque no quisieron esperar a que hubiera una ambulancia. Así me entregaron todos mis papeles y a mi madre en taxi, porque llegamos aquí e igual, llegamos aquí a las 4 de la mañana y la atendieron hasta las 10 de la mañana. Estuvimos con mi mamá más de 8 horas aquí y después la pasaron a piso. Pasaban y la veían como a todos. Pero cuando me la dieron de alta, mi mamá salió en malas condiciones porque mi mamá no controlaba el equilibrio, no controlaba la voz y se le iba el aire. (...) Yo tuve que llevar a mi mamá... Bueno, yo no, mi hermano la tuvo que llevar a un particular a que la atendieran¹⁵.

Este testimonio muestra una vez más el fenómeno del “peregrinar” de los solicitantes para que su enfermo sea atendido, y evidencia trágicamente que la atención deficiente en el hospital, junto con un número insuficiente de días de hospitalización, los obliga a buscar un tratamiento externo, cuyo costo terminan asumiendo en su totalidad. La tardanza en la atención, y luego la prolongada convalecencia, fuera del hospital, de la madre antes referida, nos remite a observar una dilatación institucional de los tiempos con graves consecuencias para su salud.

Andrea A., de cuarenta y ocho años, con una hermana internada, 25/octubre/2017.

13 Retomando lo planteado por Bourdieu (2011: 92, 107, 163), entendemos por capital social las “relaciones” que permiten incrementar el rendimiento del capital económico y cultural, mediante el empleo de técnicas de sociabilidad. El volumen de estas relaciones, pero también su diversidad y calidad, permiten hablar de un capital social diferente y diferenciador, el cual se manifiesta en una situación de gran necesidad como la de ingresar a un enfermo grave en un hospital público.

14 Entrevista directa con Antonio R., de 51 años, con esposa internada en el Hospital General de Iztapalapa, 28/marzo/2018.

15 Entrevista con Gabriela P., de 50 años, con madre hospitalizada en la Clínica 47, del IMSS, 10/marzo/2018.

Al dar de alta un paciente todavía en estado delicado, los médicos pueden pedir a los acompañantes que soliciten una cita en consulta externa para valorar la evolución de su enfermo. Los entrevistados que se refirieron a esta petición son unánimes al denunciar la larga espera antes de que el paciente pueda ser valorado nuevamente. Hugo, un sexagenario de condición humilde entrevistado fuera de Urgencias de la Clínica 47, del IMSS, nos confió que para él, el sismo del 19 de septiembre del 2017 no modificó la calidad de la atención de los enfermos, y que siguen dando citas para dentro de tres, cuatro o cinco meses, e incluso un año¹⁶. Estos plazos para ser atendidos son, a primera vista, excesivos sobre todo si se trata de dar seguimiento a pacientes que ingresaron a Urgencias y cuya enfermedad crónico-degenerativa o patología traumática no ha sido controlada del todo.

El rechazo de la atención médica contraviene a la legislación en vigor¹⁷, pero especialmente ilustra la universalidad de la atención de los pacientes en función de su estatus social, su relación con la institución, los médicos que ahí laboran (por ello la importancia de las recomendaciones), y su patología. Varias personas entrevistadas nos dijeron que por ser pobres no los trataban bien y tenían que esperar mucho tiempo. Una señora de escasos recursos, originaria de Hidalgo, que acompañaba a su esposo a Urgencias del Hospital Xoco nos confió con tristeza: “El domingo apenas entró un paciente. Se nos hace raro que llegando lo atendieron rápido. Para mí que era un pariente o familiar de uno de los trabajadores de aquí y, ya hasta lo dieron de alta. Y hay otros que también necesitan operación y no les dicen nada y los hacen esperar”¹⁸.

16 Entrevista con Hugo C., de 65 años, con hijo hospitalizado en la Clínica 47, del IMSS, 13/marzo/2018.

17 Artículos 71 y 72, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 19/diciembre/2016.

18 Entrevista con Mariana D., de 38 años, con esposo internado en el Hos-

pital Xoco, 25/octubre/2017.

El tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos, si es que son admitidos, corresponde a la posición que enfermeras y médicos les asignan en una escala de estatus, junto con los niveles de gravedad señalados por el sistema *Triage*.

La espera

Los trámites administrativos movilizan a la ciudadanía durante un tiempo generalmente largo e incierto. Esta burocracia genera un costo social que repercute negativamente en el bienestar de la gente.¹⁹ Para obtener apoyos de programas gubernamentales o recibir atención médica, los solicitantes tienen que esperar, y más aún, los de menores ingresos. En el tema del acceso a la salud, los efectos de la espera se agudizan ya que la normatividad interna de los hospitales tiende a vulnerar a los usuarios. Asimismo, el requisito de “Un sólo acompañante” para ingresar a la sala de espera de los hospitales públicos es una regla que los policías aplican invariablemente. Responde a la necesidad práctica de reducir la afluencia en las salas de espera, a menudo inadaptadas para recibir un gran número de personas. Hemos sido testigos de que, en ocasiones, el enfermo que llega a Urgencias es acompañado por ocho o más familiares. En entrevista fuera del Hospital Gea González, Magdalena C. nos dijo que sus nueve hermanos acompañaron a su padre (en estado de coma) al área de Urgencias, y en las noches se turnaban para estar con él. Los sábados y domingos se juntaban cerca de 40 familiares fuera del hospital, entre hermanos, cónyuges e hijos²⁰. Sin embargo, este comprensible *numerus clausus*

pital Xoco, 25/octubre/2017.

19 El programa “Simplifica”, de la Comisión Federal de Mejora y Regulación, reconoce las consecuencias económicas –más no sociales y emocionales– del tiempo de espera para realizar trámites administrativos (COFEMER, 2014: 11).

20 Entrevista con Magdalena C., de 48 años, con padre internado en Urgencias del Hospital Gea González, 29/noviembre/2018.

instaurado por las instituciones de salud tiende a aumentar la vulnerabilidad de los enfermos y sus acompañantes.

La espera es a menudo larga y angustiante, por lo que la separación de los familiares, entre quien se queda adentro y el resto que espera afuera, puede verse también como una estrategia organizacional para disciplinar a los acompañantes y fomentar una cooperación subordinada. No obstante, en la práctica, esta regla de admisión en la sala de espera suele ser transgredida merced al empleo de subterfugios y al soborno de los policías, lo cual crea nuevas distinciones entre quienes burlan el reglamento y quienes lo respetan²¹.

Al margen de la obtención desigual e ilegal de privilegios, quienes esperan pueden dividirse en tres grupos: (1) los acompañantes que debido a la gravedad del padecimiento de su paciente obtienen un pase de 24 horas, el cual les permite ingresar y salir libremente de la sala de espera, (pase que entre ellos se turnan también); (2) los familiares que esperan fuera del hospital y que, en los horarios estipulados por el mismo entran para la diaria y corta visita a su enfermo, y (3) los acompañantes que esperan afuera, generalmente varones, y que ceden su lugar a miembros de su familia –mujeres las más de las veces–, para que estén en contacto directo con el enfermo. Aquellos suelen decir que “vienen para apoyar”, “para lo que se les ofrezca”, en el marco de una solidaridad moral y familiar.

En todo caso, la resignación de las personas que están esperando en Urgencias, su resistencia muda frente a los malos tratos –cuando los hay– puede explicarse por el hecho de que, para ellos, la única razón por la cual están ahí es encontrar la salud.

21 Dicho sistema de privilegios lo había encontrado el sociólogo canadiense Goffman (2001: 58-62) en su estudio de las “instituciones totales”.

La carencia de recursos económicos para ser internados en un hospital privado, el ser derechohabiente del Seguro Popular, del IMSS, e incluso del ISSSTE, así como la gravedad del problema de salud que padecen, los conducen a experimentar las consecuencias de su posición subordinada en la pirámide social. Preguntan, pero pocas veces reclaman y menos aún interponen una denuncia. El testimonio de la madre de un paciente que fue mal atendido en el Hospital Xoco es revelador:

Para mí, toda la culpa es de la enfermera que no le tuvo cuidado y no le dio ningún medicamento para el dolor, ni nada. Yo le había dicho a la enfermera que él era diabético, y que si ella le había hecho eso le tenía que tener mucho cuidado por lo mismo de su enfermedad. Y la enfermera me dijo: “si es diabético, no pasa nada mami, y en 7 días venga para ver cómo va.” Nos fuimos, pero no pudimos esperar ni los 7 días: al segundo día venimos y para entonces mi hijo ya estaba muy infectado. Es también por eso que no sale de terapia intensiva, porque la infección (pues) no cede. Ya le abrieron, le lavaron y la infección no saben ni de dónde surge (...).

Bueno, en una ocasión vino Contraloría en la madrugada y me preguntaron que qué creía al respecto, si lo consideraba una negligencia. Y que si yo pensaba que lo era, tenía el derecho de demandar. Y me dieron un papel en donde venía el correo electrónico del licenciado. Me dijo que le llamara y que no me preocupara, que ellos no iban a decir quien llamó y necesitaba que le mandaran un correo para que le explicara cómo estuvo la situación...²²

A pesar de llevar un mes esperando noticias de su hijo agonizando en terapia intensiva, por la negligencia de una enfermera, la entrevistada

22 Entrevista con Yolanda R., de 48 años, madre de paciente internado en el Hospital Xoco, 09/febrero/2018.

no interpuso una demanda. Respecto de esta resistencia para confrontar al personal, una señora fuera del Hospital regional UMAA2, del IMSS, nos confesó: “Muchas veces la gente cree que si reclama algo va a repercutir en su paciente y por eso no dice nada”²³. Asimismo, los acompañantes inconformes suelen desarrollar una resistencia subrepticia, unos “discursos ocultos”, como los denominó Scott (2000: 53), hasta el punto en que por una mala atención médica se pone en riesgo al enfermo, o bien, fallece por negligencia. En estos casos extremos entonces vislumbran la posibilidad de proceder en contra de los médicos o de la institución.

Para hacer frente a la adversidad, los familiares se organizan para esperar sin desesperarse: se turnan, se comunican noticias, se cooperan y suelen apoyarse con alimentos. Interactúan también con personas que están en la misma situación que ellos. “¿Sabes qué es lo que pasa? Que cuando tiene tiempo conociéndose (15 días o tres semanas) se van como solidarizándose, o es parte de hacer un núcleo de tu propia pena. Entonces, se empiezan hacer la plática y se invitan cuando traen comida, por la misma necesidad de sentirse abrazado sin pedirlo. Es como un acuerdo en silencio, un acuerdo no acordado”²⁴.

Esta idea de un “acuerdo en silencio” se da cuando no hay una alta rotación de los familiares para estar presente en la sala de espera, día y noche, y cuando llevan cierto tiempo esperando. Entonces, están reunidas las condiciones para que la superficialidad de los intercambios entre los usuarios del hospital dé lugar a gestos renovados de solidaridad. Además, como lo señala atinadamente Mar-

tín Pérez (2009:50) “La sociabilidad contribuye a contrarrestar los efectos negativos de los dispositivos de dominación. Sirve a los “esperandos” para apropiarse del sistema de normas de funcionamiento e integrarlo en sus propias prácticas”. Tejer lentamente una pequeña red de solidaridad entre quienes esperan es una manera pacífica e inocua de resistir a lo que Sartre llamó la “violencia inerte” ejercida por la institución.

Las palabras y los gestos

Personal no médico

Los policías que vigilan el acceso de Urgencias son los primeros con quienes los familiares tienen contacto. Estos poseen el poder de autorizar el acceso o denegararlo. Pero dos terceras partes de los entrevistados dijo haber tenido que enfrentarse con oficiales “enojones”, “déspotas” y “malos”, cuyo trato es “pésimo”.

Mira, el problema que tiene la gente que viene, es que los policías se creen médicos. O sea, tú traes a una persona de emergencia y ellos diagnostican si puede pasar o no puede pasar. Se supone que tú al traer un paciente es porque viene mal, viene enfermo, o sea no lo traes a que se venga a pasear, ¡a ver!... No. Entonces, los propios policías dicen: “No. No puede pasar, no trae nada”. Ha venido gente realmente grave, yo lo he visto. Por ejemplo, una vez vino un viejito, ya no podía ni caminar, era un dolor insoportable y por ellos no pasó...²⁵

No obstante, muchos coincidieron en mencionar que la conducta de los policías varía según el individuo uniformado, ya que unos son más “flexibles”, “humanos” y “comprensivos” que

23 Entrevista con María Isabel J., 46 años, hermana de paciente internada en el Hospital Regional UMAA2 del IMSS, 11/febrero/2018.

24 Entrevista con Leticia L., de 56 años, hija internada en el Hospital Xoco, 07/marzo/2018.

25 Entrevista directa con Leticia L., de 56 años, con hija internada en el Hospital Xoco, 07/marzo/2018.

otros. También los entrevistados señalaron diferencias radicales respecto del trato, por parte de policías jóvenes y los de mayor edad: en unos casos los primeros son más amables y, en otros, los segundos. Se perciben también diferencias en los policías del turno de la mañana y en los de la tarde. Si bien una parte de los entrevistados (los mismos que consideraron como buena la atención en Urgencias), no externaron quejas respecto de los agentes; otros, en cambio, nos confiaron su descontento y molestia con la seguridad a ciertas horas. Una joven, cuyo padre había fallecido en Urgencias del Hospital General del IMSS, Zona 2A “Troncoso”, por falta de una adecuada atención, y cuya madre se encontraba internada, nos contó que le habían robado sus pertenencias en la sala de espera. En la mañana de la entrevista otra persona había sido también víctima del mismo delito, y esta situación la llevó a inferir la complicidad de los policías con los ladrones; máxime si el filtro de acceso a Urgencias es muy estricto²⁶.

Hemos reunido una serie de testimonios en torno al abuso de autoridad por parte de policías: arbitrariedad en el trato, sobornos, robos, violencia verbal y física. “Apenas hace dos días lastimaron a un señor. No sé si él pidió permiso para ir al baño o venía ya del baño, no sé. Y un policía llegó y lo empujó de la espalda. El señor estaba recién operado de la columna. El señor empezó a convulsionar en el suelo, y tardó más de veinte minutos para que le dieran atención”²⁷. Los hechos antes narrados se enmarcan dentro del ejercicio cotidiano de poder de los oficiales para decir “sí” o “no”.

26 Entrevista con Alejandra R., de 24 años, con hija de la paciente internada, Hospital general de Zona 2A “Troncoso”, 27/octubre/2017.

27 Entrevista con Ana María H., de 49 años, con hermano internado en el Hospital Dr. Manuel Gea González, 27/octubre/2017.

Ahora bien, los trabajadores de intendencia no están inmunes a las dificultades ligadas a la presencia permanente de familiares en la sala de espera. Son responsables de limpiar las áreas comunes en el momento de menor afluencia, es decir, en la noche. En el Hospital Manuel Gea González, por ejemplo, asean ese lugar a las 2 de la mañana, por lo que despiertan a todas las personas que duermen en el piso o en los asientos, y los obligan a salir al frío de la noche. En varias entrevistas, el personal de limpieza ha sido mencionado por estar malhumorado y mostrar un trato descortés con los pacientes que están en la sala de espera, al igual que el resto del personal. Sus precarias condiciones laborales y su incómoda posición abajo del escalafón pueden explicar, hasta cierto punto, un actuar mecánico y a veces una conducta vindicativa para con los usuarios del hospital.

El sistema *Triage* incluye la presencia de Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD). Las TAOD –pues por lo regular son mujeres–, suplen a las trabajadoras sociales (quienes no siempre están en su oficina como lo pudimos constatar en varios sitios de observación) y complementan la labor de la secretaria de admisión, de los policías y de las enfermeras. Instaladas detrás de un mostrador en medio de la sala de espera, las TAOD tienen la difícil tarea de dar una respuesta a todos; labor ingrata pero necesaria al fungir como enlace entre unos pocos médicos, por lo general saturados de trabajo, y un gran número de acompañantes angustiados. En algunos casos, las TAOD se encargan de dirigirse a todo el público para recordarle los horarios de entrega de informes y las reglas de convivencia en la sala de espera como el no apartar asientos, no introducir alimentos, no tirar basura en el piso, etc. Pero eso sí, suele emplear los mismos modales que el resto del personal del hospital, diciéndole por ejemplo “mami” a una mujer desesperada y “madre” a una

anciana muy humilde. Por un lado, las TAOD están expuestas a demandas repetidas y angustiadas de los usuarios y, por el otro, deben responder a las exigencias institucionales. Asimismo, oscilan entre el involucramiento personal en una relación interindividual y el repliegue sobre la norma administrativa, tal como lo anotó Martín (2011: 39) en su estudio sobre los empleados de ventanilla del seguro social.

El personal médico

En esta investigación hemos podido comprobar que el número de doctores es insuficiente en los servicios de Urgencias, pero esta ausencia es aún más notoria en unidades médicas ubicadas en zonas marginadas, y también los fines de semana y días festivos.

En los testimonios recabados, el tiempo de espera en las noches en Urgencias se dispara de tres a más de nueve horas. En los horarios y días de mayor concurrencia, generalmente los pasantes son quienes están más visibles: en muchos hospitales se observa que están saturados de trabajo; acumulan largas jornadas y sobre sus hombros pesan grandes responsabilidades; condiciones laborales difíciles que no están compensadas por un salario digno. En efecto, la Secretaría de Salud les otorga una beca mensual que oscila entre 690 y 3 673 pesos según su puesto, lo cual es excesivamente bajo²⁸. Por otra parte, entre los médicos, los niveles jerárquicos posibilitan el ejercicio de múltiples mecanismos de poder. “...es que a los residentes los maltratan mucho los de primer nivel, los traen como si fueran de lo peor”, aseveró una doctora entrevistada fuera del Hospital Xoco, cuyo hijo iba a empezar su especialidad en dicha

unidad médica²⁹. Al interior del hospital, la organización vertical de los trabajadores de la salud se articula sobre una serie de distinciones (por los contratos, diplomas, especialidades, su antigüedad, sexo...) que operan como mecanismos de poder. Los médicos dirigen las actividades curativas de las enfermeras, y entre las mismas enfermeras hay jerarquías:

...un letrero ahí que ya lo quitaron, a donde decían que la mitad de las enfermeras se ponían en paro porque no había medicamentos, no había soluciones, no había nada para que ellas trabajaran. Yo no sé si sigan en huelga las enfermeras. Obviamente, fueron las que ya tienen plaza, porque los que traen en friega son a los chavos, las chavas, los que están estudiando, son a los que traen: “haz esto”, “haz lo otro”, “haz aquello”, “atiende esto”...³⁰

Las relaciones de poder que los médicos ejercen sobre las enfermeras, e incluso entre ellas mismas, influyen en diversos grados sobre el trato que dan a los usuarios del hospital. En la oficina de *Triage*, por ejemplo, so pretexto de evaluar la gravedad del padecimiento, se tiende a menospreciar las declaraciones del usuario y limitar la auscultación a la toma de la temperatura y presión, con tal de descartar la atención del más grande número de derechohabientes. El tiempo dedicado a cada paciente es contado. Sentados detrás del escritorio, los médicos capturan la información en máquinas de escribir o computadoras, a menudo obsoletas, y con frecuencia emplean el tiempo de la “auscultación” para llenar formatos y cumplir así el protocolo del hospital. La antropóloga Ferreo (2003) hace hincapié en la dimensión ritualizada de la

28 Acuerdo de la Secretaría de Salud: http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Acuerdo-Tabulador_de_Becas.pdf (consulta 13 de junio de 2018).

29 Entrevista con Patricia L., alrededor de 55 años, hijo médico haciendo su especialidad en el Hospital Xoco, 25/octubre/2017.

30 Entrevista con Laura F., alrededor de 40 años, vendedora de dulces afuera del Hospital Xoco, 27/octubre/2017.

relación del médico - paciente, la cual reproduce la jerarquía de saberes y distinción de estatus; mientras que García, Recoder y Margulles (2017) recalcan en su estudio los efectos inducidos de la conducta rutinaria de dicha relación. Este trato distante para con los enfermos no contraviene a las exigencias cuantitativas de la institución (horarios de atención, duración promedio de la auscultación, número de pacientes atendidos por día, etc.). No obstante, la violencia médica –tal como la describieron Bellamy y Castro (2019)– incrementa notablemente el estado de vulnerabilidad del paciente; mismo que los doctores se dedican a “estabilizar” mientras esperan los resultados de los análisis que muy a menudo demoran. Priorizan reducir el dolor, mitigando la gravedad de su traumatismo y controlando el avance de su enfermedad. El paciente se encuentra entonces en un limbo: su vida ya no corre peligro, pero no recibe el tratamiento adecuado para recobrar la salud.

De manera general, la sobrepoblación de enfermos tensa al personal médico. Una parte de quienes acuden a Urgencias no presentan patologías de gravedad o bien padecen enfermedades crónicas a las cuales no dan su debido tratamiento –como enfermos de diabetes o hipertensión, por ejemplo-. Esta situación explica en parte el *habitus* de los médicos en Urgencias de desconfiar de los pacientes respecto de la gravedad de sus padecimientos y hacerlos esperar. Asimismo, los médicos piden paciencia a los “esperandos”, pero pocas veces tienen la disponibilidad para escucharlos. Los acompañantes suelen ser vistos como impacientes, indisciplinados, ignorantes y exigentes. Por su parte, los usuarios insisten en la importancia de recibir oportunamente reportes médicos sobre su enfermo. La falta de comunicación entre los médicos y los familiares sobre la evolución del estado de salud del enfermo es una situación que tiende a incrementar la angus-

tia de los “esperandos”. Al respecto, cuando el Doctor Julio Frenk escribe que “el derecho a la salud está indisolublemente ligado al derecho a la información” (Donabedian, 1988: vii) tiene enorme razón; la comunicación es fundamental en un hospital, porque es un lugar donde el personal interactúa con los enfermos y sus familiares.

El no-lugar

La encomienda del paciente y sus acompañantes (quienes también deben ser pacientes) es esperar, y para ello se asigna un lugar: la sala de espera. La presencia de policías en la entrada les recuerda que dicho espacio es ajeno. Todo está hecho para que no puedan “habitarlo”, ya sea mediante la aplicación del reglamento por el personal del hospital o por las condiciones precarias de espera. Además, los acompañantes son admitidos por procuración: deben presentarse como el “familiar de tal”.

La sala de espera acoge personas a todo momento. Es un archipiélago de la administración pública abierto las 24 horas del día y con características únicas. En ese lugar vive y hasta cierto punto convive una población flotante conformada por sujetos que esperan un tiempo generalmente largo. Todos los entrevistados aseguraron que no se pueden alejar de la sala de espera porque en cualquier momento pueden llamarlos. Muchos de ellos denuncian que la duración de la visita de su paciente es mucho más corta que el tiempo oficialmente autorizado, debido a negligencias del personal y al exceso de trámites burocráticos. En pocas unidades médicas se respetan los horarios de entrega de los informes médicos, por lo que los usuarios de Urgencias siempre tienen que estar a la expectativa.

Entonces si a ella le anda del baño hay que pasar a ayudarla para el baño o ponerle el cómodo,

o si tiene pañal, cambiarle el pañal. Entonces no me puedo retirar yo de aquí... Por ejemplo, si a ella no le han dado de comer me llaman para irle a dar de comer. Entonces, yo realmente no me puedo separar de aquí. Tengo que estar aquí para que cuando vengan y me hablen... aquí debo de estar³¹.

La sala de espera es, entonces, un espacio abierto de transacción entre la institución y sus usuarios. Están quienes esperan en los pasillos, en el estacionamiento para ambulancias o en la banqueta, fuera del hospital. De hecho, los que esperan en la calle padecen las inclemencias del tiempo y además suelen correr riesgos de seguridad y salud. Pero están libres de sus movimientos y tienen acceso a puestos de venta de alimentos y fondas. Al interior, no es raro ver a personas que duermen en el piso envueltas en una cobija. Los entrevistados nos aseguraron que el frío se filtra durante la noche, porque las puertas de entrada de Urgencias se abren con los vaivenes de las personas, y de día, en ciertos hospitales, la ventilación es inoperante o insuficiente para reducir el calor. La sobrepoblación de personas sanas y enfermas, la ausencia de *lockers*, bebedores de agua potable y botes de basura, tienden a mermar la higiene. Las condiciones generales de espera son las más de las veces precarias. Un problema mencionado por casi todos los entrevistados es el acceso a los baños. En ciertas unidades médicas, los policías organizan filas y cobran para permitir el acceso a los sanitarios. En todo caso, el número de baños es siempre insuficiente además del hecho de que, por diferentes causas, pueden estar clausurados por largo tiempo. “Los baños están pésimos, pésimos... Este, se tapan... Una vez, tres meses tardaron en arreglar todos los inodoros. Nada más estaba uno en servicio. Ahí pasan doctoras, en-

31 Entrevista con Ana R., de 43 años, madre internada en el Hospital Venados, 28/febrero/2018.

fermeras (inaudible), todo el personal y toda la gente... Un solo baño en tres meses...”³² Esta denuncia sobre lo sucedido en el Hospital Xoco nos ayuda a comprender mejor la difícil situación de quienes están en la sala de espera. Pero más precaria aún es la situación de quienes se encuentran afuera del hospital. La espera es siempre desagradable, insalubre y agotadora, incluso para quienes están conformes con la atención recibida y que también declaran ser corresponsables de la suciedad en los sanitarios.

En las salas de espera, una parte de los derechohabientes está parada, y no es raro ver acompañantes cansados, sentados en el piso. A pesar de la regla de un solo acompañante por paciente, las salas de espera están sobrepobladas, más de día que de noche. Aunque el mobiliario de las salas varía según los hospitales, los asientos son a menudo incómodos y siempre en número insuficiente: los familiares suelen reservarlos con bolsos para edificar pequeñas “reservas egocéntricas”, tales como las designó Goffman (1979: 47, 59). Cuando funcionan, las pantallas de televisión proyectan programas de entretenimiento de bajo contenido cultural, en ocasiones con un volumen demasiado bajo para que los acompañantes puedan seguirlos, o en otras, con un volumen demasiado alto, impidiendo escuchar los nombres de los pacientes llamados por enfermeras y médicos. La televisión y el celular son dos de los distractores preferidos de los pacientes.

Se observa con frecuencia niños pequeños jugando en el suelo. Ahí, la vida y la muerte conviven. Una entrevistada, quien cuenta con varias experiencias en la sala de Urgencias del Hospital de los Venados, comentó: “He llegado a ver, no es la primera vez, que sí han fallecido personas aquí.

32 Entrevista con Laura F., alrededor de 40 años, vendedora de dulces afuera del Hospital Xoco, 27/octubre/2017.

Dentro de la sala, a mí sí me consta. Una vez falleció una persona al lado mío. Llegó su hija, lo sentó y tenía el señor un dolor, y así de repente nada más entró la hija y cuando salió ya el papá estaba muerto al lado mío.”³³ Una sala de espera de Urgencias es entonces una sala de juegos, una sala para ver televisión, un comedor, un dormitorio y también un velatorio.

Al margen de los principios de funcionalidad institucional, la sala de espera de Urgencias se perfila como un “no lugar” (Augé, 1992: 40-41), es decir, un territorio concedido por el Estado, en el cual el tiempo es expropiado a los usuarios. En este no-lugar, las sociabilidades se diluyen en el marco de una espera prolongada. La desposesión institucional del tiempo de los usuarios tiende a incrementar su dependencia para con el hospital.

Conclusiones

Esta investigación ha mostrado que el tiempo de espera es una variable fundamental en cuanto a la experiencia de los familiares de los enfermos que ingresan a Urgencias en hospitales públicos. La duración de la espera, con frecuencia larga e incierta para los acompañantes, es una causa mayor de angustia y desesperación. Los familiares viven una incertidumbre total; no saben si su enfermo saldrá con vida ni cuándo estará dado de alta. Si bien por un lado existe una dificultad propia de la ciencia médica para pronosticar la evolución del estado de salud de los pacientes, por el otro, los testimonios recabados señalan una atención de regular a deficiente para quienes se presentan a Urgencias; también un número insuficiente de médicos y la carencia de material especializado (con frecuencia no se poseen los equipos

necesarios, o bien, no funcionan), así como una falta generalizada de camas disponibles.

Hemos sido testigos del hacinamiento de los enfermos en los pasillos, sentados en sillas de rueda e incluso acostados en el piso. Esta situación es una muestra de una gestión fría y “anti-humana” de los solicitantes de ayuda (Casas Patiño, Rodríguez Torres, Casas Patiño, 2015). Y siempre se obliga a los enfermos y familiares a ser pacientes. Aunque se turnan, los acompañantes acumulan horas, días, semanas e incluso meses en no hacer otra cosa más que esperar. En estas condiciones, la arquitectura interior y el mobiliario influyen sobre el estado de ánimo y el cansancio físico de los acompañantes.

Asimismo, pudimos notar en las entrevistas que las personas dicen: “pertenezco al hospital tal”, “nos corresponde equis clínica”, lo cual muestra la idea de pertenencia a una unidad médica; que a su vez se deriva de una asignación institucional basada en una división territorial arbitraria. Más notorio aún, es el vínculo que manifiestan con la persona hospitalizada, al referirse a ella como “mi paciente”, o bien, “nuestro enfermo”. En este caso, se genera una especie de vínculo consanguíneo y afectivo que los relaciona con el usuario. Entonces, los acompañantes lo asumen, se esperan a recibir informes médicos y compran lo que se les pide (ya sean artículos de higiene personal o insumos terapéuticos). Frente a esta doble marca de posesión (pues pertenecen a una unidad médica y el enfermo les pertenece) los entrevistados se refieren frecuentemente al “médico que nos tocó”.

En otro tenor, suelen expresarse también respecto del buen trato recibido como: “me ha ido bien”, “tuve suerte”, “tal vez fue coincidencia”, y en ocasiones vislumbran dicho trato como un capricho

³³ Entrevista con Alicia G., de 50 años, accidentada y esperando ser atendida en Urgencias, en el Hospital de los Venados, 09/marzo/2018.

del destino. Sin duda, los informantes sobrevaloran la comunicación oportuna del estado de salud de su enfermo, así como el trato humano recibido. Por lo que hace a la comunicación del personal médico con las familias, generalmente es irregular, lo cual contribuye a incrementar la vulnerabilidad de los acompañantes, quienes en su inmensa mayoría también son derechohabientes del ISSSTE y del Seguro Popular, y pertenecientes a los sectores medios y bajos de la sociedad.

Una mejor situación se observa en los hospitales de tercer nivel que reciben a pacientes de toda la República —a menudo recomendados—, cuya estancia es comúnmente de larga duración. No es falso afirmar que la relación entre el personal del hospital y los familiares es una relación de poder mediatizada por la institución, en la cual cada parte desarrolla una serie de estrategias para reivindicar su rol respectivo y defender sus intereses. Enfermos y acompañantes tienen la expectativa de una atención rápida y eficiente, así como de un buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios docilidad, paciencia y disciplina. Lo que está en juego en esta relación de poder —lo cual se verifica en la presencia a la vez obligada, necesaria y voluntaria de los familiares en la sala de

espera de Urgencias—, es el control de la calidad del servicio. Y no se trata de cualquier servicio, ya que es una intervención médica urgente que a menudo suele decidir la vida o la muerte del paciente.

Finalmente, es menester enfatizar la dura prueba que constituye para los acompañantes el esperar un tiempo indeterminado, en condiciones precarias, en una sala de espera o, peor aún, fuera del hospital. Con voluntad y sensibilidad, podría mejorarse de forma significativa la atención del público, yendo más allá del sistema *Triage*, al tomar en cuenta las necesidades concretas de la población derechohabiente. Las tragedias vividas por enfermos y acompañantes nos dicen que los causantes no son únicamente las carencias hospitalarias, numerosas y perjudiciales, sino también el exceso de burocratización de los trámites administrativos. Se tendría que invertir una parte más importante del PIB para la salud pública, ya que el buen funcionamiento de las unidades médicas es la base para una atención idónea de los pacientes. Así, la movilización de todos los recursos para dar un trato digno a los usuarios de los hospitales públicos cambiaría ciertamente el destino de muchas vidas.

Referencias Bibliográficas

- Augé, M. (1992). *Los no-lugares. Una antropología de la posmodernidad*. Barcelona: Gedisa, 40-41.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Banco Mundial. Health Expenditure per capita. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS> (consulta 22 de enero de 2018).
- Bellamy, C. y Castro, R. (2019). “Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México”, *Revista Ciencia de la Salud*, vol. 17, Núm. 1:120-137.
- Bourdieu, P. (1997). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama, 308.
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI, 92, 107, 163.
- Carbonell Torregrosa, M.; Girbés Borrás, J. y Calduch Broseta J. (2006). “Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con

- la satisfacción del usuario”, *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, vol. 18: 30-35.
- Casas Patiño, D.; Rodríguez Torres, A. y Casas Patiño I. (2015). “Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado”, *Medwave*, vol. 15, Núm. 2: 1-8.
- COFEMER. (2014). Simplifica. Programa de simplificación de cargas. http://www.cofemer.gob.mx/imagenesUpload/20159301634Programa%20SIMPLIFICA_COFEMER.pdf (consulta 27 de abril de 2018).
- CONAMED. (2018). Informe anual de actividades 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311783/INFORME_ANUAL_CONAMED_2017_VC.pdf (consulta 09 de mayo de 2018).
- Damián González, A. (2013). “El tiempo, la variable olvidada en los estudios del bienestar y la pobreza”, *Revista Sociedad y Equidad*, vol. 5: 136-163.
- Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Ciudad de México: FCE – SSA – INSP, vii.
- Ferreó, L. (2003). “Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico”, *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 18: 165-183.
- García M; Recoder, M. y Margulies, S. (2017). “Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico”, *Salud Colectiva*, vol. 13, Núm. 3: 391-409.
- Garrocho, C. (1993). “De la casa al hospital: un enfoque espacio-temporal”, *Estudios sociológicos*, vol. 11, Núm. 32: 547-554.
- Goffman, E. (1979). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Madrid: Alianza Editorial, 47, 59.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Eds, 58-62.
- Illescas Fernández, G. (2006). “Triage: atención y selección de pacientes”, *Medigraphic*, vol. 9, Núm. 2: 48-56.
- Hirschman, A. (1977). *Salida, voz y lealtad*. Ciudad de México: FCE.
- Lopera Betancur, M. et al. (2010). “Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana”, *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 28, Núm. 1: 64-72.
- Maldonado Islas, G. et al. (2001). “Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS”, *Revista Médica del IMSS*, vol. 40, Núm. 5: 421-429.
- Martin, P. (2011). “Gestion de la file d’attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d’assurance maladie”, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 189, Núm. 4: 34-41.
- Martín Pérez, A. (2009). *Les étrangers en Espagne. La file d’attente devant les bureaux de l’immigration*. Paris: L’Harmattan, 50.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 128-130.
- Ortiz Borbolla, S. (2014). “Hospitales públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres”, *Centralínea*, Núm. 376 (10 a 16 de marzo): 40-51.
- Peneff, J. (1998). “La face cachée d’Urgences. Le feuilleton de la télévision”, *Genèses*, Núm. 30: 122-145.
- Rodríguez Weber, M. y López Candiani Mass, C. (2005). “Disminución del tiempo de espera en consulta de especialidad mediante una estrategia de análisis de procesos”, *Acta Pediátrica de México*, vol. 26, Núm. 4: 178-183.
- Siciliani, L.; Borowitz, M. y Moran, V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 19-69.

- Schwartz, B. (1993). "Waiting, Exchange and Power: the Distribution of Time in Social System", in *American Journal of Sociology*, vol.79, Num.4: 841-870.
- Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. México: Era, 53.
- Thompson, D y Yarnold, P. (1995), "Relating Patient Satisfaction to Waiting Time Perceptions and Expectations: The Disconfirmation Paradigm", *Academic Emergency Medicine*, vol.2, Num.12: 1057-1062.
- Ureste, M. (2016). Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes. <http://www.animalpolitico.com/2016/12/hospitales-saturados-y-sin-medicinas-el-calvario-de-pacientes-y-doctores/> (consulta 19 de febrero del 2021).