

**ESPERAR EN URGENCIAS.
CASO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

BRUNO LUTZ

Abril 2019

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
METODOLOGÍA.....	7
1. TIEMPO Y BUROCRACIA	11
2. NORMAR LA ESPERA EN LOS HOSPITALES.....	12
3. EL PEREGRINAR.....	19
4. LA ESPERA	24
5. LAS PALABRAS Y LOS GESTOS.....	28
5.1. Personal no médico	28
5.2. El personal médico	31
6. EL NO-LUGAR	33
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	40
SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXO	47

RESUMEN

Esta investigación aborda un aspecto relacionado con el maltrato de los pacientes y sus familiares en los hospitales públicos de la Ciudad de México: el tiempo de espera. Numerosos trámites en oficinas gubernamentales implican también una considerable pérdida de tiempo por la imprecisión de los requisitos, la veleidad de los burócratas, los disfuncionamientos administrativos de todo tipo y una corrupción generalizada. Pero en el caso de una urgencia de salud, estas mismas dificultades suelen tener consecuencias trágicas. La salud es fundamental para poder tener una vida digna, de ahí la importancia del tema. Porque es un asunto que atañe al bienestar de las personas, y porque no ha sido abordado por las Ciencias Sociales en México, se decidió investigar el fenómeno de la espera en las salas de Urgencias de los hospitales públicos de la capital.

Consideramos que los estudios sociales deben aportar una información nueva sobre un tópico que, como es el caso aquí, concierne primordialmente a los que menos recursos tienen. Asimismo, el presente documento expone los resultados de un trabajo de campo llevado a cabo en varias unidades médicas. Se realizaron observaciones etnográficas y entrevistas a personas relacionadas con el problema del acceso a la salud; además, se hizo una revisión exhaustiva de las fuentes académicas sobre el tema. Concluimos que la banalización del maltrato de los pacientes y familiares que se presentan en Urgencias es un fenómeno complejo porque no descansa únicamente en la expropiación de su tiempo, sino que se le suman la normalización de la arbitrariedad y el cultivo institucional de la incertidumbre. Con una genuina voluntad política podrían realizarse cambios sustanciales para incrementar el bienestar tanto de los beneficiarios del sector salud, como del personal que labora en los hospitales públicos.

INTRODUCCIÓN

Una mujer llevó a su esposo muy enfermo al hospital de San Luis Acatlán, Guerrero. Era domingo 1 de octubre del 2017. Esperaron cinco horas afuera, en la intemperie. El señor agonizó y falleció sin haber sido atendido. Era un humilde campesino, derechohabiente del Seguro Popular. Su viuda se lo llevó de regreso a su pueblo para sepultarlo.¹ Desafortunadamente, esta tragedia no es un caso aislado: se viene repitiendo en el silencio de la pobreza anónima, a lo largo y ancho del país. En el campo y en las ciudades, los enfermos de escasos recursos esperan generalmente mucho tiempo para ser atendidos. Incontables son los enfermos cuyo estado de salud se deteriora significativamente mientras esperan ser atendidos en Urgencias en un hospital público. La espera es la forma de maltrato más común entre los derechohabientes del sector salud.²

El presente estudio aborda un tema escasamente trabajado desde las Ciencias Sociales: el tiempo de espera. La decisión de enfocarnos en el tiempo de espera de los enfermos y sus familiares en Urgencias en hospitales de la Ciudad de México es la continuación de un trabajo exploratorio (no publicado) sobre la tardanza de los trámites administrativos y la inercia burocrática en dos poblaciones marginadas ubicadas al sur de la capital. Muchas de las personas entrevistadas nos confiaron, separadamente, que habían tenido una experiencia negativa de espera en un hospital público, ya sea como paciente o acompañante.³ Estos testimonios corroboraron la atinada sugerencia del sociólogo argentino Javier Auyero, de

¹ “Su esposo muere en sala de espera después de 5 horas sin atención”, en *Excelsior*. Disponible en: <http://www.msn.com/es-mx/noticias/mexico/su-esposo-muere-en-sala-de-espera-luego-de-5-horas-sin-atención/ar-AAARpzw?li=AAggxAT&ocid=mailsignout> (consultado el 03/10/2017).

² Los artículos del periodismo de investigación: “Hospitales públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres” de Ortiz Borbolla (2014), “Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes” de Ureste (2016), y “Espera en urgencias del IMSS, 58.7 minutos; en privado, 12.7. La salud pública está enferma: CONEVAL” de la Redacción de SinEmbargo (08/12/2018), detallan las consecuencias negativas de disfuncionamientos en las unidades médicas del ISSSTE y del IMSS.

³ Para hacer frente a la mala atención en hospitales públicos en México –que incluye un largo tiempo de espera para ser atendido y los errores médicos– se constituyeron organizaciones de la sociedad civil. Éstas llevan a cabo una labor dedicada a orientar y defender los pacientes víctimas de abusos en los hospitales. Al respecto, pueden mencionarse: la “Red de Acceso por el mejoramiento en tiempo y forma para cada paciente”, la asociación “Rebelión de los enfermos” asentada en Hermosillo, Sonora, así como la “Fundación Hipócrates A.C.” para la defensa y protección de los pacientes, situada en el norte de la capital del país.

estudiar el tiempo de espera en hospitales, como consecuencia de disfuncionamientos organizacionales y al mismo tiempo como mecanismo de control.⁴

Ahora bien, nos interesaremos en los aspectos sociales del tiempo de espera y dejaremos de lado los estudios de corte psicológico, las evaluaciones internas de grupos de doctores con especialidad en “Urgencias médico quirúrgicas”, de médicos generales (y especialistas de otra rama) que brindan servicio en las áreas de Urgencias, así como las modelizaciones matemáticas de la espera (*theories of queuing*). Tampoco se tomarán en cuenta los trabajos en torno a la pobreza de tiempo como variable determinante para calcular el grado de marginación de la población (Damian, 2014), pues se enfocan en el impacto de la carencia de tiempo libre de los sujetos para alcanzar cierto nivel de bienestar, y no en la experiencia acumulada de tener que esperar en oficinas gubernamentales y hospitales. Si bien estas dos temáticas están relacionadas, es preciso ir más allá de la descripción del tiempo libre como marcador de las diferencias entre las clases sociales; es profundizar la relación de los usuarios con la administración federal, en este caso, los derechohabientes de los hospitales públicos. Además, queremos hacer hincapié en el hecho de que son las mismas administraciones públicas federales y estatales las que suelen quitar tiempo libre a los ciudadanos, siendo los de menores ingresos los que más tiempo pasan haciendo trámites.

Una revisión de la literatura en Ciencias Sociales nos permitió discernir tres grandes ámbitos de estudio: (1) la fila de espera para adquirir un artículo de consumo u obtener un servicio: el investigador Coenen-Huther (1994) analizó la producción informal de normas en las filas para poder adquirir productos en comercios de la Unión Soviética, y por su parte Gottesdiener (1994) recalcó en su artículo el efecto negativo sobre los visitantes de la fila de espera para acceder a museos. (2) Respecto del tiempo de espera en la realización de un trámite administrativo, deben mencionarse tanto el estudio bien documentado de los derechohabientes del Seguro Social en una unidad administrativa del suburbio de París (Martin, 2011), como los trabajos sobre la espera institucionalizada de los inmigrantes en

⁴ “La espera como espacio de disciplinamiento social”. Entrevista a Javier Auyero por Lucía Álvarez. Disponible en: <http://rodriguezesteban.blogspot.mx/2014/11/la-espera-como-espacio-de.html> (consultado el 14/11/2017).

situación irregular en la Unión Europea (Leblanc, 2000; Clochard, Laacher, 2006; Martín Pérez, 2009). Otra investigación muy relevante para nuestro estudio es la de Auyero (2013), quien analiza detalladamente la espera de los solicitantes de apoyo gubernamental en Buenos Aires, quienes en su mayoría son mujeres extranjeras en situación precaria. (3) Finalmente, en relación con el tema específico de la espera para ser atendido en el servicio de Urgencias, cabe nombrar el estudio cuantitativo de Thompson y Yarnold (1995) –en el Hospital MacNeal de Chicago–, quienes comprobaron la existencia de 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) detalló las técnicas administrativas para reducir arbitrariamente el número de pacientes e incrementar su vulnerabilidad. Conviene señalar finalmente la existencia de una exigua literatura oficial en México, a menudo autocomplaciente, respecto del mejoramiento de la organización de los servicios de Urgencias de los hospitales públicos y la disminución concomitante del tiempo de espera de los enfermos (*cf.* Cap.1). En todo caso, la carencia de estudios sobre el tiempo de espera de los pacientes en Urgencias contrasta con la universalidad de esta experiencia vivida por sectores medios y bajos de la población. Como lo señala atinadamente Bourdieu:

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

De manera modesta, hicimos nuestro este llamado a examinar la experiencia social del tiempo en el contexto de la atención a la salud. Asimismo, hemos decidido investigar los significados del tiempo de espera en los hospitales públicos porque, desafortunadamente, es una situación padecida por mucha gente, pero respecto a la cual las Ciencias Sociales en México no le han dado una debida atención todavía.

METODOLOGÍA

Esta investigación nació de una pregunta que nos hacíamos respecto del porqué siempre había mucha gente en la sala de espera de Urgencias de los hospitales públicos. Desconocía las razones por las cuales tanta gente estaba ahí, día y noche sin hacer nada más que esperar, cuando en los hospitales privados escasos son los familiares que esperan. Y al mismo tiempo me daba cuenta de la precariedad de las condiciones de espera, parados, dentro o fuera de la sala de espera bajo la intemperie. El escuchar incidentalmente algunas quejas sobre la mala atención en hospitales públicos me convencí de que era necesario analizar –y al mismo tiempo denunciar– este fenómeno con las herramientas proporcionadas por las Ciencias Sociales.

Las obras de Roth (1963), Schwartz (1975), Goffman (2001), Martín Pérez (2009) y Auyero (2013), fueron, en diversos grados, fuentes de inspiración para diseñar una metodología de investigación que permitiera comprender los complejos mecanismos de la espera en Urgencias en hospitales públicos. Comenzamos por una completa revisión bibliográfica y hemerográfica, así como una extensa consulta de fuentes periodísticas y oficiales. Nos sorprendimos al constatar que existen solamente algunos pocos artículos periodísticos publicados sobre el fenómeno de la espera en Urgencias en México y ninguna investigación académica, lo cual contrasta paradójicamente con los abundantes comentarios de los derechohabientes en Facebook, quienes, salvo excepción, se quejan fuertemente del tiempo de espera, de la falta de higiene y del trato despótico del personal.

Por otro lado, nos dimos a la tarea de elaborar un guion de preguntas (*cf.* Anexo) para sistematizar la información solicitada a los acompañantes y pacientes en Urgencias. La elección de este servicio se debe al hecho de que ahí los enfermos y heridos se presentan sin cita: por una urgencia (situación en la que no existe riesgo inminente de muerte, pero requiere asistencia médica rápida) o una emergencia (situación en la que se requiere una asistencia médica inmediata, porque la vida del paciente está en riesgo), y a pesar de estas circunstancias desafortunadas, ellos y sus familiares deben esperar. En otros términos, al acudir al servicio denominado “Urgencias”, se convierten en sujetos en situación de espera.

Ahora bien, realizar un trabajo de observación etnográfica en un hospital presenta diversas dificultades. En primer lugar, la autorización para estar presente en la sala de

espera, sin estar enfermo ni ser acompañante, es ardua de obtener: en varios casos, los policías de la entrada o los responsables de nivel medio, nos exigían una autorización de la Delegación correspondiente, sin ser capaces de precisar el tipo de documento requerido. Salvo notorias excepciones, como el servicio de Urgencias del Hospital de la Raza, encontramos una fuerte resistencia del personal y de los responsables para permitirnos el acceso. Otra dificultad metodológica fue acercarnos al personal y a los policías. En un servicio de Urgencias, en el cual se recibe permanentemente enfermos graves y víctimas de accidentes, el personal es a menudo poco accesible, incluso en momentos en los cuales no hay muchos ingresos nuevos: solía suponer que se trataba de una auditoría encubierta, mientras que los entrevistados con frecuencia pensaban que era un estudio ordenado por la dirección del Hospital. La tercera dificultad radica en la delicada situación que viven los acompañantes y los enfermos: frente a un problema de salud de cierta gravedad, están entre las manos de la institución pública y del personal. Emocional y económicamente afectados, los informantes navegan entre la incertidumbre y la desesperación. Sus respuestas oscilaron entre una simple 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. Finalmente, la cuarta y última dificultad metodológica encontrada remite a la naturaleza de la información recabada en las entrevistas. En efecto, lo que recolectamos fue el testimonio de acompañantes y enfermos; testimonio que no pudimos comprobar, por lo que lo aceptamos *ipso ante* como información fidedigna. A estos testimonios se sumó nuestra observación etnográfica de las salas de espera de Urgencias y de las afueras de la misma, lugares en los cuales se acudió varias veces, en diferentes horarios y días de la semana.

Ahora bien, además del trabajo de campo llevado a cabo por quien suscribe en el Hospital Dario Fernández, del Instituto del Seguro y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), estudiantes voluntarios de la Licenciatura de Sociología se repartieron en 16 equipos para realizar una observación etnográfica y entrevistas a los usuarios de Urgencias de diferentes hospitales públicos de la Ciudad de México.⁵ La selección de dichas

⁵ Las catorce unidades médicas en las cuales se llevo a cabo un trabajo de observación etnográfica en Urgencias fueron: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital Centro Médico Nacional ISSSTE 20 de noviembre, Hospital General del ISSSTE General Dr. Dario Fernández Fierro, Hospital Regional

unidades médicas se hizo después de una primera visita exploratoria, así como por la proximidad de su domicilio y la factibilidad del trabajo. La zona de localización (sur, norte, oriente, poniente), el nivel de atención del hospital y la institución de pertenencia no fueron factores que determinaron la elección de las unidades médicas. Se logró entrevistar a 79 acompañantes, a cinco pacientes, un enfermero, una doctora, una vendedora de dulces ubicada fuera de Urgencias; a la Jefa de un Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente y al Director de un Hospital. Este trabajo de campo multisitiado se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2017 y marzo de 2018.

Las respuestas obtenidas a nuestras preguntas no fueron codificadas porque una parte de ellas eran abiertas; se adaptó el guion (*Cf. Anexo*) para entrevistar al personal que laboraba en las unidades médicas. Notamos también muy variables grados de confianza por parte de los informantes, lo cual se verificó por la sinceridad y calidad de la información proporcionada. Asimismo, se seleccionaron los extractos de entrevista en los cuales la información fue más precisa y llamativa para documentar cada tópico analizado. El notable desequilibrio entre las quejas y las muestras de satisfacción respecto de la atención recibida en Urgencias, nos obligó a respetar la abrumada dominación de experiencias negativas aunque procuramos no generalizar e introducir opiniones favorables cuando era necesario hacerlo. En todo caso, creemos que los derechohabientes dicen la verdad cuando un gran número de ellos detallan lo que han padecido, ya sea en entrevista o en las redes sociales, porque hemos constatado *in situ* las deplorables condiciones de espera de los pacientes y familiares en Urgencias.

Cabe precisar que esta investigación no fue financiada por ningún organismo público o privado. La búsqueda de recursos nos hubiera consumido mucho tiempo cuando en realidad el fenómeno de la espera estaba (y sigue estando) a la vista en Urgencias de los hospitales. Por otro lado, este trabajo de campo no implicaba la erogación de grandes sumas de dinero porque, desafortunadamente, la masificación del fenómeno permite ver gente esperando en los servicios de Urgencias de todos los hospitales públicos de 2^{do} y 3^{er} nivel sin

1^{ero} de octubre ISSSTE, Hospital General Regional UMAA2 del IMSS, Hospital General del IMSS 2^a zona "Troncoso", Clínica IMSS No.47, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Hospital Dr Manuel Gea González, Hospital General de Iztapalapa Juan Ramón de la Fuente, Hospital Xoco, Hospital General Rubén Leñero, Unidad Familiar No15 del IMSS.

excepción. Todos los días del año, de día como de noche, hay familiares esperando. Además, es difícil encontrar alguien que no haya tenido una experiencia en Urgencias, ya sea como paciente o como familiar, por lo que fue relativamente fácil corroborar testimonios obtenidos *in situ* con opiniones de personas cercanas. La participación voluntaria de estudiantes fue de gran ayuda para multiplicar los puntos de observación. Aunado a lo anterior, la concentración de grandes bibliotecas académicas en la capital del país (biblioteca Daniel Cosío Villegas del Colegio de México, Biblioteca Central de la UNAM y Biblioteca Francisco Xavier Clavijero de la Universidad Iberoamericana)⁶, así como el acceso a bases de datos (JSTOR, Redalyc y Scielo) nos permitió realizar, a muy bajo costo, una exhaustiva revisión de las fuentes escritas. Todos estos elementos permiten comprender cómo se pudo llevar a cabo este estudio sin el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), ni de la Secretaría de Salud (SSA). En cuanto a la Universidad Autónoma de México, unidad Xochimilco (UAM-X), institución a la cual estamos adscritos, el proceso de registro de esta investigación ha sido detenido, hasta la fecha, debido a complicaciones administrativas y sindicales.

⁶ Cabe señalar que al acudir al Centro de Documentación Institucional de la Secretaría de Salud nos encontramos con instalaciones descuidadas, dificultades burocráticas para solicitar información y una notable pobreza del acervo biblio y hemerográfico.

1. TIEMPO Y BUROCRACIA

Para obtener apoyos de programas sociales o recibir atención médica la gente tiene que esperar, y más aún, las personas de menores ingresos. La cantidad y complejidad de los trámites burocráticos movilizan a la ciudadanía durante un tiempo generalmente largo e incierto. El programa “Simplifica” de la Comisión Federal de Mejora y Regulación (COFEMER) reconoce las consecuencias económicas –más no sociales y emocionales– del tiempo de espera para realizar complejos y numerosos trámites: “cada trámite o servicio que gestionan las dependencias representan tiempo para los ciudadanos y empresarios, por lo que bajo el concepto general de que el tiempo es dinero, se monetiza dicho tiempo para así cuantificarlo como gasto para la sociedad” (COFEMER, 2014: 11). Este planteamiento daba pauta para empezar a calcular el tiempo perdido de los usuarios de la administración pública, tiempo que hubieran podido emplear para llevar a cabo actividades productivas. En ese sentido, las millones de horas/persona no trabajadas cada año constituyen un déficit significativo en la producción de riqueza del país. La perspectiva economicista de la COFEMER sobre el análisis del tiempo de duración de los trámites no apuntaba hacia una revolución administrativa, como hubiera podido ser, por ejemplo, la constitución de un gobierno electrónico con la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) al funcionamiento del sector público, sino, más modestamente, daba elementos al Poder Ejecutivo para simplificar una serie de trámites. Rebautizada Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (CONAMER), esta dependencia de la Secretaría de Economía contempla como “Regulación Social” las disposiciones legales que protegen, entre otros, la salud humana y evitan el daño al bienestar de la población. Lo que nos interesa aquí no es la ausencia de resultados de esta Comisión ni tampoco la voluntad de proteger los intereses del mismo Estado a través de la Ley General de Mejora Regulatoria, sino el hecho de que se omite por completo mencionar y resarcir los efectos, directos e indirectos, del tiempo de espera en la salud de los usuarios de la administración pública.⁷

⁷ En el art.71-I de dicha Ley, se plantea que cada propuesta regulatoria “busque evitar un daño inminente, o bien atenuar o eliminar un daño existente a la salud o bienestar de la población...”. Asimismo, esta formulación deja entender que el objeto del trámite no debe de perjudicar a los usuarios de la administración federal, pero no se menciona nada al respecto de la duración de estos trámites ni de los efectos negativos de esta tardanza.

En 2008 fue inaugurado el “Concurso del trámite más inútil”, abierto a todos los ciudadanos que querían denunciar un trámite kafkiano que no pudieron concluir o bien les hizo perder mucho tiempo. El año siguiente la primera ganadora fue una señora cuyo hijo debía recibir mensualmente dos veces gammaglobulina, lo cual representaba un calvario en el IMSS. Eran catorce pasos para conseguirla. Recetas, autorizaciones, sellos, copias, resellos, vales y llamadas telefónicas para que finalmente le abastecieran del producto. Y cada mes tenía que hacer lo mismo, lo cual le significaba perder de cuatro a quince días. Con el cambio de partido en el poder, se terminó este concurso y hasta en 2016 se creó un “Premio para denunciar el obstáculo regulatorio más absurdo para emprender y competir”, abierto a los empresarios. Esta veleidad transexenal por simplificar los trámites se ha centrado casi exclusivamente en la situación de la iniciativa privada.

De manera general, lo que podemos ver es el desinterés gubernamental por el bienestar de los usuarios de las unidades médicas del sector público ya que las cifras dadas por los mismos hospitales no están corroboradas y, por otro lado, la modificación aleatoria de los indicadores junto con la dificultad para tener acceso a ellos, alejan la posibilidad de obtener un conocimiento certero de la experiencia vivida por los pacientes y sus familiares.

2. NORMAR LA ESPERA EN LOS HOSPITALES

Para poder comprender la situación general que impera en las salas de espera de Urgencias de los hospitales públicos, es necesario recordar algunos datos relativos a las inversiones en el sector salud y la posición de México frente a otros países.

Cuadro 1. Datos sobre salud en México respecto del promedio de países de la OCDE, en 2013

	México	OCDE
Gasto en salud, sector público (%PIB)*	3.3	7.7
Gasto en salud <i>per cápita</i> (US \$)*	677	4,739
Número de doctores /1000ha	2.2	3.3
Número de enfermeras /1000ha	2.6	9.1
Número de camas hospitales /1000ha	1.6	4.8
Días promedio de hospitalización	4.0	8.1

*Datos de 2014

Fuente: OECD (2015), BM (2015)⁸

Los datos presentados en el Cuadro 1 ilustran la situación de México en materia de salud respecto del promedio de los países integrantes de la OCDE, y por ende permiten enmarcar el fenómeno de la espera de los enfermos y sus familiares en los hospitales públicos. México es el antepenúltimo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en relación con el número de doctores y enfermeras por mil habitantes, y el penúltimo en cuanto al número de camas en hospitales por 1000ha. Por lo que hace al porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) dedicado al sector salud, México fue el país de la OCDE que menos invirtió en 2014. Tres años más tarde, la situación se repite: México gastó apenas 2.7% del PIB en salud, Argentina le dedicó 5.62 por ciento y el promedio de los países de la OCDE invirtió 6.6%.⁹ La disminución de la inversión en salud pública en los últimos años, por un lado, y el incremento concomitante del volumen de la población, por el otro, tienen como consecuencia reducir el gasto en salud *per cápita* y aumentar el gasto de bolsillo de las personas enfermas para su atención médica y el pago de medicinas.

Ahora bien, el sector salud en México está conformado por varias instituciones relativamente independientes, cuyo presupuesto, número de derechohabientes y funcionamiento difieren notablemente.

⁸ <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS>

⁹ Méndez Méndez Judith Senyacen. (2016), "Gasto en salud: propuesta 2017". Disponible en: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/> (consultado el 19/04/2018).

Cuadro 2. Gastos *per cápita* por institución en 2016

Institución	Gasto total (mdp)	Derechohabientes	Gasto per cápita
IMSS	\$265,325	75,593,970	\$3,510
ISSSTE	\$53,266	13,405,827	\$3,973
Seguro Popular	\$68,702	58,836,686	\$1,168
PEMEX, SEDENA, SEMAR	\$21,192	1,986,048	\$10,671
Total	\$408,486	149,882,531	(promedio) \$4,830

Fuente: CIEP con datos de la SHCP (2016) y IMSS (2016)

El Cuadro 2 muestra diferencias muy significativas respecto del gasto *per cápita* entre estas instituciones del sector salud: el Seguro Popular que atiende a la población de menores ingresos es el que menos invierte. Mientras, el conjunto de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina (SEMAR) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) gastan cerca de diez veces más por derechohabiente, que el Seguro Popular. Esta situación se refleja, a nivel operativo, por grandes desigualdades en cuanto a la atención a la salud entre estas diferentes instituciones públicas.¹⁰ Podemos asegurar entonces que existen diferencias notorias en cuanto a la atención de los pacientes en los hospitales que conforman el sector público, siendo el mejor el Hospital Naval Militar de la Ciudad de México (en el cual se atienden los presidentes de la República) y los peores los hospitales del Seguro Popular que cuentan con el menor presupuesto y la peor fama (*cf.* Cuadro 3).

Cuadro 3. Jerarquía de los hospitales públicos en México

Nivel jerárquico	Institución pública
1	SEMAR
2	PEMEX
3	SEDENA

¹⁰ Varios de nuestros entrevistados compararon la atención en Urgencias en hospitales del seguro popular y del IMSS, destacando de manera unánime un mejor servicio en esta última institución.

4	ISSSTE
5	IMSS
6	Seguro Popular

Enfocándonos específicamente en la atención en Urgencias de los Hospitales de 2^{do} y de 3^{er} nivel, los datos disponibles son escasos. Empero, puede citarse un estudio sobre el tiempo de espera al inicio del s.XXI realizado con 67 derechohabientes de la Delegación de Tlaxcala del IMSS. Los médicos responsables de dicha investigación descubrieron que los motivos de insatisfacción de los pensionados eran 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).

Esta conclusión pudo haber legitimado una transformación puntual del sistema de consultas externas de los derechohabientes del IMSS, centrándose en el implemento de citas por teléfono e internet. 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, López Candiani Mass, 2005). Las características particulares del servicio de Urgencias donde acuden de día y noche, los 365 días del año, enfermos graves y derechohabientes víctimas de traumatismos, obligaron a las autoridades sanitarias a buscar otras medidas para mejorar la atención de los pacientes, dado las quejas numerosas y reiterativas. A partir de 2009 opera el Programa de Avales 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”.¹¹ En marzo de 2015, el director del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) anunció que se iba a

¹¹ http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dmp-ac_01.html (consultado el 19/04/2018). Es menester indicar que esta página Internet de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA no está actualizada (los datos son del año 2013) y no todas las opciones son funcionales.

implementar una nueva clasificación de los pacientes que llegan a Urgencias, llamado *Triage*, “lo cual iba a disminuir de 40 por ciento las cirugías pendientes y reducir la espera a 5 minutos”.¹² 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 implicaba una reorganización de los servicios de Urgencias (es el médico más calificado y experimentado quien debía estar a cargo de la selección de los pacientes, por ejemplo) y el inicio de una campaña de información de los usuarios de los hospitales. Todavía en 2015, la SSA publicó un documento titulado “Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución” (SUMAR), en el cual se explicitan los principios de funcionamiento y las virtudes de la selección de las Urgencias.¹³ Se establecen tres categorías, con su respectivo tiempo de espera: I. Emergencia, menos de 10mn; II. Urgencia, de 30 a 60mn; III No clasificada, menor de 2 horas. Además de este *Triage* general, se detalla el *Triage* de las urgencias obstétricas en tres colores: rojo, amarillo y verde. Aparecido un año después, el Programa de Calidad en la Atención Médica (PROCAM)¹⁴, operado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, incluye el Sistema INDICAS que proporciona información de manera cuatrimestral, sobre la calidad de la atención médica. Esta información es producida por los mismos hospitales, sobre la base de un modelo universal de encuesta. Dos indicadores son relevantes para el presente estudio: el “Trato digno en Urgencias” y la “Organización de los Servicios de Urgencias”.

¹²Valadez Blanca, (2016), “El IMSS reducirá la espera en urgencias a 5 minutos”, en *Milenio*, 09.03.2016. Disponible en: http://www.milenio.com/cultura/IMSS_reducira_tiempo_de_espera-urgencias-atenderan_urgencias_en_cinco_minutos_0_697730254.html (consultado el 04/10/2017).

¹³ SSA. (2015), *Servicios de Urgencias que mejoran la Atención y Resolución (SUMAR)*. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02_H.pdf (consultado el 17/10/2017).

¹⁴ Publicado en Diario Oficial de la Federación (DOF) el 30 de diciembre del 2016.

Cuadro 4. 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
IMSS	n.c.	n.c.	n.c.

Fuente: DGCyE de la SSA <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>

Cuadro 5. Organización de los servicios de Urgencias, en hospitales de la Ciudad de México, 2017

Institución	Cuatrimestre 1	Cuatrimestre 2	Cuatrimestre 3
SSA	35.9	34.5	35.4
ISSSTE	34.7	33.7	25.2
IMSS	n.c.	n.c.	n.c.

Fuente: DGCyE de la SSA <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>

Los datos arrojados por el sistema INDICAS muestran la ausencia notoria de datos por parte de las unidades médicas de 2^{do} nivel del IMSS localizadas en la Ciudad de México. Ahora bien, la tasa de satisfacción respecto del trato recibido en Urgencias oscila entre 88.2 y 93.7 por ciento, la cual es muy elevada. Es de notar que no hay diferencias significativas para los dos indicadores seleccionados entre el servicio de Urgencias de las unidades médicas de la SSA y del ISSSTE. No obstante, cabe recalcar que cerca de una tercera parte de los derechohabientes entrevistados por el personal de los hospitales dijo estar satisfecha con la organización de los servicios de Urgencias; las cifras variaron de 25.2 a 35.9 por ciento. Aparentemente, los usuarios encuestados habrían manifestado en su inmensa mayoría haber recibido un trato digno en servicios de Urgencias relativamente desorganizados. Debido a la ausencia de información disponible sobre la metodología empleada para aplicar esta encuesta y las condiciones prácticas de realización de la misma, no nos es posible sacar más conclusiones al respecto.

Ahora bien, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) expone que el tiempo de espera para recibir consulta en 2016 es de una mediana de 30 minutos y un promedio de 71 minutos, lo cual muestra un incremento en relación con el 2012 (mediana de

12 minutos y promedio de 58 minutos), pero los autores de dicha encuesta oficial afirman que este comportamiento se debe a que existe un mayor acceso a los servicios de salud.¹⁵ El discurso oficial se contrapone con “la situación del sector salud en México, la cual es crítica, puesto que no hay los insumos suficientes ni el personal para atender la demanda de servicios de la población. Cada día son más comunes las frases del tipo “no hay su medicamento pero, ahí está su receta”, “no hay citas hasta el año que entra”, “no hay especialista, nosotros le llamaremos cuando lo tengamos”, “no hay rayos X”, “no hay laboratorio”, “no hay quirófano disponible”, “no hay lugar en esta sala donde pongamos a su familiar, si gusta esperar”, “no hay, no hay” ... Estas frases son testigo fiel de la alarmante carencia en los diferentes niveles de las instituciones de salud (Casas Patiño, Rodríguez Torres, Casas Patiño, 2015).

Aunado a lo anterior, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, expone que 203 quejas atendidas involucraron el servicio de Urgencias médicas en 2017, ocupando el segundo lugar después de quejas por la especialidad de ortopedia general.¹⁶ Con datos de 2018, de la misma dependencia federal, podemos cuantificar los problemas denunciados por los usuarios respecto del uso perjudicial del tiempo en hospitales del sector público (cf. Cuadro 6).¹⁷

Cuadro 6. Motivos mencionados en la presentación de quejas respecto de la atención inoportuna en el sector público, en 2018

Motivo	Número absoluto	Porcentaje
Demora prolongada para recibir atención	329	5.89
Diferimiento	1,355	24.27
Negación del servicio	97	1.73
Resultados inoportunos	193	3.45
Alta prematura del tratamiento	102	1.82
TOTAL	2,173	38.92%

¹⁵ ENSANUT (2016). *Encuesta nacional de salud y Nutrición de medico camino 2016*. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-31oct.pdf

¹⁶ CONAMED (2018). *Informe anual de actividades 2017*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311783/INFORME_ANUAL_CONAMED_2017_VC.pdf

¹⁷ CONAMED. *Información estadística 2018*. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2018> (consultado el 23/04/2019).

De los cinco motivos seleccionados, cuatro conciernen a la dilatación del tiempo en el proceso de atención, mientras un motivo se refiere al acortamiento del tiempo de recuperación del paciente.

De todos modos, los casos trágicos de mala o nula atención reportados por periodistas, aunados a las quejas formales interpuestas por usuarios de los hospitales, son ciertamente motivos suficientes para que la Secretaría de Salud siga trabajando en aplicar y transparentar mecanismos de evaluación y autoevaluación de las unidades médicas, para el beneficio de los derechohabientes e incluso del personal. Una mayor eficiencia de los procedimientos de admisión por ejemplo, podría reducir positivamente el tiempo de espera de quienes se presentan a Urgencias.

3. EL PEREGRINAR

El término “peregrinar” ha sido empleado por varias personas entrevistadas para referirse a la no atención de su familiar en Urgencias de varios hospitales públicos. El uso de este término perteneciente al léxico religioso da cuenta de las dificultades múltiples para encontrar una posibilidad de aliviar los dolores de su enfermo y salvarlo.

La primera etapa de esa “peregrinación” es lograr obtener una ambulancia del ISSSTE o del IMSS para trasladar a un 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 pregunte 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 Periférico.”¹⁸

Incluso llamar al número de emergencia 911 para pedir una ambulancia no garantiza la pronta llegada de la misma. Nos refirieron casos en los cuales paramédicos acudieron al lugar donde se encontraba la persona inválida, pero no quisieron llevársela en la ambulancia porque vivía aparentemente en la calle, estaba mal vestida u olía a alcohol. La gran mayoría de los entrevistados dijo haber llevado a su enfermo en un coche particular. Algunos pocos se trasladaron en taxi, como esta señora originaria de Baja California quien acompañaba 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 bajando con la niña de un taxi, o sea que uno anda pidiendo que 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 metimos.”¹⁹

Es bastante frecuente que los familiares reciban respuestas negativas por parte del personal de admisión en el primer servicio de Urgencias en el cual se presentan. Suelen escuchar decirse: “no es el hospital que le corresponde”, “es demasiado grave para ser atendido aquí”, “no tenemos los equipos para tratarlo” o “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 en los cuales no hay médicos en las tardes, como lo revela Sara R., quien se 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 lleve 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’. (...)”

¹⁸ Entrevista con Rocío Z, 60 años aproximadamente, hermano internado en el Hospital General de la Raza. Fecha de la entrevista: 18/11/2017.

¹⁹ Entrevista directa con Mónica G., alrededor de 30 años, hija internada en el Hospital Centro Médico 20 de Noviembre. Fecha de la entrevista: 23/10/2017.

Ya estoy aquí, pero sí, sí tardan bastante. A mí me ha tocado que estuve hoy toda la noche y luego unas personas a las 11:00 de la noche y los atendieron hasta las 8:30 – 9:00 de la mañana.”²⁰

Otro testimonio es elocuente al respecto:

“...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 aquí.”²¹

Estos extractos de entrevista ilustran la experiencia traumática vivida por informantes, quienes comparten los siguientes elementos: no viven en la Ciudad de México, padecen esta urgencia de noche, son de escasos recursos y la persona enferma o herida está muy grave. Estos elementos reducen una inmediata hospitalización en Urgencias. El ser derechohabiente del ISSSTE, del IMSS o del Seguro Popular pasa a segundo plano en cuanto al primer filtro de admisión, aunque entrevistados reconocieron una diferencia de trato en dichas instituciones. Tal como nos lo confió Andrea R., varios informantes no tuvieron más opciones que la de movilizar sus “relaciones” para lograr hablar con el director o directora de la unidad médica, con el fin de que su familiar pudiera ingresar ahí. Al respecto, las familias más numerosas tienen más posibilidades para movilizar recursos humanos, “mover sus influencias” e incluso contactar a alguien que labore en el hospital. Conocer un empleado o bien un familiar, amigo o doctor vinculado con un responsable en esta unidad médica, cambia radicalmente la suerte del enfermo o accidentado. Esta capacidad relacional de los familiares permite vencer las resistencias de los policías de entrada y del personal. Pero cuando carecen de este capital

²⁰ Entrevista directa con Sara R., 54 años, hijo internado en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez. Fecha de la entrevista: 26/02/2018.

²¹ Entrevista realizada afuera del Hospital Dr. Manuel Gea González, con Andrea A., cuarenta y ocho años, hermana internada. Fecha entrevista: 25/10/2017.

social,²² son definitivamente rechazados como fue el caso de Antonio R., quien acudió al Hospital de Iztapalapa un 25 de diciembre, por una presión arterial muy elevada. Ahí le dijeron que no había ni paramédicos ni médicos para atenderlo, por lo que se regresó a su casa en el mismo estado.²³ Cabe señalar que el sistema de *Triage* faculta al médico para decidir, después de una auscultación superficial, algunas preguntas y la toma de la presión arterial y de la temperatura, si la persona que solicita ayuda pueda ser atendida o no. Varias personas entrevistadas hicieron hincapié en el hecho de 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 termina cuando el enfermo es ingresado a Urgencias, ya que se suelen dar de alta a personas que no han recobrado totalmente su salud –el número promedio de días de hospitalización en México es la mitad de los días de hospitalización para los países de la OCDE–. Cabe agregar que, de manera excepcional, hospitales como el Xoco y el de Tlahuac dieron de alta a muchos de los pacientes atendidos en Urgencias para poder recibir a víctimas del terremoto ocurrido el 19 de septiembre 2017. En estos casos, los familiares buscaron una solución a su alcance (en función de su capital social y de su capital económico) para, afuera del hospital, lograr la completa y definitiva recuperación de su pariente.

“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 atendieran.”²⁴

²² 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 un enfermo grave en un hospital público.

²³ Entrevista directa con Antonio R., 51 años, esposa internada en el Hospital General de Iztapalapa. Fecha de entrevista: 28/03/2018.

²⁴ Entrevista con Gabriela P., 50 años, madre hospitalizada en la Clínica 47 del IMSS. Fecha de la entrevista: 10/03/2018.

Este testimonio ahonda en el fenómeno del “peregrinar” de los solicitantes de ayuda médica para un enfermo grave, y muestra trágicamente que la atención deficiente en el hospital, junto con un número insuficiente de días de hospitalización, los condujeron a emprender otro tratamiento por fuera, cuyo costo tuvieron que asumir en su totalidad. Esta tardanza en ser atendida primero, y luego la prolongación afuera del hospital de la convalecencia de la madre de la entrevistada, remiten a una dilatación institucional de los tiempos con graves consecuencias para la salud de la enferma.

Al dar de alta al paciente todavía en estado delicado, los médicos pueden solicitar a los acompañantes que soliciten una cita en consulta externa para valorar la evolución del enfermo. Los entrevistados que se refirieron a esta solicitud son unánimes al denunciar la larga espera antes de que su enfermo pueda ser examinado nuevamente para valorar su estado de salud. Hugo, un sexagenario de condición humilde entrevistado afuera 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 3, 4 o 5 meses e incluso de 1 año.²⁵ 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 vigor,²⁶ pero sobretodo ilustra la universalidad de una práctica que tiende a seleccionar a los pacientes en función de su estatus social, su relación con la institución y los médicos que ahí laboran (la importancia de ser recomendado), y su patología. Varias personas entrevistadas nos dijeron que por ser pobres no los trataban bien y tenían que esperar mucho tiempo. Una humilde señora, 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

²⁵ Entrevista con Hugo C., 65 años, hijo hospitalizado en la Clínica 47 del IMSS. Fecha de la entrevista: 13/03/2018.

²⁶ En el Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se especifica que: “ARTICULO 71.- Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos. ARTICULO 72.- Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.” Publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 19/12/2016.

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.”²⁷ En un sugestivo trabajo en servicios de Urgencias en cinco hospitales norteamericanos, Roth (1972) mostró cómo el personal que recibe a los enfermos, al margen del reglamento, los seleccionaba en función de su raza, condición social, manera de vestir y de hablar. El tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos (si es que son admitidos) es inversamente proporcional a la posición que el personal del hospital les asigna en esta escala subjetiva de prioridad que no siempre corresponde a la simbólica del “semáforo” de tres colores del sistema *Triage*.

En suma, es posible vislumbrar tres momentos de ese peregrinar: 1) para conseguir una ambulancia que transporte al enfermo o herido; 2) para encontrar un hospital que lo admita en Urgencias; 3) para cambiarlo a una mejor unidad médica (o ser atendido por un médico particular) después de un tiempo de haber sido hospitalizado sin resultados significativos. Estas etapas –por las que no todos los enfermos tienen que pasar siempre– muestra en todo caso que la espera para ser atendido, primero, y luego la espera para curarse son procesos conexos impredecibles.

4. LA ESPERA

Un aspecto del fenómeno social de la espera concierne a los requisitos para acceder a la sala de espera del servicio de Urgencias. “Un solo acompañante” es una regla que los policías aplican invariablemente en los hospitales públicos. Puede comprenderse que el principio de “un solo acompañante por enfermo” 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 testigo de que, en ocasiones, el enfermo que llega a Urgencias va acompañado de ocho o más familiares. En entrevista, fuera del Hospital Gea González, Magdalena C. nos dijo que los nueve hermanos acompañaron a su padre que estaba en coma, y en las noches se turnaban para que se quedara sólo uno de ellos; en cambio los sábados y domingos se

²⁷ Entrevista con Mariana D., 38 años, esposo internado en el Hospital Xoco. Fecha de la entrevista: 25/10/2017.

juntaban cerca de 40 afuera del hospital, entre hermanos, conyugues e hijos.²⁸ Sin embargo, este comprensible *numerus clausus* instaurado por las instituciones de salud tiende a aumentar la vulnerabilidad de los enfermos y sus acompañantes. Estando presentes varios familiares en la sala de espera podrían no sobrellevar la incertidumbre que genera el estar en esa situación y, en caso de inconformidad, ejercer una presión más eficaz sobre el personal del hospital. La espera es a menudo larga y angustiante, por lo que la separación de los familiares, entre el que se queda adentro y los demás que esperan afuera, puede verse también como una estrategia para disciplinar a los acompañantes y fomentar una cooperación subordinada. Cabe señalar adicionalmente que en la práctica esta regla de admisión en la sala de espera suele ser violada merced el empleo de subterfugios o el pago de los policías. Engaños y corrupción permiten aliviar la soledad de quien está dentro de la sala de espera, al poder conversar cara a cara con un miembro de su familia. Dicho sistema de privilegios que distinguen entre sí los usuarios de hospitales públicos, lo había encontrado el sociólogo canadiense Goffman (2001: 58-62) en su estudio de las instituciones totales. La interpretación de las reglas de admisión en Urgencias por parte de los policías tiende a generar distinciones en el trato y por ende, sujetos con derechos diferentes.

Al margen de los favores que pueden beneficiar ciertos usuarios, hemos constatado que los “esperandos” pueden dividirse en tres grupos: (1) los acompañantes que, debido a la gravedad del padecimiento de su paciente, han obtenido un pase de 24hrs, el cual permite a uno de ellos ingresar y salir libremente de la sala de espera, (pase que se prestan conforme se van turnando). (2) Los familiares que esperan afuera del hospital y que pueden entrar solamente para hacer las visitas cotidianas a su enfermo, en los horarios que estipula el hospital, aprovechando ese corto tiempo compartido para bañarlo. Según las unidades médicas, pueden ingresar de uno hasta cuatro acompañantes en esos horarios de visita, pero turnándose para estar con él en el cuarto. (3) Finalmente, están los acompañantes que esperan afuera, generalmente varones, y que dejan a miembros de su familia, mujeres las más de las veces, entrar a Urgencias y estar en contacto directo con el enfermo. Suelen decir que “vienen para apoyar”, “para lo que se les ofrezca” en el marco de una solidaridad moral y familiar con el paciente.

²⁸ Entrevista con Magdalena C, 48 años, padre internado en Urgencias en el Hospital Gea González. Fecha de la entrevista: 29/11/2018.

En todo caso, la resignación de las personas que están esperando en Urgencias, su aceptación muda de tratos no dignos –cuando los hay– por parte de los empleados del hospital puede explicarse por el hecho de que, para ellos, la única razón por la cual están ahí es encontrar la salud, limitados por sus condiciones materiales de vida que les impiden solicitar atención médica en otro lugar. En efecto, 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 atestada o supuesta del problema de salud que padecen, los conducen a reconocer su posición en la parte inferior de 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 mi 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...”²⁹

A pesar de llevar un mes esperando noticias de su hijo agonizando en Terapia intensiva por la negligencia de una enfermera, la entrevistada no interpuso una demanda. Al respecto de esta resistencia a confrontar al personal, una señora afuera 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”.³⁰ Los acompañantes entonces, están a la expectativa. No suelen desarrollar una conducta de resistencia, porque piensan que ésta podría ser contraproducente, así que optan en prioridad por una vía negociada para obtener el buen

²⁹ Entrevista con Yolanda R, 48 años, madre de paciente internado en el Hospital Xoco. Fecha de entrevista: 09/02/2018.

³⁰ Entrevista con María Isabel J., 46 años, hermana de paciente en el Hospital Regional UMAA2 del IMSS. Fecha de entrevista: 11/02/2018.

trato de su enfermo. A diferencia de la aseveración de Peneff (1998: 135) de que “la fuerza de los pobres [enfermos] es su abnegación en la espera”, nos inclinamos a pensar que esta abnegación es en realidad una desesperación mezclada de fatalismo de los “esperandos”³¹. Prefieren negociar que confrontar. La abnegación no sería una virtud social de los derechohabientes de las instituciones públicas de salud, sino más bien la consecuencia del reducido margen de maniobra de los usuarios para negociar la pronta y total curación del enfermo.

Asimismo, los acompañantes se organizan para esperar sin desesperarse, se comunican oportunamente noticias del enfermo y la evolución de su estado de salud, cooperan si es necesario y se suelen apoyar con alimentos. Hasta cierto punto, los intercambios regulares con los demás acompañantes alivia su pena. Interactúan también con personas desconocidas que están en la misma situación que ellos. Evitan cargar solos el peso de una espera incierta y angustiante.

“¿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.”³²

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 pueda dejar lugar a gestos renovados de solidaridad. Los encuentros cotidianos, el saludarse, intercambiar e incluso compartir comida son muestras de empatía y simpatía entre quienes padecen la misma situación. Tienen en común la angustia y la incertidumbre, y las comparten. Además, como lo señala atinadamente Martín 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

³¹ Retomamos la categoría de “esperandos” (*attendants*) acuñada por el sociólogo español Martín Pérez (2009) quien, en su investigación sobre las filas de espera de los extranjeros para regularizar su situación afuera de las oficinas de migración de la ciudad de Madrid, mostró que existe un padrón general de las sociabilidades que se tejen entre estos usuarios (no ciudadanos) de la administración pública española.

³² Entrevista directa con Leticia L. 56 años, hija internada en el Hospital Xoco. Fecha de la entrevista: 07/03/2018.

de funcionamiento e integrarlo en sus propias prácticas”. Tejer lentamente una pequeña red de solidaridad entre quienes esperan es, efectivamente, una manera pacífica e inocua de resistir a la violencia inerte ejercida por la institución. Si bien reconocemos que la duración del tratamiento médico varía en función del cuadro clínico, no obstante el personal del hospital juega un papel determinante en cuanto a las condiciones de expropiación del tiempo de los usuarios.

5. LAS PALABRAS Y LOS GESTOS

5.1. Personal no médico

Los policías que guardan el acceso de Urgencias son los primeros con quienes los familiares tienen contacto. Éstos tienen el poder de autorizar el acceso o denegarlo. En la gran mayoría de los casos, se cercioran de no dejar pasar a más de un familiar por enfermo. Pero dos terceras partes de los entrevistados dijeron 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...”³³

No obstante, muchos están de acuerdo para decir que la conducta de los policías varía según el individuo uniformado, ya que hay unos que son más “flexibles”, “humanos” y “comprensivos” que otros. Algunos entrevistados han señalado diferencias radicales en el trato entre policías jóvenes y policías con mayor edad; en unos casos los primeros son más amables, en otros casos, son los segundos. Además, puede existir diferencias en el trato entre los policías del turno de la mañana y los del turno vespertino. Si bien una parte de los entrevistados no externó quejas respecto de ellos (los mismos que consideran como buena

³³ Entrevista directa con Leticia L. 56 años, hija internada en el Hospital Xoco. Fecha de la entrevista: 07/03/2018.

la atención en Urgencias), otros en cambio nos confiaron su descontento y molestia. Una joven, cuyo padre había fallecido en Urgencias del Hospital General del IMSS, Zona 2A “Troncoso”, porque no había sido atendido debidamente, 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 de mismo delito, por lo que ella infirió que los policías eran cómplices de los ladrones, pues el filtro de acceso a Urgencias es muy estricto.³⁴ Se han recabado otros testimonios de abuso de autoridad por parte de policías y también de soborno por parte de familiares, quienes quisieron ingresar a Urgencias para alcanzar un pariente que estaba ya en la sala de espera. “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 le 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.”³⁵

Aunque extremos, los hechos antes narrados se enmarcan dentro de un ejercicio de poder de decir “sí” o “no”.³⁶ Según las unidades médicas, a los policías de entrada se suman vigilantes de empresas privadas, quienes no llevan radio ni bitácora de control del acceso a las instalaciones, pero controlan puertas de acceso y la entrada a los elevadores. En la sala de espera de Urgencias del Hospital General Darío del ISSSTE, por ejemplo, los dos guardias privados están también encargados de “liberar” los asientos que los familiares reservan al colocar sus pertenencias debajo de las bancas, mientras se ausentan para recibir el informe médico. Además, los guardias son frecuentemente abordados por familiares respecto de los horarios y condiciones de acceso en la zona donde están atendidos los enfermos.

Los trabajadores, cuya labor es limpiar las instalaciones hospitalarias, no están inmunes a las dificultades ligadas a la presencia permanente de familiares en la sala de

³⁴ Entrevista con Alejandra R., 24 años, hija de la paciente internada, Hospital general de Zona 2A “Troncoso”. Fecha de la entrevista: 10/10/2017.

³⁵ Entrevista con Ana María H., 49 años, hermano internado en el Hospital Dr. Manuel Gea González. Fecha de la entrevista: 27/10/2017.

³⁶ Este poder policiaco sobre los cuerpos anuncia y refuerza el poder médico, ya que los policías de entrada operan libremente el control del acceso a Urgencias, en coordinación con los responsables del área médica. Actúan sobre la acción de ingresar a la unidad médica por parte de los derechohabientes. En suma, es una relación de poder, tal como la definió Foucault (1988: 14), es decir: “un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales y actuales, presentes o futuras”.

espera. Son responsables de mantener condiciones sanitarias adecuadas con el fin de prevenir la proliferación de enfermedades. Se ven obligados a levantar a todas las personas dormidas. En el Hospital Manuel Gea González, por mencionar un caso, limpian ese lugar a las 2 de la mañana, por lo que despiertan a todas las personas que duermen en el piso y en los asientos, y los obligan a moverse afuera de la sala, en el frío de la noche. El personal de limpieza ha sido mencionado en varias entrevistas 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, una conducta vindicativa para con los usuarios del hospital.

La implementación del sistema *Triage* en urgencias de hospitales públicos fue acompañada por la presencia de una TAOD (Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente) en contacto directo con los acompañantes. Instalada detrás de un mostrador en medio de la sala de espera, tiene la difícil tarea de responder a todos. Labor ingrata, pero necesaria, que consiste en fungir como enlace entre unos pocos médicos y un gran número de acompañantes angustiados. Informa y orienta, agiliza también la organización de las personas esperando. La TAOD suple a la trabajadora social (quien no siempre está en su oficina como lo pudimos constatar en varios sitios de observación) y complementa la labor de la secretaria de admisión, de los policías y de las enfermeras. En algunos casos, la TAOD se encarga 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 para dirigirse a los más necesitados, diciéndole por ejemplo “mami” a una mujer desesperada y “madre” a una anciana muy humilde. Respecto de los empleados en ventanilla, Martín (2011: 39) señala que “están divididos entre el repliegue sobre la norma administrativa y el involucramiento personal en una relación interindividual. El dispositivo [nuevo programa de atención a los usuarios] obliga al agente a adaptarse, a convertirse en una pieza del mecanismo y/o a protegerse de las presiones ejercidas a la vez por la jefatura y por la afluencia del público” (traducción nuestra). Esta reflexión se aplica perfectamente a las TAOD, cuya labor las expone a demandas múltiples y constantes de los usuarios, por un lado, y a las exigencias institucionales, por el otro.

5.2. El personal médico

En esta investigación hemos podido comprobar que, de manera general, el número de doctores es insuficiente en los servicios de Urgencias de los hospitales públicos, pero esta ausencia es más notoria en unidades médicas ubicadas en zonas marginadas, los fines de semana y los días festivos. Así, una entrevistada nos reveló que en el Hospital de Tláhuac no hay médicos que atiendan por las tardes.³⁷ En los testimonios recabados, el tiempo de espera en Urgencias en las noches se dispara de 3 a más de 9 horas. Cabe mencionar que en los horarios y días más pesados, son más visibles los pasantes que los médicos titulares. 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 afuera del Hospital Xoco, cuyo hijo iba a empezar su especialidad en dicha unidad médica.³⁸ Al interior del hospital, la organización de los trabajadores de la salud se articula sobre una serie de distinciones (de contrato, diplomas, especialidad, antigüedad, sexo, etc.) que operan como mecanismos de poder. Hasta cierto punto, sucede también con las enfermeras:

“...un letrado 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 los que traen: ‘haz esto’, ‘haz lo otro’, ‘haz aquello’, ‘atiende esto’...”³⁹

Las dificultades laborales basadas en relaciones jerárquicas tienden a perjudicar al personal y alterar su conducta. Las relaciones de poder que se ejercen entre los médicos, entre éstos y las enfermeras, entre las mismas enfermeras, tienen repercusiones negativas sobre el trato que reciben los usuarios del hospital. Los investigadores Castro y Villanueva Lozano (2018) retoman el concepto mertoniano de “ambivalencia sociológica” para referirse a las formas de

³⁷ Entrevistada con Sara R, años, hijo internado en Urgencias en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez. Fecha de la entrevista: 26/02/2018.

³⁸ Entrevista con Patricia L., alrededor de 55 años, hijo médico haciendo su especialidad en el Hospital Xoco. Fecha de la entrevista: 25/10/2017.

³⁹ Entrevista con Laura F., alrededor de 40 años, vendedora de dulces afuera del Hospital Xoco. Fecha de la entrevista: 27/10/2017.

violencia que los médicos padecen, ya sea por sus superiores (por las normas y carencias de la propia institución) y los maltratos que el mismo cuerpo médico en su conjunto aplica de manera rutinaria a los pacientes en hospitales públicos.

Empero, basándonos en nuestra observación etnográfica y el testimonio de informantes, la relación de los médicos con los familiares es crucial. En efecto, estos últimos depositan en manos de los doctores la salud de su paciente y otorgan un gran crédito a su palabra.

No obstante la culpabilización del enfermo es un mecanismo muy común que justifica *ex ante* una atención tardada, incompleta e incluso la negación de la atención médica. Se suele reprochar a los pacientes el no haberse cuidado o haber subestimado la gravedad de su padecimiento. Varios son los testimonios que revelan un trato despótico y grosero por parte del doctor (hombre o mujer) en la oficina de *Triage* y los demás consultorios. So pretexto de evaluar la gravedad del padecimiento, se tiende a menospreciar las declaraciones del usuario y limitar su auscultación a la toma de la temperatura y de presión, con tal de descartar la atención del más grande número de derechohabientes. Sentados detrás del escritorio, capturan la información en máquinas de escribir o computadoras a menudo obsoletas, dedicando el tiempo de “auscultación” a llenar formatos para cumplir con el protocolo del hospital. Este maltrato a los enfermos puede hacerse rutinario, porque 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 –cuando existe– incrementa notablemente el estado de vulnerabilidad del paciente; paciente que los doctores “estabilizan” mientras esperan los resultados de los análisis (los cuales pueden demorar mucho), con el fin de reducir su dolor y, hasta cierto punto, mitigar la gravedad de su traumatismo o controlar el avance de su enfermedad. El paciente se encuentra entonces en un limbo: su vida ya no corre riesgo, pero no está tratado para recobrar su salud. Mientras que la sobrepoblación de enfermos que acude en Urgencias tiende a reducir considerablemente la posibilidad de recibir una atención de calidad, por otro lado no siempre existe la voluntad de comunicarse en buenos términos con los familiares, quienes suelen ser vistos como impacientes, indisciplinados, ignorantes y exigentes. El director del Hospital General de Iztapalapa afirmó que se dan reportes médicos una vez al día, a las 3 de la madrugada, “porque es un momento de menor afluencia y el personal es más

disponible para dar informes”, pero personas entrevistadas en dicha unidad médica afirman que les contestan que “no está el doctor” o les dan muchas excusas para no darles noticias sobre la salud de su paciente.⁴⁰ Los informantes hacen mucho hincapié en la importancia de recibir, de manera oportuna, información médica respecto de la evolución del estado de salud de su enfermo. Al respecto, cuando el Dr Julio Frenk escribe que “el derecho a la salud está indisolublemente ligado al derecho a la información” (Donabedian, 1988: vii) tiene mucha razón, ya que la comunicación es fundamental en un hospital, pues es un lugar en el cual interactúan el personal que ahí labora, los enfermos y sus familiares.

6. EL NO-LUGAR

La encomienda del paciente (y de sus acompañantes que deben de ser pacientes también) es esperar, y un lugar les es asignado: la sala de espera. La presencia de policías en la entrada les recuerda que este lugar no les pertenece y todo está hecho para que no puedan “habitar” este espacio. Son admitidos por procuración: deben presentarse como el “familiar de tal”. Aún así, vive y hasta cierto punto convive en ese lugar una población flotante conformada por sujetos que esperan mucho tiempo. Los entrevistados todos aseguraron que no se pueden alejar de la sala de espera porque en cualquier momento les pueden llamar. Además, en pocas unidades médicas se respetan los horarios de entrega de los informes médicos, por lo que los usuarios de Urgencias tienen que estar a la expectativa. Por esas razones los familiares se ven obligados a estar presentes físicamente en la sala de espera para, eventualmente, poder escuchar el nombre de su paciente. Acompañar a un pariente a Urgencias significa quedarse cerca de él porque esta presencia continua por un lado tranquiliza al enfermo y, por el otro, permite al personal solicitar a los familiares cualquier cosa en cualquier momento y obtenerlo casi de inmediato.

“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.

⁴⁰ Entrevista con Inés T., 55 años, hija internada en Urgencias del Hospital general de Iztapalapa. Fecha de la entrevista: 23/03/2018.

Entonces, yo realmente no me puedo separar de aquí. Tengo que estar aquí para que cuando vengan y me hablen... aquí debo de estar”.⁴¹

En cierto número de casos, los familiares –en su inmensa mayoría mujeres– suplen a las enfermeras que realizan, al momento de la visita, cuidados corporales e higiénicos para con su paciente. El tener la posibilidad de ingresar y moverse hasta los cuartos parece ser un favor concedido a quienes, en contraparte, aceptan encargarse de bañar y cambiar a su paciente. La sala de espera entonces es un espacio abierto de transacción entre la institución y los usuarios de la misma.

Cabe señalar que la sala de espera de Urgencias es un espacio que puede multiplicarse según una lógica institucional en los diferentes servicios de un hospital general, por ejemplo; dividirse en una sala de espera para pacientes y otra para acompañantes (como en el Hospital de los Venados) o existir *de facto* por medio de la presencia rotativa de los acompañantes en los pasillos, estacionamientos para ambulancias o en la banqueta afuera del hospital. De hecho, quienes esperan a la intemperie padecen las inclemencias del tiempo y además suelen correr riesgos de seguridad. La superficie y disposición de las salas de espera varían según las unidades médicas, pero los asientos son a menudo incómodos y siempre en número insuficiente: muchos derechohabientes están parados, algunos logran recostarse en las paredes, y otros acompañantes cansados suelen estar sentados en el piso. Pueden observarse con frecuencia niños pequeños jugar en el piso. En la noche no es raro ver a personas que duermen en el piso envueltas en una cobija. La sobrepoblación de personas (sanas y enfermas) aunada a un número reducido de baños y la ausencia de bebedores de agua potable y botes de basura, limitan los efectos higiénicos del aseo cotidiano. El mobiliario es a menudo inadecuado para una estancia larga. Las condiciones generales de espera son las más de las veces precarias. Los entrevistados nos aseguraron que el frío se inmiscuya 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. En todo caso, la espera es siempre incómoda y cansada.

Una parte de los entrevistados declaró que todo estaba bien respecto del mobiliario, el aseo y las condiciones de espera, incluso cuando la observación del lugar permitía notar una

⁴¹ Entrevista con Ana R., 43 años, madre internada en el Hospital Venados. Fecha de entrevista: 28/02/2018.

grave falta de higiene y un disfuncionamiento de los sanitarios, por ejemplo. Cuestionados al respecto, afirmaban que la causa de estos desperfectos era ellos mismos. “Sí, está bien acondicionado. Pero no está limpio porque nosotros mismos somos muy puercos. Una señora que estaba aquí adentro por ejemplo, compra un garrafón de agua y si está fría, se está escurriendo, y ¿qué pasa? Que pasa gente y se hace lodo...”⁴²

Al decir de muchos de los entrevistados, los sanitarios constituyen un tema aparte. En algunos hospitales, quienes esperan afuera tienen la posibilidad de pedir un pase para ir al baño, dejando su credencial a los policías. Cuando no todos los sanitarios están siempre en servicio, la cola puede hacerse larga y el lugar se ensucia muy rápidamente. La incomodidad de los usuarios formados en la fila es grande. Dentro de su espera, deben esperar para ir al baño. La espera se redobla. En algunos hospitales los policías cobran cinco pesos a los usuarios externos para usar el sanitario de la sala de espera de Urgencias, y en otros casos, sencillamente no los dejan pasar. Ingresar a Urgencias solamente para ir al baño puede convertirse en un ejercicio largo y burocrático. Aunado a lo anterior, la ausencia generalizada de papel higiénico y jabón para las manos incrementa considerablemente los riesgos de contaminación. En estas condiciones adversas, cada acompañante va desarrollando micro estrategias para conservar una higiene corporal aceptable, parte fundamental de su imagen en público.

Suelen reservar asientos con bolsos para edificar pequeñas “reservas egocéntricas” tales como las designó Goffman (1979: 47; 59). Individuos sanos y personas enfermas se mezclan. Es una sala de juegos para niños, una sala para ver televisión para los adultos y también un velatorio para quienes ahí fallecen. Una entrevistada que cuenta con varias experiencias en la sala de Urgencias del Hospital de los Venados nos comentó: “He llegado a ver, no es la primera vez, he llegado a ver que sí han fallecido personas aquí. Dentro de la sala, a mí sí me consta. Una vez falleció una persona al lado mío. Llego 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.”⁴³

⁴² Entrevista con Luciana G., 46 años, hija internada en el Hospital de Iztapalapa. Fecha de la entrevista: 28/03/2018.

⁴³ Entrevista con Alicia G., 50 años, accidentada y esperando ser atendida en Urgencias en el Hospital de los Venados. Fecha de entrevista: 09/03/2018.

Asimismo, los contornos de la sala de espera son difíciles de discernir. Es a la vez un lugar prestado, un lugar de tránsito en el cual se mezcla una población heterogénea y flotante, y también un espacio de mediación entre la institución y los usuarios de la misma. Siendo un espacio borroso e indefinido, la sala de espera de Urgencias se perfila como un “no lugar” (Augé, 1992: 40-41), es decir, un territorio concedido por la Secretaría de Salud en el cual se expropia a los usuarios de su tiempo.

CONCLUSIONES

Esta investigación ha mostrado que el tiempo de espera es una variable fundamental en cuanto a la experiencia de los familiares de enfermos que ingresan a Urgencias. La duración, a menudo larga e incierta, de la espera de los acompañantes en hospitales públicos de la Ciudad de México es una causa mayor de angustia y desesperación.⁴⁴ 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 (muchos de ellos contraen adicionalmente enfermedades nosocomiales durante su estancia en el hospital), por el otro, los testimonios recabados arrojan una atención de regular a deficiente para quienes se presentan a Urgencias; un número deficiente de médicos; la carencia de material especializado (o de equipos funcionando) así como una falta generalizada de camas disponibles; factores todos que alargan la estancia de los enfermos y sus familiares, perjudicándolos. En cuanto a la comunicación del personal médico con las familias es frecuentemente esporádica (cuando no es nula), lo cual contribuye en incrementar la vulnerabilidad de las personas que esperan, siendo en su inmensa mayoría derechohabientes del ISSSTE y del Seguro Popular pertenecientes a los sectores medios y bajos de la sociedad. En una mejor situación se

⁴⁴ Sería interesante comprobar, en otro estudio, que en los hospitales privados hay mucho menos afluencia en las salas de Urgencias que en los hospitales públicos, que después de pasar a caja la atención es generalmente rápida, y luego los familiares no tienen la obligación de quedarse a esperar las 24hrs porque les pueden llamar por teléfono para comunicarse con ellos.

encuentran los hospitales de especialidades de tercer nivel que reciben a pacientes de toda la República; pacientes recomendados cuya estancia es, por lo general, de larga duración.

Pudimos notar en las entrevistas que las personas decían: “pertenezco al hospital tal”, “la clínica equis que nos corresponde”. Manifestaban, asimismo, la idea de una pertenencia a una unidad médica; idea derivada de la asignación institucional de la misma con base en una división territorial arbitraria. Algunos entrevistados se quejaron por esta asignación arbitraria que no siempre corresponde a la distancia más corta para con su domicilio y que, además los limita para ser atendidos en un hospital público de mejor reputación. Más pronunciado aún, es el vínculo que tienen con la persona hospitalizada, refiriéndose a ella como “mi paciente”, o bien, “nuestro enfermo”. En este caso, recalcan el vínculo consanguíneo y afectivo que los relaciona con dicho sujeto. Los acompañantes asumen la total responsabilidad (incluso si se turnan) de representarlo, recibir informes médicos y comprar lo que se les pide en su beneficio, ya sean artículos de higiene personal o insumos terapéuticos. Frente a esta doble marca de posesión (pertenecen a una unidad médica, pero el enfermo también les pertenece) se refieren frecuentemente al “médico que nos tocó”. Los entrevistados suelen expresarse respecto del buen trato recibido como: “me ha ido bien”, “tuve suerte” y “tal vez fue coincidencia”. Señalan asimismo una designación azarosa de la calidad del trato como una fatalidad del destino. Salvo algunos casos, los entrevistados no calificaron bien o mal al hospital en su conjunto, sino que se limitaron en expresarse sobre la situación vivida en el momento de la entrevista. Incluso quienes tuvieron experiencias previas como acompañantes en el mismo servicio de Urgencias reconocieron diferencias de trato según el médico y las enfermeras que les habían “tocado”, lo que da cuenta de la incertidumbre de la que son sujetos y la vulnerabilidad que contrae dicha situación. En su gran mayoría, los informantes sobrevaloraron una comunicación regular del estado de salud de su enfermo, así como el trato humano del personal hacia los usuarios del hospital.

Ahora bien, 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 recibir un

buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios docilidad, paciencia y disciplina. El paciente y sus familiares pueden quejarse e incluso demandar a una enfermera o un doctor por negligencia médica, pero, por su parte, los miembros de la institución pueden dar un mal trato a los quejosos e incluso negarles toda atención médica. Lo que está en juego en esta relación de poder –que 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.

En la presente investigación, hicimos mención de los juegos de poder que se manifiestan sobre la base de la jerarquía laboral. En efecto, existe a la vez una fuerte segmentación de las actividades desempeñadas por el personal y una marcada jerarquización de las unidades laborales. Los policías de entrada y los médicos han sido los más mencionados por los entrevistados, tal vez porque ambos representan una autoridad y, en su respectivo ámbito, tienen el poder de decir sí o no. Esta división interna de las tareas y responsabilidades impone a cada grupo de trabajadores (médicos, enfermeras, paramédicos, personal administrativo, policías y personal de limpieza) diferentes exigencias, las cuales los posicionan doblemente frente a los demás trabajadores, y frente a los usuarios del hospital. La compleja relación que se teje entre estos grupos, articulada sobre la base de una dependencia mutua, ejerce una influencia desigual, positiva o negativa, leve o significativa según los casos, sobre todos aquellos que laboran bajo presión en un servicio de Urgencias. Las limitaciones de toda índole (humanas, de infraestructura, de mobiliario e insumos) incrementan aún más esta presión. El personal busca entonces paliativos. Varios testimonios señalan que están con frecuencia ausentes de su oficina o consultorio, encontrándose platicando entre ellos, tomando café mientras los enfermos esperan en condiciones deplorables.

El tiempo de espera remite a las condiciones de esta misma espera. Al respecto, hemos sido testigos del hacinamiento de los enfermos en los pasillos, sentados en sillas de rueda, en sillas ordinarias e incluso acostados en el piso. Los testimonios recabados confirman la precariedad de la espera de los pacientes en hospitales públicos, debido al número

insuficiente de camas. Esta situación tiene como consecuencia una gestión fría y “anti-humana” de los solicitantes de ayuda. En cuanto a la sala de espera, pudimos notar grandes diferencias según las unidades médicas: desde su inexistencia hasta su “demultiplicación” en la planta baja del hospital y afuera del mismo; desde un espacio muy reducido hasta salas de espera que ocupan una amplia superficie. En todo caso, consideramos a las salas de espera de Urgencias como “no lugares”, debido a sus características de ubicuidad, ocupación permanente por una población flotante y espacios en los cuales un sólo familiar de cada paciente espera. Aunque se turnan, los acompañantes acumulan horas, días e incluso semanas en no hacer otra cosa que esperar. Huelga decir que las condiciones materiales de espera influyen sobre el estado de ánimo y el cansancio físico de los acompañantes.

Finalmente, es menester recalcar la dura prueba que constituye para los acompañantes el esperar un tiempo indeterminado y en condiciones precarias en una sala de espera o peor aún, afuera 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 y médicos. 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 humano a los usuarios de los hospitales públicos cambiaría ciertamente el destino de muchas vidas.

RECOMENDACIONES

A raíz de este estudio sobre el tiempo de espera, que es un aspecto del maltrato a los pacientes y familiares que acuden a Urgencias en los hospitales públicos de la Ciudad de México, surge la necesidad de hacer una serie de recomendaciones. Aunque esta investigación no fue financiada ni patrocinada por ninguna dependencia de la Secretaría de Salud, tomamos aquí la libertad de hacer sugerencias para mejorar la atención de los enfermos. Defendemos la idea de que la labor intelectual en Ciencias Sociales implica personalmente a las y los académicos, lo cual debe manifestarse en una toma de posición frente, por ejemplo, a un mecanismo institucional que perjudica a numerosas personas como lo es el servicio de Urgencias. De hecho, como lo hemos documentado en el presente trabajo, la expropiación del tiempo de los derechohabientes no es el único resultado de una normalización burocrática, vertical y autoritaria de la relación médicos – pacientes, sino que ésta implica carencias en la gestión de los espacios, en la contratación y capacitación del personal, en el mantenimiento de los aparatos, en el abastecimiento de los insumos, etc.

En el caso de los hospitales que no están terminados de construir o por edificarse,⁴⁵ los arquitectos deberían prever un espacio suficiente para el área de Urgencias y pensar siempre en la comodidad de quienes van a pasar mucho tiempo ahí, como prever un sistema de doble puerta para evitar las corrientes de aire cada vez que alguien entra o sale. La circulación del aire debe ser controlada, ya sea con aire acondicionado o ventiladores. Todavía respecto del aspecto arquitectónico, se recomienda planear un número suficiente de cubículos para: admisión, servicio social, Triage y consulta. Que los asientos estén en número suficiente y de forma ergonómica para facilitar el reposo de los pacientes y enfermos. Se sugiere igualmente la instalación de casilleros para que los familiares puedan guardar ahí sus pertenencias en lugar de dejarlas en el piso abajo de sus asientos. Debe forzosamente haber varios sanitarios –más para mujeres que para hombres (por ser más numerosas dentro de la población de los “esperandos”)– conformes a la norma sobre baños públicos para

⁴⁵ En la actualidad, según la Auditoría Superior de la Federación, existen varios centenares de hospitales en el país que no operan debido principalmente a un mal manejo de los recursos. “Secretaría de Salud encontró 250 hospitales y clínicas abandonados o a medio construir en México”, *Infobae*, (17/12/2018). <https://www.infobae.com/america/mexico/2018/12/17/secretaria-de-salud-encontro-250-hospitales-y-clinicas-abandonados-o-a-medio-construir-en-mexico/>

discapacitados. Aunado a éstos, un lavadero mixto de fácil acceso permitirá a la gente lavarse las manos y refrescarse el rostro. La presencia de uno o varios bebederos de agua potable en el área de Urgencias es indispensable, así como botes de basura de tamaño adecuado para contener los desechos de la población presente de día y noche. Se recomienda también ubicar un número suficiente de contactos eléctricos para que los derechohabientes puedan recargar sus celulares, y el personal de intendencia conectar los aparatos de limpieza. Una red wi-fi de acceso gratuito coadyuvaría en mejorar las condiciones de espera de los familiares. También ayudaría mucho poder tener una pantalla en la cual se señale las diferentes etapas del trámite administrativo de ingreso y egreso de los pacientes, así como la lista actualizada de los pacientes, lugar/cama en qué se encuentran, nombre del médico responsable, exámenes realizados, etc. Incluso podrían presentarse cápsulas de divulgación que aborden diferentes temas relacionados con la salud y la prevención de enfermedades.⁴⁶ Esta serie de señalamientos dirigidos a quienes se encargan de diseñar y remodelar áreas de Urgencias de hospitales públicos son fundamentales porque pensamos que pueden contribuir a incrementar el bienestar de las personas a pesar de lo difícil de la situación en la cual se encuentran. Pero estos mejoramientos deben necesariamente complementarse con una gestión más eficiente del personal.

Precisamente, para una atención de calidad de los enfermos y heridos debe haber un personal lo suficientemente numeroso y capacitado. Tanto los policías de entrada, como la secretaria en ventanilla, la encargada de servicio social, el personal de intendencia, los camilleros, las enfermeras y los médicos, todos deben de manifestar este espíritu de servicio al prójimo mediante una atención amable y respetuosa del público. Somos de la idea de que los trabajadores que tienen una visión radical y profundamente negativa de los derechohabientes no pueden laborar en un área de Urgencias, porque causan mucho daño a las personas que ahí se presentan por una emergencia. Una actitud compasiva y empática – mediante palabras de aliento y unas simples recomendaciones– puede ayudar mucho a quienes sufren en su cuerpo o padecen el dolor de su familiar. Asimismo, la selección del personal y su capacitación asegurarían un mejor trato a los derechohabientes. Esta

⁴⁶ En una experiencia realizada hace unos años en la sala de espera de Urgencias de un hospital de oftalmología en Laval, Canadá, se verificó los efectos positivos de la presentación de pequeños programas informativos sobre las enfermedades de los ojos, su prevención y tratamiento (Grenier, 1975).

sensibilización al dolor ajeno debe estar acompañada por condiciones laborales aceptables que eviten el *burn out* del personal hospitalario mediante una repartición justa de los horarios, turnos y guardias los fines de semana y días festivos. Debe haber un personal médico suficientemente numeroso como para limitar el tiempo de espera de los enfermos y heridos que se presentan continuamente, de día y de noche. Al respecto, un diagnóstico libre e independiente –con una metodología diferente a la seguida por el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) cuyos investigadores generalmente “pactan” el resultado de las evaluaciones con los propios evaluados– podría presentar de manera objetiva los problemas del hospital y las soluciones posibles. De hecho, merced una gestión transparente y racional de los recursos, podría proporcionarse a cada trabajador un mejor salario. Las becas de los pasantes e internos deben ser emolumentos justos que correspondan a su nivel de estudio y su labor en el hospital. Siendo crucial la responsabilidad de los médicos en el proceso de recuperación de los pacientes (para una parte de estos últimos, se trata de vida o muerte), esta responsabilidad debe tener su contraparte en los ingresos percibidos. El personal médico tiene como compromiso ético hacer todo lo posible para procurar el bienestar de los enfermos, por lo tanto tiene que recibir una compensación económica justa por llevar a cabo esta misión.

Si bien existe una jerarquía entre el personal médico en función de los años de estudio, especialidad y experiencia, esa jerarquía no puede legitimar la vejación sistemática de los subordinados. Este proceso universal de “deshumanización” de los estudiantes de medicina por parte de sus profesores mediante humillaciones y castigos no ayuda ni en la creación de una disciplina, ni en el fortalecimiento de una ética profesional, sino todo lo contrario: una vez asumiendo sus funciones, estos médicos tienden a reproducir lo que ellos mismos han padecido durante su formación. En estas condiciones, ¿cómo puede respetarse al paciente como ser humano, si no se respeta a los subalternos como hombres y mujeres? Sin respeto, no hay ayuda posible. Habrá prescripciones, habrá intervenciones terapéuticas, pero no habrá respeto, por lo que se seguirá considerando *a priori* al paciente como “problemático”, “quejoso”, “mentiroso” e “ignorante”. Asimismo, una buena atención de los enfermos en Urgencias exige *ex ante* relaciones respetuosas y cordiales entre todo el personal médico, desde el de menor nivel hasta el más alto responsable. De manera general, es deseable que el cuerpo médico en su conjunto asocie el nivel jerárquico con una conducta personal y ética

ejemplar. En efecto, las muestras de un poder arbitrario sobre los subalternos deben ser prohibidas y sustituidas por la ejemplaridad de la práctica médica para con los pacientes. Podría esperarse que el prestigio se gane por la calidad de la labor realizada diariamente: a mayor número de pacientes atendidos y sanados, mayor reconocimiento debería tener el médico. Salvar una vida es ciertamente la más bella de las acciones humanas.

Finalmente, es menester terminar diciendo que estas recomendaciones no son específicas para los hospitales públicos de la Ciudad de México, sino que pueden tener alguna validez para las áreas de Urgencias de los hospitales de la gran mayoría de los países latinoamericanos. Puedan estas sugerencias ser escuchadas para el bienestar del mayor número de enfermos.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto del Seguro y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SSA	Secretaría de Salud
TAOD	Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
UAM-X	Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco
UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

BIBLIOGRAFÍA

- AUGÉ, Marc. (1992), *Los no-lugares. Una antropología de la posmodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- AUYERO, Javier. (2013), *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- BOURDIEU, Pierre. (1997), *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- BOURDIEU, Pierre. (2011), *Las estrategias de reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CASAS PATIÑO, Donovan, Alejandra Rodríguez Torres, Isaac Casas Patiño. (2015), "Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado", in *Medwave*, 15(2).
- CASTRO, Roberto, Marcía Villanueva Lozano. (2018), "Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica", en *Estudios sociológicos*, XXXVI: 108, pp.539-569.
- CLOCHARD, Olivier, Smaïn Laacher. (2006), "Vers une banalisation de l'enfermement des étrangers dans l'Union Européenne", in *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, 1, pp.121-136.
- COENEN HUTHER, Jacques. (1992), "Production informelle de normes: les files d'attente en Russie soviétique", in *Revue Française de Sociologie*, 33(2), pp.213-232.
- COFEMER. (2014), *Simplifica. Programa de simplificación de cargas*. Disponible en: http://www.cofemer.gob.mx/imagenesUpload/20159301634Programa%20SIMPLIFICA_COFEMER.pdf (consultado el 27/04/2018).
- DAMIAN, Araceli. (2014), *El tiempo, la dimensión olvidada en los estudios de pobreza y bienestar*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- DONABEDIAN, Avedis. (1988), *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Ciudad de México: FCE – SSA – INSP.
- ENSANUT. (2016), *Informe final de resultados*. Ciudad de México: SSA – INSP.
- FOUCAULT, Michel. (1988), "El sujeto y el poder", en *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), pp.3-20.
- GOFFMAN, Erving. (1979), *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Madrid: Alianza Editorial.
- GOFFMAN, Erving. (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- GOTTESDIENER, Hana. (1994), "Étudier la file d'attente", in *Publics et Musées*, 4, pp.138-140.
- GRENIER, Denise. (1975), "En salle d'attente au CUHL", in *Communication Information*, 1(1), pp.93-95.
- ILLESCAS FERNÁNDEZ, Gerardo. (2006) "Triage: atención y selección de pacientes", en *Medigraphic*, 9(2), pp.48-56.
- HIRSCHMAN, Albert. (1977), *Salida, voz y lealtad*. Ciudad de México: FCE.
- LEBLANC, Nathalie. (2000), "La situation des demandeurs d'asile en France", in *Communications*, 70, pp.243-256.
- MALDONADO ISLAS, Guadalupe. et al. (2001), "Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS", en *Revista Médica del IMSS*, 40(5), pp.421-429.
- MARTIN, Pascal. (2011), "Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie", in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 189(4), pp.34-41.

MARTÍN PÉREZ, Alberto. (2009), *Les étrangers en Espagne. La file d'attente devant les bureaux de l'immigration*. Paris: L'Harmattan.

OECD. (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (consultado el 23/10/2018).

ORTIZ BORBOLLA, Sergio. (2014), "Hospitales públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres", en *Contralínea*, 376, 10 a 16 de marzo, pp.40-51.

PENEFF, Jean. (1998), "La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision", in *Genèses*, 30, pp.122-145.

RODRÍGUEZ WEBER, Miguel Ángel, Carlos López Candiani Mass. (2005), "Disminución del tiempo de espera en consulta de especialidad mediante una estrategia de análisis de procesos", en *Acta Pediátrica de México*, 26(4), pp.178-183.

ROTH, Julius. (1963), *Timetables: Structuring the Passage of Time in hospital Treatment and Other Careers*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.

ROTH, Julius. (1972), "Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service", in *American Journal of Sociology*, 77(5), pp.839-856.

SCHWARTZ, Barry. (1975), *Queuing and Waiting: Studies in the Social Organization of Access and Delay*. Chicago: University of Chicago.

URESTE, Manuel. (2016), "Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes", en *Animal Político*, 07/07/2016. Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/2016/12/hospitales-saturados-y-sin-medicinas-el-calvario-de-pacientes-y-doctores/> (consultado el 17/10/2017).

ANEXO

GUIÓN DE PREGUNTAS

1. ¿Acompaña a un familiar o Usted espera para ser atendido?
 - Acompañante
 - Enfermo

2. ¿El enfermo (o usted) es derechohabiente de?
 - Seguro Popular
 - IMSS
 - ISSSTE
 - No tiene
 - Otro

3. En total ¿cuántos miembros de su familia vienen aquí a Urgencias?
 - Solo
 - Entre dos y cuatro
 - Más de cuatro

4. ¿Cuánto tiempo de traslado hace de su domicilio hasta el hospital?
 - Menos de media hora
 - Entre 30 minutos y dos horas
 - Más de dos horas

5. ¿Se van turnando?
 - Sí
 - No

6. ¿Cuánto tiempo lleva(n) esperando?
 - Entre 4 y 24 horas
 - Varios días
 - Más de una semana

7. ¿Sabe cuánto tiempo más va a tener que esperar?
 - Sí
 - No

8. ¿Ha tenido una experiencia previa de espera en Urgencias? (contarla por favor)
 - Una vez
 - Varias veces
 - Es la primera vez

9. ¿En qué lugar está esperando?
 - Dentro del Hospital
 - Afuera del Hospital
 - Otro lugar

10. ¿Cómo ocupa su tiempo mientras espera? (varias respuestas posibles)
- Con el celular
 - Platicando
 - Leyendo
 - Tejiendo y haciendo bordados
 - No haciendo nada
11. ¿Qué gastos ha tenido en su espera? (varias respuestas posibles)
- Alimentos
 - Material de curación
 - Medicina
 - Otros: (precisar)
12. ¿Qué actividades dejo de hacer al venir esperar aquí en Urgencias?
- Actividad laboral
 - Quehacer en el hogar
 - Estudiar
 - Otras
13. ¿Qué es lo más difícil que tiene que pasar en su espera en Urgencias? (varias respuestas posibles)
- La incertidumbre
 - Las condiciones precarias de espera
 - Los malos tratos del personal
 - Otro: (precisar)
14. ¿Cómo calificaría la atención del personal en Urgencias?
- Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy mala
15. ¿Piensa que el tiempo de espera para ser atendidos puede agravar el estado de los enfermos?
- Sí
 - No
16. ¿Cuál es su opinión sobre la sala de espera de Urgencias?
- | | | | | |
|---------------------|-------------|---------|---------------|--------|
| - Tamaño de la sala | Suficiente | | Insuficiente | |
| - Asientos | Suficientes | | Insuficientes | |
| - Limpieza | Buena | Regular | | Mala |
| - Sanitarios | Limpios | Regular | | Sucios |
| - Luz | Buena | Regular | | Mala |
17. ¿Cómo se han comportado los policías de la entrada con usted?
- Bien
 - A veces bien
 - Mal

18. ¿Piensa que a raíz del sismo del 19 de septiembre 2017, ha cambiado algo en la espera en Urgencias?

- Sí
- No
- No sabe

19. En su opinión, ¿cómo podría mejorar la atención del personal en Urgencias?

Edad:

Estado civil:

Relación de parentesco con el paciente:

Nombre: