



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología

Doctorado en Estudios Multidisciplinarios sobre el Trabajo

“La sobresaturación en el servicio de urgencias médicas. Una perspectiva desde el proceso de trabajo: el triage.”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de **Doctora en Estudios Multidisciplinarios sobre el Trabajo**

Presenta:

Mtra. Michelle Pinet Zavaleta

Dirigido por:

Dra. Alejandra Elizabeth Urbiola Solís

Centro Universitario, Querétaro, Qro.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Doctorado en Estudios Multidisciplinarios sobre el Trabajo

La sobresaturación en el servicio de urgencias médicas. Una perspectiva desde el proceso de trabajo: el triage.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Doctora en Estudios Multidisciplinarios sobre el Trabajo

Presenta:

Mtra. Michelle Pinet Zavaleta

Dirigido por:

Dra. Alejandra Elizabeth Urbiola Solís

Dra. Alejandra Elizabeth Urbiola Solís

Presidente

Firma

Dr. Carlos Polanco González

Secretario

Firma

Dra. Candi Uribe Pineda

Vocal

Firma

Dr. Marco Antonio Carrill Pacheco

Suplente

Firma

Dr. Anastasio Ovejero Bernal

Suplente

Firma

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Fecha (será el mes y año de aprobación del Consejo Universitario)

México

Capítulo I Planteamiento teórico.....	10
1.1 Introducción	10
1.2 Problematización.....	15
1.3 Objetivos	18
1.3 Preguntas de investigación.....	18
1.4Proposición	19
1.6Justificación	19
1.7 Alcances y uso del proyecto.....	20
Capítulo II Apartado Metodológico	22
2.1 La importancia epistemológica: Una constancia reflexiva.	22
2.2 El Índice de Salutación Modificado (ISM)	25
2.3 La labor etnográfica	27
2.3.1 Sobre las técnicas etnográficas y su uso en el estudio de la sobresaturación.....	29
2.4 Espacio y universo de estudio	34
2.5 Criterios de inclusión y exclusión	34
2.5.1 Unidades de observación	34
2.5.2La triangulación metodológica.....	36
2.6 Definición de variables	37
2.7 Cédulas de recolección de datos	41
2.8 Cronograma de trabajo	44
2.9 Consideraciones éticas.....	46
Capítulo III Análisis situacional: La ciudad de Querétaro	52
3.1 El trabajo como categoría central del objeto de estudio	52
3.2 Las dificultades conceptuales en marcos de referencia latinoamericanos.....	54
3.3 La situacionalidad del objeto de investigación.....	61
Capítulo IV Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	65
4.1 Origen y breve historia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	65
4.2 Sobre el Sindicato Nacional de los Trabajadores del ISSSTE y las condiciones de trabajo	67
4.3 Niveles de atención del Sistema Institucional de Servicios de Salud	69
4.4Servicios de salud públicos en la ciudad de Querétaro.....	70
4.5 De la atención médica en el servicio de urgencias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	72
Capítulo V La atención médica prehospitalaria y su relación con la medicina de urgencias	74
5.1 Desmitificando la atención médica pre-hospitalaria	78
5.2 Funcionamiento general de la atención médica pre-hospitalaria	80
5.3 El anclaje institucional de salud: la coparticipación de la Atención Médica Pre-hospitalaria y los Servicios de Urgencias.....	83
Capítulo VI Acceso al trabajo de campo.....	85
6.1 El inicio del trabajo de campo	86
6.2 Servicio de urgencias médicas del Hospital General ISSSTE Querétaro	87

6.3 Recepción	91
6.4 Consulta de Triage.....	94
6.5 Consulta de urgencias	96
6.6 Trabajo Social.....	100
6.7 Corta Estancia.....	102
6.8 Observación de Adultos	105
6.9 Área de choque	108
Capítulo VII Resultados del trabajo de campo	111
7.1 Introducción	111
7.2 Resultados estadísticos: Índice de Saturación Modificado (ISM)	113
7.2.1 Resultados por mes del año	115
7.3 Sistematización de resultados cualitativos.....	151
7.3.1 Trabajo y práctica médica	152
7.3.2 Trabajo e institución	153
7.3.3 Trabajo y redes intrahospitalarias.....	154
7.3.4 Proceso de trabajo	156
7.3.5 Trabajo y salud	163
7.3.6 Trabajo y familia.....	164
7.3.7 Sobresaturación	165
Capítulo VIII Discusión de resultados y conclusiones	167
Bibliografía.....	191
Anexo 1.Formato de consentimiento informado	199
Anexo 2. Formato del acta de consentimiento informado	200

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Guía de referencia rápida: Triage Hospitalario de primer contacto en Servicios de Urgencias Adultos para segundo y tercer nivel.....	11
Cuadro 2 Descripción de unidades de observación.....	34
Cuadro 3 Definición de variables del Índice de Saturación Modificado (ISM).....	37
Cuadro 4 Calificación de los estados de saturación.....	38
Cuadro 5 Definición de variables del espacio físico.....	39
Cuadro 6 Definición de variables sobre relaciones interpersonales e intrapersonales.....	39
Cuadro 7 . Definición de variables sobre el proceso de trabajo.....	40
Cuadro 8 Descripción de unidades de observación.....	42
Cuadro 9 Formato para la recolección de datos cualitativos.....	43
Cuadro 10 Planeación del trabajo de campo.....	44
Cuadro 11 División de trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	68
Cuadro 12 Clasificación de las unidades médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	70
Cuadro 13 Datos de recursos humanos del sector de salud pública en la Ciudad de Querétaro.....	71
Cuadro 14 Proceso de la Atención Médica Pre-hospitalaria.....	81

Índice de diagramas

Diagrama 1 Proceso de trabajo en recepción.....	92
Diagrama 2 Proceso de trabajo en consulta de triage.....	95
Diagrama 3 Proceso de trabajo en consulta de urgencias.....	98
Diagrama 4 Proceso de trabajo en trabajo social.....	101
Diagrama 5 Proceso de trabajo en estancia corta.....	103
Diagrama 6 Proceso de trabajo en observación de adultos.....	106
Diagrama 7 Proceso de trabajo del área de choque.....	109

Índice de graficas

Gráfica 1 Media de saturación de Enero 2019.....	116
Gráfica 2 Media de saturación por día en Enero 2019.....	117
Gráfica 3 Media de saturación de Febrero 2019.....	119
Gráfica 4 Media de saturación por día en Febrero 2019.....	120
Gráfica 5 Media de saturación de Marzo 2019.....	121
Gráfica 6 Media de saturación por día en Marzo 2019.....	124
Gráfica 7 Media de saturación de Abril 2019.....	126
Gráfica 8 Media de saturación por día de Abril 2019.....	128
Gráfica 9 Media de saturación de Mayo 2019.....	130
Gráfica 10 Media de saturación por día de Mayo 2019.....	131

Gráfica 11 Media de saturación de Junio 2019	132
Gráfica 12 Media de saturación por día de Junio 2019	134
Gráfica 13 Media de saturación de Julio 2019	135
Gráfica 14 Media de saturación por día de Julio 2019.....	136
Gráfica 15 Media de saturación de Agosto 2019	138
Gráfica 16 Media de saturación por día de Agosto 2019.....	139
Gráfica 17 Media de saturación de Septiembre 2019	141
Gráfica 18 Media de saturación por día de Septiembre 2019.....	142
Gráfica 19 Media de saturación de Octubre 2019.....	143
Gráfica 20 Media de saturación por día de Octubre 2019	145
Gráfica 21 Media de saturación de Noviembre 2019.....	146
Gráfica 22 Media de saturación por día de Noviembre 2019	147
Gráfica 23 Media de saturación de Diciembre 2019	148
Gráfica 24 Media de saturación por día de Diciembre 2019.....	149

Índice de Imágenes

Imagen 1 Cédula de recolección de datos para el ISM.....	41
Imagen 3 Distribución total del servicio de urgencias sin ala Pediátrica	89
Imagen 4 Recepción del servicio de urgencias	91
Imagen 5 Consultorio de triage	94
Imagen 6 Consultorios de urgencias	96
Imagen 7 Trabajo social del servicio de urgencias	100
Imagen 8 Corta estancia del servicio de urgencias	102
Imagen 9 Observación de adultos del Servicio de Urgencias.....	105
Imagen 10 Área de choque del servicio de urgencias	108

Indicé de tablas

Tabla 1 Distribución total de saturación	114
Tabla 2 Guía de entrevista semiestructurada	151

AGRADECIMIENTOS

Las siguientes páginas, son el claro ejemplo de que la multidisciplinariedad es el camino para hacer ciencia. El conocimiento adquiere múltiples formas de presentarse en la cotidianidad, pero depende de cada uno detenerse y preguntarse sobre aquello que pareciera, por obviedad, tener respuesta. Ahí nace el investigador.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por brindarme oportunidades de acceso a posgrados de calidad y seguir construyendo en conjunto, espacios de conocimiento. A la comunidad docente de la Unidad Multidisciplinaria de Estudios sobre el Trabajo, por que depositaron en mi la duda, la escucha y la reflexión constante.

A mis padres, quienes preocupados por mi implicación siempre han apoyado las intensidades que me caracterizan.

A mi directora de tesis, por su influencia teórica, metodológica y escucha constante.

Al Dr. Carlos Polanco, quien desde un inicio se involucró, siguiendo de cerca y acompañando en cada momento, cuya trayectoria admiro y es un honor haber coincidido.

Al Hospital General ISSSTE Querétaro, por su increíble apertura para contribuir a la construcción del conocimiento y brindar facilidades para realizar este proyecto de investigación. Mi agradecimiento infinito a quienes conmigo, compartieron camino en los pasillos de urgencias; su acompañamiento, paciencia e interés por el proyecto de investigación, hicieron que la experiencia en ese espacio fuera inolvidable.

Gracias por sus enseñanzas, por hacerme brevemente parte de ustedes; por las risas, el cansancio, la diversión, la frustración, las tristezas y la vocación, porque su amistad ha sido uno de mis mejores descubrimientos haciendo investigación.

A “Pistache” por creer en mí, por su paciencia infinita que me posibilitó la comprensión de la práctica médica de manera distinta, por las mil risas y momentos compartidos, pero sobre todo, por los pulparindos pendientes.

Que la vida nos vuelva a unir, para seguir aprendiendo de ustedes.

-Michelle

RESUMEN

Proyecto de investigación doctoral que propone la centralidad del trabajo como categoría de análisis sobre el fenómeno de la sobresaturación de los servicios de urgencias médicas desde una aproximación metodológica mixta, con el uso de un Índice de Saturación Modificado (ISM) y la etnografía. Los resultados, confirman la proposición sobre considerar el proceso de trabajo como factor determinante de la sobresaturación.

Palabras claves:

Proceso de trabajo Sobresaturación Servicio de Urgencias

Dirección General de Bibliotecas de la UAG

ABSTRACT

Doctoral research project that proposes work centrality as an analysis category for the emergency department overcrowding phenomena from a mixed methodological approximation, with the use of a modified overcrowd index and the ethnography. The results, confirm the proposition of considering the work process as a determinant factor the of overcrowding.

Key words:

Work process Overcrowding Emergency Department

Dirección General de Bibliotecas de la UAO

Capítulo I Planteamiento teórico

1.1 Introducción

La Secretaría de Salud, a través de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, pone a disposición (de todos) una serie de documentos que permiten conocer los marcos normativos y presupuestales, los órganos colegiados, los mecanismos regulatorios, los organismos sectorizados, así como los trámites jurídicos de organización y desarrollo de los programas que se llevan a cabo. A partir de esta información pública y de transparencia, este órgano público sanitario, se pronuncia como un ente que contribuye al desarrollo humano, mediante la promoción de la salud en tanto prevención, regulación sanitaria y salud pública. El objetivo de la política pública en salud, es establecer un servicio de calidad preservando la vida; al mismo tiempo que ofrecer espacios de oportunidad profesional a prestadores de servicio tanto laboral como de desarrollo personal, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.”(Secretaría de Salud, 2017).

El sistema sanitario se encuentra organizado a partir de diversas secretarías, unidades y coordinaciones, que aparentemente permiten delegar responsabilidades dependiendo de sus funciones; sin embargo, aparecen documentos en la página de internet de la Secretaría de Salud donde se realizan modificaciones en el contenido de los mismos, principalmente en lo que refiere a los alcances de la salud pública y el sector privado.

Por su parte, el Gobierno Federal, mediante su política de información accesible para la población mexicana, permite dar cuenta de las múltiples guías de referencia de atención médica que se brinda en hospitales y clínicas públicas de la República Mexicana. Una de estas guías corresponde al Triage (véase cuadro 1) hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias para el segundo y tercer nivel (denominados así, aquellos que son hospitales generales y de especialidades

respectivamente). Como parte de esa información, se explica la definición del “Triage” como un término francés, utilizado para priorizar mediante una escala de gravedad, a los pacientes que acuden al servicio de urgencias donde se establece una serie de valoraciones clínicas -preliminares-, contribuyendo a que la atención que se brinda sea eficaz, oportuna y adecuada, intentando a toda costa evitar daños superiores o posibles secuelas.

Cuadro 1 Guía de referencia rápida: Triage Hospitalario de primer contacto en Servicios de Urgencias Adultos para segundo y tercer nivel.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Médico en el área de clasificación (Triage) del servicio de urgencias	1.- Recibe y saluda al paciente y/o familiar o persona legalmente responsable. 2.- Realiza el interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable y la inspección del habitus exterior del paciente para clasificar la urgencia y establecer motivo de consulta.
Enfermera General o auxiliar de enfermería de urgencias	Saluda al paciente y realiza toma de signos vitales (tensión arterial, temperatura corporal, frecuencia cardiaca y respiratoria).
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica y asigna un nivel y color: Emergencia= rojo Urgencia calificada= amarillo Urgencia no calificada= verde
PACIENTE CLASIFICADO EN ROJO	
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Activa la alerta roja y el paciente ingresa en forma directa al área de choque o reanimación.
	Avisa al personal de admisión/trabajo social e inicia el procedimiento para el control de valores del paciente; además revisa el registro de pacientes que son atendidos en los Servicios de Urgencias y Hospitalización.
PACIENTE CLASIFICADO EN AMARILLO	
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre su estado de salud y el tiempo probable de espera para

	recibir consulta o pasa al área de observación.
	Indica al familiar o persona legalmente responsable para proporcionar datos de admisión de urgencias para registro.
	PACIENTE CLASIFICADO EN VERDE
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre su estado de salud y el tiempo probable de espera para recibir consulta.
	Fin del procedimiento.

Fuente: Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal, México (2016).

El Triage, por sí mismo tiene una evolución histórica que data desde la época de los ejércitos napoleónicos, quienes fueron pioneros en consolidar una clasificación sobre posibles aproximaciones en referencia a capacidades quirúrgicas en el campo de batalla, siendo Dominique Jean Larre (padre de la teoría del Triage), quien postula la primacía del tiempo (Álvarez & Macías, 2001), como el pilar para la realización de dicha clasificación; esto posibilitó un mejor uso de los recursos para la realización de operaciones invasivas, al dar atención médica inmediata a las víctimas que tuvieran más posibilidades de sobrevivir.

Actualmente, esta clasificación se pone en marcha, en conjunto con el despliegue de diversos equipos quirúrgicos avanzados, puntualizando la necesidad de utilizar esta técnica en los espacios de mayor urgencia en la atención médica inmediata.

Si bien el uso de diversos medios de transporte, ha posibilitado la dispersión de pacientes en diferentes instituciones de salud pública en una misma región, con base en criterios asistenciales y de capacidad de recepción de las de las instituciones, en los países desarrollados y específicamente en áreas metropolitanas, esta clasificación está estrechamente relacionada con el transporte de pacientes con patologías específicas; ya sea en centros de trauma, hospitales infantiles, hospitales de especialidades, etc., con la finalidad de que no se colapsen las clínicas y hospitales de nivel de atención más bajo, y puedan participar activamente en la atención médica para la población.

El Triage es un procedimiento médico individualizado, destinado a obtener una perspectiva general de cada paciente en situación de urgencia. Basado principalmente en salvaguardar el mayor número de vidas, haciendo el mejor uso de los recursos que se tengan disponibles. Se clasifican, según sus posibilidades de sobrevivencia, en tres bloques: "... los que se morirán hagan lo que hagan, aquellos que se beneficiarán mucho con poco y aquellos que se pueden morir a pesar de lo que hagan." (Ibídem; 126). Esencialmente, se trata de efectuar un reconocimiento rápido y completo, que tiene como resultado el establecer un criterio lesional en cuatro categorías principales; muy graves, graves, menos graves e irreversibles.

De tal forma, las acciones que condicionan la clasificación refieren a la inspección, evaluación y decisión, que usualmente están relacionadas con la triada básica de ver, juzgar y actuar. Cada paciente, debe ser puesto a disposición en cada estación de tratamiento, con un señalamiento del padecimiento que se le ha identificado. Desafortunadamente, los criterios de gravedad no siempre están relacionados con el tratamiento que se requiere, principalmente por el uso de los medios de atención médica, de tal manera que los pacientes muy graves en un espacio con limitantes de equipos médicos, recursos humanos y materiales, están sujetos a dicha disponibilidad.

Mckeown (1982), señala que el acto de esta clasificación, coincidirá con la aplicación de diversas maniobras de salvación simultáneas con el firme objetivo de que el procedimiento siempre será en función de evitar regresar hacia estados asistenciales previos; por ejemplo, las atenciones pre-hospitalarias. Para lo anterior, es necesario contar con áreas concretas, fuera de riesgo, de fácil acceso, amplia visibilidad y pertinente localización.

Cuando los criterios de clasificación, coinciden satisfactoriamente con la capacidad del tratamiento, se mejora significativamente el pronóstico general del paciente y por consiguiente, se disminuyen los plazos de tiempos terapéuticos y procedimientos invasivos innecesarios. Esto a su vez, permite que los recursos humanos y materiales sean distribuidos según sus capacidades propias, dando la atención médica necesaria en tiempo y forma para salvaguardar la vida.

Si bien la sobrecarga no es un fenómeno reciente en tanto su evidencia empírica en la cotidianidad de la práctica médica institucional, profesionales de la salud se han dado a la tarea de intentar aprehender el fenómeno, iniciando necesariamente por su definición; empero, no se ha logrado su conceptualización de manera concreta, dado que tiene diferentes connotaciones, significados y aproximaciones lingüísticas diversas. Este punto requiere una discusión y se retomará más adelante.

Para los propósitos de este proyecto, se recupera la definición de sobrecarga, como “... *el momento en el cual la necesidad de atención médica excede a los recursos disponibles en los servicios de urgencias médicas, del hospital o ambos...*” (Polanco, et.al; 2013)

En México, se ha convertido en un fenómeno de estudio, gracias a la insistencia por parte del personal médico y de enfermería que labora en esos espacios de trabajo, al identificar y puntualizar la sobrecarga como un factor que condiciona la labor que se realiza. En este sentido, en el año 2017 se realizó un proyecto de investigación¹ en el servicio de urgencias de un hospital público, cuyos resultados proporcionaron información relevante acerca del fenómeno de la sobrecarga y sus efectos no sólo a la población a la que se le da el servicio médico, sino que este fenómeno podría traducirse en una condición laboral propia del espacio de trabajo, teniendo implicaciones importantes en el desempeño y la calidad de atención médica de estos profesionales de la salud, sin considerar los factores psicosociales que se generan por estas condiciones de trabajo.

Aunado a lo anterior, Rodríguez (2015) y Castañón, Barrientos y Polanco (2016), demuestran que la evidente congestión cotidiana que se presenta en los servicios de urgencias, corresponde a un efecto multifactorial donde, por un lado, se encuentra que el aumento de la demanda en dichos servicios debido a la utilización de sistemas de urgencias para la atención de pacientes con enfermedades o

¹ Pinet, M. Y Montúfar, B. (2017) Un estudio de caso sobre condiciones laborales y efectos psicosociales en el personal médico y de enfermería adscrito al servicio de urgencias. UARICHA, vol.14, No. 33.

padecimientos no urgentes, ocasionado demoras en la atención médica de aquellos que sí requieren atención priorizada; sin embargo, no hay precedente en México, de estudios sobre el fenómeno de sobresaturación que indague específicamente en el proceso de trabajo, como una determinante importante para la generación del fenómeno de estudio.

Estos retos que se presentan en los diversos servicios de urgencias, no son un fenómeno particular de México, por el contrario, se cuenta con precedentes en algunos países latinoamericanos como Colombia (Valencia, Gonzáles, Agudelo, Acevedo y Vallejo, 2006), Cuba (García et al., 2006) y Chile (García, Baesler, Rodríguez, Pezo, 2003), quienes presentan el mismo problema respecto a la sobresaturación de los servicios de urgencias; considerando la particularidad de cada país en tanto sus propias condiciones sociales, económicas y políticas. Lo anterior señala la necesidad de problematizar (desde los referentes latinoamericanos) no sólo el concepto de sobresaturación, sino establecer criterios situacionales y contextuales del fenómeno, que posibiliten su estudio de manera más real y acertada.

1.2 Problematización

Los nuevos estudios laborales en América Latina, tuvieron sus principales impactos a mediados de los años ochenta, ante una evidente necesidad por replantear los enfoques teóricos y Metodológicos que dieran respuesta a la incipiente reestructuración productiva en lo tecnológico, en lo organizacional, en la flexibilidad laboral, la mano de obra y sobre todo, en los encadenamientos productivos.

Por un lado, los principales estudios en esta materia se han centrado en el espacio del proceso de trabajo como terreno principal de investigación, volcando también su interés en los múltiples espacios de trabajo y no sólo a los tradicionales; y por otro, hacen un llamado a la construcción teórica y metodológica situada, coherente y responsable sobre la elaboración de conocimiento sobre las formas en las que el trabajo se representa. Esta nueva discusión, se centra en una pobreza epistemológica y metodológica en términos de la simplificación que aún encontramos

en las aproximaciones teóricas para comprender cómo se articulan las identidades en la sociedad, pero más importante, cómo se constituyen en torno al trabajo.

En este sentido, incorporar lo múltiples espacios de trabajo en el análisis de la centralidad que ocupan los nuevos estudios laborales, posibilita poner en perspectiva, el análisis de los espacios hospitalarios como aquellos que se encuentran atravesados por la implementación y consecuencias de las políticas neoliberales.

El proceso de clasificación de pacientes que acuden a los diversos centros hospitalarios públicos -especialmente al servicio de urgencias-, se ha convertido en una necesidad, debido a una gran demanda de atención y saturación (Molina-Álvarez y Zavala, 2014); dicha clasificación se ha ido modificando desde que se reconoce la necesidad de establecer un manejo eficiente y de calidad del personal, así como de la atención médica que se realiza con el fin de identificar oportunamente las necesidades del paciente; realizar un diagnóstico certero y generar un tratamiento adecuado que le permita al paciente recuperarse de la mejor manera posible.

La sobresaturación de los servicios de urgencias limita a gran parte de la población, de recibir una atención médica oportuna y eficaz, a razón de diversos factores que dificultan y problematizan la atención médica inmediata. Si se comprende este fenómeno como uno multifactorial, se puede considerar uno de los factores principales en el deterioro y amenaza de la desaparición de la salud pública; en México, la reforma del Sistema Nacional de Salud, se ajusta a las demandas de organizaciones internacionales como el Banco Mundial justificando sus modificaciones bajo un discurso de eficiencia y equidad en los servicios.

En este sentido, la extensión de las políticas neoliberales en el país, han marcado un proceso de transformación experimentado en el Sistema Nacional de Salud (Soberón, 2002). Aunado a lo anterior, se encuentra un sector de la salud que continuamente discute en un contexto de incertidumbre sobre el proceso de privatización que posiciona a profesionales de la salud a trabajar en espacios desafiantes, con un servicio sobresaturado, con limitados recursos materiales y humanos, además de condiciones laborales precarias.

Otro factor importante, radica en la premisa de que todos los servicios de urgencias son diferentes en razón de su localización – ya sea urbana, suburbana o rural-, del tipo de hospital, ubicación del servicio, infraestructura, número y capacitación del personal, equipos médicos, presupuestos, tipos y grados de control de procesos internos, etc. En México, los protocolos para la atención médica en el servicio de urgencias, se encuentran estandarizados mediante una guía de referencia ² que establece su procedimiento con base en un Triage de tres niveles, cuyo propósito es optimizar la atención del paciente conforme su gravedad. Sin embargo, las diferentes instituciones hospitalarias (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y, considerando el Seguro Popular con su singular aproximación al sistema sanitario) han realizado modificaciones propias al Triage.

Si bien la selección y uso que se tenga de la clasificación de indicadores del Triage influirá en la génesis de la sobrecarga, muchas veces el acercamiento a la investigación de este fenómeno tiene aproximaciones principalmente económicas y políticas; es decir, se intenta explicar a partir de programas computacionales que permiten ser fácilmente reproducibles por otros investigadores y administradores, comparando y contrarrestando resultados médico-administrativas (Castañón, Polanco y Camacho, 2014). Sin embargo, no se tienen en consideración los costos sociales sobre este acercamiento importante hacia la atención médica inmediata; no hay un interés genuino sobre la salud propia de los pacientes ni del personal que labora en dicho espacio de trabajo.

Lo anterior, señala la necesidad de un acercamiento diferente a la comprensión de un fenómeno que se encuentra atravesado no sólo por lo económico y lo político, sino por factores sociales que influyen de manera importante en el proceso de trabajo del servicio de urgencias.

²Guía de referencia rápida, Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel. Consejo de Salubridad General, Gobierno Federal, México (2017)

Esto significa que no basta con los métodos que se han estado utilizando para el estudio del fenómeno; se requiere de una aproximación social con metodología cualitativa para poder investigar aquellos factores que son difícilmente aprehensibles con metodologías cuantitativas, para poder hacer una comprensión del fenómeno de manera holística capaz de generar propuestas para disminuir -o en el mejor de los casos- erradicar la sobrecarga generada en el servicio de urgencias y que está íntimamente relacionada con el proceso de trabajo.

Por otro lado, es importante señalar que en otros países (principalmente europeos) la sobrecarga es entendida como *crowding*³, que de forma genérica refiere al momento cuando la demanda asistencial supera la capacidad de proporcionar un servicio de atención urgente de calidad; sin embargo, en el contexto latinoamericano se requiere de una discusión amplia sobre la conceptualización de “sobrecarga”, dado que las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales son diferentes, además de que durante el rastreo de información sobre el tema, no aparece de manera visible una heterogeneidad en la definición del fenómeno a estudiar.

1.3 Objetivos

- 1.- Identificar los factores que determinan la sobrecarga del servicio de urgencias, relacionados con el proceso de trabajo.
- 2.- Determinar el grado de implicación tiene el proceso de trabajo en la sobrecarga del servicio de urgencias.
- 3.- Puntualizar los factores que intervienen directamente sobre la atención médica inmediata en el servicio de urgencias.

1.3 Preguntas de investigación

Pregunta central:

³ Tudela & Mòdol (2015), explican brevemente esa acotación en su artículo “*La saturación en los servicios de urgencias hospitalarias*”.

¿Bajo qué condiciones se genera el fenómeno de la sobrecarga en el servicio de urgencias médicas?

Preguntas secundarias:

- 1.- ¿De qué manera el proceso de trabajo condiciona o determina la sobrecarga en el servicio de urgencias médicas?
- 2.- ¿Qué implicaciones económicas, políticas y sociales tiene para el sector salud, que el servicio de urgencias se sobrecargue?
- 3.- ¿Qué relación existe entre el proceso de privatización y el proceso de sobrecarga en los espacios de atención médica inmediata?

1.4Proposición

Existen elementos del proceso de trabajo en los espacios de atención médica inmediata que determinan de manera importante el nivel de sobrecarga en el servicio de urgencias. Entre ellos se destaca los tiempos y condiciones en las que el protocolo de atención debe realizarse y la canalización de los pacientes a través del Triage.

1.6Justificación

La importancia que tiene el estudio sobre la sobrecarga en los servicios de urgencias, pone en relieve la comprensión de un fenómeno que se encuentra atravesado por factores que condicionan de manera importante la atención médica inmediata en relación con la dualidad del servicio de salud: aquél que recibe la atención médica y aquél que la brinda.

En cuanto al primero, se sabe que los tiempos de atención para las emergencias son cruciales para el diagnóstico, el tratamiento y su evolución; ya que la probabilidad de sobrevivencia es significativamente mayor en comparación con tiempos de espera prolongados para la atención médica, donde el uso adecuado de los recursos materiales, humanos y equipos electromédicos, son fundamentales para

un servicio certero y eficaz. Mientras que para el segundo, la generación de psicopatologías derivadas del trabajo sin ser consideradas como parte del mismo, posibilitan la identificación de factores psicosociales negativos en el personal médico y de enfermería, en los servicios de urgencias médicas generando un proceso salud-enfermedad (particularmente en este espacio laboral), que determina las condiciones de vida y trabajo.

El reconocimiento de la importancia que ocupa la atención médica inmediata en el sector salud, permite dilucidar los retos actuales a los que se enfrenta el personal que labora en los servicios de urgencias, donde algunos pertenecen propiamente a la clínica médica, pero existen otros que representan desafíos significantes para los trabajadores de salud; principalmente, el trabajar frecuentemente en un servicio sobresaturado, con recursos humanos y materiales limitados (Castañón, J., Barrientos, T. y Polanco, C.; 2016)

De lo anterior, se ubica la necesidad de investigar de manera local, contextualizada y actualizada, el fenómeno de la sobresaturación en los servicios de urgencias médicas; su análisis posibilitará la generación de estrategias que permitan una administración y aplicación más eficiente de recursos humanos y materiales, en beneficio de la población que requiera atención médica.

1.7 Alcances y uso del proyecto

La sobresaturación, al entenderse como un fenómeno multicausal que corresponde a diversas dinámicas políticas, económicas, culturales, sociales y del trabajo, convierte a la contextualización como una especificación necesaria para comprender el proceso de trabajo; este proyecto de investigación, al intentar identificar los factores contextualizadores del espacio de trabajo que pueden ser modificados para disminuir el fenómeno en el servicio de urgencias de la Ciudad de Querétaro, posibilitará de manera significativa desarrollar estrategias que puedan ser utilizadas como parte del proceso de trabajo, para disminuir en la medida de lo posible este fenómeno en el servicio de urgencias.

El proyecto de investigación, parte de un interés por proveer de acercamientos teóricos-metodológicos para la comprensión de este fenómeno desde los estudios sobre el trabajo, posibilitando a su vez un análisis multidisciplinario que funcione de acuerdo al contexto específico, considerando esencialmente las diferencias de cada espacio de trabajo.

A su vez, la información obtenida propiciará una aplicación más eficiente de los recursos humanos y materiales en favor de los usuarios de la atención médica hospitalaria; ya que, al identificar los factores permitirá reorganizar de manera estratégica tanto los flujos de trabajo, como la reasignación adecuada y pertinente de los recursos humanos y materiales disponibles.

Dirección General de Bibliotecas de la UAG

Capítulo II Apartado Metodológico

2.1 La importancia epistemológica: Una constancia reflexiva.

La construcción del conocimiento desde y en las ciencias sociales, subyace en la necesidad de reconocer las diversidades teóricas que buscan dar sentido y explicación a los diversos fenómenos socio-culturales. En estricto sentido, las ciencias no comprenden por sí mismas a los conceptos filosóficos pero se sustentan mediante los supuestos básicos que refieren a la naturaleza de los objetos, quienes a su vez delimitan sus posibilidades de conocimiento.

En este horizonte de información, las ciencias sociales representan diversas hipótesis de tipo ontológicas y gnoseológicas en las cuales se encuentran las distintas concepciones del mundo.

Para poder indagar sobre éstas hipótesis que dan sentido a nuestro objeto de estudio, existen muchas escuelas filosóficas que buscan ser la base para explicar y construir lo que ahora conocemos como ciencias sociales. En este caso, al partir de un objeto de investigación que recae en la naturaleza del mismo para ser estudiado, la fenomenología como ente filosófico surge como el acercamiento más pertinente para el estudio del mismo.

La fenomenología, desarrollada por Edmund Husserl (1999) puede entenderse como un método, pero sobre todo como una manera de ver el mundo. Esta aproximación, rechaza la idea de una filosofía absoluta y reconoce los aportes de cada uno de los acercamientos epistemológicos en la explicación y comprensión de los fenómenos. Así mismo, propone la *descripción* de aquello que se capta en el fluir, donde el contenido de aquello que se muestra representa no solo objetos concretos, sino que hace referencia a ciertos ideales.

Se incide entonces, en que esta aproximación fenomenológica para comprender el objeto de estudio, pueda y deba ser captado desde la vivencia; es decir, desde el carácter propio, contextual e historizado del objeto de estudio.

Bourdieu (2003), durante el desarrollo de todo su trabajo teórico y analítico sobre el oficio del científico, expresa de manera contundente que la concepción de la labor en las Ciencias Sociales es tanta, que su transmisión se convierte en un descubrimiento más allá de los textos meramente académicos, implicando los procesos de comprensión y diversos posicionamientos del ser humano. Su discusión reabre uno de los debates más tensos que ha existido durante mucho tiempo, sobre las particularidades de las Ciencias Sociales, que la hacen completamente diferente a las demás; si bien es cierto, éstas se encuentran en un campo de suyo complejo, él explica que en el proceso de obtener el conocimiento, existen cosas que se escapan a la naturaleza propia del investigador, aquello inaprehensible se adquiere una relevancia específica que reside en: *“...historizar al sujeto de la historización, objetivar al sujeto de la objetivación, es decir, lo trascendental histórico cuya objetivación es la condición del acceso de la ciencia a la conciencia de sí misma...”* (Ibidem, 2003;150)

Aunado a lo anterior, Quesada (1998) señala la importancia que tiene reconocer que el proceso de construcción del conocimiento, conlleva establecer oposiciones irreconciliables donde interfieren las diversas percepciones, conocimientos y pensamientos. Cuando en este proceso, interviene el paradigma científico –independientemente de su naturaleza positivista, interpretativa, etc.- implica, de cierta forma asumir realidades diferentes y experiencias de vida, distintas a la nuestra, donde el nivel simbólico resulta un gran recurso para dar cuenta de cómo esas realidades se expresan, apropian y reconstruyen los paradigmas.

Si bien es notable, la polémica que representan sintéticamente los conceptos de metodologías cuantitativas versus cualitativas, en razón de su profundo arraigo de los paradigmas en materia de ciencias sociales, propone que desde el plano de la investigación empírica, se entrevea de un modo más claro y menos antagónico, la compatibilidad de procedimientos o complementación de dichos paradigmas. En este sentido, la integración metodológica se observa más tangible a través de la compatibilidad de métodos o técnicas en el proceso de investigación empírica

(Briones, 1994), antes que una integración paradigmática; para ello, podemos encontrarla en o que Feyerabend denomina el “pluralismo epistemológico”.

Feyerabend (1991), explica que la práctica científica incide en el proceso social en el que los investigadores intentan resolver o explicar los problemas y para ello, consiguen ayuda en la búsqueda de diferentes estrategias coherentes con la naturaleza la o las realidades que investigan; dado lo anterior, resulta irrelevante posicionar en un nivel de superioridad un paradigma sobre otro, ya que ésta se encuentra de alguna manera determinada por su propia naturaleza.

Lo anterior resulta sumamente significativo, porque denota que la investigación responde a la pertinencia de sus procedimientos frente al objeto de estudio con el fin de analizar y comprender el mismo, y no a estándares generales de metodologías cualitativas o cuantitativas. En consecuencia, cuando se sostiene que la epistemología está directamente relacionada al *servicio* de a investigación, significa entonces anteponer los dogmatismos y preferencias metodológicas, sino realizar una vigilancia epistémica, en el sentido mismo en el que recae en un examen exhaustivo y permanente las decisiones del investigador durante el proceso de la investigación, con el fin de evitar reduccionismos metodológicos y reconocer la multidimensionalidad de las realidades sociales que se estudian; así, la epistemología se convierte en aquello que desempeña un papel procedimental y no una mera justificación dogmática.

Como bien señala Bourdieu (2003) la producción del conocimiento, en tanto la verdad como monopolio, resulta no sólo absurda sino contradictoria a lo que realmente debe buscarse: las rupturas propias de la construcción científica, ya que de ésta se desprende el considerar que un obstáculo epistemológico es, esencialmente, un obstáculo social.

Metodológicamente -expresa el autor- aquellos que se inicien en los estudios desde la sociología, deben convertir la reflexividad en una disposición constitutiva de su habitus científico; es decir, una reflexividad refleja, capaz de actuar a priori sobre el modus operandi, pero para eso, hay que escapar de reflexividades tendenciosas, y realizar una reflexividad práctica desde el sentido “kantiano”; es decir, capaz de

verse a sí mismo fuera de sí mismo y que posibilite poner en análisis las implicaciones y presupuestos de los habitus propios.

La vigilancia epistemológica entonces, que cada investigador puede y tiene que hacer, está intrínsecamente relacionada con la prudencia epistemológica, la cual permite adelantar los probables errores, tendencias o tentaciones inherentes a la investigación, de igual manera, este proceso no sólo implica la utilización de métodos, sino poder poner las condiciones sociales en la posibilidad de construcción sociológica y del sujeto de esa construcción.

Para el interés de este proyecto de investigación, y dada la complejidad del fenómeno a estudiar, se pretende realizar una metodología mixta, realizando una etnografía como aproximación metodológica y del uso de un índice de saturación modificado, para dar respuesta a las preguntas de investigación de manera complementaria y, posibilitando a su vez, un análisis válido y pertinente para la comprensión del fenómeno de estudio; es importante destacar que la realización del trabajo de campo tendrá la duración de un año, lo cual permitirá que la recopilación de información sea densa y sustantiva, que resulte en una discusión mayormente sustentada.

2.2 El Índice de Salutación Modificado (ISM)

En México (2013), un grupo interdisciplinario conformado por la Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de Calidad de la Atención Médica, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, la Facultad de Ciencias de la Salud, el Departamento de Matemáticas de la Universidad Anáhuac y el Centro de Investigaciones Químicas de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, propusieron un modelo matemático- computacional denominado "ISM", cuyo método de monitoreo diario de siete variables, provee un sistema de alertas tempranas de sobresaturación en los servicios de urgencias médicas, ofreciendo una base de datos de 16 indicadores –obtenidos previamente a partir de las 7 variables-, que se

presentan como series de tiempo que posibilitan una determinación de causas y periodos que preceden la sobresaturación.

El ISM fue diseñado para reportar datos importantes de la sobresaturación del servicio de urgencias médicas; se propone como una herramienta computacional accesible a su uso, por su simplicidad para entender las variables de sobresaturación que se miden. De tal forma el ISM recaba cifras correspondientes a: camas útiles, pacientes en espera, en observación y pacientes en estado crítico, además del número de médicos y enfermeras adscritos en ese momento en el servicio. Su índice se compone principalmente por dos subíndices: a) Indicativo de la proporción de pacientes admitidos respecto al personal médico del servicio y, b) La proporción de pacientes admitidos con respecto al número de camas útiles; ambos subíndices permiten su actualización de cualquiera de las variables referidas.

Como se menciona anteriormente, este sistema computacional corresponde a dos subíndices⁴; el primero es:

$$- 100 \times (\text{pacientes en espera} + \text{pacientes en consulta} + \text{pacientes en observación} + \text{pacientes en estado crítico}) / (\text{médicos} + \text{enfermeras})$$

Donde la tasa de saturación se evalúa en términos de pacientes respecto al número de médicos y enfermeras. Cuando el denominador sea cero (0), es decir, que no haya en ese momento personal médico o de enfermería en el servicio de urgencias, el cociente que corresponde es de 999, mientras que el segundo es:

$$- 100 \times (\text{pacientes en observación} + \text{pacientes en estado crítico}) / (\text{camas útiles}).$$

Donde la tasa de saturación se evalúa en términos de suficiencia de recursos materiales bajo el número de pacientes con respecto al número de camas útiles; en su caso, si el denominador es de cero (0), es decir, que no haya camas útiles porque

⁴ Índice de Saturación Modificado "ISM" (2013)

físicamente no exista ninguna en el servicio de urgencias, se le asigna al cociente el valor máximo de 999.

Una parte fundamental del Índice de Saturación Modificado, corresponde a las series de tiempo; este sistema además de mostrar en tiempo real los cocientes (ISM-a, y el ISM-b), mantiene un especie de archivo histórico con una serie de variables que permiten al usuario generar “series de tiempo” para detectar momentos y causas de sobresaturación. El uso metodológico de éste índice es, principalmente, el de contar con un instrumento capaz de proveer información detallada respecto a la saturación en tiempo real del servicio de urgencias, para la compilación de datos estadísticos analizables sobre indicadores que demuestren tener relación directa con factores propios del proceso de trabajo, identificados a su vez en categorías como: Espacio físico del servicio de urgencias, protocolos de seguridad y protección, puestos de trabajo, uso y estado de equipos médicos, etc.

Estas categorías analizables dentro del proceso de trabajo en el servicio de urgencias, serán propiamente desarrolladas de forma teórica y metodológica, desde una aproximación cualitativa, cuyas herramientas para el estudio del objeto de investigación, permitirán obtener información detallada sobre los factores que generan la sobresaturación del servicio de urgencias.

2.3 La labor etnográfica

Como cualquier otro oficio, la etnografía se aprende desde la misma práctica. Leer sobre ellas y estudiarlas no es suficiente; se requiere, indispensablemente de la experiencia del etnógrafo. Describir una experiencia no es tarea sencilla, ésta supone un ejercicio basado en la sensibilidad y entrenamiento en detectar las particularidades que la rodean, además de ser considerada como una experiencia personal que transforma sustancialmente a aquel que emprende el proceso de trabajo de campo. Así, supone a un sujeto que se convierte en dispositivo de producción de conocimiento, que a su vez, infiere un proceso personal de

transformación en el ejercicio de la etnografía, posibilitando un acercamiento distinto a las diferencias que se pueden confrontar en campo.

La etnografía es generalmente asociada a los estudios de tipo antropológicos, aunque actualmente no podrían reclamar su exclusividad. Etimológicamente, la palabra etnografía se deriva del griego *ethnos* para hacer referencia al pueblo o la gente y, *grapho* que refiere a la escritura o la descripción; así entonces, la etnografía es aquello que se escribe o se describe de la gente o de los pueblos. Tradicionalmente, se sabe que en la antropología el etnógrafo se incorpora por tiempos prolongados a una comunidad, para que mediante la experiencia personal, pueda aprender, conocer y explicar los diversos aspectos de dicha cultura. Actualmente, la etnografía figura en muchas disciplinas de las ciencias sociales, dado que sus alcances trascienden los estudios que se realizan en las mismas. Su lugar descentralizado de la antropología, permite reconocer la versatilidad de significados y usos que pueden atribuírsele hoy en día y, que posibilita redimensionar su importancia en los estudios del trabajo.

Así bien, la esencia de la etnografía consiste tanto en la descripción de las prácticas (es decir, aquello que la gente hace), como los significados que esas prácticas tienen para quienes las realizan desde la perspectiva de la gente. Su articulación, por otro lado resulta crucial para singularizar la perspectiva y alcance de la narrativa, para describir contextualmente las relaciones complejas que existen entre las prácticas y sus significados, para una población concreta sobre algo particular.

Describir lo que la gente hace, lo que la gente dice que hace y lo que realmente hace (Restrepo, 2016), no puede traducirse solamente en encontrar sus incongruencias, sino que responde a ciertos niveles de la acción y la reflexión sobre la acción; para ello es necesaria la noción de *comprensión situada*, ya que éstas son las dan cuenta de las distintas formas de habitar, de hacer y de significar, además de posibilitar la comprensión de las experiencias ya sean mediante la observación, la conversación, las inferencias, etc., dependiendo del lugar, la persona, su trayectoria, sus vivencias, su historia personal, las relaciones en las que se encuentran inscritos

y las tensiones en las mismas, que sean sostenidas por el etnógrafo en momentos determinados.

De esta manera, la etnografía refiere a una estrategia de investigación que implica una densa comprensión del contexto de un escenario, que podrá establecer vínculos y conexiones con otros escenarios que influyen en el mismo; esto es, no confundir el objeto de estudio, con el lugar *per se* del estudio.

Para la realización de etnografías se requieren de tres condiciones fundamentales; la primera, contar con una problematización del objeto de estudio de manera clara, pertinente y orientada a las posibilidades del etnógrafo en términos de accesibilidad, lo cual conlleva a la segunda condición que tiene que ver con el acceso al trabajo de campo, desde su planeación hasta su ingreso y es que éste posibilitará en la estancia del investigador el uso de herramientas como la observación participante; para ello, es indispensable que el etnógrafo trabaje en la generación de vínculos de rapport que puedan derivarse (en el mejor de los casos) en informantes cuyos datos puedan proveer de indicadores importantes para la elaboración etnográfica. y, por último, considerar los tiempos para su realización, vislumbrando la necesidad de un auténtico contacto. Si bien no hay una correlación probada, sobre la duración que debiera tener el trabajo de campo y la comprensión del objeto de estudio por parte del etnógrafo, inciden de manera importante la agudeza de la mirada, la sensibilidad en el acercamiento con la población y, su constancia; en otras palabras, exige una dedicación de tiempos significativos, continuos e intensos, para una comprensión adecuada de las prácticas y sus significados.

2.3.1 Sobre las técnicas etnográficas y su uso en el estudio de la sobresaturación

La información que se pretende obtener mediante una etnografía, tiene su propio proceso y difícilmente se obtiene de manera acelerada. Dicha información no solo se recupera de una sola fuente o de un par de visitas al campo de trabajo; sino de periodos prolongados y recurriendo a diversos informantes.

Algunas de las técnicas que tendrían que resaltarse, en relación a la elaboración etnográfica, son las siguientes: la escucha latente, que hace referencia al no dar por hecho que se entiende algo, sino por el contrario corroborar que aquello que se escucha se desprende de muy sutiles códigos de comunicación; la observación relacional, que pretende visibilizar cosas que pueden aparentar obviedad o que pueden pasar de manera desapercibida; la vigilancia perceptiva, que es esencialmente estar alerta sobre los sentidos como el gusto, el olfato y el tacto, dado que pueden proveer información relevante sobre un espacio particular.

Por otro lado, Restrepo (2016) recupera una habilidad etnográfica esencial y la convierte en técnica etnográfica: el *saber estar*. Los estudios etnográficos generalmente implican una serie de desplazamientos a lugares o situaciones que son ajenas al etnógrafo, y éste debe tener la capacidad para adaptarse lo más rápido y adecuadamente posible, lo cual requiere a su vez que el etnógrafo aprenda a distinguir entre los comportamientos que se esperan como demandas, los comportamientos a los cuales dar correspondencia y saber cómo marcar límites en situaciones particulares. El saber estar, también hace referencia a asuntos más cotidianos como el aseo, el vestido, las proximidades físicas, los saludos, la comida, etc., por lo que esta noción atraviesa aspectos de tipo corporal y mental hacia estos nuevos requerimientos. Así, el “saber estar” supone una forma de apertura y aprendizaje permanente, ante situaciones no familiares o extraordinarias que encarnan retos en la elaboración etnográfica.

Ahora bien, en la labor etnográfica se conocen dos perspectivas analíticas, propuestas desde la lingüística para distinguir las nociones de referencia en la descripción de lo hallado en el trabajo de campo. La perspectiva “emic” y la perspectiva “etic”; la primera, hace referencia a una mirada desde adentro, es decir, la mirada que tienen los mismos actores sobre los aspectos de su propia vida social, mientras que la segunda hace referencia a la mirada desde afuera, la que pertenece al etnógrafo en términos de actor externo. Su tarea, consiste en elaborar interpretaciones de la perspectiva emic, desde la referencia teórica de la que se parte además de su guía de observación y las técnicas mencionadas anteriormente. Para

ello, se requiere necesariamente distinguir los tres niveles de información que se obtiene de la etnografía: lo que la gente hace, lo que la gente dice que hace y lo que la gente debería de hacer. Estos tres niveles no deben confundirse, dada su importancia para comprender y describir las relaciones entre prácticas y significados.

Dadas las características del objeto de estudio en este proyecto de investigación, además del uso del ISM para recolectar datos estadísticos, recupera algunas de las técnicas más frecuentemente utilizadas en investigaciones de tipo cualitativas; esto es, la entrevista, la observación participante y el diario de campo.

La entrevista cualitativa es, la estrategia más recurrida por aquellos que se dedican a hacer investigación en el campo de las Ciencias Sociales ya que proporciona una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en este sentido, la entrevista de tipo semiestructurada es de gran utilidad en situaciones en las cuales el trabajo de campo es problemático en términos de accesibilidad. Sus características tales como temas o preguntas preestablecidas, dan espacio a que el entrevistador formule nuevos interrogatorios a partir de la información obtenida de dichos preestablecidos. Así, el entrevistador mantiene una conversación enfocada sobre el tema particular, otorga seguridad al entrevistado sobre su capacidad creativa y asociativa en sus respuestas y además, provee la libertad suficiente para que el entrevistador controle el contenido de la entrevista.

La observación participante constituye el rasgo más representativo de la etnografía, ya que es el contacto del investigador con el fenómeno observado para obtener información sobre la realidad de esos actores sociales en sus propios contextos; así, el investigador puede observar y registrar de manera sistemática y privilegiada, cómo se hacen las cosas, cuándo, dónde y quienes la realizan, esto le permite acceder a datos y comprensiones que probablemente otras técnicas de investigación tengan restringidas.

Guber (2001), puntualiza que la observación participante conlleva considerar dos actividades principales: la observación sistemática y controlada sobre lo que ocurre en torno al investigador y, la participación en alguna de las actividades de la misma población. De tal manera, el acto mismo de participar constituye también ese

“saber estar” del que se mencionaba anteriormente. Así, el compartir la cotidianidad con esas personas y habitar⁵ en dichos lugares, posibilita que el investigador atestigüe de situaciones que otros, probablemente no tengan oportunidad de hacerlo, de tal forma que la figura del investigador, se irá haciendo menos extraña con el tiempo y más cotidiana para las personas.

Otra de las técnicas etnográficas más representativas, es el diario de campo; esto es, un cuaderno o libreta con notas que escribe el investigador sobre lo sucedido durante el tiempo en el que se realiza el proyecto de investigación. Es un escrito para uno mismo, dado que se registran datos útiles del objeto de estudio, pero también reflexiones personales sobre las experiencias cotidianas que pueden dar comprensión al mismo.

Con la intención de registrar cuidadosa y sistemáticamente, día a día lo que se ha observado, lo que se ha escuchado, contado e incluso pensado referente al objeto, lo más importante reside en recrear con palabras aquello observado; es decir, reconstruir tanto como se pueda la experiencia. Por tal motivo, la búsqueda de aquello que pueda ser “explicable”, respecto a las prácticas hospitalarias podrían ser las siguientes:

- a) Lo observable y susceptible de rendimiento de cuentas; es decir, aquello accesible a los miembros como prácticas que son situadas en el mirar y el relatar.
- b) Prácticas que son parte de un continuo e interminable logro contingente; es decir, prácticas que son realizadas bajo la asistencia de eventos internos a la misma organización y que refieren a la descripción de sus mismos asuntos ordinarios.
- c) Prácticas que tienen lugar dentro de los escenarios donde dependen de habilidades y conocimientos; que reconocen el conocimiento y el derecho que tienen de realizar lo necesario para esos logros.

⁵ Esta noción de habitar, sera retomada en el capítulo sobre discusion de resultados.

- d) Proporcionar a esos escenarios, lo distintivo y particular de ellos mismos, incluyendo los recursos, problemas y proyectos.

Garfinkel (1968) apunta que en todo lugar donde las acciones prácticas se convierten en objetos de estudio, las distinciones contextuales se vuelven particulares y así, toda expresión debe ser debidamente demostrada en los términos en que ésta permita; empero, ocurre que las expresiones contextuales en razón de su relevancia o prioridad respecto de otras propiedades, presentan dificultades en la rigurosidad del fenómeno de estructura; es decir, mucho importa la complejidad del fenómeno de estudio y las unidades de análisis para comprender adecuadamente, las expresiones sin perder su validez. En este sentido, el autor recomienda que sea la reflexividad de las prácticas el primer fenómeno problemático a tratar, como actividades organizadas de la vida cotidiana.

Para todo razonamiento sociológico, la importancia de la naturaleza de las circunstancias concretas, rigen el intento de la comprensión de los fenómenos. La comprensión, implica un carácter reflexivo sobre las prácticas observables. Pero, ¿a qué específicamente se le llama práctica reflexiva?

Garfinkel (1968) explica que mediante las prácticas, los miembros realizan las actividades ordinarias de la vida cotidiana, que se reconocen y se explican *como* actividades ordinarias de la vida cotidiana. Esto es importante, porque se asume que para los miembros, el “como” no resulta problemático, dado que es el hacer —el acto— lo que busca una meta, un objetivo, un logro y eso, representa para ellos un fenómeno ordinario y es, precisamente aquello ordinario lo que aparece como desconocido en las prácticas. Esta forma desconocida de ese logro, se representa como el uso concretado de las prácticas cotidianas como métodos que demuestran lo típico, lo uniforme, la repetición, la consistencia, lo descriptible e indescriptible y las acciones contextuales. Pero aún más importante, el fenómeno consiste también en la posibilidad de analizar la acción-en-contexto; es decir, no sólo existe el contexto-en-general, sino que todo contexto es, por sí mismo, contextual.

2.4 Espacio y universo de estudio

Espacio: Unidad médica “Hospital General ISSSTE Querétaro”. Servicio: Urgencias

Universo: Personal médico: (Jefe de servicio, médicos residentes, internos), personal de enfermería: (jefatura de servicio, operativo de base, eventual y suplente), personal de trabajo social, intendencia y administrativo, que en ese momento se encuentren adscritos al servicio de urgencias, en todos los turnos, ambos sexos, sin límite de edad y que acepten participar mediante consentimiento informado.

2.5 Criterios de inclusión y exclusión

a) Inclusión: Se consideran sujetos de estudio todo aquel que sea adscrito al servicio de urgencias, que hayan firmado un consentimiento informado de participación voluntaria y grabación oral de la entrevista.

b) Exclusión: Serán sujetos de exclusión el personal que no sea adscrito al servicio de urgencias y/o, aquel personal que, estando adscrito al servicio no desee participar en la investigación.

2.5.1 Unidades de observación

La unidad de observación deviene representante de categoría analítica de interés, sobre la cual se realiza la observación. La incorporación de estas unidades posibilita reflejar las realidades de la investigación en tanto que la información requiere ser debidamente analizada y categorizada en ciertos niveles operacionales. Aquello observado entonces, podrá ser directamente interpretado conforme su contextualización con datos más concretos y situados mediante estas unidades (Barriga y Henríquez, 2011).

Cuadro 2 Descripción de unidades de observación

Unidad	Descripción
Recepción	Refiere al espacio de primer contacto con

	pacientes que solicitan atención en el servicio de urgencias.
Triage	Refiere al espacio en donde se realiza la clasificación de pacientes conforme el tipo de padecimiento y necesidad de atención médica inmediata.
Consulta de urgencias	Refiere al espacio donde se recibe al paciente para auscultación, diagnóstico e inicio de tratamiento.
Corta Estancia	Refiere al espacio donde se encuentran hospitalizados por tiempos cortos, pacientes que requieren de observación médica y control de medicamentos.
Observación de adultos	Refiere al espacio donde se encuentran pacientes graves hospitalizados, cuyas necesidades requieran de una observación más especializada, materiales y medicamentos más apropiados.
Choque	Se refiere al espacio en el que se encuentran pacientes con riesgo de fallecimiento de probabilidad inminente. Dentro del espacio de observación de adultos.

2.5.2 La triangulación metodológica

La triangulación metodológica se asume convencionalmente como el uso de múltiples métodos en el estudio del mismo objeto de investigación; sin embargo, Denzin (1970) la definía como la combinación entre dos o más teorías, métodos de investigación o fuentes de datos en el estudio de un fenómeno en particular.

Si bien la triangulación, usualmente se comprende por el uso metodológico cualitativo y cuantitativo en una investigación (Morse, 1991) para direccionar el mismo problema de investigación y asegurar en medida de lo posible una aproximación más comprensiva al fenómeno particular.

Existen diversas estrategias de triangulación múltiple, desde aquella que se realiza con datos basados en los subtipos de tiempo, espacio y persona; aquellas donde la observación se vuelve multidimensional y requiere de más personas en el proceso de investigación para la observación singular; también existen las triangulaciones teóricas donde las diversas perspectivas singulares se concentran en relación con el mismo objeto de estudio y la metodológica, que refiere propiamente a la triangulación de métodos en el diseño o recolección de datos.

Arias (2000) explica que dentro de la triangulación metodológica, se pueden encontrar dos tipos: triangulación dentro de los métodos (within-method) y entre los métodos (between-Method o across-Method). Dado el diseño metodológico de este proyecto de investigación, la triangulación más adecuada sería la segunda, entre métodos.

Este tipo de triangulación es considerada como una aproximación más sofisticada de combinación de métodos complejos para el estudio del fenómeno en particular; lo más importante de esta estrategia, reside en que las “flaquezas” de un método constituyen las fortalezas del otro y su combinación posibilita una comprensión más acertada de aquello que se estudia incrementando significativamente la validez de los resultados.

En este caso, al contemplarse una metodología mixta en el diseño del proyecto, la triangulación documental aparece como una opción viable sobre la

información que se busca obtener. Dichos documentos pueden ser: Censos epidemiológicos registrados del servicio de urgencias (fuentes públicas como INEGI, SIMEF, entre otras), censos internos hospitalarios sobre servicio de urgencias, notas periodísticas sobre la atención médica que se brinda en el servicio, además de aquellas que contemplen información sobre ese espacio, documentos oficiales sobre presupuestos otorgados y uso del mismo, administración hospitalaria, fotografías históricas, archivos históricos, entrevistas periodísticas, etc.

2.6 Definición de variables

Índice de Saturación Modificado (ISM)

El uso del modelo matemático- computacional de monitoreo, consiste en la recolección de 7 variables, con base en 16 indicadores que se presentan como series de tiempo. La tasa de saturación evalúa exclusivamente en términos numéricos la suficiencia de recursos humanos (médicos y enfermeras) respecto al número de pacientes.

Cuadro 3 Definición de variables del Índice de Saturación Modificado (ISM)

VARIABLE	DEFINICIÓN
Camas útiles	<p>Número de camas en el servicio de urgencias médicas.</p> <p>Descripción: cama en buenas condiciones de conservación y mantenimiento, provista de ropa necesaria. Cabecera en contacto con la pared, sin ubicarse por debajo de una ventana ni próxima a puerta que provoque obstrucción al paso libre del personal. Ubicadas en plano regulable de altura, fácilmente manejables y desplazables. Provistas con colchón impermeable al agua, hipoalergénico y transpirable al vapor, almohada con funda, barandillas laterales y manivela para regular altura y articular la cama. Cada cama debe contar con toma de oxígeno, aire y succión, así como accesible a conexiones de suministro de energía.</p>

Pacientes en espera	Número de pacientes que se encuentran en espera de consulta.
Pacientes en consulta	Número de pacientes que reciben consulta en ese momento.
Pacientes en observación	Número de pacientes que se encuentran en observación, en silla de ruedas, reposit o sillón, camillas o en los pasillos después de haber recibido consulta.
Pacientes en estado crítico	Número de pacientes que por la gravedad de su padecimiento de fondo y/o comorbilidad asociada, requiera de monitoreo intensivo o intervención terapéutica/ quirúrgica de urgencia.
Médicos	Número de médicos en el servicio de urgencias médicas.
Enfermeras	Número de enfermeras en el servicio de urgencias médicas

Fuente: Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas (Polanco, 2013)

Por su parte, el Índice de Saturación Modificado asocia el índice de saturación a cuatro niveles de advertencia, ubicando el nivel de saturación del servicio de urgencias médicas de la siguiente manera:

Cuadro 4 Calificación de los estados de saturación

N.º	ISM	Nivel de advertencia
3	$X > 200$	Saturación extrema
2	$100 < x < 200$	Saturación alta
1	100	Saturado
0	$X < 100$	No saturado

Fuente: Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas (Polanco, 2013)

Herramienta Etnográfica

Cuadro 5 Definición de variables del espacio físico

VARIABLE	DEFINICIÓN
Iluminación	Agente físico que posibilita la visibilidad del espacio físico para desarrollar cualquier actividad relacionada con el espacio de trabajo.
Ventilación	Agente físico que permite la descontaminación de olores ocasionados por cualquier elemento que sea utilizado como herramienta de trabajo en el servicio de urgencias.
Ruidos	Agente físico interno (espacio de trabajo) o externo inmediato al servicio de urgencias.
Instrumentos y/o aparatos electromédicos	Estado material de las herramientas de trabajo que se sean cotidianamente más utilizados en el servicio de urgencias.

Fuente: Elaboración propia con criterios basados en la guía de observación de Murdock (1932) con modificaciones para el interés de la investigación.

Cuadro 6 Definición de variables sobre relaciones interpersonales e intrapersonales

VARIABLE	DEFINICIÓN
Interpersonales	Expresiones verbales que puntualicen acciones médicas durante el proceso de trabajo entre el personal adscrito al servicio de urgencias.
Intrapersonales	Expresiones verbales que puntualicen relaciones de poder que marquen asimetría en la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia con datos basados en la guía de observación de Murdock (1932), Garfinkel y Sacks (1970) con modificaciones para el interés de la investigación.

Cuadro 7 . Definición de variables sobre el proceso de trabajo

VARIABLE	DEFINICIÓN
Recepción del paciente	Refiere al primer contacto con el personal (médico, enfermería o administrativo), vía de arribo del paciente y hora de llegada al servicio de urgencias (turno de admisión).
Registro de datos generales del paciente	Refiere a procesos y trámites internos al servicio de urgencias, que tienen que ver con la admisión del paciente.
Clasificación de pacientes por Triage	Refiere al momento de evaluación médica que determina la gravedad del paciente. Se hace especial énfasis en la toma de decisión.
Toma de signos vitales y datos específicos para diagnóstico médico	Refiere al seguimiento de protocolos de admisión e ingreso del paciente al servicio de urgencias.
Valoración y clasificación del paciente	Exploración física que determina (de acuerdo a la gravedad del paciente) su prioridad (color o código) de atención médica.
Identificación de tipo de urgencia	Refiere a la prioridad de la atención médica inmediata en: -Código rojo: Área de choque -Código amarillo: Valoración secundaria asignada (especialidad) -Código verde: Valoración secundaria
Procesos internos	Refiere esencialmente a actividades como: llenado de hoja de urgencias, tiempos de tratamiento provistos y trámites de seguimiento intrahospitalario.
Alta del paciente del servicio de urgencias	Momento en el que el paciente está considerado como fuera de riesgo o, en su caso el traslado del paciente a otro piso, dependiendo su gravedad, pronóstico y tratamiento.

Fuente: Elaboración propia con criterios recuperados de la Captura de información del módulo de urgencias en el SIMEF (2018).

2.7 Cédulas de recolección de datos

Como se menciona anteriormente, para el uso del ISM se cuenta con el software autorizado por el comité creador y responsable del uso. El formato para su recolección es el siguiente:

Imagen 1 Cédula de recolección de datos para el ISM

The image shows a web-based data entry form titled "Data Entry / ISMSARS". At the top right, the user is identified as "PINETMICHELLE" with a "Log out." link. The form contains a list of input fields for data collection, starting with "ID_Hospital: 685". The fields are: "Available beds:", "Areas:", "Patients waiting:", "Patients in consultation:", "Patients in observation:", "Patients in critical condition:", "Doctors:", "Nurses:", "Respiratory technicians:", "Hemodynamic monitors:", "Mechanical ventilators:", and "Confirmed cases:". An "Enter" button is positioned at the bottom center of the form.

Fuente: Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas (Polanco, 2013)

Una vez llenado los ítems anteriormente señalados, el software determina en tiempo real la calificación del estado de saturación. Los resultados que se obtienen, se almacenan en una base de datos que posteriormente permite analizar detenidamente la relación entre las variables. El análisis y su interpretación serán descriptivos y asociados con los resultados obtenidos de la metodología cualitativa.

Elementos etnográficos

Es importante, dado el interés metodológico que se identifiquen las etapas del proceso de atención médica que posibiliten el ordenamiento de la información que se obtendrá y se recopilarán en las cédulas de recolección. En este caso, las unidades son las siguientes:

Cuadro 8 Descripción de unidades de observación

Etapas de observación	Descripción
Admisión	Espacio que es responsable de la captura de datos personales del derechohabiente.
Triage	Procedimiento de valoración primaria del paciente conforme la clasificación establecida del Triage.
Valoración secundaria	Refiere especialmente a la valoración de pacientes que no son considerados como urgencia calificada y que reciben atención médica en la consulta externa.
Observación	Espacio físico acondicionado que permite la visualización del paciente ante probables malestares físicos y su oportuna atención en dicho caso. Responde a notas evolutivas y altas del paciente.
Reanimación o sala de trauma choque	Refiere al espacio que interviene directamente con pacientes de urgencia calificada.
Alta del servicio de urgencias	Procedimiento que se considera la finalización de la atención médica de urgencias.

Fuente: Elaboración propia con datos de las políticas de operación de la captura de información del módulo de urgencias, SIMEF (2018).

Para el apartado cualitativo, se hará uso de un diario de campo el cual tendrá el siguiente formato:

Cuadro 9 Formato para la recolección de datos cualitativos

Fecha:			
Hora:			
Turno:			
ESPACIO FÍSICO	RELACIONES INTERPERSONALES E INTRAPERSONALES	PROCESO DE TRABAJO	NOTAS
Iluminación	a) Interpersonales:	Recepción del paciente	
Ventilación	b) Intrapersonales: en la toma de decisiones.	Registro de datos generales del paciente	
Ruidos		Clasificación de pacientes por Triage	
Instrumentos y/o aparatos electromédicos		Toma de signos vitales y datos específicos para el diagnóstico médico	
		Valoración y clasificación del paciente	
		Identificación de tipo de urgencia	
		Procesos internos	
		Alta del paciente del servicio de urgencias	

Es importante destacar que la descripción de estos datos serán identificados mediante las especificaciones del Triage a la cual serán sometidos para evaluación médica, esto implica que existirán variaciones en la atención y procesos de la atención médica, dependiendo el padecimiento, el diagnóstico, tratamiento y progreso del paciente.

Una vez teniendo los datos cualitativos, se depositan en un programa de análisis de datos denominado Atlas Ti (Versión 7), cuyo objetivo es codificar mediante

categorías y subcategorías la información obtenida, sintetizando y analizando los datos de manera ordenada y coherente con el diseño metodológico de este proyecto de investigación.

2.8 Cronograma de trabajo

El cronograma de actividades programadas para el trabajo de campo fue el siguiente:

Cuadro 10 Planeación del trabajo de campo

PERIODO	MESES	TIPO DE TURNO POR MES Y ACTIVIDAD		
Primer periodo	Enero Febrero Marzo	ENERO Turno: Matutino Actividad: -Inicio de monitoreo de saturación en el servicio de urgencias (ISM). -Inicio de recolección de datos cualitativos.	FEBRERO Turno: Vespertino Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos.	MARZO Turno: Nocturno Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM) -Recolección de datos cualitativos. -Análisis parcial de resultados cuantitativos y cualitativos, identificando categorías principales de sobresaturación.
	Cantidad de datos a recolectar: 90	Total de datos recolectados:30	Total de datos recolectados: 30	Total de datos recolectados:30
Segundo	Abril Mayo Junio	ABRIL Turno: Matutino Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos.	MAYO Turno: Vespertino Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de	JUNIO Turno: Nocturno Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos.

<p>periodo</p> <p>Cantidad de datos a recolectar: 90</p>		<p>Total de datos recolectados:30</p>	<p>datos cualitativos.</p> <p>Total de datos recolectados: 30</p>	<p>-Análisis parcial de resultados cuantitativos y cualitativos, identificando categorías de sobresaturación que coincidan con el periodo pasado y detectando nuevas.</p> <p>Total de datos recolectados: 30</p>
<p>Tercer periodo</p> <p>Cantidad de datos a recolectar: 90</p>	<p>Julio Agosto Septiembre</p>	<p>JULIO</p> <p>Turno: Matutino Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos</p> <p>Total de datos recolectados:30</p>	<p>AGOSTO</p> <p>Turno: Vespertino Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos</p> <p>Total de datos recolectados: 30</p>	<p>SEPTIEMBRE</p> <p>Turno: Nocturno Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos. -Análisis parcial de resultados cuantitativos y cualitativos, identificando categorías de sobresaturación que coincidan con los periodos 1 y 2,y detectando nuevas.</p> <p>Total de datos recolectados:30</p>
	<p>Octubre Noviembre Diciembre</p>	<p>OCTUBRE</p> <p>Turno: Matutino Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM).</p>	<p>NOVIEMBRE</p> <p>Turno: Vespertino Actividad: -Monitoreo de</p>	<p>DICIEMBRE</p> <p>Turno: Nocturno Actividad: -Monitoreo de saturación (ISM).</p>

Cuarto periodo		-Recolección de datos cualitativos.	saturación (ISM). -Recolección de datos cualitativos.	-Recolección de datos cualitativos. -Análisis total de resultados cuantitativos y cualitativos, identificando categorías de sobresaturación que coincidan con todos los periodos.
Cantidad de datos a recolectar: 90		Total de datos recolectados:30	Total de datos recolectados: 30	Total de datos recolectados: 30
Tiempo total de proyecto: 360 días		Total de datos recolectados por tuno:41	Total de datos recolectados por tuno:40	Total de datos recolectados por tuno:40

2.9 Consideraciones éticas

La investigación es un proceso de construcción que no sólo depende del investigador y su necesidad por comprender las causas de los fenómenos que atañen a nuestra sociedad; por el contrario, el proceso creativo de la construcción del conocimiento del cual es cómplice el investigador, debe, necesariamente partir de una capacidad reflexiva que le permita dilucidar sus propios deseos, frente a su objeto-sujeto de estudio. Esta capacidad reflexiva no se forja de inmediato; requiere de práctica continua y acompañamiento de otros, que le escuchen y correspondan, con la implicación de saber que el proceso de investigación se transforma continuamente, que de-construye formas de concebir y hacer, pero sobre todo que se reconozca al investigador como un actor investido de responsabilidades y obligaciones con su objeto-sujeto de estudio, que son ineludibles.

La ética y la investigación, forman una simbiosis necesaria respecto a todo proceso de obtención de conocimiento. Su relación es compleja y forma un vínculo

trascendental en toda actividad humana; su condición le permite discutir y debatir no sólo sobre las implicaciones teóricas-metodológicas, sino de aspectos fundamentales en relación con los alcances y límites de procedimientos con y en seres humanos.

Es bajo esta perspectiva, la necesidad de reconocer que dichas implicaciones, conllevan a esclarecer y mantenerse bajo las normas establecidas que subrayan las consideraciones éticas, bajo las cuales se debe proceder para garantizar que los sujetos participantes de cualquier proyecto de investigación, se encuentren de alguna manera protegidos antes, durante y después del proceso. Por tal razón, este proyecto de investigación está diseñado de tal manera que acate los señalamientos que la Ley General de la Salud, específicamente la Norma Técnica 313, considerados para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las Instituciones de atención a la salud. Así mismo, el protocolo está regido por las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dado el interés de este proyecto de investigación, los elementos recuperados de las pautas éticas y su acotación a dicho proyecto son las siguientes:

1.- Valor social, científico y respeto de los derechos.

La perspectiva ética (sobre todo la bioética) en este proyecto de investigación, es crucial no solo en su elaboración como un trabajo que contempla la condición humana, como aquella digna de ser estudiada, analizada e interpretada bajo sus propias condiciones contextuales; sino como aquella que hace hincapié en la necesidad de buscar elementos que puedan beneficiar a la comunidad, sin la intención de daños o intrusividades, sin importar del uso de herramientas o técnicas de investigación. Su diseño teórico y metodológico, propone un acercamiento no violento ni intrusivo, que interesa la comprensión de fenómenos sociales, respetando y priorizando la dignidad humana, así como los derechos individuales y colectivos de los sujetos de investigación.

Su valor social, refiere justamente a que la información obtenida del proyecto servirá para futuras investigaciones relacionadas con la salud y el trabajo, ofreciendo

datos que puedan ser analizados desde la multidisciplinariedad, bajo lineamientos éticamente establecidos, donde el uso de la información tendrá exclusividad para fines académicos, contribuyendo a la generación de investigaciones sociales que promuevan la salud y permitiendo establecer estrategias y vínculos institucionales, que se beneficien de la información obtenida en favor de la comunidad en general.

Su valor científico, recae en la capacidad metodológica para generar conocimiento confiable y válido, que permita no sólo dar alcance a los objetivos previstos, sino que posibiliten el diálogo entre disciplinas, enriqueciendo y haciendo más viable, el establecimiento de acciones a favor de la población.

El respeto de los derechos y el bienestar, se vuelve centralidad del proyecto de investigación, al estar diseñada para llevarse a cabo con el respeto necesario y preocupación por el bienestar de los sujetos participantes, manifestado en el consentimiento informado.

2.- Beneficios colectivos y riesgos de la investigación.

Dado el interés de la investigación, el beneficio principal del proyecto es esencialmente colectivo, en tanto que es el servicio de urgencias, el grupo considerado como unidad de estudio y no sus sujetos propiamente. Sin embargo, este proyecto también puede generar beneficios individuales, en la medida en que se diluciden los puestos de trabajo y sus respectivas funciones, re-direccionando las labores en torno a la organización laboral del proceso de trabajo.

En este sentido, los riesgos son minimizados al no contemplar procedimientos o intervenciones que impliquen la salud, daños económicos o sociales, sobretodo porque la información que se pretende obtener no implica cuestiones personales ni confidenciales. Por el contrario, la información obtenida servirá para comprender los procesos internos del servicio de urgencias, esclareciendo elementos fundamentales en el fenómeno de la sobresaturación.

Es del conocimiento de la investigadora, que la información que se pueda obtener contemple diferentes niveles de disposición al ser un tema de investigación que atiende a problemas de salud pública y que, su uso, podría generar conflictos de no ser adecuadamente trabajada y expuesta sin supervisión. Sin embargo, la

intención, el diseño y el objetivo del proyecto, al estar vinculados no solo el interés por el beneficio social, sino el compromiso científico y académico; la vigilancia metodológica y ética, se conjuntan para evitar en medida de lo posible, la generación de riesgos innecesarios que afecten a los participantes o a la institución.

3.- Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y revisión de la misma.

Es responsabilidad de la investigadora, asegurarse de que el proyecto de investigación se someta a revisiones éticas y científicas, por parte de comités de ética de la investigación, para asegurar que el proyecto acate los señalamientos establecidos para trabajar con seres humanos, dando prioridad al respeto de los derechos de los sujetos de investigación. Por tal razón, el protocolo será puesto a disposición del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma de Querétaro, previa a la presentación del Comité de Investigación Hospitalario; además de acatar las recomendaciones generadas por el Centro de Investigaciones Sociales Avanzadas(CISAV), respecto a las consideraciones éticas y de investigación.

Es importante destacar, que este proyecto de investigación forma parte de la educación continua de la investigadora, vinculada al Doctorado en Estudios Multidisciplinarios sobre el Trabajo (PNPC- CONACYT) que forma parte a su vez, de la Unidad Multidisciplinaria de Estudios del Trabajo, adscrito a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro; dichas instituciones respaldan el trabajo ético y de calidad que se ha estado realizando a lo largo de los años, respecto a los estudios del trabajo.

4.- Consentimiento informado

Es derecho de los participantes, obtener información clara y pertinente sobre el proyecto de investigación que se pretende realizar, para hacer uso de su capacidad de consentimiento sobre participar o no, en el mismo. Por tal motivo, se solicitará y obtendrá el consentimiento informado, bajo las siguientes especificaciones:

a) Consentimiento informado para observación no participante

- Sólo después de dar la información relevante acerca de la investigación y comprobar que el participante comprende adecuadamente los hechos importantes.
- Explicar a los participantes cómo es que se realizará el análisis de los resultados y qué se hará con dicha información.
- El consentimiento deberá ser firmado por el jefe de urgencias o encargado permanente del servicio de urgencias; no será necesario el consentimiento de manera individual, ya que se observará el proceso de trabajo de manera colectiva.

b) Consentimiento informado para entrevistas de tipo semiestructuradas

- Sólo después de dar la información relevante acerca de la investigación y comprobar que el participante comprende adecuadamente los hechos importantes.
- Explicar a los participantes cómo es que se realizará el análisis de los resultados y qué se hará con dicha información.
- Explicarle los beneficios y riesgos de su participación en el proyecto de investigación.
- Verificar que el participante tenga información básica de contacto con la investigadora, para dudas o comentarios.
- Explicar que la información obtenida de su participación será confidencial y con estricto uso científico y académico.
- Verificar que el participante comprenda que puede retirarse del proyecto de investigación sin penalización, desagavios, o sanciones.

5.- Uso de datos obtenidos en línea y herramientas digitales, relacionadas con el proyecto de investigación.

Para el uso del Índice de Saturación Modificado (ISM) previamente explicado en el capítulo metodológico, se podrá recurrir a los archivos de censos epidemiológicos

(específicamente del servicio de urgencias) para complementar los datos estadísticos respecto a los criterios de observación no participante.

En tal caso, se realizará una solicitud a las instancias correspondientes explicando los objetivos para tal fin, puntualizando las fechas y contenidos que se requieran para el proyecto, haciendo hincapié en que la información obtenida será confidencial y con fines metodológicos para la triangulación de datos.

6.- Conflicto de intereses

Este protocolo de investigación, forma parte de un proyecto de tesis doctoral registrado y adscrito a los programas de UAQ / PNPC-CONACYT, respondiendo de manera constante ante dichas instituciones sobre el desarrollo y avance de la investigación.

Así mismo, este proyecto está diseñado sin fines de lucro, ni busca compensación alguna por su realización. Por el contrario, se busca crear vínculos institucionales que permitan una coparticipación para desarrollar investigaciones en y para la salud.

Capítulo III

Análisis situacional: La ciudad de Querétaro

3.1 El trabajo como categoría central del objeto de estudio

Se ha hablado en otros capítulos sobre la construcción de conocimiento desde las Ciencias Sociales y su correspondencia con la necesidad de reconocer las múltiples diversidades teóricas que dan sentido y comprensión sobre los distintos fenómenos sociales.

Respecto a la categoría de trabajo, ésta se ha construido durante muchos años dentro de la Sociología del Trabajo, y es que, nace como un área que se dedicaría a el análisis de las problemáticas que conciernen al “mundo del trabajo”. Ahora bien, dado que existen múltiples formas (teóricas) de entender las realidades, también existen diferentes paradigmas para entender esta categoría central del trabajo.

Sin intención de abordar la complejidad de la sociología del trabajo, el repaso de los elementos que la conforman son indispensables; por tal, ésta nace influenciada por el contexto socioeconómico de la segunda posguerra y paralela al crecimiento del denominado “Estado de bienestar” y procesos democráticos en las sociedades occidentales.

Entendida como disciplina, se desarrolló inicialmente en el intento de estudiar al trabajo con métodos sociológicos y no como una mera aplicación de la sociología del trabajo (Huges, 1958). Los primeros trabajos en relación con los estudios del trabajo, realizados en Gran Bretaña, Francia y Estados Unidos, renovaron el enfoque donde puntualizaban que era en la persona que realizaba el trabajo, donde se intentaba inferir o explicar los comportamientos o consecuencias con el trabajo mismo; aún en este momento, la sociología del trabajo no se consolidaba todavía como una sub-disciplina autónoma dentro del campo de la sociología. Pero no fue, sino hasta los años 60’s, donde el interés se centraba en el distinguir los deseos por extender los estudios del trabajo a los espacios no industriales, primarios o terciarios.

Así, la pluralidad que exigían los estudios del trabajo implicó que Friedmann y Naville (1961) en su “Tratado de Sociología del Trabajo” definieran y acotaran que ésta, correspondía al estudio de las colectividades humanas que, diversas en su tamaño, se constituyen para el trabajo por sus funciones, las relaciones que se ejercen en ellas, el inevitable progreso tecnológico, y de las relaciones externas e internas que entre los individuos que las componen. Incluso, diversos estudiosos centralizaron la asociación entre el trabajo y la relación salarial, implicando la incorporación de nociones de otras aproximaciones o nociones, como la economía.

Regresando al tema que se ocupa, el interés por definir este concepto trajo como resultado que los escritos reunidos en la revista francesa *Sociologie du Travail* sentaran las bases no sólo para dar cuenta de aquello que se entendería por “trabajo” en Europa y América Latina, sino un desenlace dramático para los referentes conceptuales de los estudios del trabajo precisamente, en América Latina. No es, sino con la crisis del taylorismo (que consistió en la renovación de los métodos de resistencia obrera en los lugares de producción (Aglietta, 1981), que conllevaron a un severo ejercicio del poder patronal sobre la disposición de las fuerzas productivas) que se generaron “nuevas formas de organización en el trabajo” teniendo una influencia significativa en las formas técnicas y organizativas de los procesos productivos, fragmentándolos y dando paso a un proceso de reestructuración de los mismos. Esto implicó que los estudios del trabajo se volcaran en otras formas de aprehender esas realidades productivas, desde una mirada distinta a la de los viejos paradigmas de las ciencias sociales.

Freyssenet en 1994, instruye que ésta nueva forma de entender los estudios del trabajo, requería hacer un retorno al estudio directo del proceso de trabajo (incluyendo a los trabajadores), lo cual supondría a su vez una renovación importante de los métodos y revalorizaciones de las herramientas antropológicas y sobre todo, la observación participante. De tal forma, las situaciones reales de trabajo sería el primer objeto de estudio para poder, partiendo de ellas, saber con más claridad las tendencias a las evoluciones del trabajo y las vivencias de los trabajadores.

De tal manera, la noción de trabajo comenzó a dotarse de nuevos significados ya que el que se tenía no daba alcance a comprender todos los elementos que contienen esta categoría. Jacques Delors en 1994⁶, visibilizaba la necesidad de que esta ampliación daba paso a la comprensión de que el trabajo corresponde no solo a un fenómeno de la relación social del empleo, sino que responde también a que el trabajo es una forma de actividad que posibilita transformar la naturaleza en servicios útiles o bienes, pero aún más importante: como una forma de generar lazos sociales que permitan conocer la forma en la que se transforman los elementos de la condición humana.

3.2 Las dificultades conceptuales en marcos de referencia latinoamericanos

Particularmente, al hablar de la sociología del trabajo en su impacto en los estudios laborales en América Latina, trae como un elemento importante el reconocimiento de las demandas y necesidades sociales que son propias de ese contexto, y es que estos “nuevos caminos” de la sociología del trabajo marcaron un parteaguas no sólo para reformular la noción de trabajo, sino de los elementos que se tendrían a disposición para aprehender el mismo.

Juan José Castillo, catedrático español que ha dedicado gran parte de su vida profesional a los estudios del trabajo y, formando parte como presidente del Comité de Investigaciones en Sociología del Trabajo de la Asociación Internacional de Sociología, no sólo escribe sobre la categoría sobre el trabajo en Europa sino que su interés ha transmutado a sus acotaciones en América Latina. Sus colaboraciones han sido mediante artículos publicados con uno de los referentes de los estudios del trabajo en México, el Dr. Enrique de la Garza Toledo; en ellos, analiza la historia de la disciplina en América Latina, retomando y discutiendo las diversas definiciones que autores han brindado sobre la categoría de trabajo.

⁶ En la colaboración que hizo para el informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, donde recupera la importancia de razonar desde un marco prospectivo dominado por la mundialización, las orientaciones sobre los descubrimientos y progresos científicos.

Así, sostiene que todas las formas de trabajo y actividad, son objeto de estudio de la sociología del trabajo y más aún, que será el modo en que se desarrolle el trabajo en tiempos futuros, lo que marquen o determinen los límites de la disciplina que lo estudia (Castillo, 2000).

Por su parte, De la Garza (2000) sostiene que si bien la teoría social se ha investido desde una perspectiva objetivista o subjetivista, esta división tajante de la conceptualización del trabajo, no ha posibilitado el estudio de los fenómenos sociales como pretendería la sociología. Esto es importante, porque pone como centralidad lo particular, lo situacional; es decir, las aproximaciones teóricas y metodológicas, deben buscar y responder a las transformaciones históricas que se han experimentado, para ello se requiere de una capacidad explicativa del concepto de identidad en relación con dichos campos empíricos específicos.

Esta dificultad, enmarca la relación “fantasmal” entre la teoría y la práctica (Boaventura, 2010) y, que tiene connotaciones referentes a una distancia epistemológica y ontológica, donde es necesario asumir que en el continente latinoamericano, se revelan características transicionales inéditas que determinan o condicionan las configuraciones identitarias. Esto es, una apuesta por empezar a construir desde otros referentes, unos más cercanos a su realidad.

Boaventura (2010), identifica ciertas dificultades en torno a la teoría crítica que se ha desarrollado dentro de la tradición occidental, donde se entrelazan dilemas de tipo político, teórico, epistemológico y ontológico. Si bien la teoría crítica, ha permanecido durante mucho tiempo como teoría dominante, aparece también como referente de las luchas contra la opresión, la exclusión y el fin del capitalismo; en este sentido, el autor señala que durante las últimas décadas, las luchas sociales se han transformado con tal magnitud y profundidad, que se concentran las dificultades para imaginar el fin del capitalismo y del colonialismo.

Por un lado, estas dificultades refieren una discusión que se centra en lo difícil que es imaginar que el fin del capitalismo, lo cual ha permea una especie de fractura del pensamiento crítico en dos vertientes, que sostienen dos opciones políticas distintas; la primera, apunta al desarrollo de un “modus vivendi” con el capitalismo,

que permite minimizar ciertos costos sociales de la acumulación capitalista dominada por el individualismo, la competencia y la tasa de ganancia; mientras que la segunda, refiere a pensar el fin del capitalismo, intentando imaginar alternativas poscapitalistas, por un lado, y por otro, imaginar alternativas precapitalistas anteriores a la conquista y al colonialismo.

La coexistencia de ambas vertientes, devienen de distintos pactos sociales que las sostienen, y sus propios tipos de legitimación; la primera es transclasista en tanto “... *que propone a las diferentes clases sociales un juego de suma positiva en el que todos ganan, permitiendo alguna reducción de la desigualdad en términos de ingresos sin alterar la matriz de producción de dominación clasista.*” (Ibídem, 2010;12). Mientras que en la segunda, el pacto social es mucho más complejo y frágil, dado que la lucha de clases está abierta y se presume de una “autonomía” del Estado; y en este, su capacidad de mantener en suspenso, el gobernar de manera sistemáticamente contradictoria; aunado a ello, la explotación capitalista se logra combinar con las dominaciones del colonialismo interno, donde las clases se encuentran atravesadas por identidades culturales y regionales, multiplicando las fuentes de conflictos y complejizando la institucionalización.

Si bien lo anterior permite dar cuenta a grandes rasgos, sobre las dificultades en torno a la teoría crítica occidental, el autor puntualiza que a diferencia de otros países, en el caso de América Latina, “... *es tan difícil imaginar el fin del colonialismo como es difícil imaginar que el colonialismo no tenga fin.*” (Ibídem; 2010; 14). Esto sugiere una centralidad en la lucha de clases, que no reconoce la validez de la lucha étnico-racial; por el contrario, valora el mestizaje que caracteriza específicamente el colonialismo ibérico, que puntualiza una discusión centrada en los conceptos -sustantivos- hegemónicos y que no son una propiedad inalienable del pensamiento convencional o liberal, sino que hacen referencia a la capacidad que los movimientos sociales han mostrado para usar ese modo contrahegemónico, para fines contrahegemónicos, etc. Estos sustantivos, actualmente se siguen estableciendo en el horizontal intelectual y político que determina lo decible, lo creíble, lo legítimo y lo realista.

Quijano (1992) por su parte, identifica otra de las dificultades en relación con la dominación directa, política, social y cultural del colonialismo, al no tratarse solamente de una subordinación de las otras culturas respecto de la europea, sino que su intensidad y profundidad tiene muchos niveles de acotamiento y representación, sobretodo en las formas de conocer y de producir conocimiento. En este sentido, las formas de producir perspectivas, los modos de significación, los recursos, los instrumentos de expresión objetivada, etc., responden a esta imposición política y cultural, mediante la seducción que el poder de la europeización cultural aparentemente otorga; siendo el referente o modelo universal, donde el imaginario cultural –otro, cualquiera- difícilmente podía existir, y reproducirse fuera de esos marcos. Es entonces, en este “refugio” donde la teoría crítica legitima el uso creativo de los sustantivos (Boaventura, 2010) pero a su vez, limita sus debates y propuestas, dentro de un amplio horizonte de posibilidades, asumiendo un posicionamiento que le permite entrar en un debate, pero no discutir los términos del debate y menos el porqué del mismo y no otro.

En el caso de Latinoamérica, estos límites se vuelven significativamente más visibles dadas las luchas y movimientos sociales existentes, reviviendo discusiones sobre la necesidad de resemantizar viejos conceptos e introducir nuevos que no tienen precedentes en la teoría crítica eurocéntrica. Es importante aclarar, que esto no significa desechar lo que se ya se ha construido y desarrollado de la misma, sino que debe asumirse que en el continente latinoamericano, tiene un proceso histórico diferente que debe ser tomado en cuenta para los estudios sociales.

Tal es el caso del concepto de “sobresaturación” referente a los servicios de urgencias médicas, ya que, si bien es un fenómeno empírico, que comprende un análisis desde formas de articulación y configuraciones multidimensionales; en países eurocéntricos la sobresaturación es entendida como *crowding*⁷, que de forma genérica refiere al momento cuando la demanda asistencial médica, supera la capacidad de proporcionar un servicio de atención urgente de calidad; sin embargo,

⁷ Tudela & Módol (2015), explican brevemente esa acotación en su artículo “La saturación en los servicios de urgencias hospitalarias”.

en el contexto latinoamericano se requiere de una discusión amplia sobre la conceptualización de “sobresaturación”, dado que las condiciones y los procesos sociales, económicos, políticos y culturales son diferentes, modificando sustancialmente la aproximación teórica y metodológica para su estudio.

Lo anterior logra ejemplificar de cierta manera, la dificultad que tiene la relación entre la teoría y la práctica, por un lado y por otro, el peligro de caer en una subteorización que determina la irrelevancia teórica. La teoría entonces, deja de estar al “servicio” de las prácticas futuras y sirve más bien, para legitimar prácticas pasadas que surgen de la misma, además de considerar que la práctica se estaría justificando a sí misma, recurriendo a un mero bricolaje teórico centrado en las necesidades del momento, formado por conceptos y lenguajes heterogéneos.

Boaventura (2006), quien a propósito realiza una intensa y reflexiva aproximación desde las epistemologías del sur en torno a la teoría crítica y la necesidad de repensarla desde otros referentes, señala que todas las prácticas sociales se basan en conocimientos y por ende, son prácticas del saber. Sin embargo, cuando se incide sobre ellas en tanto saberes aplicados, transformados en prácticas y materialidades –partiendo de referentes eurocentristas- ocurre algo inevitable: “... como no hay un principio único de transformación social, no es posible determinar en abstracto articulaciones y jerarquías entre las diferentes experiencias sociales y sus concepciones de transformación social.” (Ibídem, 2016; 95).

Lo anterior sugiere, que cualquier movimiento social tiene su propia potencialidad en tanto su capacidad de articulación entre sus componentes y con otros movimientos, con sus formas organizativas y sus propios objetivos. Dado que no hay una práctica social o un hecho social idéntico, la labor del investigador social reside justamente en situar de manera particular el contexto histórico, sus condiciones y procedimientos. Para ello, el autor introduce la noción de *zona de contacto*, para comprender los espacios de vida normativos, prácticas y conocimientos que se encuentran e interactúan.

Si bien, esta noción refiere a aspectos de traducción y sus implicaciones para la producción y reproducción teórica, hace un retorno necesario a la discusión

respecto a la complejidad de utilizar los mismos referentes para comprender zonas que se caracterizan por las disparidades entre sus realidades y las desigualdades en las relaciones de poder.

Lo anterior se enmarca en un contexto actual y paradójico, donde la cultura – específicamente la occidental- se encuentra en relación directa entre ser indispensable e inadecuada para comprender las transformaciones sociales. De esta forma, el esfuerzo que se realiza por comprender los fenómenos, también se representa en el tipo de transformación social del que puede construirse y que exige ser construida para dar sentido, pero sobretodo, que se conviertan en prácticas transformadoras.⁸

Quijano (1992), recalca que las formas y efectos de la colonialidad cultural, han sido diversos según los momentos y los casos particulares; por ejemplo, en América Latina la colonización del imaginario, tuvo un impacto significativo no solo en el exterminio de ciertas poblaciones indígenas –consideradas para uso de mano de obra desechable-, sino que existe un factor que relativizó la profundidad de dichos efectos; la violencia de la conquista y de las enfermedades.

Al respecto, Gaona (2014) menciona que la experiencia de la salud - entendida como un proceso que implica la producción y apropiación de sentidos-, desde una perspectiva intersubjetiva sobre la enfermedad, el dolor, la vida y el cuerpo; incluye a su vez, diversos escenarios como la medicalización, la calidad de vida, la salud como derecho -y como deber-, pero también la apropiación y significación de los espacios físicos, como parte fundamental de la identidad colectiva. Esto último puntualiza elementos que han sido objetos de transición y transformación de las prácticas colectivas, sobretodo aquellas donde la centralidad se vincula en ese proceso de enfermar y sanar; donde se logran visualizar también, las transformaciones desde la práctica médica en sus formas tradicionales y

⁸ A propósito de la paradoja, Boaventura (2006) propone una teoría crítica posmoderna autorreflexiva e invulnerable a la tendencia deconstructiva de sus propios fundamentos, mediante la pluralidad y construcción desde una ética desde abajo. La ética en y de las Ciencias Sociales, aparece como una nueva centralidad de discusión que, si bien no es del interés de este documento, sería interesante intentar vincular la labor del investigador social como aquella que posibilita no solo la obtención de conocimiento, sino una comprensión diferente en torno a la ética, el trabajo y la salud.

modernas sobre la atención, intervención y cura, sin olvidar su propio proceso de transformación y conocimiento del cuerpo humano, sus acciones y sus reacciones.

Contribuyendo así, a que esta búsqueda constante de conocimiento y construcción teórica, permita dar cuenta de diversas redes de tipo socio-históricas que puntualicen la necesidad de concebir la enfermedad no solo como un conjunto de síntomas o malestares físicos y/o subjetivos; sino pensarlo como un proceso complejo que sugiere la implicación de relaciones sociales que dimensionan, significan y representan la enfermedad. Esto no es, sino el reconocimiento de que no se enferma de la misma manera, de que hay una experiencia de por medio y eso implica, otro proceso y configuración subjetiva que tampoco puede ser desechada o no considerada, desde esta perspectiva de las epistemologías desde el sur, implica también reconocer que “... *la enfermedad pertenece a la cultura, y de forma especial pertenece a esa carne, es decir es posesión y expresión de ese sujeto brincado al mundo...*” (Ibídem, 2014; 232).

Lo anterior señala la necesidad, de re-conceptualizar -bajo esta lógica de los referentes en América Latina-, no sólo la salud en términos de ese encuentro entre lo político y el cuerpo propio y del otro, sino en la discusión sobre la definición de salud en sus diversas representaciones; en la relación del ser físico y psíquico, en el mundo social y político, en hechos históricamente contruidos, que son objetos de competencias pero también de resistencias, que se producen y reproducen de formas institucionales e ideológicas (Fassin, 2004).

Los aportes teóricos-metodológicos que conlleva pensar desde las epistemologías del sur, enmarcan que, si bien los estudios poscoloniales han sido predominantemente culturales, con interés en análisis críticos de subjetividades sociales, ideologías y prácticas simbólicas, no necesariamente limita su capacidad, en tanto una magnitud creativa para ser referente en los estudios del trabajo, desde una mirada multidisciplinaria. Por el contrario, enriquecería sumamente los aportes que pudieran devenir de esa tarea reflexiva, propia de la ética; recordando que, en las Ciencias Sociales no se trata de la búsqueda de la verdad o perseguir saberes absolutos, sino de las rupturas sociales propias de la construcción científica; es

decir, “... de ejercer una forma específica de la vigilancia epistemológica, exactamente, la que debe asumir dicha vigilancia en un terreno en el que los obstáculos epistemológicos son, de manera primordial, obstáculos sociales.” (Bourdieu, 2003; 154).

3.3 La situacionalidad del objeto de investigación

Durante mucho tiempo, la noción de espacio había pertenecido al vocabulario que acuñó el marxismo, que se imponía particularmente a los estudios urbanos liderados por Castells, Topalov y otros; pero quien le dio fuerza al concepto de espacio (entendiéndolo como urbano o fuera de éste) fue Henri Lefebvre en 1974 en su obra “La producción del espacio”, en la cual tuvo la magnífica idea de colocar las prácticas sociales como mismos actos de producción en el sentido de una transformación que genera un producto con un mayor valor.

Si bien, colocar esta idea era reconocer la lógica de producción de Marx sobre las transformaciones del mundo a partir de considerar un objeto como valor final superior a los componentes que integran al mismo, incluyendo elementos como la plusvalía, el capital, la fuerza de trabajo y otros, permitió re-pensar el espacio en uno que correspondiera también al producto de la sociedad.

En este sentido, la importancia de incorporar elementos de tipo simbólico que pertenecen a la gentrificación, puede visibilizar las transformaciones en el espacio hospitalario y considerarlo entonces como uno repleto de prácticas sociales que dan valor y sentido a los espacios, transformándolos y éste a los actores sociales, proveyéndolos de otros tipos de valores.

Así, en planteamiento tradicional sobre la producción del espacio habla, implícitamente, de una noción particular del espacio como aquel que está formado por un conjunto de objetos que tienen una localización determinada y un tipo de ocupación de área espacial dependiendo de su forma y medidas, así como del espacio entre esos objetos. Entonces se da cuenta de dos elementos importantes que actúan uno sobre de otro: lo que son los objetos y el espacio entre ellos.

Producir el espacio entonces, puede referirse desde la edificación incluyendo las transformaciones del mismo y la demolición de los objetos en el espacio, hasta la configuración que está determinada por la posición de los objetos, así como la forma en la que el espacio es ocupado por ellos.

Ahora bien, la apropiación del espacio, desde la definición de Chombart (1979) corresponde a un conjunto de procesos de tipo socio-psicológicos que se sitúan en relación con el sujeto-objeto, entre el sujeto que se apropia del espacio y de los objetos que lo rodea; es entonces, la posibilidad de poseer, actuar, crear y depositar imaginariamente los deseos, aspiraciones y proyectos.

Los espacios, se constituyen de narraciones, imágenes, de los pequeños detalles que resisten las transformaciones del mismo, de las reconstrucciones, de los movimientos, etc. La posibilidad de entender la apropiación del espacio, reside entonces en leer estos elementos desde perspectivas experienciales para dar cuenta de quienes y qué hacían sobre y en el espacio (Hiernaux, 2014).

Así bien, lo anterior servirá como ápice para la situacionalidad que tiene por objeto este proyecto de investigación, y es que la Ciudad de Querétaro, sujeto a un intenso proceso de apropiación y re apropiación del espacio durante los años, reside en un importante crecimiento económico y demográfico en el país.

Primero, porque tiene una privilegiada ubicación demográfica al ser una ciudad intermediaria entre el Área Metropolitana de la Ciudad de México y el Occidente del país; su crecimiento económico, explica también como es que la política de desarrollo de parques industriales (desde los años sesenta) dieron pie a la instalación de diversos procesos de industrialización en ramas como la automotriz, principalmente, ya que ésta se ubica como el cluster más representativo del Estado.

Este crecimiento económico desmedido, trajo un incremento significativo en la población, como resultado de esta nueva imagen de la ciudad, promovida por el gobierno estatal e impulsada por la iniciativa privada, constituyendo así a Querétaro como una ciudad que permeaba el asentamiento de industrias. La ciudad experimentó así un cambio radical en el crecimiento urbano (a mediados de los años setenta), paralelamente a la puesta en marcha de los iniciales parques industriales,

motivando la creación de desarrollos suburbanos y fraccionamientos de gran tamaño, reformulando los límites territoriales que constituían la ciudad y dando cabida al aumento de familias de obreros buscando asentamiento en esos espacios. Para inicio de los años ochenta, con el impacto ya establecido de la industria en el Estado, Querétaro se habría convertido en un punto importante de migración e inmigración; hasta cierto punto la ciudad mantuvo una quietud debido a su carácter provincial colonial que respondía al área central geográfica e histórica.

Sumado a esto, en 1984 se incorporó el Centro Histórico como Patrimonio de la Humanidad, obligando a las autoridades a mantener un “alejamiento” considerable de los parques industriales hacia las periferias, así como algunas oficinas de gobierno. Por un lado, investigaciones realizadas en torno a los procesos de gentrificación⁹ en el Centro Histórico puntualizan un interesante referente hacia la noción de formas nuevas de gentrificación dirigidas por procesos institucionales; es decir: por políticas públicas.

Si bien, tiene mucho que ver el hecho de que en particular la población estudiantil de la ciudad marca una preferencia por residir en áreas centrales (debido al bajo costo del alquiler, así como la accesibilidad a espacios educativos, se observa también, que hay una presencia creciente de residentes extranjeros jubilados, personas trabajadoras en empresas globales y, trabajadores del estado (Hiernaux, 2014).

En este sentido, la evolución demográfica entre el año 1970 -cuyo censo era de 221, 852 habitantes– al año 2000 –donde el censo llegó a 816, 481 habitantes- casi se cuadruplicó la cantidad de habitantes en la zona metropolitana; así mismo, el INEGI (2006) con base a los datos publicados del Consejo Nacional de Población, elaboró una proyección demográfica al 2020 donde señalaban que se esperaba para ese año una población aproximada de 1, 272, 490 de habitantes, considerando los municipios conurbados. Sin embargo, el censo quinquenal que realizó el Instituto

⁹ Entendido como el reemplazo de la población que existe en un área central de la ciudad, por habitantes con otro ingreso (mayor), que conlleva una recomposición social así como de las actividades asociadas a ese ingreso.

Nacional de Estadística y Geografía (2018), la Ciudad de Querétaro tenía hasta el año 2015 un total de 2, 043, 851 habitantes; excediendo significativamente la proyección del CONAPO respecto a la evolución demográfica de la ciudad.

Estos procesos de gentrificación, sobre todo aquel que refiere a las implicaciones de las políticas públicas en la reorganización del espacio, puede ser un acercamiento importante para dar cuenta de cuál es el proceso de apropiación del espacio hospitalario, sus elementos, los actores sociales involucrados, etc.

En este caso, el Hospital General ISSSTE Querétaro es la única institución de salud pública con dicha categoría, que se ubica en el Centro Histórico de la Ciudad. Esto conlleva a analizarlo no sólo como un espacio particular de atención médica de segundo nivel, sino como un espacio que se encuentra inmerso en estas tablas de relaciones políticas, económicas y sociales que significan y que son portadoras de sentidos.

Capítulo IV

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

4.1 Origen y breve historia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

México es considerado como el primer país que dio naturaleza constitucional a la seguridad social, establecido en el artículo 123 de la Constitución de 1917, dando garantía jurídica a los aspectos políticos, económicos y sociales del trabajo, otorgando un rango constitucional a los derechos de los trabajadores.

El avance económico del país, la consolidación del Estado y la necesidad por atender a los mandatos constitucionales, generaron ciertas preocupaciones gubernamentales por unificar de cierta forma las prestaciones y los servicios, de tal manera que se garantizara su acceso a todos los trabajadores del Estado, promulgando así la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro, con la finalidad de estructurar un sistema en el que el trabajador –con ayuda del Estado- contribuyera a la formación de un especie de fondo que posibilitara el otorgamiento de pensiones y ciertos préstamos hipotecarios (ISSSTE, 2010).

Para el año 1946, el cambio de la Administración Pública Federal produjo en la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, cambios sustanciales y recomendaciones sobre la necesidad de un programa de inversión de beneficio social, obligando la formulación de un proyecto de la nueva Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, aprobada en diciembre de 1947 y misma que buscó extender la magnitud de las prestaciones, mejorar el funcionamiento de las preexistentes e incorporar al régimen de Seguridad Social, un mayor número de trabajadores así como organismos públicos.

En el año de 1959, con motivo del XXI aniversario de la expedición del Estatuto Jurídico de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), se celebró una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, donde el presidente en turno Adolfo López Mateos anunció la presentación de una iniciativa de ley ante el Congreso de la Unión, que daría origen al Instituto de Seguridad y

Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. Dicha iniciativa fue discutida, aprobada y publicada el 30 de diciembre del mismo año, en el Diario Oficial de la Federación y, formalmente en el año de 1960 la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma en el ISSSTE.

La ley del ISSSTE, se constituyó en México como la primera en responder a una perspectiva integral de la seguridad social, que pretendía cubrir tanto la asistencia a la salud como prestaciones sociales, culturales, económicas y con beneficios extendidos a los familiares de los trabajadores. Inicialmente, el instituto adquirió unidades hospitalarias privadas que, aunque satisfacían temporalmente la demanda inicial del servicio, requirieron de numerosas adaptaciones y ampliaciones; así, en ese mismo año el instituto inició la construcción de las tres primeras clínicas en lo que antes era el Distrito Federal -hoy Ciudad de México- y compró el Centro Hospitalario “20 de Noviembre” (ISSSTE, 2018).

Dentro de lo que el instituto denominó “servicios sociales”, se incorporó un conjunto de prestaciones que se caracterizaban por el apoyo al asegurado y su familia a través de la atención y cuidados a niños en guarderías –ahora denominadas “Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil”, pero también la posibilidad de renta y venta de departamentos en desarrollos multifamiliares, servicios funerarios y apoyos económicos en formas de descuentos o vales para la familia.

En diciembre de 1963, se incluyeron de manera reglamentaria los seguros, servicios y prestaciones establecidos en el capítulo de seguridad social como una contraprestación de la relación laboral con el Estado. Dichas inclusiones a la ley del ISSSTE, favorecieron a todos los trabajadores en puestos Federales, Estatales o Municipales, además de Organismos Paraestatales, por constituir un rol relevante de la Administración Pública.

No fue, sino hasta el año de 1983 que se lograron diversificar las prestaciones y los servicios importantes, además de permitir que el trabajador que deje de prestar sus servicios y no tenga el estatus de pensionado, podrá solicitar la continuación voluntaria en el régimen obligatorio del seguro en caso de enfermedades, maternidad y medicina preventiva, incorporando posteriormente agencias turísticas, tiendas,

farmacias y estancias de desarrollo infantil, entre otros. Esta publicación de Ley es vigente y ha tenido que modificarse gradualmente, según las necesidades y los retos sociales, económicos y políticos que se han ido presentado.

En cuanto a su visión, misión y estrategias, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado busca mediante la incorporación de códigos normados de calidad y calidez, la generación de valores y prácticas para el bienestar y calidad de vida, en las diversas esferas sociales (económica, de salud, de vivienda, de formación, de deporte, de cultura y actividades de recreación), para beneficio de todo derechohabiente; contribuyendo al mejoramiento de los niveles de bienestar al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de servicios. Para lograr el cumplimiento de dichos objetivos planteados de desarrollo social y humano, el instituto formuló su “Programa Institucional 2001-2006” conformado por 8 estrategias, 41 líneas de acción y 82 proyectos que abarcan la totalidad de áreas centrales y algunas áreas desconcentradas.

4.2 Sobre el Sindicato Nacional de los Trabajadores del ISSSTE y las condiciones de trabajo

El SNTISSSTE aparece como una organización sindical, originariamente constituida por agrupaciones de trabajadores de la anterior Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, además de algunas otras entidades del sector público. Conforme se dieron las modificaciones y transformaciones institucionales que dieron paso al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se solicitó al mismo tiempo, el cambio de registro ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, formalizando la constitución del SNTISSSTE e integrado por todos los trabajadores sindicalizados que prestaran sus servicios en las dependencias del instituto.

Como objetivo, el sindicato promueve el estudio, mejoramiento y defensa de intereses comunes de sus miembros, dando atención y seguimiento en sus diversos centros de trabajo del instituto; además, está integrado por 17 secciones en la Ciudad de México y una en cada Estado de la República.

Según la página oficial del ISSSTE (2018), el marco jurídico de la institución establece sus bases conforme la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, especialmente con el artículo 123 sobre el derecho al trabajo digno y socialmente útil. Seguido de ello, lo conforma la Ley Federal del Trabajo, que establece los principios generales sobre las relaciones individuales de trabajo, condiciones de trabajo, derechos y obligaciones de los trabajadores –así como los patronos-, trabajo de las mujeres, relaciones colectivas de trabajo, huelgas, riesgos y exigencias laborales, autoridades de trabajo y demás servicios sociales; además de hacer válidos los lineamientos de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

La representación sindical, conciliará con el instituto los asuntos individuales o colectivos derivados de la relación laboral, reconociendo siempre la facultad de que todo trabajador ejerce por sí mismo sus derechos. Lo anterior, por supuesto, tiene sus propias limitaciones respecto a la división de trabajadores y los beneficios que le interceden, según los marcos normativos existen trabajadores de base, provisionales, de confianza, interinos, a obra determinada y a tiempo fijo.

Cuadro 11 División de trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Tipo de contrato	Descripción
Base	<p>A. Comprendidos en el artículo 5° de la Ley, y aquellos que clasifiquen con apego al artículo 20 de la misma.</p> <p>B. Ocupación de plazas vacantes definitivas de acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de Escalafón.</p> <p>C. Trabajadores de nuevo ingreso en plazas vacantes definitivas, previo dictamen de la Comisión Nacional Mixta o, Subcomisión Mixta de Bolsa de Trabajo, accediendo a base después de 6 meses de servicio interrumpido y sin notas desfavorables.</p>
	Trabajadores de base, que según el sistema escalonado ocupen plazas vacantes originadas por licencias mayores de 6

Provisionales	meses y reclamadas ante el Tribunal, gozarán de derechos y prestaciones inherentes a la plaza.
Confianza	Comprendidos en el artículo 5º de la Ley, así como en el artículo 20 de la misma y que clasifiquen con tal carácter en el Catálogo de Puestos.
Interinos	Nombrados para cubrir plazas que se consideren como vacantes temporales por periodos de tiempo (máximo 6 meses).
A obra determinada	Considerados los que realizan tareas directamente ligadas a una obra o programa y que, por su naturaleza no es considerado permanente.
A tiempo fijo	Nombrados con fecha precisa de inicio y terminación del nombramiento.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2010).

Dado el interés del proyecto de investigación, la puntual acotación al servicio médico que provee el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es destacable, en este caso, como trabajador o pensionista directo que ejerce el derecho de extender sus beneficios a familiares, registrándolos en las unidades y clínicas familiares de medicina familiar que correspondan para una atención médica digna e inmediata, se consideran trámites gratuitos e indispensables para hacer uso de dicho servicio; los familiares que tienen derecho al servicio médico son: Concubina/no, con hijo/a (procreado o adoptado) o sin hijo/a; Hijos/as, menores de 18 años de edad, estudiantes hasta nivel medio superior, mayor de 18 años y hasta cumplir 26, incapacitado/a física o psíquicamente mayor de 18 años y, ascendientes.

4.3 Niveles de atención del Sistema Institucional de Servicios de Salud

La caracterización de cada unidad posibilita la identificación de la capacidad física instalada, el equipamiento médico, la dotación de insumos y asignación de personal (especialmente médicos y enfermeras) que garanticen una atención médica eficaz,

oportuna, de calidad y humana, a los derechohabientes. Así, el marco general para la clasificación de las unidades médicas del instituto, se representa por lo ya establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) estructurando los niveles de atención de la siguiente manera:

Cuadro 12 Clasificación de las unidades médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Nivel de atención	Descripción
Primer nivel	Proporciona servicios básicos y ambulatorios, atiende padecimientos de mayor frecuencia pero con menos complejidad de resolución. Comprende consulta externa y medicina preventiva en consultorios auxiliares, generalmente se presentan como Unidades y Clínicas de Medicina Familiar.
Segundo nivel	Conformado por Clínicas de Especialidades, Clínicas Hospital y Hospitales Generales, proporcionan atención de tipo ambulatoria y hospitalización para solucionar problemas de mediana complejidad.
Tercer nivel	Integrado por hospitales regionales, proporciona atención médica de muy alta especialidad, específicamente para padecimientos de mayor complejidad y dificultad de diagnóstico y tratamiento. Generalmente se activa mediante referencias del segundo nivel de atención médica.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2018).

4.4 Servicios de salud públicos en la ciudad de Querétaro

En cuanto a la disposición de los servicios de salud públicos en la ciudad, en la década de 1970 a 1980, la ubicación de diferentes instituciones de salud daban respuesta a la necesaria subordinación de la autoridad metropolitana que evaluaba sus efectos en términos de aglomeración. Sin embargo, el crecimiento acelerado y

desmedido de la región industrial en la Ciudad de Querétaro, además de la construcción desregulada de casas-habitación, trajo consigo complejas condiciones de vivienda y vulnerabilidad, expresadas en la saturación de servicios básicos de infraestructura metropolitana (Icazuriaga, 1994).

Bajo esta lógica, sin una adecuada planeación urbana pensada en las demandas de las nuevas formas de organización, así como de las nuevas disposiciones del espacio y territorio, la ciudad difícilmente podrá cubrir con las necesidades básicas de sus habitantes. Lo cual, lleva inevitablemente a discutir sobre la accesibilidad a los servicios de salud públicos.

Como se menciona anteriormente, en la Ciudad de Querétaro hay una población total de 2, 043, 851 habitantes en viviendas particulares, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el Anuario Estadístico y Geográfico de Querétaro 2017. De este total poblacional, 46.96 % se encuentra afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social, el 45.79% pertenece al Seguro Popular o para una Nueva Generación, el 4.96% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, mientras que el 13.73% del total de la población no se encuentra afiliada a ningún tipo de institución sanitaria pública o privada. A su vez, los recursos humanos de las instituciones del sector público de salud por tipo de personal, se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro 13 Datos de recursos humanos del sector de salud pública en la Ciudad de Querétaro

Tipo de personal	En contacto directo con pacientes	IMSS	ISSSTE
Personal Médico	Médicos Generales	32	67
	Médicos Especialistas	845	184
	Residentes	138	0
	Pasantes	57	9
Personal no Médico	Paramédicos	2,150	313
	Enfermería:	1,588	311
	-Auxiliar	528	95
	-General	705	153
	-Especializado	225	45

	-Pasantes	45	17
Personal Administrativo		1632	184

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico y Geográfico de Querétaro (2017).

Mientras que los principales recursos materiales de las unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud, censados hasta el 31 de Diciembre de 2016 (Servicios de Salud en el Estado de Querétaro. Dirección de planeación y Departamento de Estadística, 2017) señalan que en el ISSSTE se cuenta con un total de 101 camas censables, 68 camas no censables, 4 incubadoras, 82 consultorios, 11 ambulancias, 1 área de urgencias, 1 área de terapia intensiva, 3 laboratorios, 7 equipos de rayos X (móviles o fijos), 4 quirófanos, 0 bancos de sangre y 12 farmacias.

Como se puede observar en el cuadro 2, hay una diferencia significativa de recursos humanos en ambas instituciones de salud y aun así, ambos pueden presentar sobresaturación del servicio, lo cual implica que el factor de la cantidad de recursos humanos que se tenga no es lo que determina directamente la sobresaturación del servicio de urgencias, por el contrario, ocurre algo multifactorial que demanda ser estudiado y analizado.

4.5 De la atención médica en el servicio de urgencias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El servicio de urgencias del instituto busca atender oportunamente a derechohabientes en condiciones que comprometen su integridad o la vida. Como definición operativa, se le considera como una área física hospitalaria que posibilita la realización de acciones médicas y paramédicas de manera ordenada, oportuna y eficiente. Generalmente son desarrolladas de forma multidisciplinaria y dirigidas a resolver patologías agudas que se presenten en el servicio, estableciendo un diagnóstico y tratamiento adecuado, con resultados satisfactorios para el paciente y familiares (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018).

Para lo anterior, se estableció institucionalmente un sistema de clasificación de urgencias tales como: urgencia calificada, que responde a una situación en la que el problema de salud implica el riesgo de la función de un órgano o extremidad y, en el peor de los casos, el riesgo de perder la vida y; urgencia no calificada, que responde a una situación que si bien requiere de atención médica, no pone el peligro la vida o, en su caso, la función de algún órgano o extremidad. La intención principal es dar prioridad a todo paciente que presente una urgencia calificada.

El ciclo de atención de las urgencias médicas, debe ser uno que posibilite la interrelación entre los niveles para lograr que los pacientes clasificados eviten complicaciones médicas debido a su estado de salud, realizando referencias seguras y contrarreferencias centralizadas en las necesidades del paciente para poder brindar un servicio acorde con los objetivos e intereses del instituto.

Por supuesto, es sumamente importante que las unidades médicas cuenten con la infraestructura física, de cómputo, recurso humano y material, etc., suficientes para dar respuesta a las demandas y necesidades de la población queretana.

Capítulo V

La atención médica prehospitalaria y su relación con la medicina de urgencias

El sector sanitario es, por sí mismo, complejo y singular según su evolución histórica y contextual. Frecuentemente se visibiliza como un espacio de tensiones constantes, donde priman intereses políticos y económicos, por encima de los sociales; donde también se visibilizan transformaciones institucionales y formas de organización, derivadas de cambios estructurales donde los ordenamientos jurídicos condicionan las construcciones y representaciones respecto a las premisas sobre el derecho sanitario y sus implicaciones societales.

Actualmente, el mundo sanitario en México responde al modelo social del Estado de Bienestar de manera residual (Brachet-Márquez, 2007); es decir, las organizaciones sanitarias públicas como entes prestadores de servicios, presentan ciertos perfiles o características donde se reconoce al sistema de salud como uno de los pilares fundamentales de un Estado que provee de seguridad social como parte de sus responsabilidades paternalistas; sin embargo, la crisis económica de los años 70 advirtió una suerte de cambios políticos y económicos que traerían como consecuencia modificaciones en la administración y gestión de bienes y derechos, propios del Estado de Bienestar (Belmont, 2014).

Específicamente hablando de las implicaciones de la crisis económica en la seguridad social, la implementación de las políticas neoliberales afectó directamente el sector laboral, dañando sumamente los derechos laborales, donde la seguridad social provenía como un fuerte recurso de asistencia social. La disminución de salarios y el acceso limitado al campo laboral, hicieron que las cuotas al seguro social en proporción a los salarios, disminuyeran en su valor (Márquez, s/f); sobre todo en sistemas de seguridad social –como es el caso mexicano- donde la atención médica comprende alcances masivos por organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, cuyos insumos se actualizan en valor con el mercado mundial a diferencia de las cuotas.

La desaparición de la estabilidad en el empleo, sustituida por nuevas formas de precariedad en el trabajo, más la incapacidad del Estado por proveer dicha seguridad, pone en marcha una serie de acciones gubernamentales como la creación de programas asistencialistas en materia de salud pública, tal y como lo es el Seguro Popular. Sin mencionar la participación activa de los sindicatos, al posicionarse de manera defensiva ante los cambios laborales significativos.

A su vez, Guido (2006) identifica algunos de los motivos de la decadencia de la seguridad social considerando como principal, la generación de un modelo de atenciones médicas excluyente y concentrador, que presta servicios a grupos privilegiados, en razón de los incrementos excesivos de los costos profesionales, adquisiciones de aparatos tecnológicos complejos, cuyo uso y disponibilidad se vuelve dudosa, además de una peligrosa comercialización de medicamentos cuyos efectos son desconocidos para gran parte de la población, entre otros factores que empobrecen la seguridad social.

Por otro lado, se encuentra la evidente falta de incumplimiento por parte del Estado, en la coordinación y supervisión en la ejecución de programas de seguridad social, que dan atención diversos organismos e instituciones gubernamentales, incluyendo las privadas. Lo cual puntualiza la existencia de un Estado carente de corresponsabilidad sobre sus deberes contributivos, dando paso a una indebida utilización de insumos, materiales y recursos provistos para dichos fines.

El Estado de bienestar no puede ser visto sólo como una concepción general, sino como la realización de sus propósitos; de ser sólo la concepción, la subsistencia del mismo se vuelve precaria (Castelazo, 2010). En este sentido, hay una extensa discusión sobre si es posible determinar hasta cuándo las instituciones podrán resistir ante las condiciones actuales impuestas por el neoliberalismo, sobre la necesidad de re pensar el sistema sanitario, su administración y gestión, sobre los requerimientos estructurales que se necesitan para sostener un sistema sanitario público de calidad, que pueda responder a las demandas de atención de la población (Castillejos, 2010); pero sobre todo, si es posible de alguna manera, retrasar o detener el proceso de privatización que se experimenta en México.

En el esfuerzo por clarificar el concepto de privatización, a razón de ser un término que genera debate en torno a sus diferentes significados políticos, económicos y sociales, se retomará el propuesto Pulkingham (1989), quien designa en términos generales, aquellas políticas que son diseñadas para establecer los principios del mercado, en la provisión y distribución de los servicios públicos; es decir, la transferencia de funciones y actividades propias del sector gubernamental a un sector que no controlado directamente por el gobierno.

Desde esta lógica, Laurell y Ortega (1991) identifican algunos conflictos específicos, en torno a las implicaciones que tiene la incorporación del capital privado en los servicios de atención en la salud, todos relacionados con las restricciones en tanto recursos materiales y humanos, que incrementan las desigualdades entre grupos y sectores sociales, principalmente en tres rubros fundamentales: el acceso a los servicios de salud, el tipo y la calidad de los mismos. Aunado a lo anterior, es importante señalar que, según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (2017), México aparece como un país que tiene un modelo de seguridad social segmentado; es decir, no cuenta con una protección universal real de salud, su financiamiento es exclusivo de impuestos y cuotas de los trabajadores y empleadores, donde no existe una coordinación ente sectores y programas (existen inconsistencias en tanto la utilidad de programas y proyectos públicos para la atención médica); pero sobre todo, existe una evidente diferencia de niveles de calidad y satisfacción, según las diversas instituciones de salud públicas.

Por otro lado, los indicadores del Banco Mundial (2017) señalan que el gasto que México destina a la salud, se encuentra por debajo (mucho) del promedio que tienen los países más desarrollados. Lo cual complejiza de manera importante la intención por universalizar los servicios de salud, obstaculizando todavía más el acceso a una atención médica efectiva y suficiente para la población mexicana.

Ahora bien, cada etapa del proceso que se realiza para la atención médica, representa un grado propio de riesgo, ya sea como efecto secundario de algún medicamento, el mal uso de aparatos electromédicos o, en su caso, su mal estado de función, hasta los fallos o errores humanos que preceden la práctica médica; el

servicio de urgencias es, si no el espacio de trabajo más caótico, uno de los más activos y liosos que representa a la medicina inmediata. En este sentido, el sector salud es un sistema complejo, que interacciona no sólo de maneja interna mediante sus propias unidades de trabajo, sino que se relaciona con otras instituciones, otros saberes y prácticas que se implican en la actividad diaria (Mckeown, 1982).

Lo anterior supone que "... debido a que en un sistema todos sus elementos están interrelacionados, los cambios de cualquier elemento afectan todo el sistema. Un sistema complejo es más propenso a tener errores, por lo que deben establecerse medidas eficaces para evitarlos." (González y Gallardo, 2012; 6)

Múltiples debates se generan en torno a pensar en la calidad de la atención médica, cuando en países en vías de desarrollo como es lo es México, la universalización de la salud y su acceso, se encuentran rezagados. Sin intención de caer en este debate, se recupera el trasfondo en tanto pensar un sistema de salud de calidad, eficiente y universal, considerándolo como un conjunto de acciones que, coordinadas, fomenten una práctica médica pertinente bajo su misma aplicación y condiciones adecuadas de trabajo; de lo contrario, los recursos humanos, materiales y económicos se ven "desperdiciados".

Hablar sobre la atención médica hospitalaria, sobretudo aquella que brinda el servicio de urgencias, conlleva necesariamente explicar y comprender sus estados previos, en tanto la importancia del primer contacto con el paciente, su traslado, recepción y seguimiento. Si bien, este proyecto de investigación no está interesado en focalizar la atención en la medicina pre-hospitalaria, se reconoce su influencia como factor externo, que condiciona de alguna manera la labor que se realiza en el servicio de urgencias. Por tal motivo, este capítulo está diseñado para dar cuenta de manera general el origen, la implementación y el desarrollo de la atención médica pre-hospitalaria, para así dar paso a sus implicaciones propiamente en el espacio de urgencias médicas.

Como bien se ha revisado en capítulos anteriores, los países latinoamericanos han tenido sus propias diferencias contextuales, políticas, económicas y sociales en su desarrollo; por ello, cada país ha marcado su propio camino y avance en los

servicios pre-hospitalarios que brinda a su población. La tecnología por su parte, ha tenido un rol fundamental en la implementación de los saberes de la práctica médica; sin embargo, tiene que ver mucho la transformación conceptual y representativa de lo que significa la atención médica pre-hospitalaria.

5.1 Desmitificando la atención médica pre-hospitalaria

Castillo (2015) ubica el surgimiento de Emergencias Médicas Pre-hospitalarias en el mundo occidental en 1996, cuando se establece un programa con la finalidad de disminuir tasas de mortalidad precoz, pero no es sino con el desarrollo de Sistemas de Emergencias Médicas y Programas de Atención pre-hospitalarias, que hubo la necesidad de un proceso de entrenamiento y capacitación coherente con las realidades locales, sin dejar de lado las consideraciones y lineamientos internacionales para estandarizar (bajo evidencias científicas sostenidas) el proceso de atención para el personal que labora en el área de salud.

Para tal congruencia, se requiere de un lenguaje unificado, que permita mayor agilidad dentro y fuera del sistema, ayudando a administrar, regular y financiar de manera adecuada los recursos humanos y materiales para el fin.

Por mucho tiempo y especialmente dentro de la historia de la medicina, poca importancia se le ha dado a la Atención Médica Pre-hospitalaria; esto se debe, por un lado, a un gran desconocimiento sobre sus funciones y maniobras de asistencia primaria en la recuperación de las víctimas, y por otro, a la ausencia de reconocimiento en tanto unidad invaluable dentro del sistema de asistencia médica a la población.

A continuación, se especifican y describen algunos de los ejes más importantes de la Atención Médica Pre-hospitalaria, con el fin de esclarecer su magnitud e importancia para las urgencias médicas.

a) La Atención Médica Pre-hospitalaria va más allá de la visión simplista de una unidad de transporte.

Si bien el tema del transporte es ampliamente discutido (sobretudo en temas de urbanidad y territorialidad), la medicina pre-hospitalaria se ha estructurado como un área de oportunidad, donde los recursos y las infraestructuras juegan un rol significativo para el desarrollo de los sistemas de salud en los Estados (Castillo, 2015), donde el uso de protocolos avanzados sobre el abordaje y tratamiento de pacientes, el grado de capacitación individual, el trabajo en equipo y los avances tecnológicos, tienen un impacto real y práctico no solo en la probabilidad de sobrevivencia del afectado, sino en la *calidad* de sobrevivencia del paciente. Ahora bien, esto de la calidad conlleva a plantear otra serie de implicaciones de tipo éticas y más específicamente bioéticas, tema que se desarrollará más adelante.

Decir que la Atención Médica Pre-hospitalaria va más allá de una reducción utilitarista, implica también considerar que, como subespecialidad de la medicina de urgencias y desastres, se divide necesariamente en unidades que dependen de un proceso organizativo de cuatro etapas: a) Una unidad pre-hospitalaria, b) Un servicio pre-hospitalario, c) Un sistema pre-hospitalario y d) Un sistema integrado interinstitucional (Castillo, 2015).

b) El problema de la conceptualización de emergencia médica

Resulta importante destacar que una de las razones por las cuales este proyecto de investigación se sitúa en torno a la emergencia médica, tiene que ver con la gran dificultad que representa la comprensión de emergencia como tal, no sólo por parte de la población en general, sino también por algunos de los trabajadores de salud, punto que se recuperará más adelante.

Por ello, es indispensable contar con una definición clara y precisa de la emergencia, capaz de ser aprendida y aprehendida por toda la población, sin distinción de clase, etnia, religión, etc. En este caso se considera emergencia médica, cuando responde a una lesión o enfermedad que representa una amenaza *inmediata* para la vida de una persona y cuya atención no puede ser demorada. (Ibidem, 2015)

Si bien la respuesta a una emergencia médica depende significativamente de la situación, del paciente y de la disponibilidad de los recursos humanos y materiales

para asistirlo, varía también del tipo de emergencia; es decir, si es dentro o fuera del espacio hospitalario.

5.2 Funcionamiento general de la atención médica pre-hospitalaria

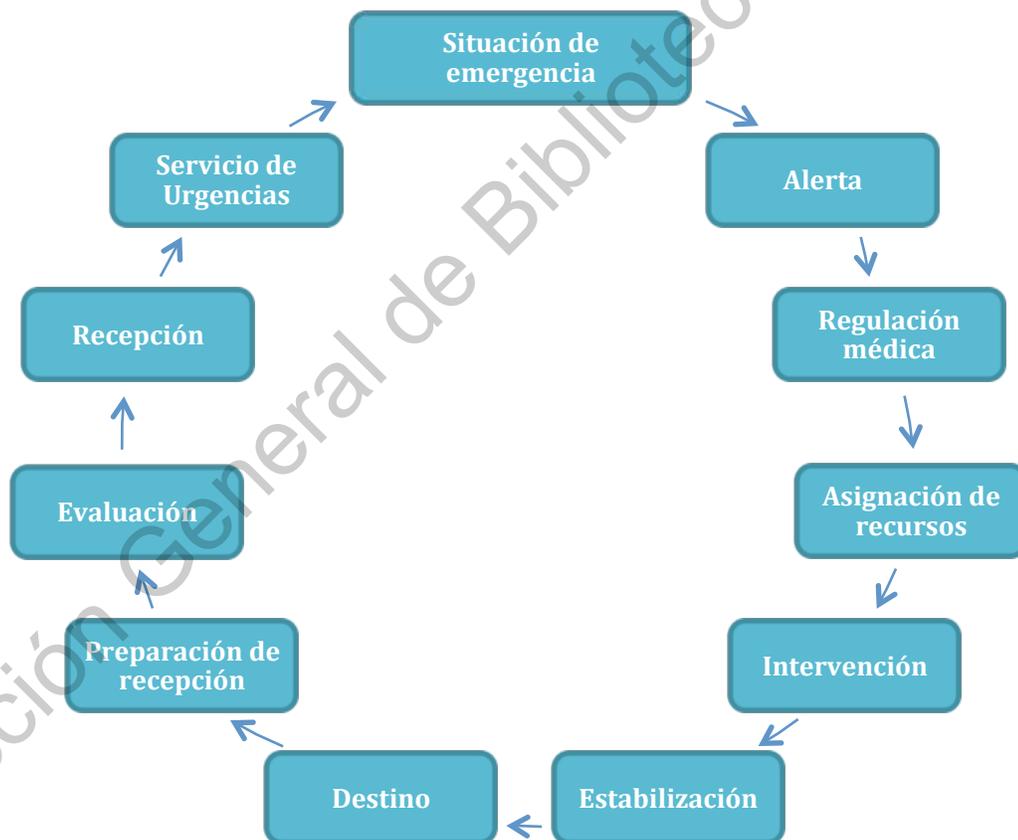
Para las emergencias fuera del espacio hospitalario, uno de los componentes centrales radica en el convocar a los servicios médicos de emergencias, donde las personas que hayan sido entrenadas y capacitadas adecuadamente, pueden responder al llamado, debiendo actuar conforme sus limitaciones en tanto conocimientos médicos y esperando asistencia de nivel superior en caso de ser requerido.

Este tipo de emergencias, busca la inmovilización y estabilización del paciente, utilizando los medios que dispongan para realizar rápidamente el traslado. García (2015), explica que los sistemas pre-hospitalarios de emergencias, requieren una adecuada actividad administrativa, cuya organización depende esencialmente de la forma en la que se produce la solicitud, el proceso realizado sobre la misma y la respuesta frente a ella.

A su vez, señala que la capacitación y eficiencia del personal que se encuentra en el sistema pre-hospitalario son la clave para el éxito y cumplimiento del servicio; el personal paramédico debe estar propiamente certificado, con acreditación de cursos y experiencia en medicina de emergencias; en este sentido, el sistema realiza tres tipos de transporte: a) Primario, que se realiza desde el lugar del evento de la emergencia individual o masiva, a la institución de salud que otorga la primera atención hospitalaria; b) Secundario, que se realiza entre hospitales, en caso de que los pacientes refieran alguna complejidad que requiera procesos médicos especializados, también se le llama transporte interhospitalario y c) Terciario, que se realiza a pacientes que presentan condiciones estables (ya sea en rehabilitación, tratamiento hospitalario, altas hospitalarias, citas de evaluación, etc.), donde el transporte terrestre móvil; es decir, las ambulancias, deben cumplir con equipamientos y personal diferentes, dependiendo el tipo de paciente que transportan.

Por lo general, existen tres tipos de ambulancias: las de cuidado crítico (cuyo personal es asignado dependiendo la complejidad de la emergencia, casi siempre con médicos y enfermería), las de cuidado intermedio (cuyo personal es de enfermería y técnicos de urgencias), y las de traslado simple o de apoyo (cuyo personal es técnico en urgencias o paramédico); estas últimas representan comúnmente las unidades de intervención rápida que arriban al lugar de la emergencia, realizan evaluaciones o valoraciones, inician estabilización y en su caso, solicitan ayuda a la central de referencias, tal y como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 14 Proceso de la Atención Médica Pre-hospitalaria



Fuente: Elaboración propia con datos de *Medicina de emergencias y desastres*, en *Historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica* (2015).

En el caso de México, la Atención Médica Pre-hospitalaria ha sido mayoritariamente brindada por la Cruz Roja Mexicana, a razón de eventos históricos y principalmente políticos, que tuvo inicio con la adherencia de México a la Convención de Ginebra en 1864, para la asistencia pública con unidades de sanidad militar y otras instituciones gubernamentales (García, 2015); sin embargo, no es la única unidad certificada para otorgar este tipo de servicios a la comunidad. Muchos hospitales públicos y privados tienen sus propias unidades de traslado y atención, con personal calificado para la labor.

Uno de los hechos históricos más importantes que catapultaron de manera significativa el desarrollo de protocolos y unidades cada vez más especializadas en la materia, tiene que ver con el aumento desmedido de la población mexicana en la primera década del siglo XX (Ibídem; 2015), factor que encarecía los servicios de salud y limitando sumamente la posibilidad de satisfacer tanto necesidades como demandas. Los accidentes en la vía pública, algunos por ebriedad, otros por asaltos o peleas callejeras, lesiones, fracturas y hemorragias, conocidas como “hechos de sangre” y ahora, como urgencias traumatológicas, eran atendidos directamente en la sección médica de las comisarías o Ministerios Públicos, por médicos de guardia o practicantes y si alguno requería de atención médica más especializada eran trasladados a los hospitales públicos más cercanos.

Dado el aumento de este tipo de demandas de atención médica y la necesidad por una rápida y mejor respuesta en la atención traumatológica, en 1909 se inauguró el primer puesto central de socorro que brindaba justamente ese tipo de asistencia. Según Castañeda (2005), este puesto de socorro contaba con una sala de cirugía, otra de curaciones, un jefe de servicio médico, cinco médicos generales, practicantes de medicina y de enfermería, tiempo después y por razones de tipo económicas, el puesto fue cerrado. Sin embargo, dos años más tarde se suspendieron de manera oficial los servicios médicos en las comisarías y fue otorgada la autorización por parte del Gobierno Federal, del recogimiento de lesionados en vía pública y trasladarlos a hospitales públicos, a la Cruz Roja Mexicana.

5.3 El anclaje institucional de salud: la coparticipación de la Atención Médica Pre-hospitalaria y los Servicios de Urgencias.

En Septiembre de 1985, México vivió uno de sus momentos más críticos como país; un terremoto de 7.5 en escala de Richter, sacudió por completo la Ciudad de México. Este evento fue sin duda, un parteaguas en la historia de la Atención Médica Pre-hospitalaria, ya que puso en evidencia la ineficiencia de los servicios de salud pública en situaciones de crisis, sobrepasando por mucho la demanda de atención médica en comparación con sus posibilidades institucionales. En ese momento, se activó un código rojo en el que todo el personal médico y paramédico estuviera en sus respectivos centros de trabajo para apoyar en lo necesario con la atención médica.

García (2015) relata, que después del devastador terremoto y la increíble participación ciudadana y de civiles en general, hubo un incremento significativo en la cantidad de voluntarios que se enlistaron en diversos grupos de socorro y rescate de la Ciudad de México (especialmente en la Cruz Roja Mexicana), publicando en el 2006 la NOM-237-SSA1-2004 que regula los servicios de Atención Pre-hospitalaria de las Urgencias Médicas. Esta norma posibilitó una vigilancia constante para todos los prestadores de servicios en unidades móviles de atención médica tipo ambulancia, de urgencias, de cuidados intensivos y de transporte en el sector público y privado. Finalmente, en el 2005 se crea el centro regulador de urgencias en el Distrito Federal, siendo la instancia médico-administrativa bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud y el Gobierno del Distrito Federal, encargada de la atención para eventos críticos, traslado, recepción y atención médica oportuna y especializada los 365 días del año.

Las nuevas alianzas que trajo este evento en particular, formalizaron la coparticipación de Centros de Atención Médica Pre-hospitalaria, con instituciones de salud públicas y privadas; coordinando las funciones entre dichos centros y los servicios de urgencias, facilitando en medida de lo posible los traslados, tiempos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Ahora bien, la organización y funcionamiento de la atención médica de emergencias y primeros auxilios son diferentes dependiendo las instituciones del sector salud. El servicio de emergencias médicas, corresponde a un órgano hospitalario que se encarga de proporcionar atención médica o quirúrgica de manera permanente, oportuna y eficiente a cualquier persona en riesgo grave de salud o sobrevivencia. Dicha organización, comprende tres niveles (Ugarte, 2015): Las instituciones de primer nivel, que perciben la atención de primeros auxilios por personal no profesional en puestos sanitarios; las de segundo nivel, que refiere a atenciones de emergencias proporcionadas por personal médico de centros de salud u hospitales con personal médico escaso y, las de tercer nivel, que corresponde a la atención médica en un servicio o departamento de emergencia permanente, con personal profesional, capacitado y completo las 24 horas del día.

Capítulo VI

Acceso al trabajo de campo

En diciembre de 2018, se realizó la presentación del protocolo de investigación ante el H. Comité de Ética e Investigación del Hospital General ISSSTE, Querétaro. Su revisión duró aproximadamente un mes, donde se realizaron observaciones por parte del comité y la solicitud de realizar tres modificaciones al protocolo. Dichas modificaciones no fueron de aspecto metodológico, sino de redacción; la primera, consistió en el cambio de título (quitar el triage) porque es considerado como parte del proceso de trabajo. La segunda, quitar del protocolo el uso de censos epidemiológicos a razón de que en el servicio de urgencias, aparentemente no cumplen diariamente con el levantamiento de datos y podría segregar el proyecto de investigación. La última modificación, refería a la especificación de que el triage no era considerado un fenómeno de evaluación de la sobresaturación del servicio, sino de análisis.

Una vez enviado lo solicitado, el comité requirió de mi presencia nuevamente para presentar las modificaciones en Febrero del presente año; el protocolo fue aprobado por unanimidad, puntualizando la necesidad institucional de un supervisor de mi trabajo, sugiriendo que fuera el Jefe de Urgencias del turno matutino, quien me acompañara durante el tiempo del proyecto; días después, se me dio el acceso completo al espacio de trabajo de campo. La coordinación de Enseñanza e Investigación, me otorgó una identificación temporal para que mi acceso no tuviera dificultades por razones de seguridad y, directamente en el servicio de urgencias, se me solicitó usar bata blanca durante el tiempo que estuviera en la institución.

Es importante mencionar, que durante el proceso de evaluación del protocolo hubieron varios cambios en la administración de mandos medios, afectando los tiempos de entrega de observaciones y modificaciones por parte del comité. Esto, sin afectar metodológicamente la recolección de datos para el ISM ni la observación participante.

6.1 El inicio del trabajo de campo

Si bien, el inicio fue propiamente con la realización de acciones de tipo administrativas entre ambas instituciones (ISSSTE- UAQ), aparece como una parte fundamental aquello que permea el involucramiento y la implicación en el proceso de investigación; la generación de vínculos, rapport y/o formas de socialización, devienen cruciales no sólo para la obtención de información, sino para poder mirar desde diversos ángulos el objeto de estudio.

Así, durante los primeros meses de mi estancia en el hospital, se enfocaron esencialmente en la elaboración de vínculos con el personal adscrito al servicio, como recepción, trabajo social, médicos/as, enfermeros/as, intendencia y seguridad. Promoviendo y facilitando la comunicación, lo cual posibilitó que la obtención de datos fuera más amplia y precisa respecto a temas particulares que en el desarrollo del presente trabajo doctoral, serán analizados.

Durante el tiempo que estuve en la institución, como observadora (inicialmente no participante) y luego, convirtiéndome en participante, fui testigo de formas particulares de coexistencia en un espacio condicionado en su mayoría por la distribución y la ocupación; de eventos que marcaron un sin fin de movimientos internos y externos que encuentran en proceso de materialización y por supuesto, también representados en formas no materiales, pero sí vivenciales que explican el contexto y dan pauta para comprender no sólo el fenómeno de la sobresaturación, sino de un espacio de vida y trabajo que requiere ser eje sustancial para la salud pública.

De la mano con el diario de campo, la observación participante y el Índice de Saturación Modificado, han demostrado ser herramientas útiles y adecuadas para el tipo de proyecto de investigación, complementando y validando a su vez, los resultados, que puntualizan el debate sobre el papel que tiene el trabajo en los conflictos económicos, políticos, sociales, institucionales e individuales que se entrelazan en la relación salud- enfermedad de los individuos.

Así, las actividades que se realizaron durante ese periodo de tiempo, serán propiamente desarrolladas, explicadas, analizadas e interpretadas, bajo los referentes que inicialmente se contemplaron y, se agregaron otros para complementar el estudio. Los resultados, serán explicados y expuestos de manera sistematizada, para su posterior análisis e interpretación.

6.2 Servicio de urgencias médicas del Hospital General ISSSTE Querétaro

El hospital cuenta con una infraestructura que divide a los servicios de atención médica en dos construcciones principales, el primero contiene la distribución de la consulta externa que recupera consultorios por especialidad y otro, literalmente a su lado, donde se encuentra propiamente la hospitalización, que es también por especialidad. Su acceso tiene dos vías, la externa que es para el público en general, y la interna que es exclusiva para el personal del ISSSTE.

Comenzando su descripción desde abajo, la institución cuenta con un sótano, donde se encuentran la farmacia, el archivo clínico y “referencias”, que es el área encargada de hacer trámites administrativos de interconsulta con otros hospitales, ya sean dentro de la ciudad o fuera de ella. En la planta baja, se localiza “gobierno” que es donde se encuentran las oficinas centrales de directivos y autoridades del hospital, ahí mismo se encuentran las aulas de enseñanza, mientras que del otro lado –en ese mismo nivel- se encuentra Rayos X, ultrasonidos e Imagenología en general y hasta el final, se encuentra localizado el servicio de urgencias; por atrás de ellos, se encuentran los quirófanos, urgencias ginecológicas y la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. En el primer piso está ginecología y pediatría, que también cuenta con su Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; en el segundo piso, se encuentran las especialidades de cirugía, trauma / ortopedia y, en el tercero, medicina interna.

Esta información podría parecer irrelevante, sin embargo, es importante tener una visualización total de la distribución, dado que el servicio de urgencias es,

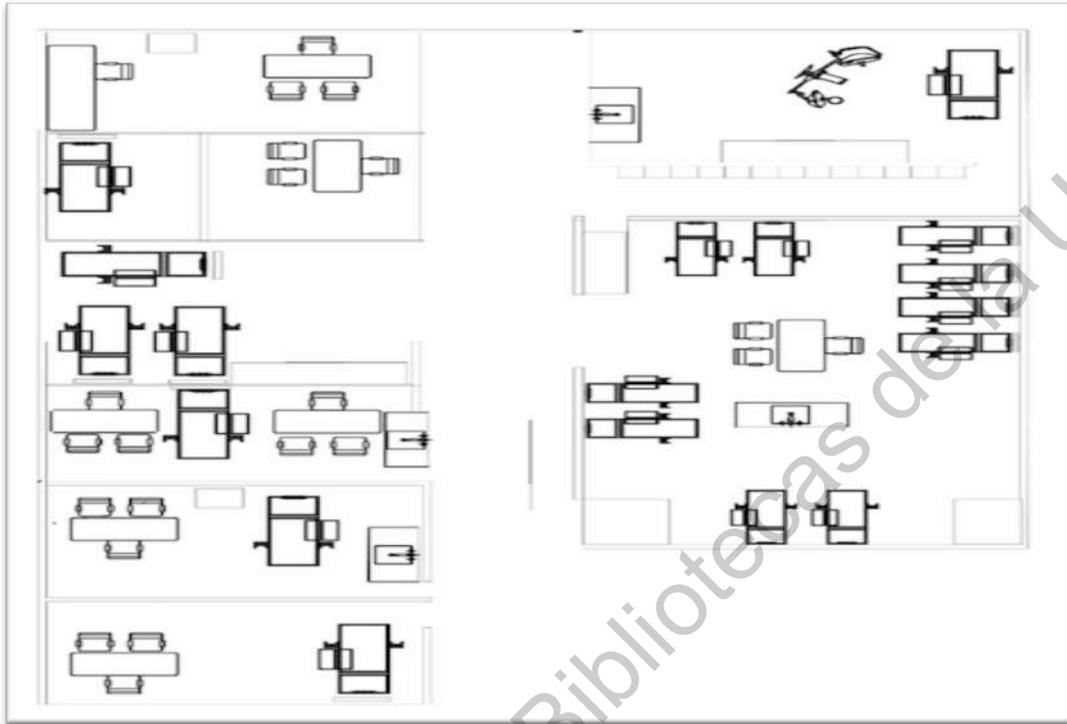
probablemente, el único servicio que tiene relación directa con todas las especialidades, además de ser el servicio de primer contacto con el paciente.

Ahora bien, como se menciona anteriormente, el servicio de urgencias se encuentra localizado en la planta baja y forma parte de la consulta externa. Tiene tres accesos directos, el primero es precisamente por los consultorios, donde se ingresa a Triage y a consulta de urgencias, su admisión está mediada por el enfermero/a –en el caso de triage- y por el médico en los consultorios; el segundo acceso, corresponde a la entrada principal para ambulancias, automóviles oficiales y automóviles particulares con calcomanía preferencial o con la condición de que su estancia sea limitada; el tercer acceso, es exclusivo para el personal que labora en la institución, ya que corresponde al traslado de pacientes a servicios de interconsulta, quirófanos u hospitalización.

La distribución del espacio físico del servicio de urgencias es compleja y depende mucho del tipo de atención que requiera el paciente, dado que su uso es múltiple y variable del tipo de demanda que existe; en términos generales, es pequeño en comparación con las dimensiones institucionales. Es importante hacer la aclaración sobre urgencias ginecológicas y urgencias pediátricas; si bien, debieron haber estado contempladas en el protocolo por ser parte del servicio de urgencias, aunque sean de especialidad, no se tomaron en cuenta propiamente por indicaciones de la institución; sin embargo, serán retomadas en el desarrollo del documento por la implicación que tienen en la sobrecarga.

También es importante mencionar que, según el diseño del proyecto de investigación y bajo consideraciones bioéticas contempladas en el mismo, no se incorporaron fotografías o documentos que expusieran la integridad de los participantes; sin embargo, se presentan imágenes aproximadas de la distribución de los espacios físicos del servicio de urgencias para que su visualización posibilite una mejor comprensión del tema, por supuesto, considerar que al ser un espacio de constante cambio y movilización, las imágenes puntualizarán la distribución y disposición más frecuente de los espacios.

Imagen 2 Distribución total del servicio de urgencias sin ala Pediátrica



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

Como se menciona anteriormente, el servicio de urgencias tiene tres accesos que se pueden observar en la imagen; el primero (Triaje y consultorios) se ubica de lado medio e inferior izquierdo, el segundo (ambulancias) en la parte media superior de la imagen y el tercero (interno) en la parte superior derecha.

Tal y como se presenta en la imagen, hay un pasillo largo que conecta todas las áreas del servicio; de lado izquierdo y casi inmediatamente a la puerta, está trabajo social y a su lado, la recepción. En frente de trabajo social, de lado derecho se ubica lo que inicialmente era el área de choque, pero que no es utilizado para esos fines y convertido en área de heridas y curaciones, este espacio está condicionado con aparatos médicos diseñados para el trabajo que se hace cuando un paciente crítico lo requiere. Siguiendo por el pasillo y frente a trabajo social, se encuentra la coordinación médica y enseguida se encuentra el consultorio del triaje.

A lado de este consultorio, hay una sala con camas improvisadas que son ocupados por pacientes que refieren a Corta Estancia. El pasillo pequeño que conecta la coordinación médica, el consultorio de triage y la sala, está ocupado por carritos de Pasteur y archiveros que contienen formatos de uso para enfermería, archivos clínicos y materiales de curación, también se encuentran ciertos medicamentos e instrumentos de rápido alcance para médicos y enfermería.

Continuando por el pasillo principal, de lado izquierdo se ubican los tres consultorios que son utilizados para consulta de urgencias, donde si bien, tienen el mismo tamaño, refieren a una distribución espacial distinta y, frente a ellos, se encuentra Observación de Adultos, que es el espacio más grande del servicio de urgencias y donde se encuentra el médico urgenciólogo de base. Aun siendo el espacio más grande del servicio de urgencias, es pequeño dada la distribución y disposición de los objetos dentro de él, cuenta con un aislado para pacientes epidemiológicos y el baño para los pacientes. Cada uno de estos espacios será propiamente descrito, como unidad de observación durante el desarrollo del proyecto.

En cuanto al proceso de trabajo, que es uno de los intereses principales de este proyecto, la observación participante ha demostrado la existencia de varios procesos que se realizan en el servicio de urgencias y manifiesta una organización compleja del espacio y de las actividades que se realizan cotidianamente; para su análisis, se ubicaron como unidades de observación: a) Recepción, b) Trabajo Social, c) Consulta de Triage, d) Consulta de Urgencias, e) Corta Estancia y f) Observación de Adultos.

A continuación, se describirán dichas unidades por espacio físico, puesto de trabajo y proceso de trabajo, lo cual posibilitará ubicar de mejor manera la organización del servicio.

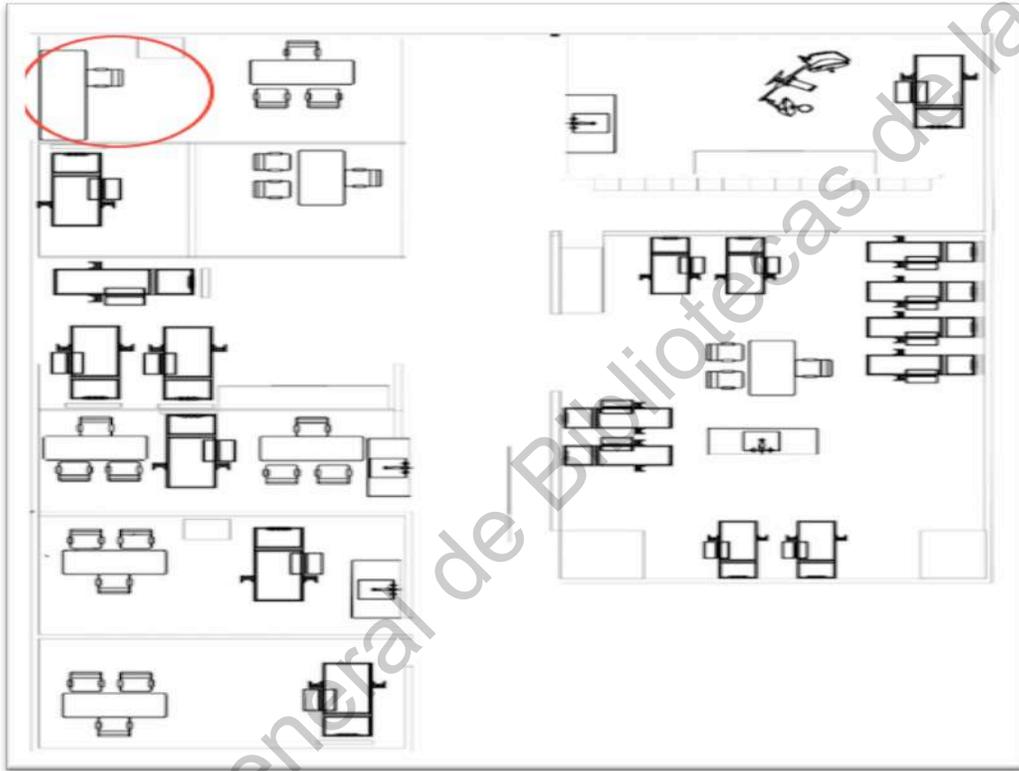
6.3 Recepción

-Ubicación: Cuadrante principal del servicio de urgencias.

-Acceso: Dos (ambulancia y Triage).

-Personal: 1 de tipo administrativo, recepcionista.

Imagen 3 Recepción del servicio de urgencias.



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

a) Descripción general del espacio:

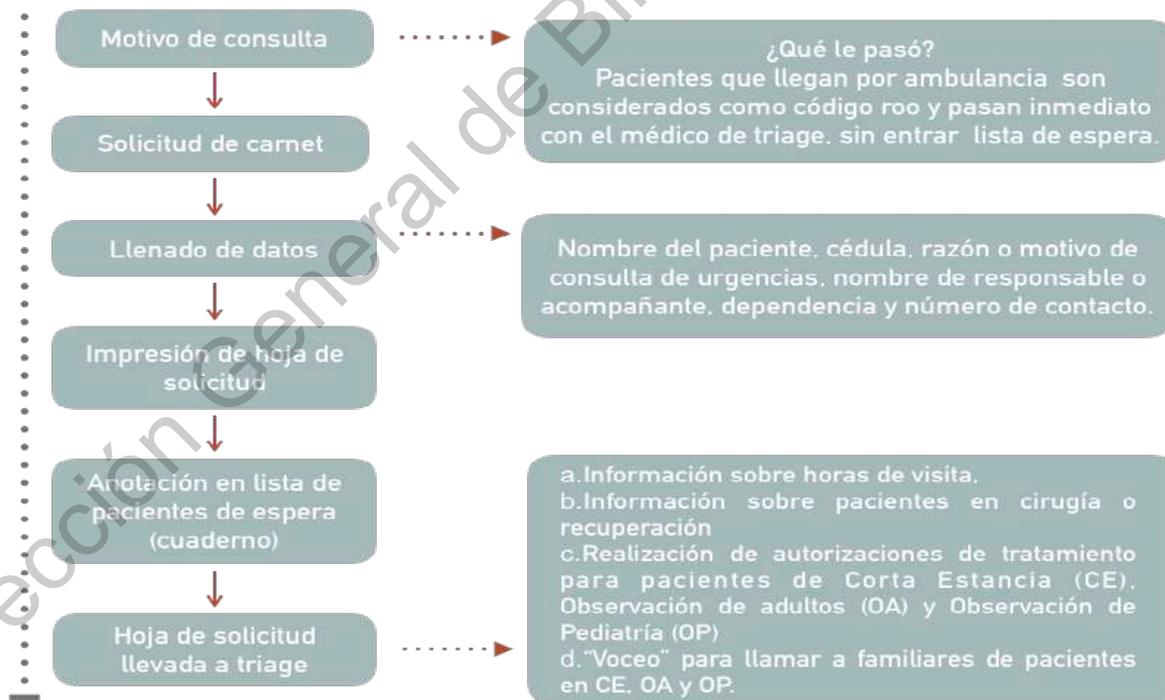
El área de recepción, está situado estratégicamente para ser, literalmente, el primer contacto con el paciente o el familiar del paciente; es un espacio pequeño, tiene con un vidrio que abarca todo el escritorio y está cubierta por una pantalla protectora de color blanco, que impide ver hacia fuera o hacia dentro. Hay un pilar que divide el escritorio en dos partes, en la primera parte se encuentra una computadora de piso con sus complementos; frente a el, está una silla larga con

ruedas y a lado de ella, un locker pequeño que da soporte a la impresora. Dependiendo del turno, el personal ocupa ese espacio de manera distinta, ya sea para guardar cosas personales, comer, arreglar papeles, etc.

A un lado de entrada de la recepción, se encuentra otro locker que es utilizado para almacenar documentos administrativos, un microondas, papel para la impresora, etc.; mientras que al fondo se encuentra un dispensador de agua con acceso para todo el personal y enseguida, dos sillas de metal para uso del mismo. Es importante recalcar que no tienen puerta, el acceso es directo y amplio. En las paredes existen posters que contienen información sobre normas institucionales, procedimientos administrativos, reglas del servicio y un espacio dedicado a carnets perdidos y pendientes administrativos.

b) Proceso de trabajo en recepción

Diagrama 1 Proceso de trabajo en recepción



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

Según los datos obtenidos del trabajo de campo, el proceso de trabajo en el área de recepción es muy breve y consta de la interacción entre el paciente/familiar y un trabajador administrativo. Inicialmente, el solicitante de atención médica se coloca detrás de la ventanilla y otorga su carnet o, en su defecto, el talón de pago donde demuestre que él o su familiar es derechohabiente.

Una vez localizado al paciente en la base de datos, se le pide al solicitante su nombre y un número de contacto, además de preguntar sobre la adscripción para la que trabaja. Durante ese intercambio de información, la recepcionista pregunta sobre el motivo de la consulta, imprime la solicitud, explica al paciente que en momentos seguidos será llamado por el médico en triage, lleva la solicitud al médico y regresa a su lugar de trabajo a escribir en un cuaderno los datos del paciente que solicitó atención médica.

En el diagrama de flujo, se observa un proceso de trabajo sumamente estructurado; sin embargo, en dicho proceso se realizan actividades fuera de lo establecido y que no son consideradas como parte del puesto de trabajo. Esto último, será retomado y explicado en el capítulo de resultados.

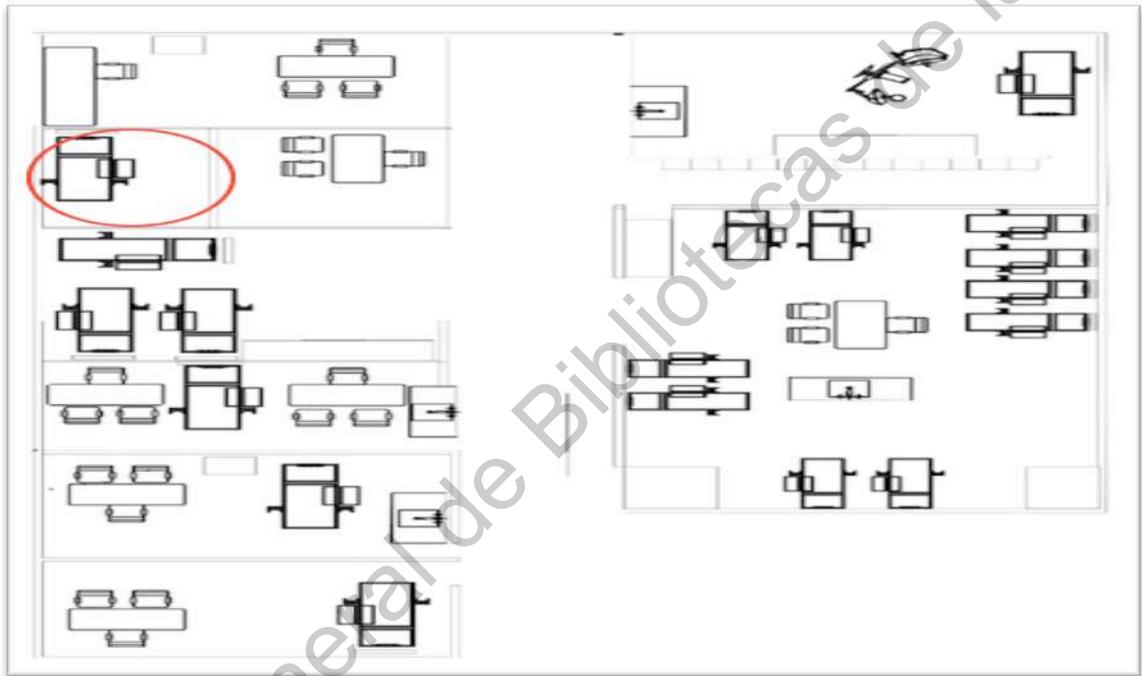
6.4 Consulta de Triage

Ubicación: Segundo cuadrante del servicio de urgencias.

Acceso: Doble (consulta externa y ambulancias).

Personal: Dos, médico general y enfermero/a.

Imagen 4 Consultorio de triage.



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

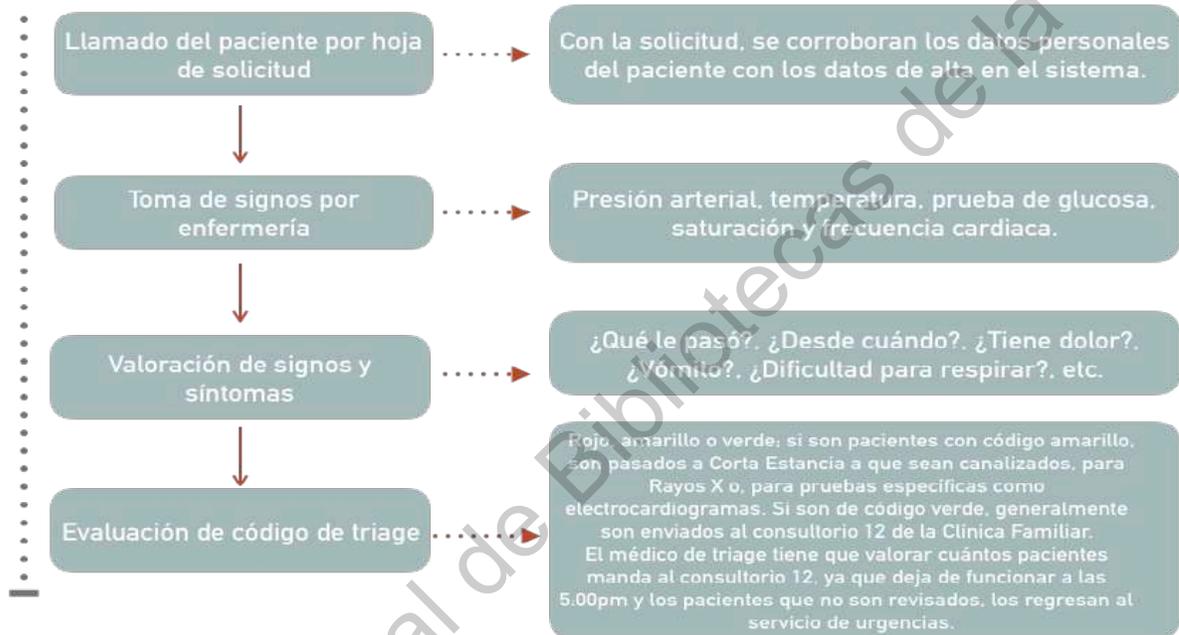
a) Descripción general del consultorio de triage:

El consultorio de triage es sumamente pequeño, de hecho, es el espacio de atención médica más pequeño de todo el servicio de urgencias. Tiene dos vías de acceso, la que refiere a consulta externa, que consta de una puerta de cristal corrediza que es por donde entran los pacientes a valoración, y la segunda que es casi inmediata a la entrada de ambulancias. Dentro del consultorio, hay una camilla improvisada, frente a ella, de lado derecho se encuentra un escritorio con una computadora de piso y

una silla de metal, mientras que de lado izquierdo hay un carrito de pasteur que contiene instrumentos para medir presión, azúcar, temperatura, etc.

b) Proceso de trabajo en triage

Diagrama 2 Proceso de trabajo en consulta de triage



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

El proceso de trabajo que se realiza en el triage, también es bastante breve. Según la información obtenida de la observación participante, una vez teniendo la solicitud de atención médica que previamente la recepcionista llevó, el o la enfermera desliza la puerta corrediza para llamar al paciente, ya sea que ingrese sólo o acompañado por el familiar. Así, mientras se le toman los signos vitales, el médico/a hace preguntas sobre el padecimiento actual, pregunta esencialmente si es alérgico a algún medicamento, si es hipertenso o diabético y, si tiene antecedentes de enfermedades importantes. Así, el médico de triage, deposita los datos obtenidos de

los signos vitales y la entrevista en el SIMEF¹⁰ y anota lo más básico en la hojita de solicitud. Le informa al paciente si su padecimiento requiere de la consulta de urgencias ahí mismo y tendrá que esperar, o es derivado al consultorio 12 (ubicado en la Clínica de Medicina Familiar, a un lado del hospital), en caso de que los signos vitales sean de riesgo, es pasado directamente a corta estancia para revaloración y atención inmediata.

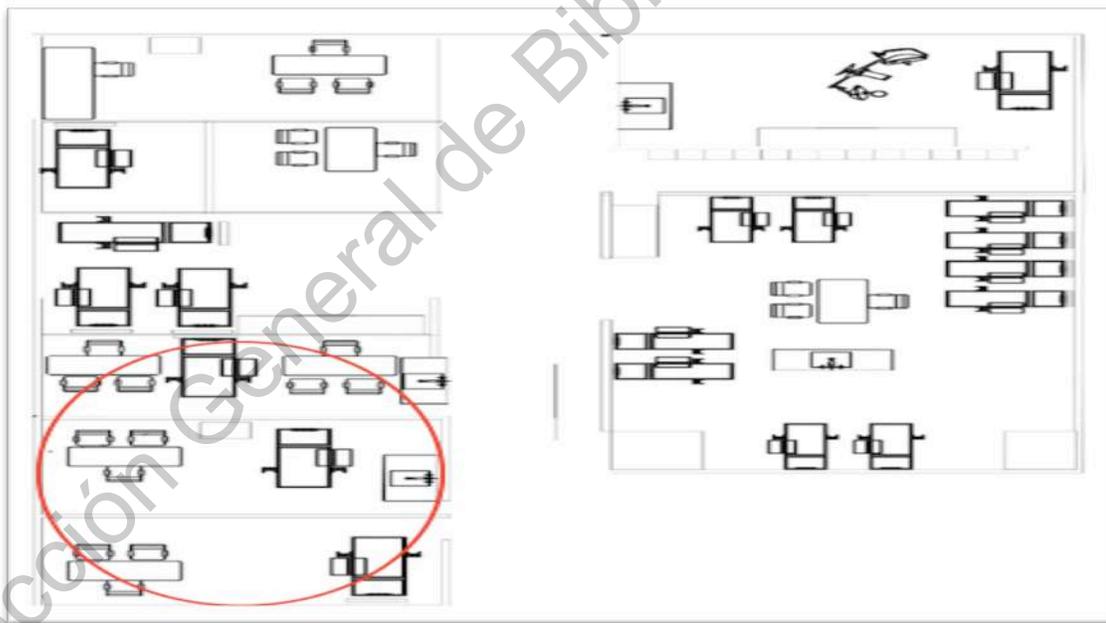
6.5 Consulta de urgencias

Ubicación: Cuadrante inferior izquierdo (Consultorios 1, 2 y 3)

Acceso: Dos (Consulta externa y pasillo principal de urgencias)

Personal: Médico general

Imagen 5 Consultorios de urgencias



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

a) Descripción general de consultorios:

¹⁰ Sistema Médico Financiero, que registra toda la información generada de todas las áreas hospitalarias (Consultas, urgencias, cirugías, estudios clínicos y tratamientos).

-Consultorio 1

Este consultorio, tiene dos escritorios medianos y su correspondiente silla, ambos tienen computadoras de piso y en medio de ellos se encuentra la cama de exploración que abarca gran parte del espacio medio del consultorio. En uno de los extremos (junto a la entrada del pasillo de urgencias) hay una mesa de metal que contiene un lavamanos, por un lado, y una báscula para bebés, en el otro, además de contar con depósitos de desechos RPBI (que son unas cajas pequeñas rojas de plástico); también tiene dispensador de jabón líquido y dispensador de toallas de papel. Este consultorio tiene un locker a lado de la mesa donde guardan pertenencias, documentos administrativos y algunos instrumentos médicos.

-Consultorio 2

Este consultorio, tiene un escritorio casi enseguida de la entrada por donde ingresan los pacientes de consulta externa; en el escritorio hay una computadora de piso; dos sillas enfrente del escritorio y enfrente la cama de exploración, también tiene una mesa de metal que contiene un lavamanos, y una báscula para bebés; además de contar con depósitos de desechos RPBI, también tiene dispensador de jabón líquido y dispensador de toallas de papel. Este consultorio tiene una cortina que separa el escritorio y la mesa de exploraciones.

-Consultorio 3

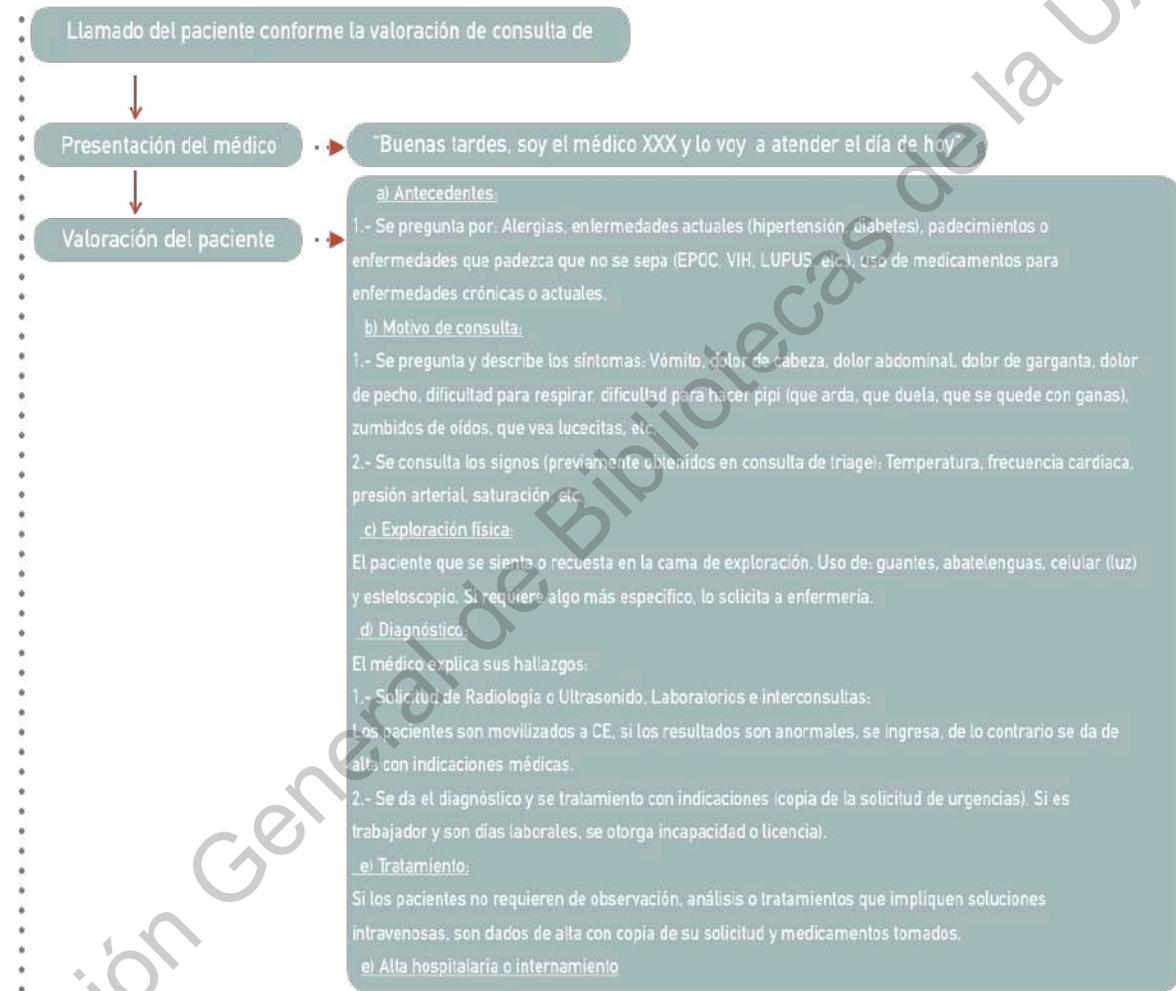
Como el consultorio 2, éste tiene el escritorio casi enseguida de la entrada por donde ingresan los pacientes de consulta externa, a lado de el está un locker que es utilizado para almacenar documentos administrativos y de consulta; en el escritorio hay una computadora de piso, frente a el está la cama de exploración; también tiene una mesa de metal que contiene un lavamanos, y una báscula para bebés; además de contar con depósitos de desechos RPBI, también tiene dispensador de jabón líquido y dispensador de toallas de papel.

Todos los consultorios son austeros, de diseño y de distribución espacial, no cuentan con herramientas electromédicas y su uso, depende del médico que lo ocupe. Las pertenencias personales de los médicos, son guardadas en los lockers, así como sus

propios instrumentos de auscultación. Si requieren del uso de algún aparato, se movilizan fuera de su espacio de trabajo.

b) Proceso de trabajo en consultorios

Diagrama 3 Proceso de trabajo en consulta de urgencias



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

El proceso de trabajo que se realiza en la consulta de urgencias, varía dependiendo el médico que la realice y el tipo de paciente que lo requiera. En términos generales, una vez teniendo la valoración de triage, el médico va llamando a los pacientes conforme dicha valoración y orden previamente estipulado por el médico de triage.

El paciente ingresa ordinariamente acompañado por un familiar y el médico comienza nuevamente con la entrevista preguntando por antecedentes, alergias y padecimiento actual; de manera posterior, realiza una exploración física que le da indicadores sobre el padecimiento y decide si es un paciente que puede ser dado de alta con tratamiento, si requiere de una valoración por especialista, si requiere de ser internado en corta estancia o, en el peor de los casos, si pasa a observación de adultos.

En cada uno de los casos, el médico requiere hacer la papelería correspondiente, ya sea para alta, interconsulta u hospitalización. En tiempos de trabajo, el alta es el que menos requiere, ya que el medicamento lo otorga el médico y explica al paciente medidas generales, de alarma y que su control será realizado por el médico familiar. En el caso de las interconsultas, los tiempos dependen del médico interconsultante, no hay especialistas propiamente en el servicio de urgencias, por lo tanto, tendrán que esperar a que el médico pueda bajar al servicio a valorar al paciente, dejar indicaciones y manejo a seguir; una vez teniendo esa valoración, el médico de consulta de urgencias da seguimiento al paciente hasta su egreso o su hospitalización. Cuando son pacientes que requieren ser ingresados para observación (ya sea en corta estancia o en observación de adultos) el médico realiza las solicitudes necesarias y las indicaciones o planes a seguir para estabilizar al paciente. Así mismo, solicita cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno, haciendo énfasis en reportar eventualidades.

La consulta de urgencias, es uno de los procesos más complejos no sólo en la distribución de las actividades en relación con el espacio físico y su disposición, sino en las diversas tareas que se realizan; dada su complejidad, será adecuadamente analizado en el capítulo sobre resultados.

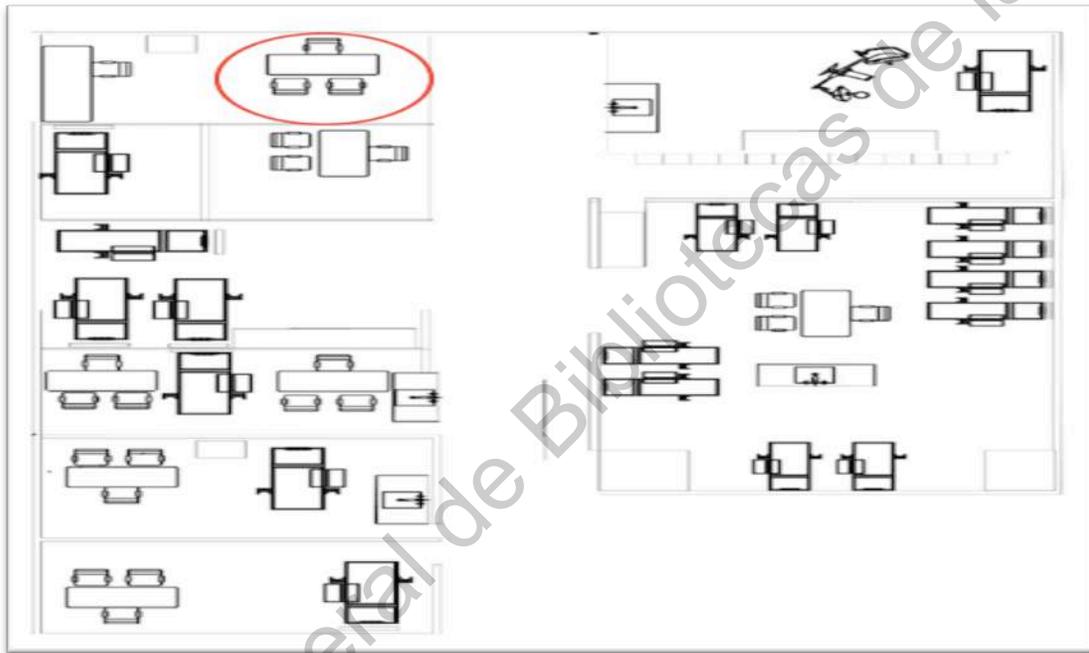
6.6 Trabajo Social

Ubicación: Primer cuadrante superior izquierdo.

Acceso: Uno, entrada de ambulancias.

Personal: Trabajadora social

Imagen 6 Trabajo social del servicio de urgencias



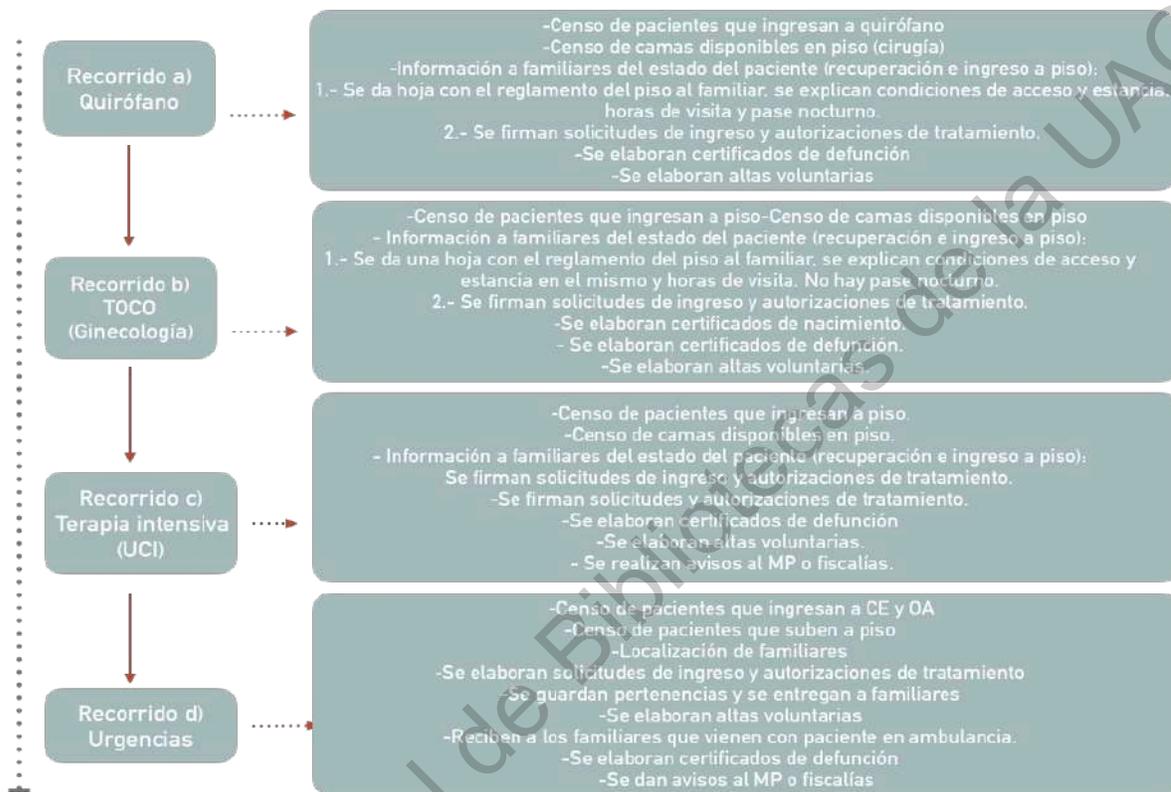
Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

a) Descripción general de trabajo social:

Trabajo social no tiene un lugar establecido propiamente, comparte la distribución espacial con el área de recepción y consta de un locker amplio, un escritorio con su respectiva computadora de piso y una silla con ruedas. En el escritorio se encuentra un organizador de plástico que contiene documentos de tipo administrativo y están acomodados dependiendo el área de recorrido y necesidad del paciente (reglamentos, solicitudes de tratamiento, altas voluntarias, etc.), frente al escritorio hay dos sillas marcadas por la parte de atrás que dicen “trabajo social urgencias”.

b) Proceso de trabajo en trabajo social

Diagrama 4 Proceso de trabajo en trabajo social



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

Este proceso de trabajo es uno de los más movilizadores del servicio, dado que la ocupación de los pisos depende mucho de los pacientes que sean ingresados por el servicio de urgencias. Así, la trabajadora social realiza censos de Quirófano, Urgencias ginecológicas (TOCO), Terapia Intensiva de Adultos y urgencias pediátricas. Toda la información que refiere de los pacientes ingresados desde corta estancia hasta cirugía, debe ser anotada y actualizada cada cierto tiempo, ya que es ella quien se encarga esencialmente de la papelería correspondiente a las autorizaciones de tratamiento, reglamentos de pacientes que suben piso, visitas e informes médicos, actas de nacimiento y defunción, etc.

Si bien su ubicación está en el servicio de urgencias, su movilización es en gran parte del hospital dado los recorridos que tiene que hacer para realizar el censo de camas disponibles y de pacientes que las ocuparán.

Como el proyecto está especialmente dirigido al servicio de urgencias y, aunque tenga implicaciones con otros servicios, se hará la acotación al proceso de trabajo que realiza trabajo social en el servicio de urgencias, el cual será debidamente explicado en el capítulo de resultados.

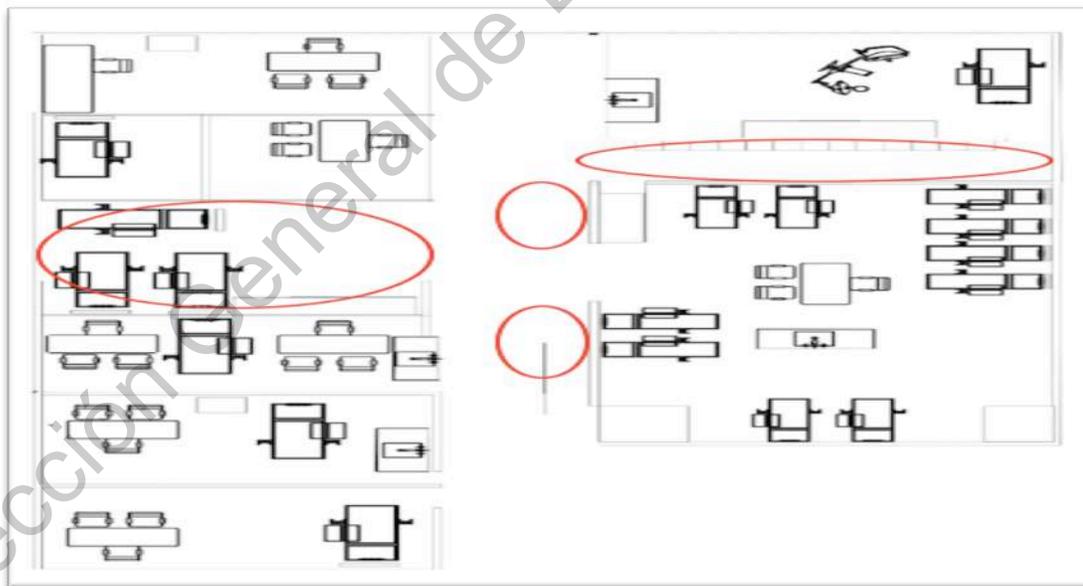
6.7 Corta Estancia

Ubicación: Cuadrante medio del servicio de urgencias, camillas en pasillo y sillas del pasillo que conduce al acceso interno del servicio.

Acceso: Dos (ambulancias y pasillo interno)

Personal: Médico general y enfermería

Imagen 7 Corta estancia del servicio de urgencias



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

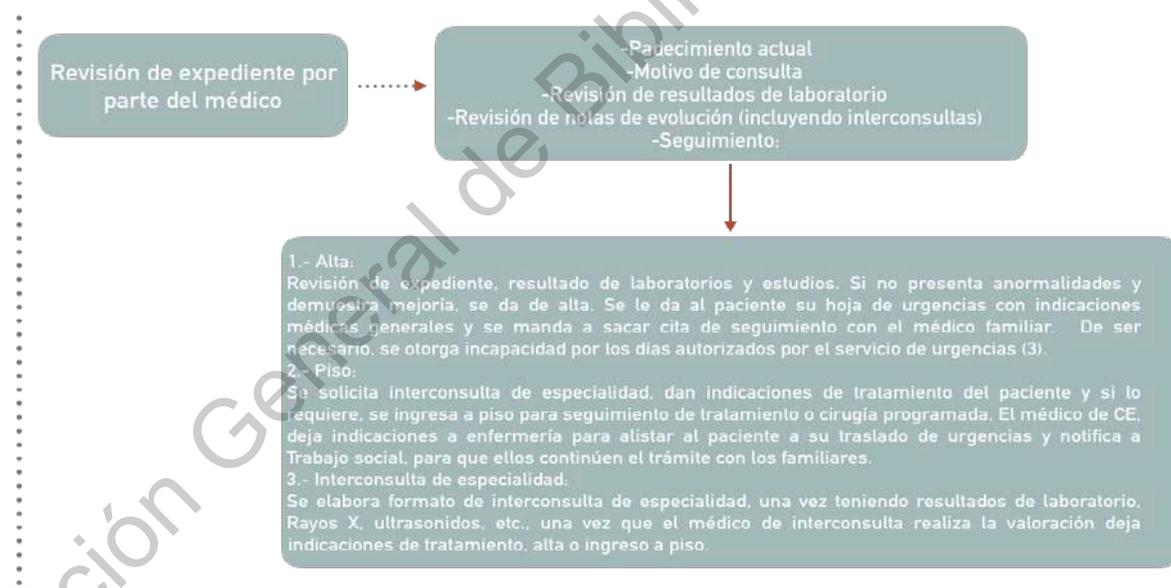
a) Descripción general de corta estancia: La distribución de corta estancia es compleja, ya que no hay un espacio formal para que el médico pueda realizar su

actividad; en este sentido, el médico puede estar en cualquier consultorio ya que requiere de computadora para realización de notas, revisión de expedientes y estudios de laboratorio, rayos X, etc. Por otro lado, los pacientes de este espacio están en sillas o camillas; el médico va directamente a donde esté el paciente para valoración y exploración física.

Las camillas se encuentran en un cuadrante a lado del consultorio de triage y la coordinación médica, sólo hay una entrada y es esa. Las camas están distribuidas una en cada pared y separadas por una cortina blanca.. En las paredes se colocan formatos de identificación con el nombre del paciente, su edad, número de expediente, folio de beneficiario y médico responsable.

b) Proceso de trabajo en corta estancia

Diagrama 5 Proceso de trabajo en estancia corta



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

b) Proceso de trabajo en corta estancia:

En corta estancia, se encuentran los pacientes que ya pasaron por valoración de triage y fueron atendidos por el médico de consulta de urgencias. Generalmente están catalogados como pacientes de código amarillo (no representan riesgo de

muerte, pero sí atención médica inmediata); este espacio es considerado como intermedio y depende del trabajo en conjunto medicina-enfermería.

El médico recibe el paciente valorado en consulta de urgencias, solicita estudios correspondientes o faltantes para valoración de interconsulta, o para seguir con tratamiento y plan a desarrollar. Constantemente hay actualización de indicaciones médicas, dependiendo de los resultados de laboratorios, radiografías, etc., el médico se encarga de dar notificaciones a los familiares sobre el padecimiento de los pacientes y las normas a seguir, ya sea para dar de alta al paciente una vez estabilizado y encontrado el origen del padecimiento, dando tratamiento inicial; o, para ser ingresado a piso con roll quirúrgico programado y, en el peor de los casos, cuando un paciente se complica, ingresarlo a observación de adultos.

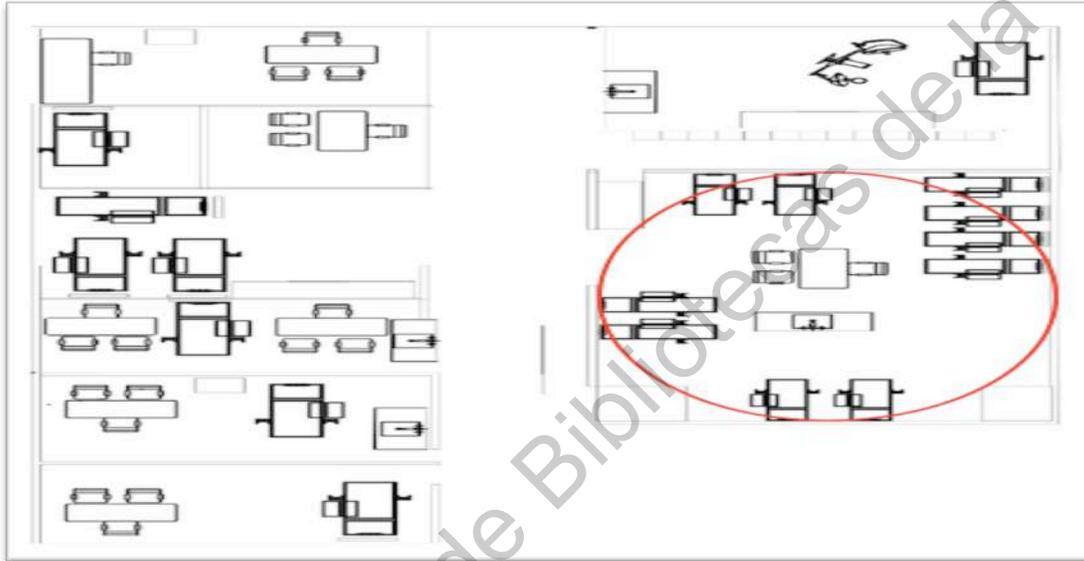
6.8 Observación de Adultos

Ubicación: Cuadrante inferior derecho

Acceso: Dos (ambulancias y pasillo interno del servicio)

Personal: Médico urgenciólogo y enfermería

Imagen 8 Observación de adultos del Servicio de Urgencias



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

a) Descripción general de observación de adultos:

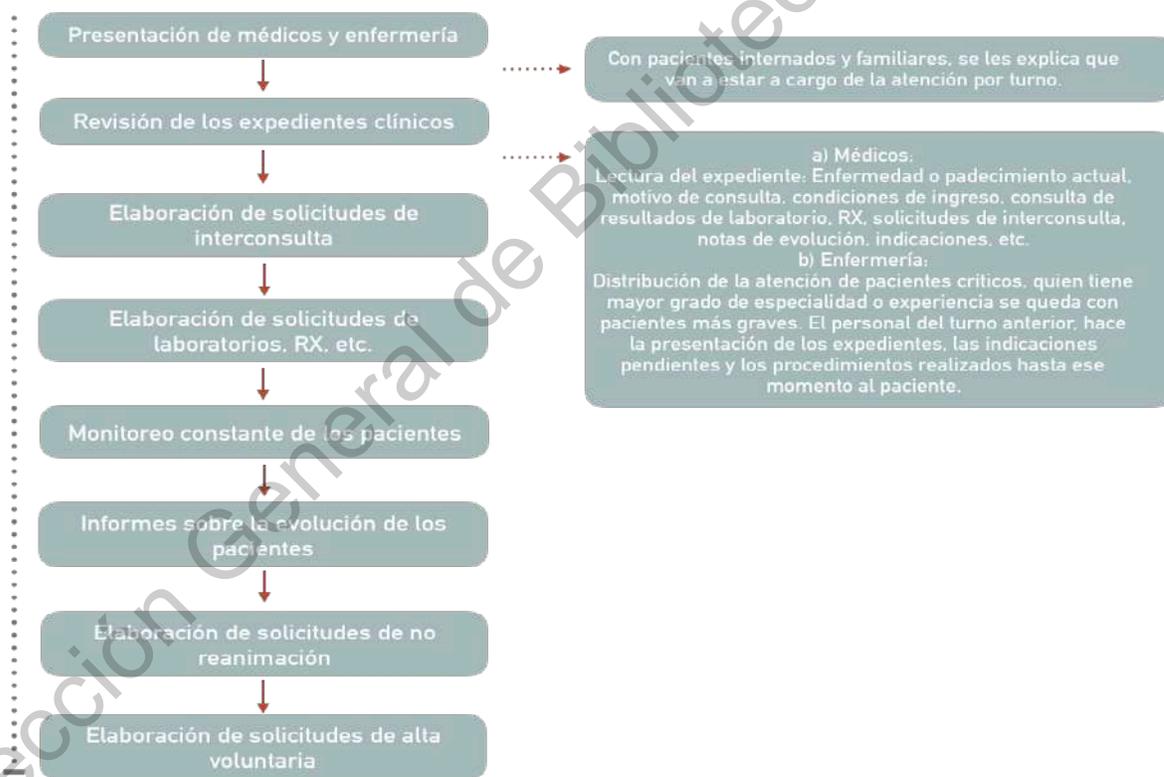
Este espacio es el más grande del servicio y, aun así, sumamente pequeño para la distribución que tiene. Consta de 8 camas de base, ubicadas cerca de las tomas de oxígeno y separadas por cortinas. En el espacio medio del cuadrante, se localiza la central de enfermería y el médico urgenciólogo, quienes disponen de un espacio físico para realizar la preparación de medicamentos, notas, solicitudes, etc. El médico tiene a su disposición una computadora de piso, y organizadores de plástico que contienen solicitudes de interconsulta, laboratorios, etc. Detrás de él, se encuentra el lavamanos y un área para colocar instrumentos lavados; alrededor de la central de enfermería, hay dos carritos de *pasteur* y un archivero de metal; en uno de los carritos se colocan materiales de curación como gasas, medicamentos,

inyecciones, soluciones, guantes, etc., mientras que en el otro, hay sondas, paquetes quirúrgicos, etc.

Observación de adultos, cuenta con un aislado, que tiene su propia toma de oxígeno y de lado opuesto, se encuentra el baño para todos los paciente. En este espacio, se encuentra el área de choque, que es más complejo en su distribución y acceso, por depender mucho del movimiento de los objetos que obstaculizan el paso. Su localización permite visualización total del paciente en caso de paro o, que requiera equipos electromédicos específicos.

b) Proceso de trabajo en observación de adultos

Diagrama 6 Proceso de trabajo en observación de adultos



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

Cuando un paciente se encuentra grave y cuyos signos vitales, órganos o la vida se encuentran en riesgo, es inmediatamente ingresado a observación de adultos. Este espacio, tiene una dinámica muy particular. Inicialmente, el paciente es presentado por el médico que lo recibió (ya sea por consulta de urgencias, triage o corta

estancia); en dicha presentación, se mencionan los antecedentes médicos, alergias, medicamentos, padecimiento actual, etc.

El médico urgenciólogo es quien recibe al paciente, decide dónde colocarlo dentro de observación de adultos y hace una rápida valoración del paciente, toma los signos vitales y solicita los estudios necesarios. Hace una revisión meticulosa del expediente clínico, los estudios realizados, las interconsultas solicitadas, etc.

El personal de enfermería se organiza para distribuirse los pacientes, dependiendo el grado de experiencia y conocimientos, dejando a uno/a como jefe de enfermería, quien se convierte en mano derecha del urgenciólogo.

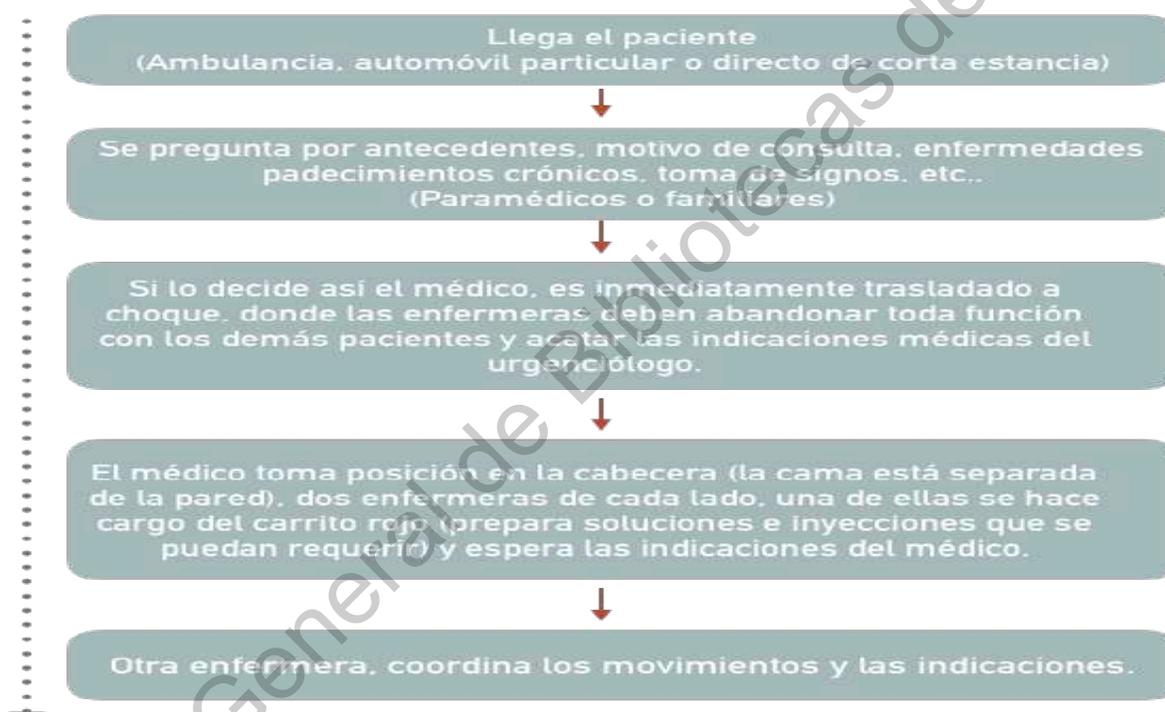
De manera general, este espacio es de vigilancia continua y personalizada, de actualización de indicaciones, valoraciones y estudios. El proceso de trabajo es parecido al que se realiza en corta estancia, con la gran diferencia de que son pacientes graves y que no son exentos de complicaciones.

Observación de adultos, es el único espacio del servicio de urgencias que tiene acceso para visitas, limitadas en tiempo y utilizadas para dar informes sobre el estatus de los pacientes.

complicaciones inmediatas, ya sean metabólicas, traumáticas, cardiovasculares y neurológicas; en choque se atiende de manera primordial el “ABC”, mantener la vía aérea permeable, volumen circulante, presión cardiovascular y proteger la función neurológica.

b) Proceso de trabajo en área de choque

Diagrama 7 Proceso de trabajo del área de choque



Fuente: Elaboración propia con datos de trabajo de campo.

El proceso de trabajo que se realiza en el área de choque es uno de los más complejos en tanto la disposición limitada de los espacios, los insumos, el personal y las condiciones críticas del paciente.

De manera inicial, este espacio es exclusivamente utilizado con pacientes que lo requieran, esto implica directamente con los tiempos en los que son administrados los medicamentos y realizadas las maniobras necesarias.

De tal forma, todo el personal de esa área se focaliza en el paciente, haciendo un grupo de 5 personas (urgenciólogo, jefa de enfermería y las demás enfermeras). El médico, se ubica en la cabeza del paciente dirigiendo el trabajo de enfermería, dando indicaciones a la jefa y ella, a su vez, delegando actividades a las enfermeras; así, mientras una repara los medicamentos, otra está canalizando al paciente y preparando las vías de canalización para pasar medicamentos, otra monitorea los signos vitales y cuenta los tiempos entre medicamentos y maniobras, la última, asiste los movimientos de sus compañeras.

El área de choque es, el único espacio que requiere de la implicación de más de dos personas entrenadas, calificadas y que se apeguen al rol que les ocupa, para que el paciente pueda ser intervenido de manera múltiple y conjunta.

Capítulo VII

Resultados del trabajo de campo

7.1 Introducción

El trabajo de campo, se inició realizando observación no participante, asistiendo diariamente al servicio de urgencias del Hospital General ISSSTE Querétaro desde finales de Enero del presente año. La observación consistió en estar durante varios días en las unidades de observación previamente seleccionadas (Recepción, trabajo social, triage, consulta de urgencias, corta estancia y observación de adultos); con el paso del tiempo, mi presencia se fue haciendo más cotidiana posibilitando el diálogo con el personal adscrito, así, se me fue permitiendo involucrarme cada vez más en las actividades que realizaban, convirtiendo la observación no participante, en observación participante.

El diálogo con el personal fue la clave no sólo para entender los procesos de trabajo que realizan en el servicio, sino que la presencia continua, apelaba al interés por comprender las dinámicas, las relaciones, las actividades, etc., y el personal reaccionó de manera extraordinaria, con una apertura significativa, demandando no sólo a la necesidad de compartir sus experiencias de un espacio laboral caótico, sino al acompañamiento que implicaba el proyecto de investigación.

Una vez que el personal sabía la razón de mi presencia en el servicio (especialmente los médicos) comenzaron a invitarme a participar de manera activa en sus procesos, por supuesto, cuidando siempre que mi participación no fuera comprometida o descuidada y que pudiera afectar no sólo mi estancia en el hospital, sino en el trabajo de los médicos. Esa pequeña línea, marcó una diferencia enorme en la manera de acceder al conocimiento; en este caso, la forma básica y esencial de acceder a ello, fue mediante el aprendizaje.

Para poder comprender los procesos de trabajo, fue necesario que aprendiera desde cómo pasar las gasas estériles, hasta cómo poner una férula, acompañando y asistiendo al personal que me enseñaba cómo trabajaban; aquí deviene importante

mencionar dos cosas: la primera es que durante todo el tiempo que duró el trabajo de campo se realizaban reflexiones éticas respecto a mi implicación en el mismo y, segunda, mi participación tuvo lugar siempre y cuando la otra persona estuviera de acuerdo. En ningún momento ni por algún motivo hubo coerción respecto a mi participación en sus actividades.

Ello permitió comprender de manera distinta la labor que realizan, de cómo disponen de los espacios, de los insumos, de los pacientes, de las relaciones, etc. A su vez, también implicó que en tiempos libres, leyera e investigara sobre padecimientos específicos, anatomía, materiales quirúrgicos, jerga médica y hasta procedimientos invasivos.

De manera paralela a la observación (que se convirtió) participante, durante toda la estancia en el servicio se realizó el censo diario para el Índice de Saturación Modificado, ingresando los datos una vez que terminara la observación del día. El ingreso de los datos estadísticos, fue un poco complejo (sobre todo, los del turno nocturno) dado que requería de condiciones específicas, como conexión a red de internet y la computadora con el programa instalado, de tal forma, el censo se anotaba en el diario de campo y en cuanto tuviera acceso a internet desde la computadora, ingresaba los datos.

El uso del diario de campo, fue fundamental para poder ubicar momentos y eventos específicos que marcaron pauta para comprender las dinámicas dentro del servicio de urgencias, más aún aquellas que tuvieran que ver con relaciones de poderes, características físicas del espacio como modificaciones, rupturas, ausencias, etc.

Una vez establecido el rapport y participando de manera activa en el servicio, ubiqué a mis principales informantes, a quienes se les comentó sobre la participación voluntaria en entrevistas sobre su proceso de trabajo, accediendo sin problema, firmando sus respectivos consentimientos informados. Así, se realizaron una serie de entrevistas, correspondientes a las unidades de observación; las entrevistas tuvieron una duración aproximada de dos horas y, fueron realizadas mediante una guía de entrevista semiestructurada, modificada para cada unidad de observación.

La organización de los resultados consistirá en explicar de manera inicial, los datos estadísticos obtenidos del censo que se realizó durante la estancia en el hospital en complemento con el diario de campo y algunas entrevistas de tipo informal. Posteriormente, se describirá de manera sistematizada la información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas, complementadas también con la información que fue recabada y anotada en el diario de campo.

7.2 Resultados estadísticos: Índice de Saturación Modificado (ISM)

Ya se ha hablado en otros capítulos sobre el origen y el funcionamiento del ISM; sin embargo, es importante recuperar datos importantes para comprender entonces los resultados obtenidos.

El ISM es un método computacional, diseñado para reportar el nivel de sobresaturación de urgencias médicas en tiempo real, una vez ingresadas las cifras correspondientes a camas útiles, pacientes en espera, pacientes en consulta, pacientes en observación, pacientes en estado crítico, médicos y enfermeras, con la particularidad de que éstos últimos se encuentren adscritos en ese momento en el servicio.¹¹ Así, el programa provee un índice que a su vez, comprende dos subíndices; el primero corresponde a un indicativo de la proporción de pacientes en relación al personal médico que se encuentra en el servicio y, el segundo, es indicativo de la proporción de pacientes que son admitidos en relación con el número de camas útiles.

El Índice de Saturación Modificado va a asociar entonces, el índice de saturación respecto a cuatro niveles de advertencia: a) 0 ($x < 100$) que corresponde a “No saturado”, b) 1 (100) que corresponde a “Saturado”, c) 2 ($100 < x < 200$) que corresponde a “Saturación alta” y, d) 3 ($x > 200$) que corresponde a “Saturación extrema”.

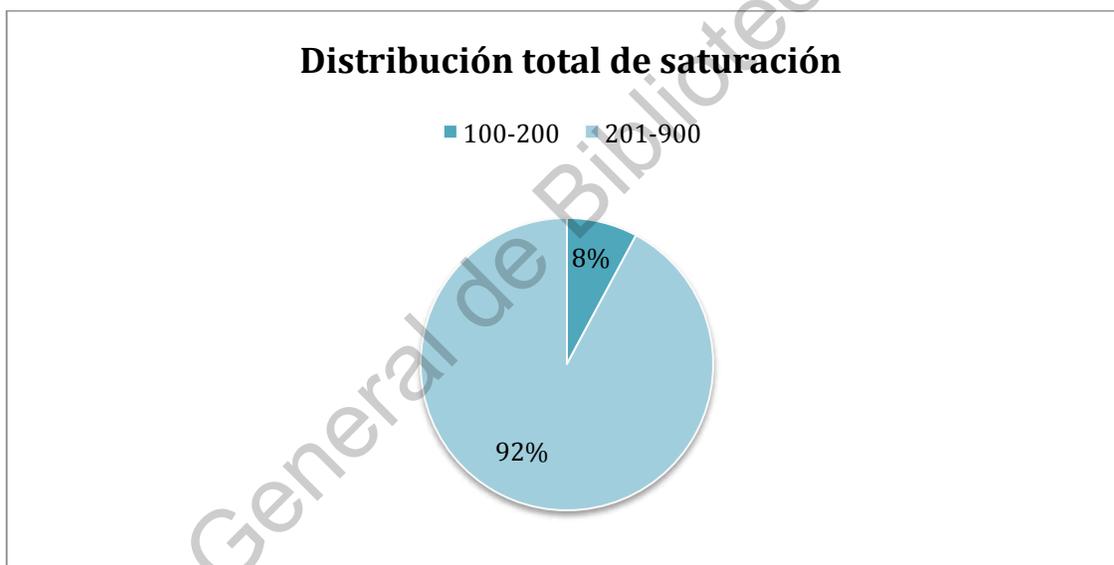
Una vez ingresado todos los datos (censo diario), se obtiene una base de datos capaz de ubicar dichos niveles de saturación y, es mediante su graficación que se

¹¹ Polanco, C., et al (2013) Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. Gaceta Médica de México, 149; 417-24.

pueden observar las tendencias, los eventos específicos que marcan un aumento o disminución de saturación, etc. Los resultados obtenidos, se pueden expresar de manera general de la siguiente forma:

Con los datos totales conseguidos, se hizo un primer acercamiento para detectar la distribución total de saturación, obteniendo una muestra del 8% que equivale a datos con valor de 100- 200, que en términos de advertencias corresponde a “Saturación alta” y un 92% equivalente a datos con valor de 201-900, que corresponde a “Saturación extrema”; no se obtuvieron datos con valor de < 100 que correspondieran a “no saturado” ni “saturado”

Tabla 1 Distribución total de saturación



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Índice de Saturación Modificado.

En esta gráfica se puede observar de manera más clara, la significativa cantidad de datos que señalan que la saturación extrema es la que predomina en el servicio de urgencias con un 92%, en comparación con el 8% que corresponde a la saturación alta.

Para fines de organización, análisis y presentación de resultados cuantitativos, se optó por describir los resultados de manera temporal, eventual y secuencial; eso

es, la puntualización de eventos y particularidades clave por mes de trabajo de campo, complementándolo con las notas de la observación participante que se realizó y que se encuentran plasmadas en el diario de campo, además de entrevistas de tipo informal, que ofrecieron información relevante para la comprensión de dichos eventos.

7.2.1 Resultados por mes del año

De manera introductoria, se debe recordar que el fenómeno de la sobresaturación es uno multifactorial. Esto quiere decir sin lugar a dudas, que existen factores sociales, económicos, políticos, históricos, contextuales, etc., que influyen de manera importante en la sobresaturación y éstos, en este proyecto son considerados como factores de tipo macro.

Se encuentran también otros factores de tipo meso, que corresponden a un nivel más acotado y contextualizado, en ellos encuentran elementos determinantes de la sobresaturación y que son parte o desencadenantes de los factores macro; éstos serán considerados en este proyecto como aquellos que son de tipo local, como lo pueden ser: características institucionales, asuntos presupuestales, política pública, condiciones laborales, infraestructura hospitalaria, también incluye características concretas de la población, ubicación geográfica, planeación y distribución urbana, etc.

Aún lo anterior, existen otros factores todavía más particulares que son considerados como micro y que parten de los objetivos específicos de éste proyecto de investigación, para conocerlos y saber sobre sus características condicionantes o dominantes en el fenómeno de estudio.

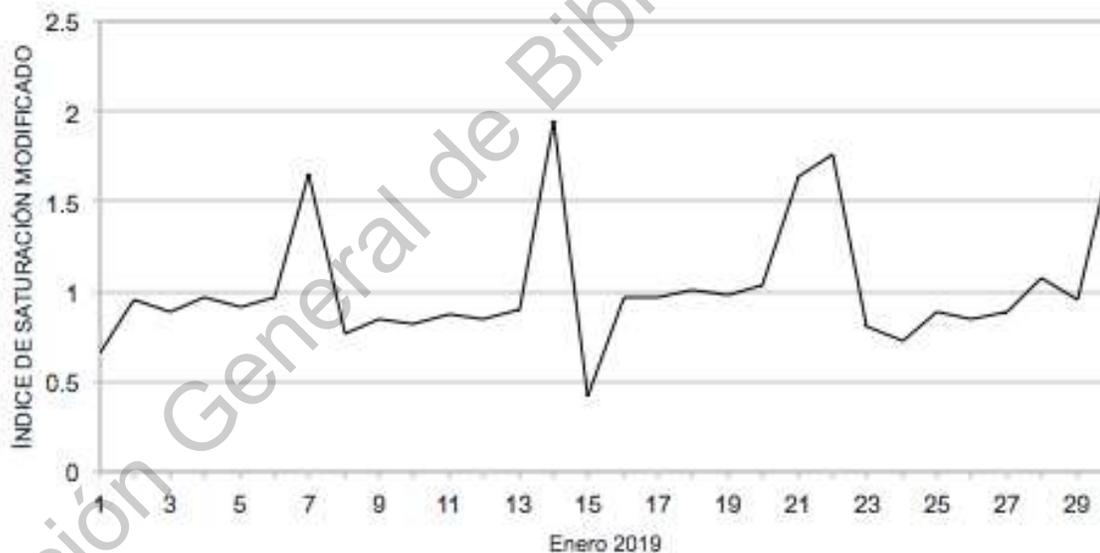
El uso del Índice de Saturación Modificado, fue una herramienta fundamental para poder saber, mediante “datos duros” sobre frecuencias, interrupciones, así como continuidades del fenómeno; acompañado con la observación participante de manera continua y las anotaciones en el diario de campo, la información recuperada da indicadores importantes para la comprensión de la sobresaturación.

Así entonces, en este apartado de resultados se exponen los factores de tipo micro, que dan especificidades clave para comprender cómo se comporta el fenómeno de sobresaturación, priorizando su relación con el proceso de trabajo como un factor condicionante de la sobresaturación en el servicio de urgencias del Hospital General ISSSTE Querétaro.

Es importante aclarar, que los datos obtenidos son válidos en tiempo y forma en el que fueron recuperados; si bien sus modificaciones y cambios ya sean institucionales o propios del servicio, fueron analizados como tal y se consideran como puntos importantes para el proyecto de investigación.

Enero 2019

Gráfica 1 Media de saturación de Enero 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Enero fue el mes en el que se comenzó el trabajo de campo, ello implicó la atención más enfocada en realizar vínculos tipo rapport con el personal adscrito al servicio de urgencias, en este sentido las anotaciones más relevantes están puntualizadas en la

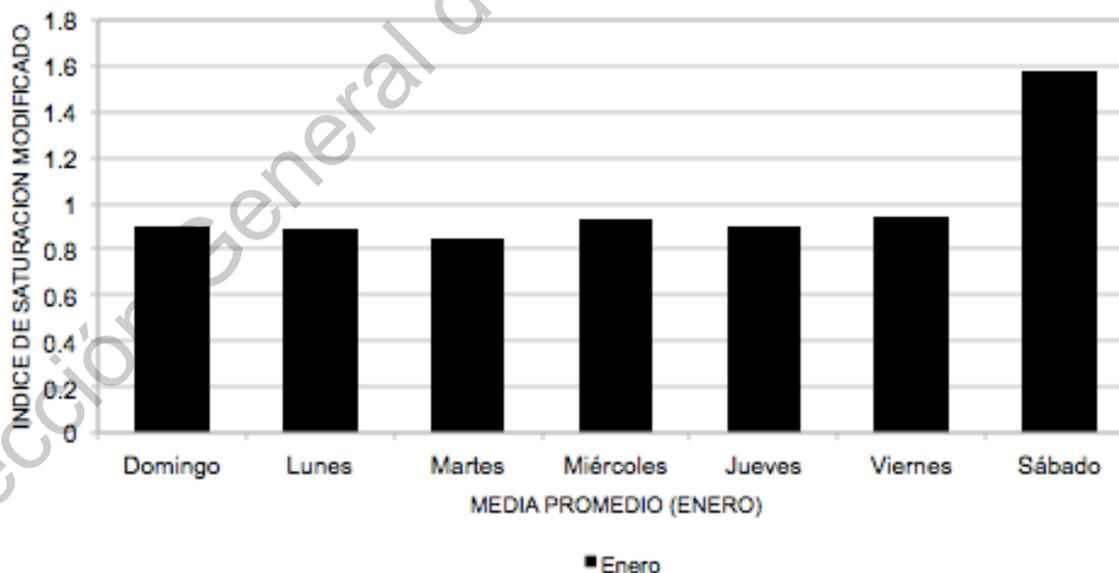
distribución del espacio físico, la identificación de las unidades de observación, así como la ubicación del personal con el que se estaría en comunicación durante todo el proyecto de investigación.

Mientras se realizaba lo anterior se realizó el censo diario del mes, cuyos resultados sugieren tres aumentos en la saturación del servicio; uno de ellos el más indicador, corresponde a la semana de regreso a clases; la saturación del servicio en el turno vespertino se eleva significativamente en comparación con el turno matutino y nocturno.

Por su parte, las notas realizadas en el diario de campo, señalan una importante demanda de atención médica a la especialidad pediátrica; sin embargo, esta sólo existe en el turno matutino.

Los otros dos aumentos en la media de saturación del periodo, refieren a cambios y reorganizaciones del personal de enfermería para cubrir servicios faltantes.

Gráfica 2 Media de saturación por día en Enero 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Respecto al promedio de saturación por día en el mes de enero, se puede observar en la gráfica que el día con más demanda de atención médica corresponde al sábado. Esto tiene explicación en tres ausencias principales:

1.- Personal médico de especialidad

Los turnos nocturno y especial (que corresponde al fin de semana) no cuentan con personal de especialidades como trauma y ortopedia, urología, psiquiatría, etc., entrevistas informales con el personal, especialmente con quienes ocupan el puesto de coordinación en esos días, explican que por razones de presupuesto y mayormente institucionales, los únicos servicios activos en esos turnos son urgencias, medicina interna, cirugía, terapia intensiva y pediatría.

2.- Ingresos hospitalarios en espera

Dependiendo del padecimiento, algunos de los pacientes que acuden por atención al servicio de urgencias tienen la indicación médica de quedarse ingresados para valoración médica de especialidad; sin embargo, la probabilidad de que ese mismo día (viernes) valorado, es muy baja debido a que las interconsultas las dispone el médico de especialidad y éste a su vez, atiende en la consulta externa, lo cual implica que tenga pacientes agendados. Los tiempos y disponibilidad de las interconsultas, es parte del proceso de trabajo y será retomado más adelante.

3.- El triage

En términos generales, se da cuenta de la ausencia de triage en el turno nocturno y especial; al no haber una valoración previa a la consulta de urgencias, al no haber un filtro para identificar si algún paciente que ingrese al servicio por cuenta propia tiene una real o sentida, genera mucha tensión. Este punto conlleva un análisis mucho más meticuloso de lo que puede realizarse específicamente en este apartado, por lo tanto aquí sólo se mencionarán algunos aspectos que serán recuperados más adelante, en la discusión de los resultados:

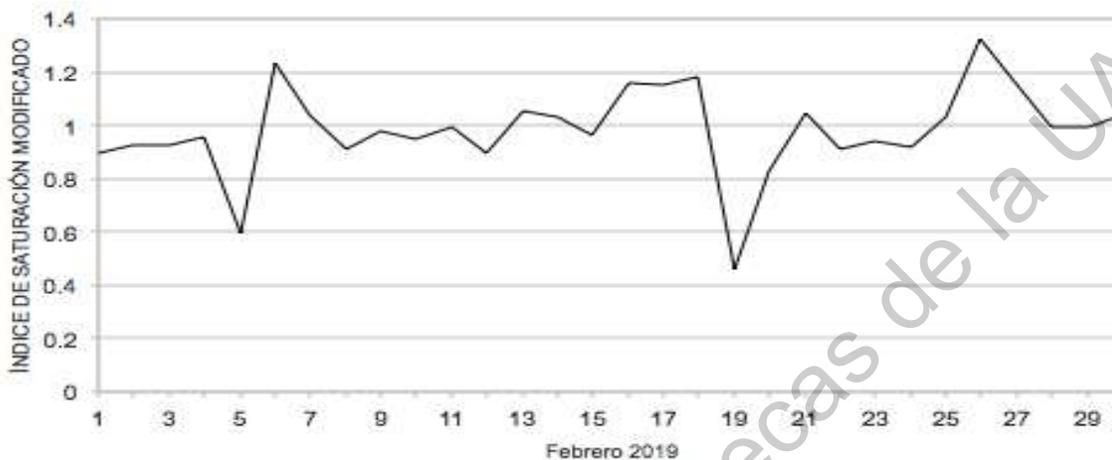
a) Demanda de atención médica y tipo de población

b) Triage: lo que es, lo que se hace de él y lo que realmente tendría que hacerse

c) Implicaciones de uso y desuso del triage

Febrero 2019

Gráfica 3 Media de saturación de Febrero 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Durante el mes de febrero, se inició formalmente con la observación participante lo cual requirió que la comunicación con el personal médico fuera más constante, posibilitando/ generando un espacio de escucha y observación permanente sobre sus actividades dentro del espacio físico del servicio de urgencias.

En esta gráfica se pueden observar tres aumentos significativos sobre el promedio de la saturación del servicio, de tal forma una vez establecidos los factores determinantes de la sobresaturación en este servicio de urgencias, se encontraron otros que corresponden a hechos particulares del mes de febrero; los cuales coinciden -según los datos recopilados en el diario de campo- con tres principales:

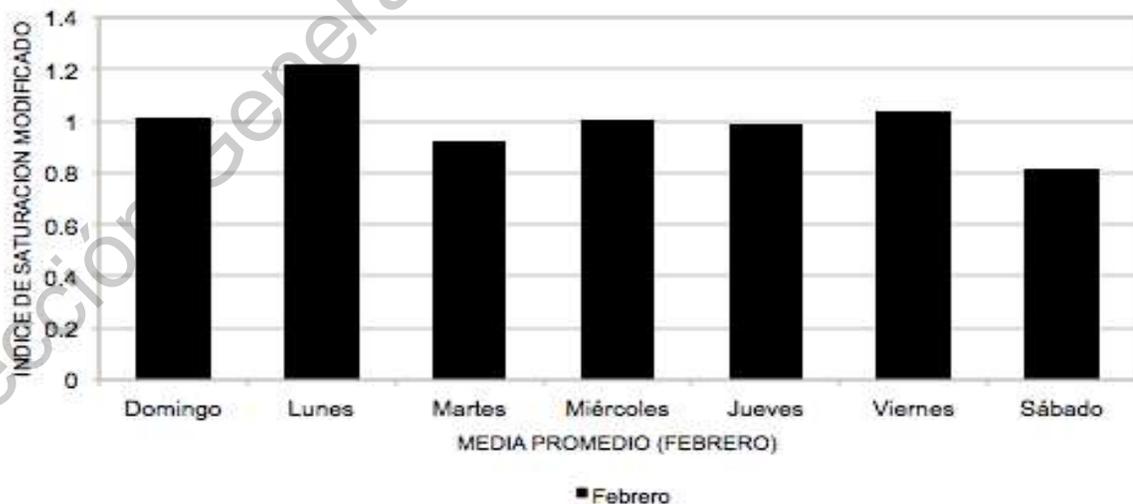
- 1.- La no recepción de pacientes, categorizados como código verde en el "Consultorio 12" de la Clínica de Medicina Familiar que se encuentra frente a las instalaciones del Hospital.
- 2.- Incremento significativo en la demanda de atención médica pediátrica y, la ausencia de médico pediatra (turno vespertino).
- 3.- Llegada simultánea de ambulancias (pacientes de código rojo y amarillo), que priorizó su atención médica y postergando las consultas en espera.

Así mismo, se pueden observar en la gráfica dos descensos importantes; el primero corresponde a que la demanda de atención médica fue más dirigida hacia pacientes de código amarillo en lugar de pacientes de código verde en espera de consulta, mientras que el segundo, tuvo efecto por la modificación de la organización del personal médico en el servicio de urgencias.

Las notas realizadas en el diario de campo, respecto al proceso de trabajo denotan eventos particulares que implican en la sobresaturación; durante algunos días del mes, se rompió uno de los tubos de agua que conecta la principal fuente de desechos del servicio de urgencias, generando inundaciones importantes en uno de los accesos al mismo y, por razones de mantenimiento, clausuraron los baños en esa área para el personal que labora en la institución, lo cual hizo que el mismo personal tuviera que desplazarse por distancias largas y fuera de su espacio de trabajo para poder usar los sanitarios.

Por otra parte, se comenzó a dar cuenta de que en ciertas unidades de observación (en este caso, triage y consulta de urgencias) la comunicación entre ellas, sobre los pacientes que llegaban era mínima.

Gráfica 4 Media de saturación por día en Febrero 2019



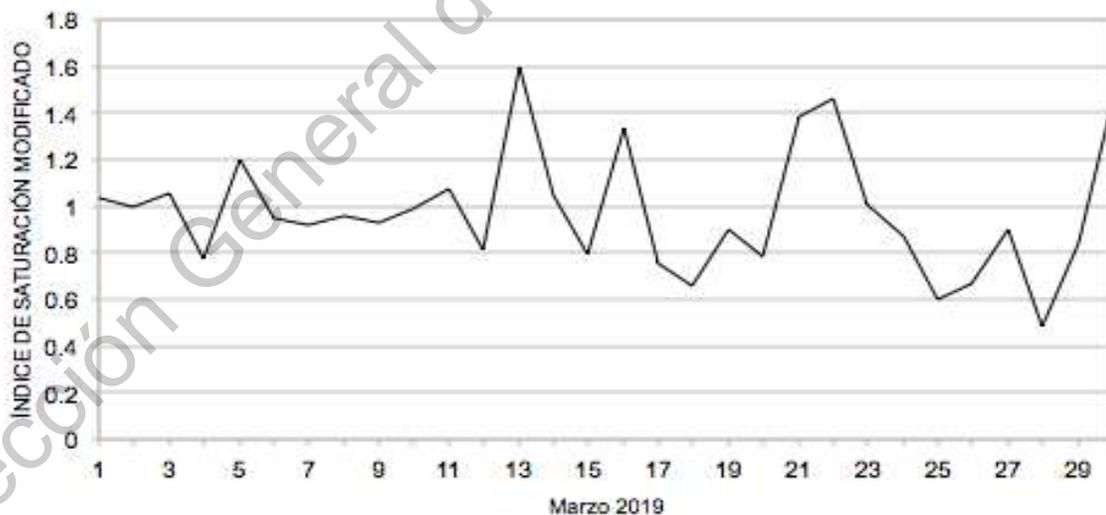
Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Como se puede observar en esta gráfica, los días lunes del mes de febrero tuvieron un mayor impacto en la sobresaturación del servicio, esto puede ser explicado según las observaciones que se realizaron, y es que muchas de las especialidades se incorporan en el inicio de semana para reanudar sus consultas e interconsultas al servicio de urgencias, por lo que muchos pacientes, se quedan en calidad de “espera a valoración”. Esos pacientes, más los que vayan llegando por turno, generan una carga importante de trabajo para el personal quien debe estar actualizando o evolucionando notas y expedientes.

Por otro lado, se observa una disminución de saturación los días martes, este punto es importante porque es un factor que se va a observar de manera constante durante el año que se realizó el proyecto de investigación. Esta particularidad en la saturación, parece ser efecto del descanso y desapego de la acción laboral durante el fin de semana (para quienes laboran de lunes a viernes).

Marzo 2019

Gráfica 5 Media de saturación de Marzo 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

En la gráfica del mes de marzo, se pueden observar tres aumentos sobre el promedio de la saturación en el servicio de urgencias, dichos aumentos corresponden a los siguientes hechos particulares:

1.- Escases de recursos materiales básicos para el trabajo de tipo administrativo que se realiza en el servicio, tales como hojas blancas y tonner; éste evento se intensificó por el fallo de la impresora que es del uso cotidiano para todo el personal médico. Ello complicó no sólo el registro de pacientes en el sistema (SIMEF) sino, para aquellos pacientes que requerían otro documento -aparte de su hoja de alta del servicio- como un formato "RT02" que corresponde a los riesgos de trabajo. Se dio la indicación de regresar al siguiente día a solicitar dichos documentos al jefe de urgencias.

2.- Ausencia de especialista en Traumatología y Ortopedia en turno vespertino, que diera interconsulta al servicio de urgencias. Muchos pacientes que llegaron para Rayos X, fueron prolongando su estancia ante la falta de valoración médica, algunos de ellos pudieron retirarse del servicio con la indicación de que se presentaran al día siguiente para valoración, otros cuyo padecimiento fuera más delicado tenía que esperar al especialista del siguiente turno; sin embargo, no hay especialista en el turno nocturno por lo que se quedaron ingresados para valoración el día siguiente.

3.- Se comenzaron a percibir tensiones en el servicio de urgencias, expresados en las dinámicas y relaciones interpersonales de quienes laboran el espacio, dado una serie de comentarios respecto a una posible suspensión de suplentes administrativos, médicos y de enfermería; ello propició que el personal estuviera disperso y fuera de sus lugares de servicio.

Las notas realizadas en el diario de campo, respecto al proceso de trabajo pueden identificarse de la siguiente manera:

a) Comunicación entre unidades de observación

Ésta se ubicó principalmente en dos unidades (triage y consulta de urgencias) cuya dificultad radica en la ausencia de transmisión de la información de pacientes que son primero, vistos en triage y que esperan consulta de urgencias.

Así mismo, se reitera que en el turno especial no hay triage en el servicio de urgencias, lo cual genera que los médicos decidan con base a su criterio los pacientes que requieren atención más pronta que otros; situación que aparentemente también genera tensiones entre los mismos médicos ya que aparentemente existe una sensación injusticia ante la posibilidad de “escoger” pacientes con menos probable complicación, mientras que a los otros pacientes se les posterga la atención médica.

b) Tiempos de consulta de urgencias

Debido a la alta demanda de atención en el servicio, los médicos han establecido estrategias para eficientar sus tiempos entre pacientes; esto ha generado que tengan su propio proceso además del establecido para entrevista médica, llenado de formatos, y demás protocolos.

Una de esas estrategias, tiene que ver con modificaciones de tipo verbal dependiendo el tipo de población a la que el paciente pudiera pertenecer, por ejemplo, en ocasiones en lugar de preguntar ¿Es usted diabético o hipertenso?, pregunta ¿Se le sube la presión? ¿Se le sube el azúcar?.

c) Materiales y herramientas electromédicas

Los médicos y muchas veces el personal de enfermería trae su propio material a razón de la escases significativa de éstos en el servicio, incluidos guantes, abatelenguas, jabón y hasta medicamentos. En ocasiones, la limitación de materiales para procedimientos medianamente invasivos, son reutilizados con su respectiva sanitización.

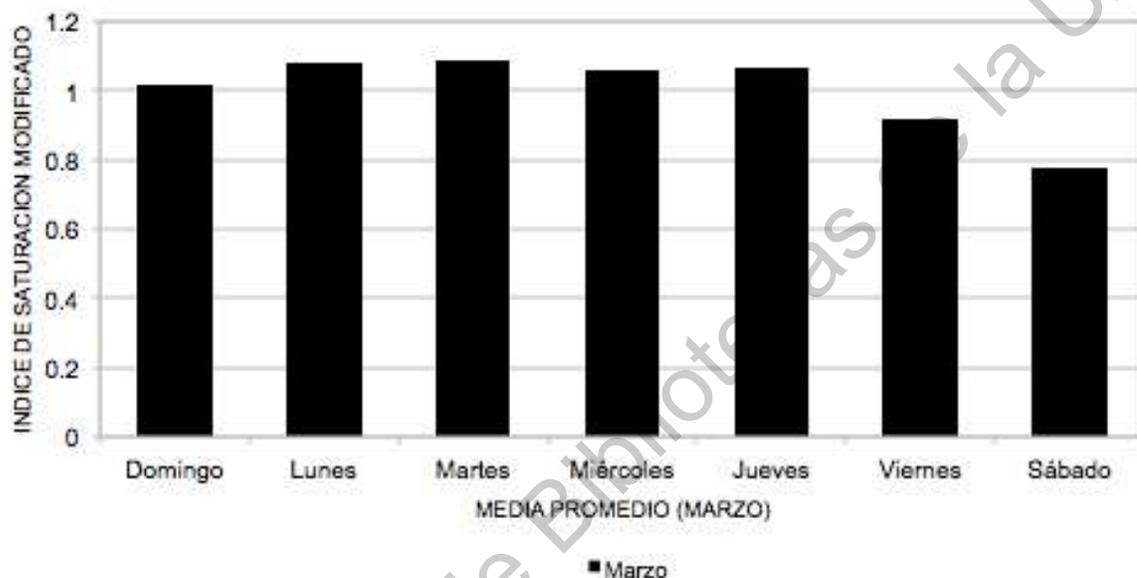
d) Supervisión de procesos y mediación de conflictos

Aún habiendo jefe de servicio, no parece haber algún tipo de supervisión del proceso de trabajo del personal adscrito a urgencias (ésta información es corroborado por entrevistas de tipo informal y formales), por lo que cuando hay algún conflicto que implique mediación institucional, se recurre a instancias de mando alto para su solución.

Uno de los conflictos más presentes, tiene que ver con el malestar de los pacientes que se encuentran esperando la consulta médica (en algunos casos más

de 3 horas), cuya desesperación para pasar al consultorio eleva tensiones al grado de agredir verbalmente y, en algunos casos, físicamente al personal administrativo y médico.

Gráfica 6 Media de saturación por día en Marzo 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

En esta gráfica, se puede observar una saturación muy regular desde el lunes hasta el jueves; ya se explicaba el motivo principal de la saturación los días lunes, en este caso no hubo disminución los siguientes días de la semana por varios eventos particulares:

a) Los juegos magistrales

Como parte de la población derechohabiente del ISSSTE, los trabajadores docentes de escuelas de estudios superiores, tienen eventos de tipo deportivo llamados “juegos magistrales”; este evento se realiza cada año, por varios días consecutivos y es básicamente un torneo.

Este evento, genera mucha sobresaturación en el servicio y su primera demanda de atención: esguinces y fracturas. Según datos obtenidos del Índice de

Saturación Modificado en complemento con el diario de campo, el turno vespertino es el que más resiente la saturación dado da seguimiento a pacientes internados en observación adultos, a pacientes ingresados a observación en corta estancia (ya sea para recuperación o en espera de interconsulta a especialidad), pacientes ambulatorios en heridas y curaciones, pacientes que solicitan atención médica por diversas demandas (crisis hipertensivas, descompensaciones, etc.) más pacientes con demanda específica por evento específico, como este.

Ahora bien, no sólo el servicio de urgencias se satura por estos eventos particulares, también la especialidad. Generalmente el médico especialista tiene ya sus actividades programadas (cirugías o atención en consulta externa), las interconsultas no están programadas por tiempo sino por aviso¹² y, si bien lo último no fue propiamente indagado dado que escapaba del espacio analizado, si está relacionado no solo con los efectos de la sobresaturación, sino que evidencia los múltiples alcances de este proyecto de investigación.

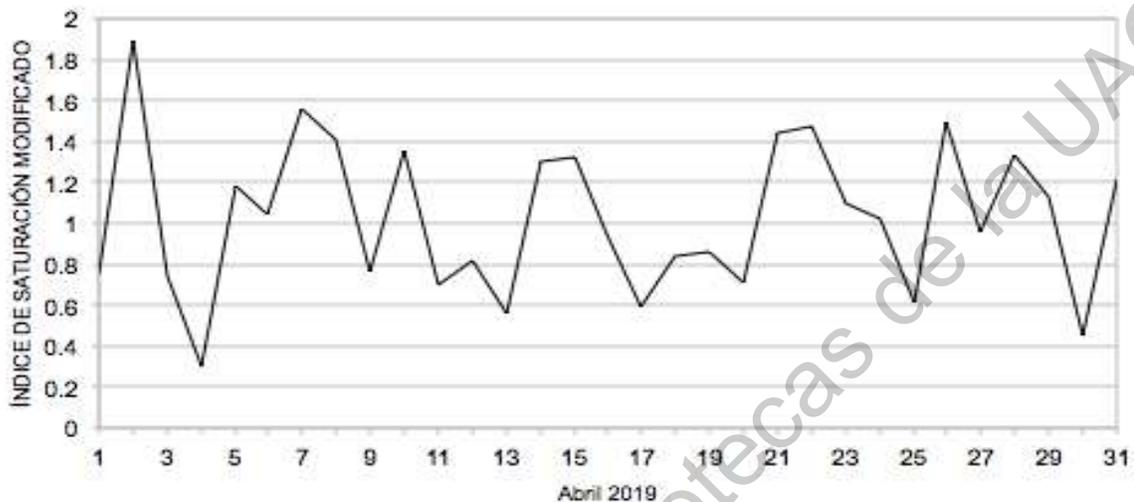
b) Semana Santa

Los días de asueto no pueden ser considerados como eventos particulares (por su propia esencia, son festejados en todo el país) sin embargo, sí se considera particular la forma en la que se experimentan en el servicio de urgencias; en este caso, los resultados señalan un aumento en la saturación del servicio por días, especialmente para atención médica pediátrica.

¹² Véase apartado sobre proceso de trabajo, específicamente en interconsultas.

Abril 2019

Gráfica 7 Media de saturación de Abril 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Durante el mes de abril, se observa uno de los aumentos más indicativos del año relacionado íntimamente con el proceso de trabajo y condiciones laborales y, que corresponde esencialmente al primer día de suspensión de suplentes del personal médico, enfermería y administrativo.

Este aumento en la saturación del servicio, puso en perspectiva la significativa cantidad de trabajadores suplentes que dan atención no solo en el servicio de urgencias, sino en otras áreas del hospital que el servicio necesita para su funcionamiento, tal y como son laboratorio, rayos X, imagenología, trabajo social, y especialistas que tuvieron que ser cesados de sus actividades por ser suplentes, entre otros, evidenciando no solo la omisión de actividades de ciertas autoridades institucionales, sino la falta importante de plantilla para cubrir al menos un 80% de los servicios para su atención.

Este evento, si bien es consecuencia de uno de los factores de la sobresaturación en el país, dado que su esencia radica en la falta de presupuesto para el sector salud

representado en la ausencia de recursos humanos y materiales para las diversas instituciones públicas de salud en México, trae consigo otros factores importantes para el estudio de la sobresaturación particularmente en este hospital y pueden identificarse de la siguiente manera:

1.- Reorganización sanitaria

Aparentemente, mucho del personal de base se encontraba disperso por la institución ocupando lugares, horarios y turnos distintos a los que estipulaba su contrato. La suspensión de suplentes, obligó al personal a regresarse a sus puestos de trabajo originales con el fin de poder ubicar los lugares o servicios que requirieran de más personal. Estas notas, plasmadas en el diario de campo toman valor dado que forman parte de entrevistas informales, en tiempo y espacio en el que sucedió el evento; este tema será plasmado en el capítulo sobre discusión de resultados.

2.- Sobrecarga laboral

La ausencia de personal suplente especialmente en enfermería, hizo que se quedara en manos de unos pocos el trabajo que era previamente dividido entre más personas.

3.- Recursos humanos y materiales vs. Personal suplente y basificado

Las notas respecto a este tema en el diario de campo, puntualizan una interesante conexión entre el material disponible para la atención médica y el tipo de personal que la usa; es decir, existía más material (medicamentos, formatos, utensilios, etc.) cuando estaba laborando el personal suplente, que cuando se quedó exclusivamente laborando el personal basificado.

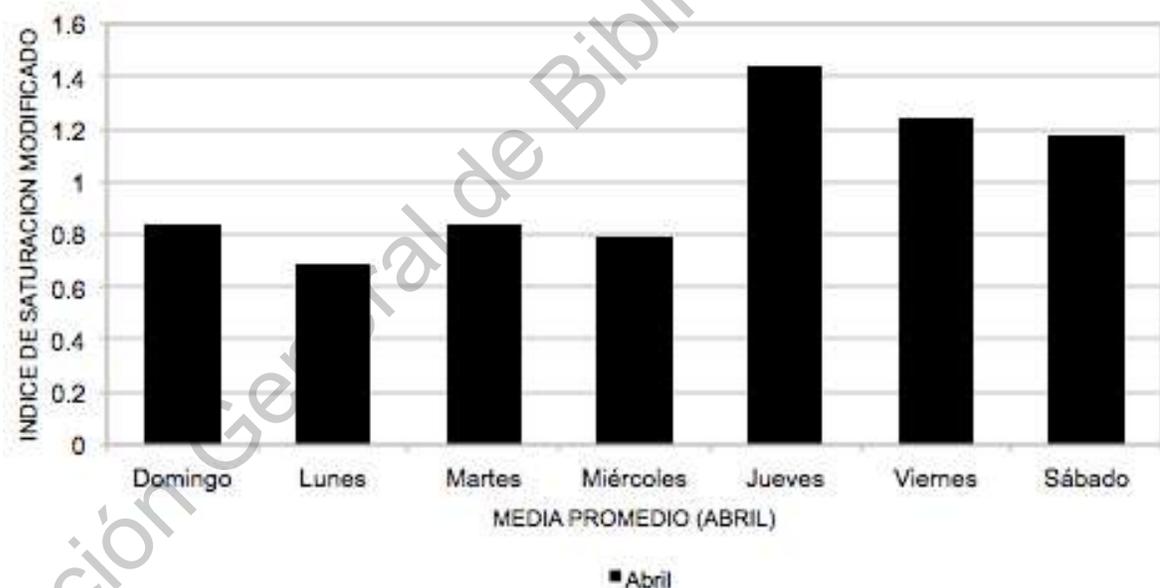
4.- Diferenciaciones por turno

La suspensión de suplentes, evidenció también las carencias de personal por turno; es decir, se observó una disminución significativa en el personal que laboraba en el turno nocturno (por días específicos de la semana), lo cual indica que además de ser un turno con poco personal con base, la ausencia de triage y la falta de personal, elevaron ocasionalmente la saturación en el servicio de urgencias, dejando a veces un solo médico general para dar la consulta. Este tema, será abordado ampliamente en la discusión de resultados.

5.- Triage

Se empieza a dar cuenta de la implicación que tiene de la figura del triage en el servicio de urgencias; las entrevistas informales y notas en el diario de campo indican un malestar importante en la forma en la que se realiza el mismo; unos mencionan que su “ineficiencia” reside en la incapacidad del médico para realizarlo, otros que tenerlo como está es literalmente como no tener uno. Es importante señalar nuevamente, que el comité de ética e investigación del hospital consideró innecesario un análisis particular sobre el triage; sin embargo, se abogó por considerarlo como parte importante del proceso de trabajo. Este punto será retomado más adelante, con un análisis más adecuado a su explicación.

Gráfica 8 Media de saturación por día de Abril 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

En esta gráfica se puede observar un aumento significativo los días jueves, viernes y sábado en comparación con los otros días de la semana; sin embargo, la relevancia de la saturación en este mes, se encuentra en los días jueves y viernes.

Las notas realizadas en el diario de campo, ubican al turno nocturno como el que más resiente la saturación por los siguientes motivos:

a) Pacientes rezagados

Con todos estos eventos previamente explicados, sobre lo que ocurrió en el mes de abril, la dificultad que persiste por dar atención médica a todos los que la solicitan se vuelve insostenible por el personal del servicio, dejando hasta más de 30 consultas pendientes¹³ para el turno nocturno, además de los pacientes ingresados a observación de adultos y corta estancia.

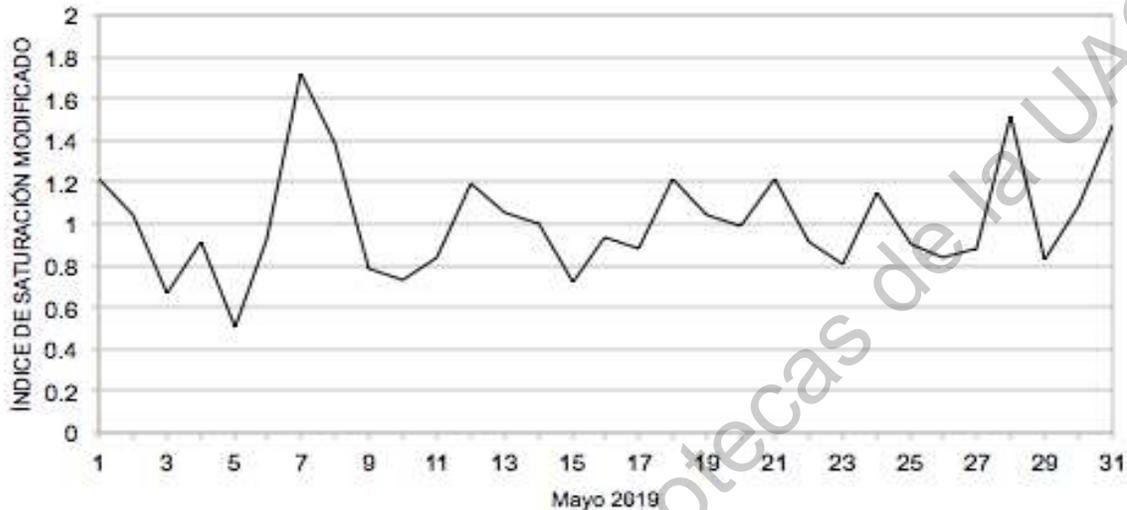
b) Falta de médico en turno nocturno en consulta + no triage + ausencia de personal suplente

Durante estos procesos internos de organización del personal, se pudieron observar cambios significativos no sólo en el proceso de trabajo por unidad de observación, sino directamente en el impacto de la saturación. Durante este mes, se comenzó a notar la ausencia de médicos generales para la consulta de urgencias en el turno nocturno; aunado a ello, la ausencia de triage en el servicio en ese turno y el especial, más la ausencia evidente del personal suplente, no sólo dificultó la referencia de pacientes graves, sino que retrasó los tiempos de atención, diagnóstico y tratamiento.

¹³ La coordinación médica lleva un censo diario sobre pacientes que quedaron en espera del turno anterior, pacientes registrados durante el turno y pacientes que quedaron en espera de atención médica. Se desconoce el uso y fin de esos datos.

Mayo 2019

Gráfica 9 Media de saturación de Mayo 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Mayo fue un mes con mucha dificultad en lo que respecta a la organización del servicio, el jefe de urgencias tuvo una presencia más constante en el turno vespertino. Según los datos obtenidos en el Índice de Saturación Modificado, este mes tuvo dos aumentos en la saturación del servicio que corresponden según las notas de observación en el diario de campo, al fallecimiento del familiar de un médico trabajador del hospital; este evento causó mucha tensión en el servicio, dado que se complicó en cuestión de minutos y obligó a varios médicos del mismo a focalizar su atención al paciente, dejando su puesto de trabajo por al menos 30 minutos, es importante recalcar que para este momento ya no había personal suplente que pudiera apoyar.

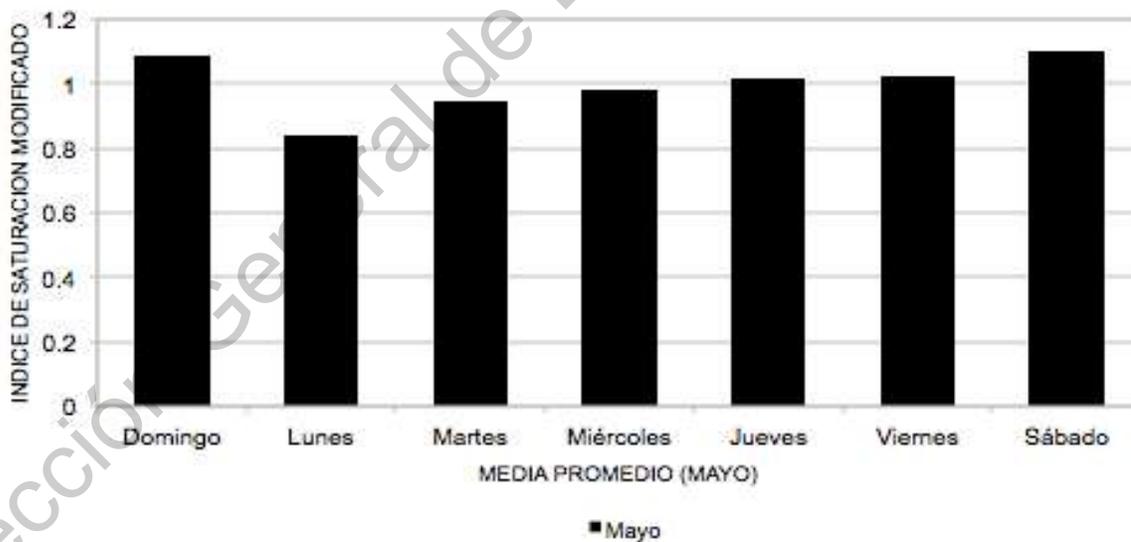
El segundo aumento de saturación significativo en el mes de Mayo, coincide con notas respecto al turno nocturno donde por al menos una semana y media no se contaba con personal de trabajo social ni camilleros en el servicio, además de que por un par de días mucha de la demanda de atención médica era para interconsulta

a traumatología y ortopedia, pero nuevamente, no hay tal especialidad en ese turno; al respecto, entrevistas informales con el personal médico señalan que sí hay especialidad en el turno, pero el médico que tendría que estar ahí, se encuentra de “permiso”, aun así es un puesto desocupado.

Durante este mes las observaciones estuvieron enfocadas a la unidad de Observación de adultos y más en el turno nocturno; respecto a esa unidad de observación lo más relevante se centró en la distribución del espacio, al uso del mismo, la relación entre el personal y del personal con el espacio.

En algunas ocasiones, se doblaron turnos (vespertino y nocturno) para poder observar las diferencias entre ambos, en este sentido, se observó que durante este mes existía mucha falta de organización sobre quienes debían estar en esos puestos de trabajo, sobre todo en el turno nocturno aparecía mucha incertidumbre sobre si iba a llegar médicos a dar consulta de urgencias.

Gráfica 10 Media de saturación por día de Mayo 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

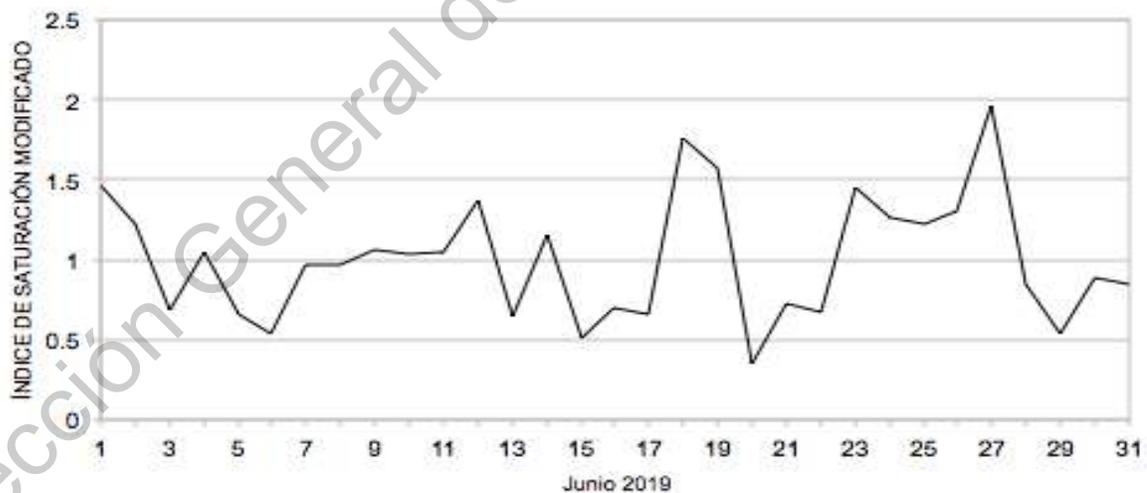
La gráfica sustenta lo anteriormente mencionado, se hacen cada vez más evidentes las ausencias del personal suplente suspendido representadas en cargas duplicadas

de trabajo en todas las unidades de observación; sin embargo, se puntualiza más (por razones de procesos de trabajo) al personal de enfermería y médico, en ese orden.

Las notas en el diario de campo al respecto, señalan una carencia importante en la comunicación entre autoridades hospitalarias – personal de medicina y enfermería; esto se observa constantemente en la desorientación del personal sobre cómo trabajar con ciertos pacientes, modificando sus propios procesos de trabajo para apoyar en otros espacios o complementar sus actividades, intentando no dejar pacientes sin atención. Así mismo, las notas del diario puntualizan a necesidad de considerar la cantidad importante de pacientes en espera de consulta médica de urgencias que se deja por turno, ya que se convierte en la dinámica productiva del servicio de urgencias: una atención retrasada ciclotímica de turno.

Junio 2019

Gráfica 11 Media de saturación de Junio 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

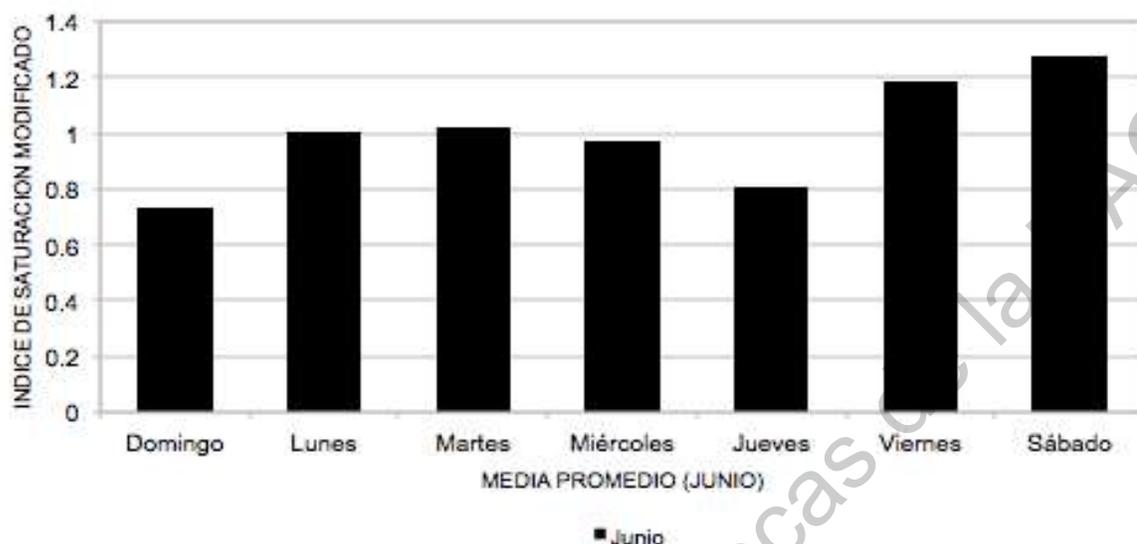
Durante el mes de Junio se pueden observar dos pequeños aumentos en la saturación del servicio que corresponden ambos al turno nocturno, donde las notas

en el diario de campo señalan la ausencia de médicos internos de pregrado (MIP) dada la terminación de su año de prácticas; coinciden también con una saturación interna en la unidad de observación de adultos, cuyo límite son 12 camas (extendiéndose el espacio y los materiales para ello) y con 15 pacientes ingresados.

En el turno nocturno y el turno especial, hay ausencia de servicios completos en términos del uso de ciertas herramientas electromédicas por ausencia de personal, además, la última semana del mes se descompuso uno de los elevadores del hospital (mientras que el otro ya no funcionaba; se desconoce la fecha en la que dejó de funcionar), que conduce a los diversos pacientes al piso que corresponde, dicho elevador conecta a todo el hospital en sus diferentes servicios. Este hecho se hizo de conocimiento público, ya que fue video-grabado el personal del hospital, movilizándolo por las escaleras los cuerpos de derechohabientes fallecidos; este punto será analizado debidamente más adelante.

Por otro lado, las notas del diario de campo señalan un importante dato obtenido por observación y por entrevistas informales con el personal médico, quienes identifican que mucha de la demanda que tiene el servicio en este periodo es por licencias médicas, lo cual es un punto importante porque se convierte en factor para la sobresaturación del servicio; muchos de los pacientes llegan con sintomatología de padecimientos gastrointestinales o esguinces leves, donde al término de la consulta solicitan al médico licencia para justificar su ausencia en el trabajo; dado que es una constancia este tipo de solicitudes, el personal ha tenido que colocar letreros explicando que solamente se expiden licencias médicas por tres días (máximo por urgencias) siempre y cuando, el médico lo considere. Este punto ha generado tensiones entre los pacientes y los médicos, en algunas ocasiones ha sido motivo de violencia en contra del personal de la institución.

Gráfica 12 Media de saturación por día de Junio 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Dados los acontecimientos que se han explicado hasta ahora, se optó por hacer observación por doble turno; vespertino - nocturno entre semana y nocturno en el fin de semana. Las notas obtenidas en estos turnos, indican una problemática real en torno a la disposición y accesibilidad de ciertos servicios básicos para el funcionamiento adecuado y eficaz del servicio de urgencias.

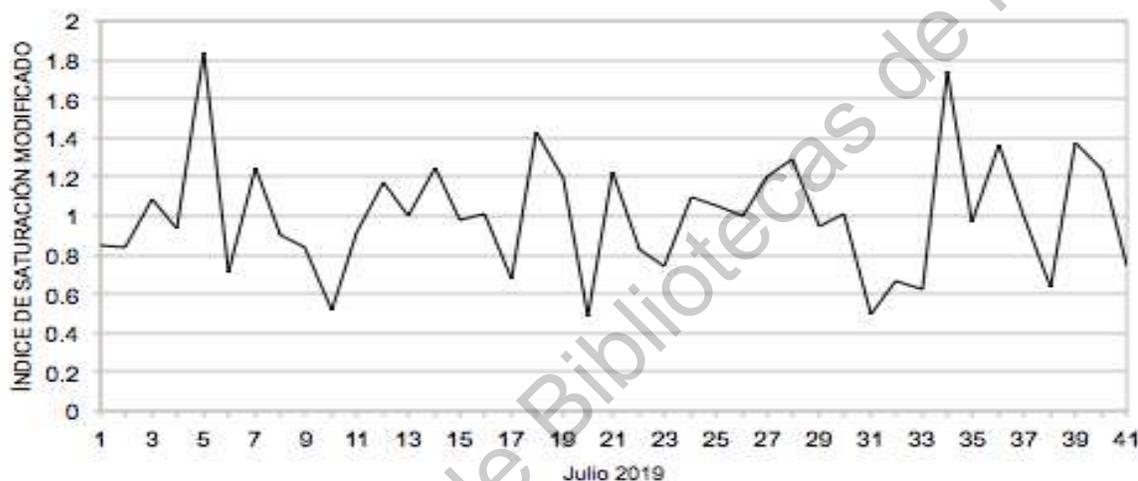
Su intensificación puede variar dependiendo de la unidad que se encuentre más saturada; es decir, no tiene las mismas implicaciones la falta de equipos de rayos X en pacientes hospitalizados (que tienen control y observación médica constante) a pacientes que pueden ser de atención ambulatoria, pero que por ausencia de dichos materiales, servicios, etc., se pueda incurrir en alguna negligencia médica al no tener elementos más que la indicación médica de esperar al especialista o el siguiente turno. En el caso de fin de semana, muchas veces son atendidos por especialistas hasta el lunes.

Este punto es importante, porque aún para ingresar como paciente al servicio de urgencias requiere de características específicas; la básica: que alguno de los órganos, extremidades o la vida misma de paciente se encuentre comprometida,

evidentemente ello implica, que se tenga que “comprobar” el ingreso del paciente al servicio para atención médica. Este es una de las dificultades con las que constantemente el médico de urgencias, está vinculado.

Julio 2019

Gráfica 13 Media de saturación de Julio 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

En esta gráfica se puede observar, una inestabilidad significativa que radica en la brusquedad de aumento y disminución de saturación. Las notas en el diario de campo, indican que los eventos particulares y constantes, en ese momento fueron:

1.- La suspensión de personal suplente (administrativo, médico y de enfermería), que si bien algunos regresaron dado que les fue otorgado un interinato¹⁴, su ausencia en general, sigue siendo relevante como factor condicionante de la sobresaturación.

2.- Reorganización de personal

Desde que se hizo oficial la suspensión de suplentes, los diversos coordinadores de servicios y áreas se empeñaron en reorganizar a todo el personal según su puesto

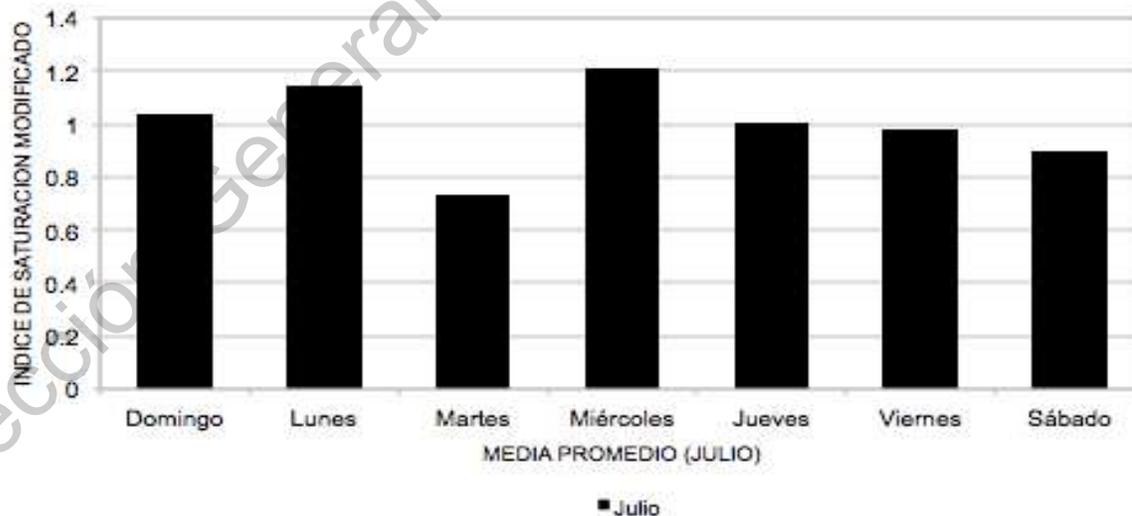
¹⁴ En el capítulo sobre el Sindicato Nacional de Trabajadores del ISSSTE y las condiciones de trabajo, se explica de manera precisa en lo que consiste el interinato.

de trabajo; sin embargo, las notas realizadas en el diario de campo, indican justo lo opuesto: una desorganización importante que dejaba lugares de trabajo indispensables incompletos y en algunos casos, desocupados. Esto era más visible en los turnos nocturno y especial, donde la falta de personal en puestos clave, fragmentaban y detenían el proceso de trabajo no solo del servicio de urgencias, sino de otros servicios que son continuidad de éste, en casos específicos.

Por otro lado, la información obtenida en entrevistas informales puntualizó que muchos de los médicos basificados ya estaban cansados de doblar y hasta triplicar turnos a razón de la ausencia de personal; otros, argumentaban que por ley no debían ver más de 11 pacientes por médico en su turno, de tal forma, dejaban de dar consulta médica una vez pasado ese límite dejando pacientes en espera hasta el siguiente turno.

Aquí aparece de manera contundente uno de los principales factores condicionantes del servicio de urgencias con relación directa al proceso de trabajo; el rezago de pacientes entre los turnos.

Gráfica 14 Media de saturación por día de Julio 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

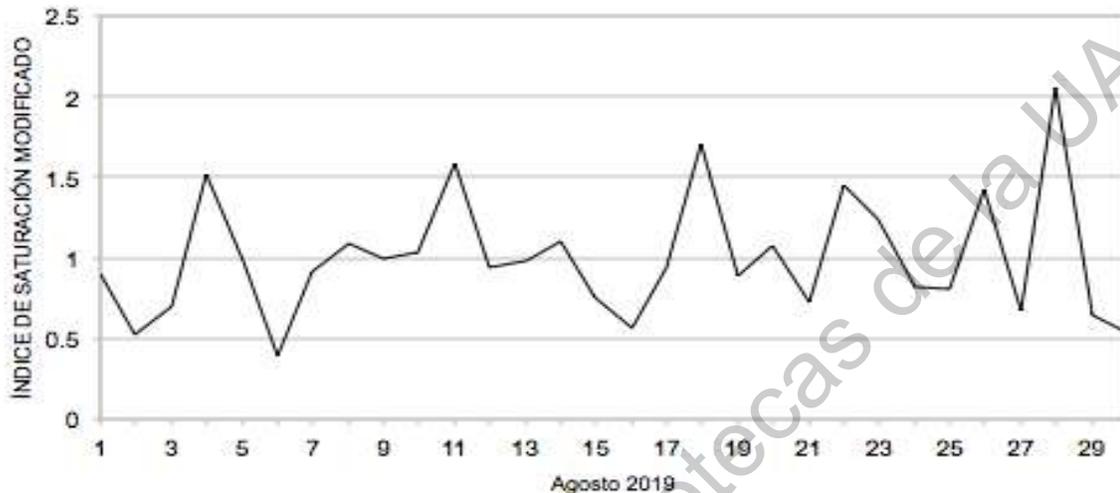
La gráfica de saturación media por día, sustenta lo anteriormente mencionado respecto al rezago de pacientes entre los turnos, observándose mucho menos movimiento en el turno matutino en términos de movilidad y traslado de personal en el espacio físico, en comparación con el turno vespertino; su explicación es la siguiente:

Las observaciones realizadas en las unidades que presentaron mayor saturación, que fueron consulta de urgencias y corta estancia respectivamente; se observó una menor organización en la atención de derechohabientes para consulta de urgencias pero mayor organización en la atención de pacientes ingresados para corta estancia, por el contrario, el turno vespertino muestra mayor organización en la comunicación entre unidades por tipo de código de triage.

Hasta ahora, los resultados demuestran dinámicas y procesos de trabajo distintos no sólo por turno, sino por unidad de observación y hasta en la realización de actividades por puesto de trabajo. Estos elementos condicionan significativamente la intensidad de saturación en el servicio por unidades específicas aún sin tanta demanda para consulta de urgencias. Este punto será recuperado más adelante.

Agosto 2019

Gráfica 15 Media de saturación de Agosto 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Durante este mes, se notan cambios significativos en el aumento y descenso de la saturación en el servicio, dichas condiciones fueron aprehensibles en los tres turnos y asociados con el proceso de trabajo.

Para ello, debemos recuperar lo que ha sucedido en meses anteriores; la suspensión de suplentes generó que el personal con contrato de base, recurriera al uso de estrategias contractuales para bajar su carga de trabajo, tal y como son las guardias personales¹⁵.

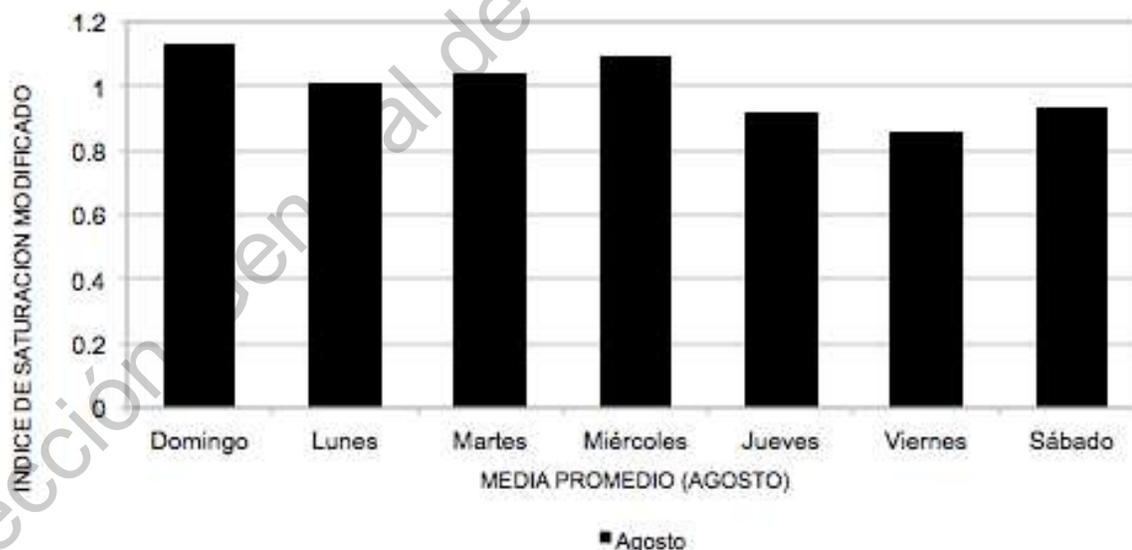
Las guardias personales, son derechos laborales que se convierten en estrategias importantes para conciliar tiempos y actividades del personal, generalmente quienes cubren este tipo de guardias es el personal suplente; en el caso de los médicos, el uso constante de este derecho laboral posibilita conocer formas de trabajar entre ellos y, si coinciden o cubren los requisitos (aunque no sea en todos los casos) que implica el puesto de trabajo, éstos acuerdos se hacen de

¹⁵ Acuerdo de tipo contractual entre pares donde se supe la función del puesto de trabajo, ello implica asumir obligaciones y responsabilidades del mismo; derecho laboral del cual sólo personal de base tiene acceso.

manera más permanente. Así, algunos suplentes regresan en calidad de interinatos o guardias personales, ocupando lugares importantes en los procesos de trabajo que se realizan en el servicio. Este punto será discutido más adelante.

De esta manera, el personal suplente que estaba contratado para ciertos puestos de trabajo en el servicio de urgencias, regresan a cubrir otros puestos o en su mismo puesto pero en otro turno; las notas realizadas en el diario de campo, evidencian la existencia de cierto personal médico que tiene mayor “productividad” que otros, con base en la cantidad de pacientes atendidos por turno (este punto conlleva a la discusión sobre términos de productividad- calidad de la atención médica, el cual se retomará más adelante) intentando dejar “saldo blanco” de pacientes en espera, para que el turno matutino pueda comenzar sin rezagos y así sucesivamente. Cabe mencionar que ésta intención demostrada en hechos, se hizo más presente en el turno nocturno.

Gráfica 16 Media de saturación por día de Agosto 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

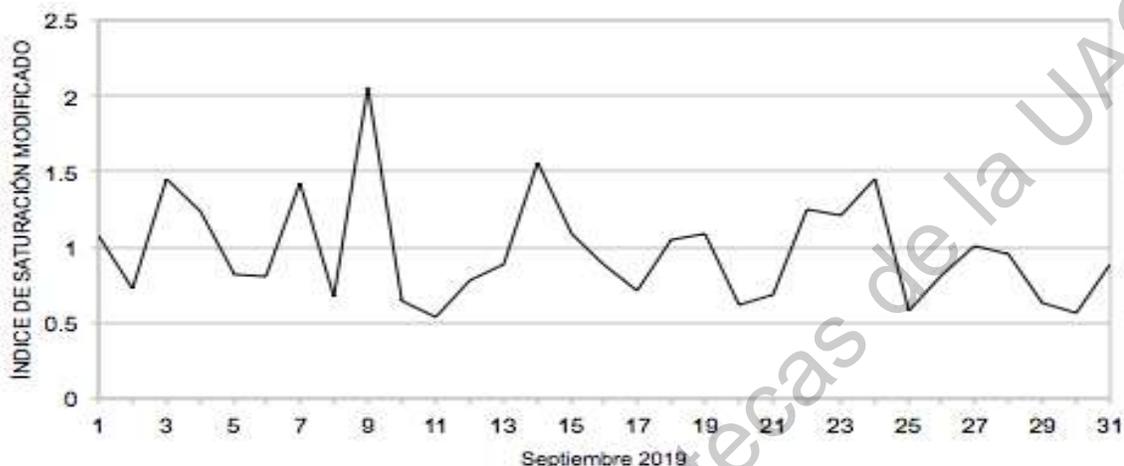
Las dificultades que se presentaron este mes, respecto a las nuevas organizaciones de los servicios (sobre todo el de urgencias), tuvo un efecto de polarización constante durante el periodo.

Por un lado, las observaciones realizadas indican contratiempos en aspectos como: re-adaptación a puestos de trabajos y en ocasiones otros puestos de trabajo, ausencia de supervisión de procesos de trabajo, familiarización con dinámicas propias de las unidades de trabajo, además del uso de herramientas que ocupa cada unidad; por otro lado, las entrevistas realizadas sugieren considerar la relevancia en las dinámicas y relaciones que se forjan en el mismo espacio de trabajo, como un factor condicionante del proceso de trabajo.

Este punto, conlleva a una de las discusiones más importantes del proyecto: se requiere un perfil bio-psico-social específico no solo para trabajar en un espacio con las particularidades que tiene el servicio de urgencias, sino que cada puesto de trabajo se convierte en pieza insustituible de un proceso de trabajo más complejo, sistematizado y multidisciplinario.

Septiembre 2019

Gráfica 17 Media de saturación de Septiembre 2019



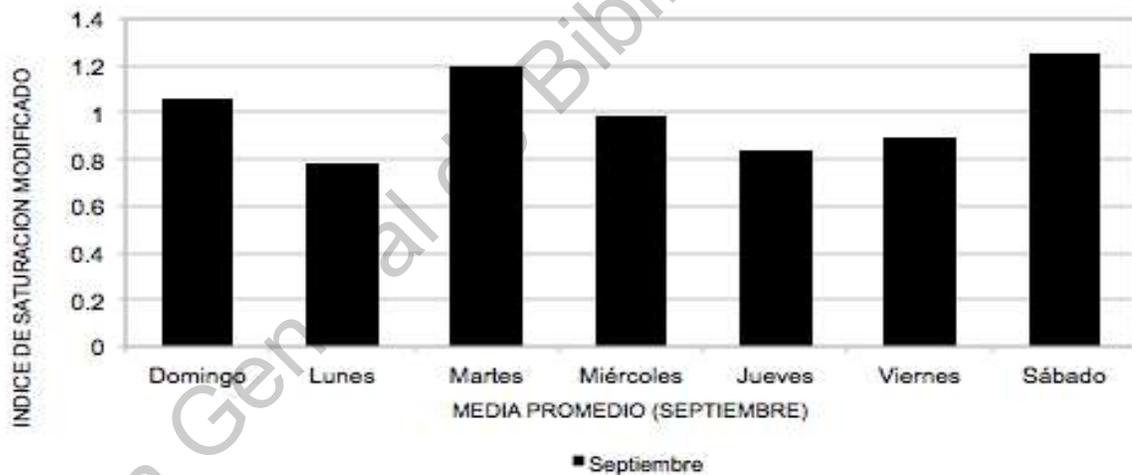
Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Septiembre fue uno de los meses más tranquilos en términos de sobresaturación del servicio, como se observa en la gráfica el promedio de la saturación se mantuvo, pero sigue siendo alta y solamente tuvo un aumento significativo en la misma. Dicho evento tiene origen en la sanitización de una de las unidades del servicio, que corresponde al área de curaciones y heridas.

El proceso de sanitización tuvo duración de un día y consistió en limpiar de manera sistemática, a profundidad pisos, paredes, camas y muebles; al final, se rocía con una sustancia química todo ese espacio. El área de curaciones y heridas, es un espacio que como su nombre lo indica es esencialmente para pacientes que requieran de atención médica en procedimientos ambulatorios; en este sentido, es un lugar que si bien originalmente no estaba destinado para el fin (incluso su infraestructura, no coincide con las actividades que se realizan), el espacio contiene materiales básicos de curación, medicamentos inyectables y algunos equipos electromédicos.

El proceso de sanitización tiene una duración aproximada de 24 horas en volver a hacer el espacio “habitabile” y no dañino para la salud, ello implica que tengan que adaptarse otros espacios para poder dar atención de curación y heridas; en este caso, el espacio que se adaptó fue uno de los consultorios, los materiales se dispersaron en el mismo y se colocó una sábana blanca en la puerta de cristal para dar “privacidad” a los pacientes que requieren atención médica ambulatoria. En términos de distribución del espacio, evidentemente se dificulta la movilidad y traslado de personal por medicamentos o materiales de curación, sobre todo porque al ser consultorio, las computadoras y cama de exploración abarcan un 50% del espacio físico. Colocar pacientes, equipos electromédicos, etc., se vuelve un reto importante.

Gráfica 18 Media de saturación por día de Septiembre 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

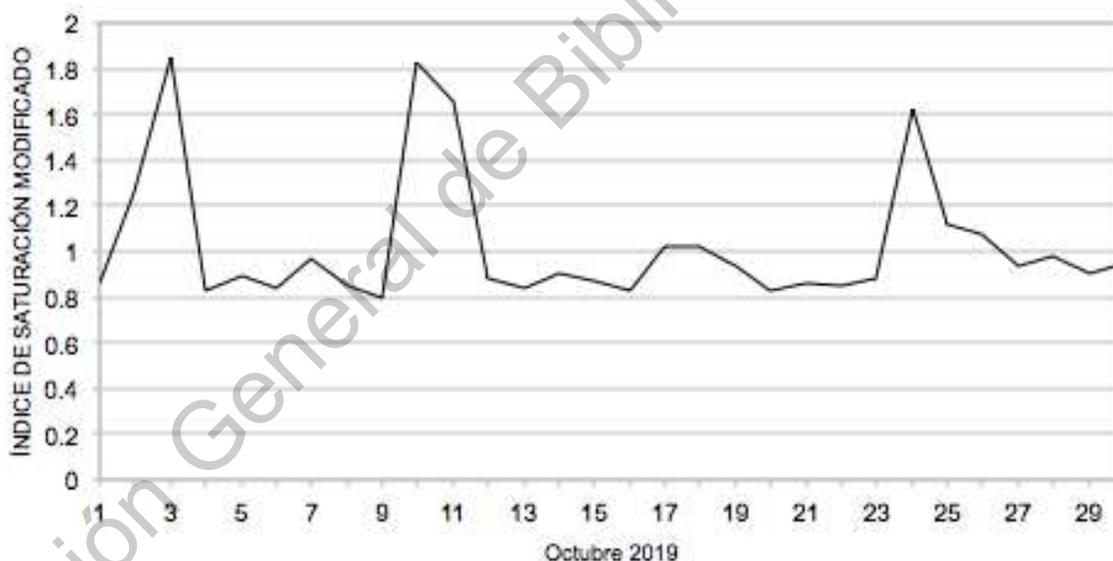
Las condiciones de austeridad y más aún, de ausencia de personal de base y suplentes en el turno especial, sigue siendo evidente y problemático. Ante ello, fácilmente eventos muy particulares pueden incrementar la saturación hasta un 50% más, de la saturación promedio.

Si a lo anterior, se le suma la permanente desorganización del servicio, la incertidumbre laboral, las exigencias por puesto de trabajo y sus riesgos, además de servicios incompletos durante algunos turnos, el caos sobreviene de manera importante dañando gravemente el flujo tenso del servicio de urgencias.

Algunas observaciones realizadas durante este periodo, ubican como sucesos relevantes la despedida por jubilación de personal médico y enfermería. Si bien, han dado información útil respecto a las formas de socialización, comunicación y vinculación entre ellos, puntualizan algo todavía más relevante: la producción y reproducción de formas de trabajo. Este punto será recuperado más adelante.

Octubre 2019

Gráfica 19 Media de saturación de Octubre 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Octubre fue un mes importante por varias razones; fue el momento en el que se comenzaron a movilizar los procesos administrativos que estaban detenidos por órdenes de autoridades institucionales, respecto al otorgamiento de contratos de base para quienes concursaron la convocatoria para obtener su plaza.

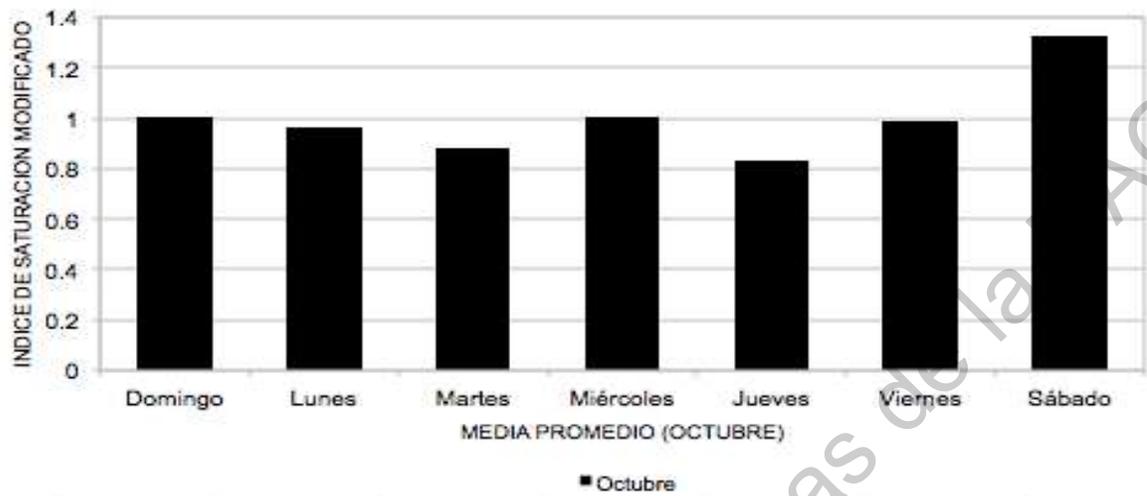
Muchas de las notas en el diario de campo, señalan situaciones y eventos de mucha tensión por la incertidumbre sobre la movilización de las bases, aún con ello, se puede observar en la gráfica una disminución importante en la saturación del servicio a excepción de tres eventos que marcaron un aumento significativo, éstos se representan por dos hechos particulares:

1.- Reacomodación de personal basificado

Si bien firmar un contrato de base conlleva evidentemente regresar a las actividades hospitalarias, no significa en todos los casos que regresen al mismo puesto de trabajo; en el caso del servicio de urgencias, varias de las bases liberadas para ser ocupadas, se dieron en áreas como triage, traslado de pacientes, etc.; sin embargo, aparecieron otro tipo de organizaciones con relación a familiaridad de procesos, habilidades o experiencia en el puesto de trabajo, que responde a otro tipo de dinámicas y demandas del servicio. Este punto será retomado más adelante.

2.- Según las notas realizadas en el diario de campo, los días que corresponden a esos aumentos en la saturación del servicio, coinciden con la atención médica de poblaciones específicas; es decir, al menos un 60% de los pacientes en observación correspondían a diagnósticos como: diabetes descompensada, crisis hipertensiva, etc. Es importante mencionar, que ésta última parte no es considerada como factor de estudio en este proyecto; sin embargo se asoma la posibilidad de poder establecer uno que permita no sólo con motivos epidemiológicos sino de prevención y promoción de la salud, la probabilidad de predecir los tiempos que resulten más frecuentes para la atención de poblaciones específicas y que el servicio pueda estar preparado para dicha atención.

Gráfica 20 Media de saturación por día de Octubre 2019



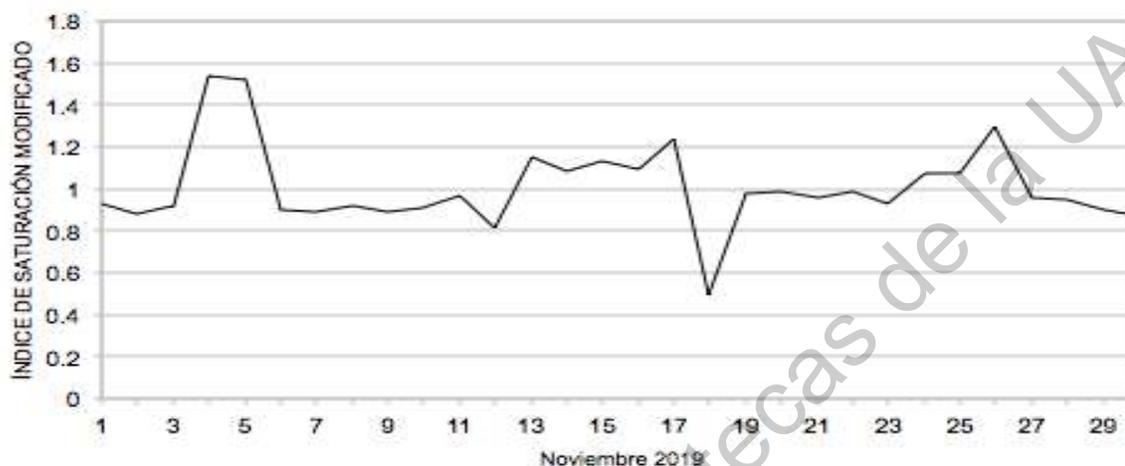
Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Los datos graficados en este periodo indican una media de saturación casi regular por día, a excepción de los fines de semana; al respecto, las observaciones realizadas durante estos días no logran ubicar elementos externo particulares o especiales que indiquen una condición específica de la sobresaturación en el servicio de urgencias.

Por el contrario, se encuentran notas sobre las distintas dinámicas en los procesos de trabajo, especialmente en el cómo se relaciona el personal con la distribución de los espacios, los usos materiales y relaciones intrapersonales; este tipo de observaciones han sido relevantes para el desarrollo de un argumento con elementos sustanciales que den explicación a las particularidades que implica el trabajo hospitalario, este es uno de los resultados más relevantes para entender la sobresaturación en el servicio de urgencias, dado que relata las formas de habitar y disponer de los espacios comunes y privados. De igual manera, este punto será retomado en la discusión de resultados.

Noviembre 2019

Gráfica 21 Media de saturación de Noviembre 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

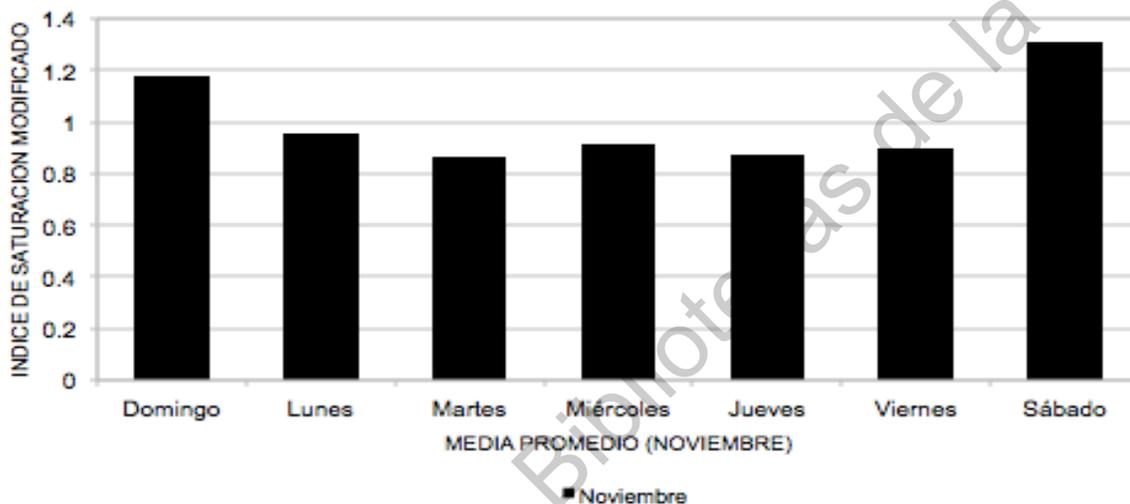
Durante el mes de noviembre, no se observan aumentos o descensos significativos en la saturación; la media, responde a los mismos eventos diarios de organización del servicio, disponibilidad de camas y lugares para observación de pacientes de corta estancia.

La saturación en este periodo, se ubica esencialmente en observación de adultos, cuyo límite de atención a pacientes equivale a 13 en estado crítico; sin embargo, según las notas de campo, existe un incremento significativo en el ingreso de pacientes críticos en el turno nocturno, de patologías diversas. Algunos de los pacientes pueden ser derivados a otras áreas como la UCIA (Unidad de cuidados Intensivos de Adultos) o a piso (Medicina interna), ello en el mejor de los casos y suponiendo que haya espacio en los mismos, de lo contrario son dejados en urgencias hasta que puedan ser enviados a otro servicio o, hasta que fallezcan.

Así mismo, las notas del diario de campo señalan que se inició un periodo de padecimientos “propios de la estación”; muchas de las consultas en el servicio de urgencias comenzaron a llamar la atención por cuadros de enfermedades

respiratorias, características de influenza y neumonía. Estos datos cobran más relevancia, mediante hechos como el uso más frecuente de formatos por sospecha de influenza para epidemiología y, las indicaciones médicas del uso de antivirales específicos.

Gráfica 22 Media de saturación por día de Noviembre 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

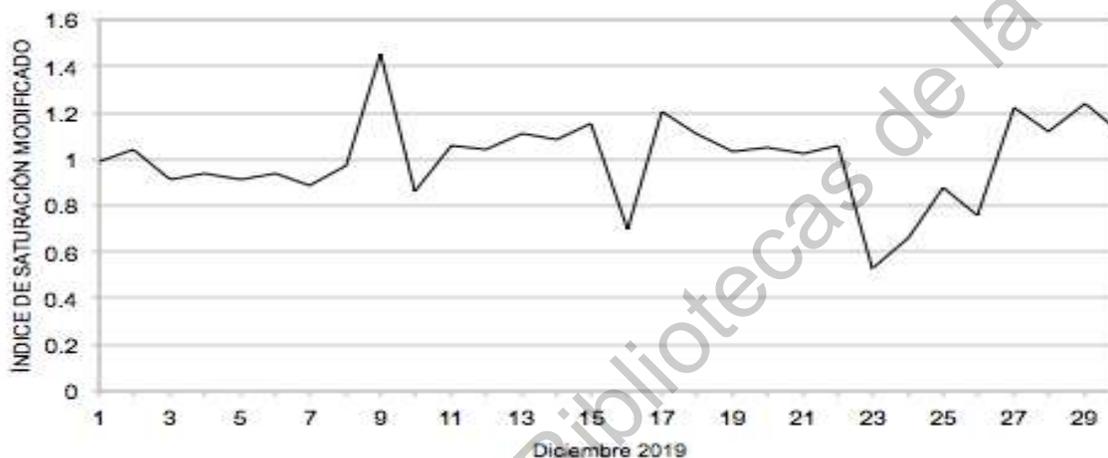
Al igual que el periodo pasado, Noviembre tiene la característica de tener una media de saturación regular de lunes a viernes; sin embargo, nuevamente los fines de semana presentan mayor saturación. Durante este mes, las dificultades más relevantes se detectaron principalmente en una unidad: observación de adultos.

Estas dificultades (esencialmente durante el turno especial), tiene origen en la lentitud con la que se distingue el proceso de atención médica continua de pacientes graves hospitalizados; la capacidad hospitalaria no coincide con las necesidades y demandas de la población derechohabiente de la institución. Se mencionaba anteriormente, la identificación de poblaciones particulares con padecimientos específicos o enfermedades crónicas que acuden a servicio por complicaciones médicas, mas no urgencias calificadas. Esto evidentemente, es un elemento que condiciona la disponibilidad de espacios de atención, materiales, personal médico y

enfermería, etc., obstaculizando nuevamente, el flujo tenso del proceso de trabajo general en el servicio de urgencias.

Diciembre 2019

Gráfica 23 Media de saturación de Diciembre 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

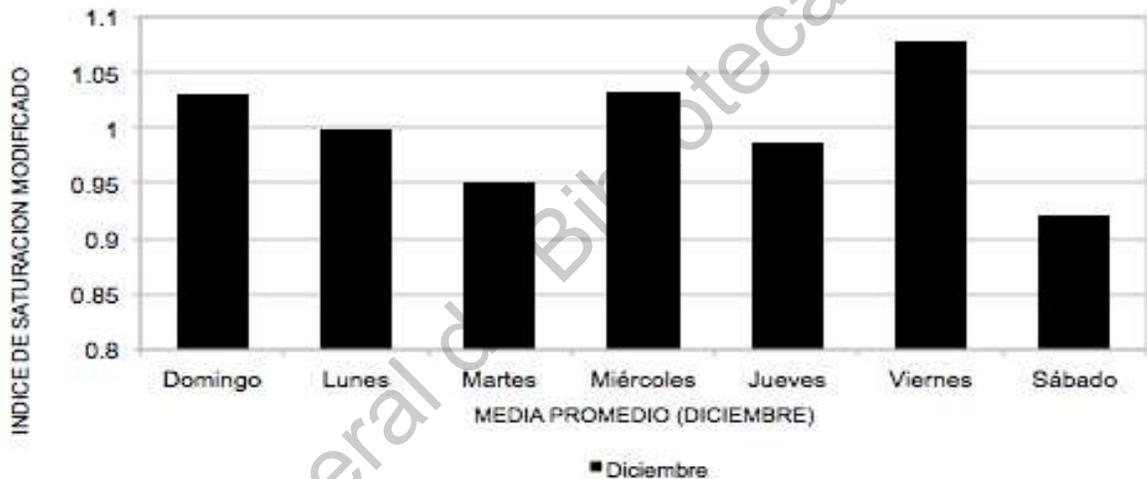
En la gráfica del mes de diciembre, se puede observar de manera general que la media de saturación se mantuvo alta, con dos variaciones no tan significativas sin embargo serán mencionadas; la primera que es un aumento, coincide según las notas del diario de campo con la llegada simultánea de dos ambulancias que acapararon la atención del único médico de consulta de urgencias, prolongando la estadía de pacientes en espera de atención médica (para consulta); mientras que observación de adultos y corta estancia se mantuvieron tranquilos, con una ocupación del 50% respectivamente.

La segunda variación, que corresponde a una disminución en la saturación del servicio, se asocia con una de las festividades más representativas del mundo: noche buena. Si bien, los datos estadísticos muestran que éste evento tuvo mucho impacto en la saturación, es importante mencionar que aunque no se hayan obtenido

datos numéricos significativos en otras festividades no significa que no se hayan observado cambios en las dinámicas y organizaciones internas de los procesos de trabajo. Este punto será retomado más adelante.

De manera ocasional, los procesos de trabajos de las diversas unidades de observación, se ven interrumpidos por otros médicos que solicitan apoyo para la valoración de un paciente que vaya llegando; en otros momentos, se interrumpen por “favores” de otros servicios, ya sea para interconsulta propia, valoración a pacientes o familiares, generación de certificados de salud, etc.

Gráfica 24 Media de saturación por día de Diciembre 2019



Elaboración propia con la colaboración de Polanco, C., sobre los datos recopilados del Índice de Saturación Modificado, 2019.

Como se puede observar en esta gráfica, los días con menor saturación corresponden a días festivos donde la demanda de atención médica se centró en consultas de urgencias, predominantemente por accidentes en el hogar como caídas, golpes, heridas leves, contusiones, esguinces y fracturas, entre otras.

Las observaciones realizadas, indican una disminución en el ingreso de pacientes de poblaciones con enfermedades crónicas pero un aumento en el ingreso de población vulnerable (tercera edad) por aparentes complicaciones respiratorias. Si bien, esto puede indicar su incidencia en factores de tipo biológicos, ambientales, contextuales, epidemiológicos, etc., aparecen otros datos más sensibles a la

observación, como indicadores de abandono, maltrato y violencia hacia esta población.

Entrevistas de tipo informal, recalcaron que éste tipo de situaciones son frecuentes por temporada y conlleva implicaciones legales, médicas, éticas y morales que pueden dificultar los procesos de trabajo en el servicio de urgencias.

Hasta ahora, se puede dar cuenta de la complejidad no sólo para aprehender los distintos procesos de trabajo que se realizan en el servicio, sino sus cruces y alcances en una finalidad última que refiere a la íntima relación entre la vida y la muerte.

Los resultados obtenidos, mediante la metodología mixta demuestran una asertividad importante en el estudio de la sobresaturación de los servicios de urgencias médicas, posibilitando una explicación e interpretación mayor no sólo del fenómeno estudiado, sino un acercamiento distinto a la comprensión sobre las formas de vida y trabajo, mediadas institucionalmente y que proporcionan caminos para los estudios del trabajo.

7.3 Sistematización de resultados cualitativos

Como parte fundamental del proyecto de investigación, la información cualitativa obtenida no solo de las entrevistas, sino del diario de campo, han sido piedras angulares para ubicar los factores que condicionan y determinan la sobresaturación; para ello, fue necesario establecer una guía de preguntas que pudieran conducir al interés principal de la investigación.

La guía de entrevista semiestructurada, se basó en 7 temas principales y cada una de ellas, con sus respectivos subtemas:

Tabla 2 Guía de entrevista semiestructurada

TEMA	SUBTEMAS
1.- TRABAJO Y PRÁCTICA MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> a) Bioética. b) Exigencias de la práctica médica. c) Medicina e institución. d) Enseñanza y transmisión de conocimiento.
2.- TRABAJO E INSTITUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> a) Tipo de contrato y condiciones laborales. b) Relación sindical. c) Infraestructura y distribución del espacio. d) Disposición de espacios. e) Medicina y procesos institucionales (administración).
3.-TRABAJO Y REDES HOSPITALARIAS	<ul style="list-style-type: none"> a) Relaciones intrapersonales: <ul style="list-style-type: none"> -Medicina [Medicina-medicina, medicina- enfermería, medicina-trabajo social, medicina- médicos internos de pregrado, medicina- pacientes] -Enfermería [Enfermería- enfermería, enfermería- medicina, enfermería- trabajo social, enfermería- médicos internos de pregrado, enfermería- pacientes] -Médicos internos de Pregrado (MIP) [MIP-MIP, MIP- medicina, MIP-enfermería, MIP-trabajo social, MIP-pacientes] -Trabajo social (TS) [TS- TS, TS- medicina, TS- enfermería, TS-médicos internos de pregrado, TS- pacientes] -Seguridad y limpieza

	b) Interconsultas c) Violencia y género
4.- PROCESO DE TRABAJO	a) Protocolos de atención + triage b) Puestos de trabajo y organización c) Tiempos de trabajo d) Herramientas de trabajo
5.- TRABAJO Y SALUD	a) Autocuidado b) Riesgos y exigencias c) Factores psicosociales
6.- TRABAJO Y FAMILIA	a) Relaciones interpersonales b) Profesión/ tiempos personales y familiares c) Conciliaciones
7.- SOBRESATURACIÓN	a) Factores externos b) Factores institucionales c) Factores internos (servicio de urgencias)

Los temas de la entrevista semiestructurada, fueron seleccionados dependiendo a qué tipo de unidad de observación perteneciera el entrevistado; es decir, para el área de recepción y trabajo social se retomaron los temas 2, 3, 4, 5, 6 y 7, mientras que para triage, consulta de urgencias, observación de adultos y corta estancia, se retomaron todos los temas. Las entrevistas se realizaron fuera del espacio de trabajo y en horarios previamente acordados, para no interrumpir sus actividades laborales.

Para la sistematización de las entrevistas, se utilizó el Atlas Ti (previamente mencionado en el capítulo metodológico), el cual permitió ubicar de manera visual, la interrelación de los factores que condicionan y determinan la sobresaturación. Así, se describirá de manera general los resultados obtenidos por tema de entrevista, explicando su relación con la sobresaturación; mientras que en el análisis propiamente de los datos, se dará mayor precisión al tema de interés.

7.3.1 Trabajo y práctica médica

Según los resultados obtenidos, la bioética en el espacio hospitalario se encuentra sesgada, afectando los principios bioéticos no solo en la medicina, sino de cualquier tipo de práctica que se considere con humanos. Aparece la preocupación de los médicos, por la ausencia de la bioética en aspectos fundamentales de la práctica

médica, especialmente en urgencias; donde el riesgo-beneficio y la autonomía (más que otros principios bioéticos) se encuentran lastimados por procesos de tipo burocrático – institucionales, además de una ausencia permanente por parte de la institución por proveer mediante mecanismos de enseñanza, cursos y actualizaciones respecto a la bioética. Este punto, se encuentra relacionado íntimamente con las exigencias de la práctica médica, y es que si bien se ubican las propias que requiere la medicina de urgencias (como lo son el conocimiento, los insumos necesarios, el personal calificado y el trabajo en equipo) aparece como principal obstáculo, los procesos administrativos.

7.3.2 Trabajo e institución

Los procesos administrativos, juegan un papel fundamental en términos de los alcances institucionales y la práctica médica, desde las condiciones laborales (dependiendo el tipo de contrato y prestaciones, los riesgos y exigencias tanto del servicio de urgencias como del puesto de trabajo), el tipo de relación sindical y, por supuesto, la infraestructura hospitalaria que se relaciona con la disposición y la distribución de los espacios físicos. En este sentido, aparece una fuerte crítica a la deficiencia general de la infraestructura hospitalaria, especialmente en la distribución del servicio de urgencias, donde los resultados de las entrevistas puntualizan que, dada esa deficiencia la atención médica oportuna y de calidad se ven obstaculizados principalmente por la incapacidad institucional por proveer espacios que satisfagan la demanda de atención del servicio; es decir, la distribución espacial del servicio de urgencias no coincide con las necesidades de la atención médica que se brinda el mismo.

Además de la deficiencia en la infraestructura, la distribución del espacio físico es fuertemente considerada como obstáculo para los procesos de trabajo que se realizan en el servicio y es que, no está distribuido ni pensado según las necesidades de los espacios médico; motivo por el cual, ha llevado al personal a disponer de manera distinta a la planeada, los espacios según la cercanía, el tamaño, los insumos y la gravedad del paciente.

Por otro lado, la mala distribución de los espacios obstaculizan también, y de manera directa, los procesos de trabajo que se realizan en el servicio, desde su movilización a otros espacios para procedimientos sencillos, hasta movilizar todo el servicio cuando llega un paciente que requiera la sala de choque. En términos generales, lo anterior se ve aún más obstaculizado, cuando los procesos administrativos – institucionales, norman los procesos de trabajo del servicio de urgencias, sin considerar sus particularidades y necesidades.

7.3.3 Trabajo y redes intrahospitalarias

El servicio de urgencias es, por sí mismo caótico. El caos se representa de muchas formas, una de ellas es mediante las relaciones interpersonales. El trabajo que se realiza en ese espacio, requiere y demanda que las relaciones entre el personal sean dinámicas y comunicativas.

Las relaciones en el servicio son fundamentalmente jerárquicas pero al mismo tiempo horizontales; parece haber un reconocimiento sustancial en el rol que cada uno tiene en el servicio y hasta la persona con más jerarquía (Jefe de urgencias) depende de la menor jerarquía (limpieza o seguridad); muchas veces las relaciones están mediadas por el puesto de trabajo, pero en otras por el proceso de trabajo.

Comenzando por recepción, las relaciones son generalmente horizontales en términos de proceso de trabajo, ya que tiene contacto directo con todo el personal que está adscrito al servicio, a pesar de que el puesto de trabajo limita en gran parte el contacto con otras áreas. Sus relaciones más cercanas, son trabajo social, triage y consulta de urgencias; las más alejadas son observación de adultos y corta estancia.

En trabajo social, la relación es mayormente jerárquica y se tiene más contacto con observación de urgencias y corta estancia, por el tipo de proceso de trabajo que realiza y las necesidades administrativas que implica la hospitalización de pacientes; así mismo, existe contacto directo con el personal de enfermería, con quienes la relación es más comunicativa dada la información que se comparten. El contacto entre trabajo social y consulta de urgencias es menos frecuente y, nulo, en triage.

El triage tiene una condición especial, ya que parece tener mayor jerarquía en términos de proceso de trabajo, al indicar quien requiere y quien no una atención inmediata; sin embargo, es engañosa su relación con la consulta de urgencias, ya que, es el médico de consulta quien decide si es o no una urgencia calificada. Esto puede ser un motivo real de tensión entre ambas unidades, dado el criterio que se tiene para la clasificación de pacientes en triage. Es, de hecho, uno de los principales obstáculos (en términos de proceso de trabajo) en la atención médica que se realiza en el servicio de urgencias; este punto, será debidamente desarrollado en el análisis de los resultados.

En cuanto a la consulta de urgencias, las relaciones son en general de tipo horizontal, ya que debe existir mucha comunicación con recepción, trabajo social, triage, corta estancia, observación de adultos y hasta con médicos internos de pregrado. Este es, el espacio en donde se entrelazan muchos de los procesos de trabajo, se concretizan las faltas, los tiempos perdidos y demás obstáculos, complejizando la atención médica, el tratamiento de los pacientes y el pronóstico de los mismos, además de generar riesgos, exigencias y factores psicosociales en el personal adscrito al servicio de urgencias.

Corta estancia, representa el punto medio del servicio de urgencias, las relaciones son jerárquicas absolutamente, dado que es un espacio donde generalmente se realizan interconsultas a especialidades; los médicos especialistas se dirigen exclusivamente al médico encargado de corta estancia, dejando indicaciones y medidas a seguir. La comunicación en este espacio es más dinámico y continuo con el personal de enfermería y médicos internos de pregrado, tiene absoluta relación con consulta de urgencias y triage; frecuentemente, con observación de adultos, recepción y trabajo social.

Finalmente, el área de observación de adultos es más complejo en lo que refiere a relaciones interpersonales; se pueden ubicar de dos tipos, la interna (propiamente en el espacio) y la externa, entre observación de adultos y las demás áreas del servicio. La primera es la más compleja de todas las relaciones que existen en el servicio de urgencias, siendo observación de adultos el lugar donde se

encuentran los pacientes más graves y con alta probabilidad de muerte, la comunicación requiere ser absoluta entre el médico urgenciólogo y enfermería, las relaciones ahí son sumamente intensas, que llegan al punto de reconocer y adelantarse a los movimientos de sus compañeras/os y el médico.

7.3.4 Proceso de trabajo

Como parte del tema sobre proceso de trabajo, se retomaron cuatro subíndices principales: puesto de trabajo y organización, herramientas de trabajo, tiempos de trabajo y triage (éste último será ampliamente recuperado en análisis de los resultados); los resultados obtenidos en este apartado fueron sumamente interesantes y amplios, sobre todo en el aspecto de la organización del trabajo, por ello serán descritos por unidad de observación:

a) Recepción:

- Puesto de trabajo y organización

Puesto de trabajo: Administrativa, actualmente con contrato de base de 4 años de antigüedad y 10 años siendo trabajadora suplente hasta que se otorgó su base.

Actividad que realiza: Alta de pacientes que solicitan consulta de urgencias por consulta externa y ambulancia.

Proceso: Solicitar los datos personales (RFC) del paciente, ingresarlos al sistema computacional (SIMEF), solicitar nombre de persona responsable del paciente y número de teléfono, explicar el procedimiento de atención médica inicial (triage), imprimir la solicitud de consulta, llevarlo con el médico de triage, regresar a su lugar de trabajo y escribir el número de folio de consulta en un cuaderno de control, con pluma de color para identificar paciente adulto, pediátrico y urgencias ginecológicas.

Los datos obtenidos del diario de campo, contradicen hasta cierto punto lo que solicita el puesto de trabajo, con lo que realmente realizan en sus actividades, realizando más tareas de lo que sugiere el puesto de trabajo. Este punto, será debidamente expuesto en el análisis de los resultados.

- Herramientas de trabajo:

Computadora con SIMEF, internet, plumas de color negro, rojo y verde, tonner e impresora.

-Tiempos de trabajo:

7 horas y media de jornada laboral, sin tiempo de descanso ni hora de comida. La actividad laboral que realiza tiene una duración aproximada de 3 minutos por alta de consulta de urgencias. No hay número establecido de altas realizadas por turno.

b) Trabajo social:

-Puesto de trabajo y organización:

Puesto de trabajo: Trabajadora social, con contrato de base hace 4 años y 5 de trabajadora suplente.

Organización: Se hacen recorridos para censos en urgencias ginecológicas, pediatría, cirugía, corta estancia y observación de adultos. En esos recorridos, se actualizan los datos de los pacientes, para elaboración de documentos de tipo administrativo como certificados de nacimiento, defunción, autorizaciones y, también de guiar e indicar a los familiares sobre las horas de visita, reglamentos institucionales, avisos a la fiscalía del estado, etc.

- Herramientas de trabajo:

Censo diario (Tabla hecha por trabajo social, donde se anotan los nombres de los pacientes que ingresan a urgencias por hospitalización, y demás pacientes hospitalizados que subirán a piso)

- Tiempos de trabajo:

7 horas y media de jornada laboral, sin tiempo de descanso o comida. No hay tiempos específicos de trabajo, varían dependiendo el número de pacientes hospitalizados y su origen de estancia.

c) Triage:

- Puesto de trabajo y organización:

Puesto de trabajo: Médico general, con contrato de base hace 10 años y, enfermera general de base o practicante.

Organización: Se pasa al paciente a consultorio, se toman signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación, temperatura y

dextroxtis), se hace una entrevista médica básica para saber el padecimiento actual del paciente, se cuestiona sobre alergias y antecedentes importantes, así como padecimientos actuales como Diabetes Melitus o Hipertensión, se da un diagnóstico preliminar y se cataloga el padecimiento mediante los criterios de triage (código rojo, amarillo o verde), si son pacientes de código rojo pasan directamente a observación de adultos, si son amarillos pero con probable desarrollo a rojo, son pasados a corta estancia para valoración y atención inmediata (los que no lo requieran así, se quedan con el código asignado, pero esperan igual que los verdes consulta de urgencias) y, si son de código verde se pasan a consulta de urgencias. Una vez catalogado al paciente, el médico de triage deja la hoja de consulta con el médico correspondiente y termina el proceso.

Existe un consultorio de urgencias “12” en la clínica familiar, que aparentemente está para desahogar el servicio; sin embargo, solamente da 10 fichas y aquellos que no alcancen a pasar, se deben regresar al servicio de urgencias para atención. Este punto, será debidamente trabajado en el análisis de los resultados.

- Herramientas de trabajo:

Médico: Computadora con SIMEF, internet, plumas, estetoscopio y reloj.

Enfermera: Glucómetro, oxímetro, baumanómetro, termómetro y estetoscopio.

- Tiempos de trabajo:

Desde el momento en que ingresa el paciente a valoración hasta que es clasificado, los tiempos varían entre 5 y 10 minutos máximo.

d) Consulta de urgencias:

- Puesto de trabajo y organización:

Puesto de trabajo: Médico general suplente de 8 años.

Proceso: Se recibe la hoja de categorización de triage, se llama al paciente conforme el número de folio obtenido, ingresa al consultorio, el médico comienza la entrevista preguntando por alérgicos, antecedentes (cirugías, enfermedades crónicas, alcoholismo, tabaquismo, etc.), pregunta por el padecimiento actual comenzando por la cabeza y terminando en el estómago (dolor de cabeza, zumbidos, vista nublada o luces, mareo, vómito, fiebre, dolor de pecho, dificultad para respirar, dolor de

estómago y su variante: picor, dolor, punzante, tipo cólico, etc.); posteriormente, el médico dirige la exploración física respecto a la información que otorga el paciente, le pide que se siente en la cama de exploraciones, revisa sus pulmones, su corazón mediante el estetoscopio, hace palpación media y profunda del estómago del paciente y pregunta por puntos de dolor. Terminando la exploración física, el médico explica el resultado de la exploración en conjunto con la sintomatología que presenta y, decide el plan a seguir, ya sea si lo da de alta del servicio con su respectivo tratamiento, para el cual elabora una hoja de egreso, formato que contiene los datos personales del paciente, su nota de ingreso (signos vitales, sintomatología, exploración física y tratamiento), el tratamiento a seguir, normando medidas generales, medidas de alarma, cita abierta al servicio de urgencias en caso de empeoramiento de síntomas y control con el médico familiar. Se le da medicamento inicial y termina ese proceso. En caso de que el paciente requiera de hospitalización para establecimiento de signos vitales, se le comenta al paciente sobre su estado y la opción de hospitalización en el área de corta estancia; si este accede, el médico elabora un formato de hospitalización con los datos del paciente, su nota (signos vitales, sintomatología, exploración física y tratamiento), elabora una hoja de indicaciones médicas donde norma el tratamiento a seguir que quedará a cargo de enfermería y, de ser necesario solicita los laboratorios y placas correspondientes, para la valoración del médico de interconsulta.

Para la interconsulta, se realiza una solicitud escrita con copia para el expediente, se llama al coordinador médico y éste a su vez, se comunica con el médico especialista para que baje al servicio a valorar al paciente, en algunos casos, el médico de corta estancia se comunica directamente con el médico especialista, para informarle sobre el pendiente de la valoración.

En caso de que el paciente llegue en muy malas condiciones, los signos vitales sean casi incompatibles con la vida, una vez hecha la valoración, el médico se dirige directamente con el médico urgenciólogo, presenta el caso y el último norma las medidas a seguir, ya sea que se ingrese al observación de adultos o a corta estancia

con indicaciones propias, da aviso a trabajo social para sus respectivos documentos administrativos y se avisa a los familiares del estado del paciente.

Las licencias médicas, se otorgan según el padecimiento y sólo son válidas por tres días, iniciando el día de ingreso al servicio. En ese momento, termina el proceso de trabajo.

- Herramientas de trabajo

Estetoscopio, glucómetro, oxímetro, termómetro y baumanómetro.

- Tiempos de trabajo

Desde que el paciente ingresa a consulta hasta que es dado de alta con tratamiento, la duración aproximada es de 10- 15 minutos, si es un paciente que requiere hospitalización de 15-20 minutos, si requiere de interconsulta el tiempo es relativo y depende del médico interconsultante.

e) Corta estancia:

- Puesto de trabajo y organización:

Puesto: Médico general con 5 años con contrato de base, sin suplencia; personal de enfermería.

Proceso: Cuando un paciente requiere de estudios específicos, es pasado a corta estancia, donde el médico se encarga de revisar los expedientes, hace notas de evolución, actualiza las valoraciones hechas por interconsultantes, así como estudios realizados e interpretaciones. También se hacen exploraciones físicas para saber el estado del paciente y modifica, en caso de ser necesario las indicaciones médicas.

Una vez estabilizado el paciente y la valoración ya está realizada, si las indicaciones lo permiten, el paciente es dado del alta del servicio o, en su defecto, pasa a "roll"¹⁶ quirúrgico y es subido a piso para operación. El proceso es más de tipo administrativo, ya que en este espacio se requieren de estudios de sangre, placas o rayos x, ultrasonidos, electrocardiogramas, etc.

- Herramientas de trabajo:

¹⁶ "Roll quirúrgico" refiere a una lista en donde se anotan los pacientes que van ingresando conforme a su diagnóstico y el roll es de médicos; según gira el roll se van cambiando los médicos, para que todos tengan el mismo número de pacientes.

Computadora con SIMEF, internet, impresora, estetoscopio, plumas, hojas de solicitudes (interconsulta, laboratorios, rayos x, transfusiones, etc.), expedientes en físico de pacientes hospitalizados.

- Tiempos de trabajo:

Los tiempos de trabajo son diversos y depende del tipo de plan a seguir del paciente.

f) Observación de adultos:

-Puesto y organización del trabajo:

Puesto: Médico urgenciólogo de base de 7 años de antigüedad, sin suplencia.

Personal de enfermería suplente o de base con conocimientos avanzados de intensivistas.

Proceso: Observación de adultos tiene dos procesos fundamentales; la atención de pacientes graves y el área de choque. La organización es distinta que en corta estancia, las enfermeras están distribuidas por el tipo de paciente (quien tenga más conocimiento y experiencia, se queda con los pacientes más graves), en el primer caso, el médico urgenciólogo se encarga de revisar los expedientes, los estudios realizados, los estudios faltantes, las valoraciones realizadas por interconsultas, en caso de ser necesario modifica las indicaciones y, da aviso a los familiares del estatus de los pacientes. En el segundo caso, es más compleja la organización, ya que para que el espacio de choque sea ocupado, requiere de que un paciente tenga ausencia de signos vitales, lo primero que se tiene que hacer es dar maniobras de resucitación (RCP), mientras el personal prepara los medicamentos necesarios, en ese momento se contempla la A (vía aérea) donde se vigila la saturación de oxígeno, que el paciente inspire y expire adecuadamente, B (ventilación) amplexión y amplexación que refiere a los movimientos anteroposteriores a los campo pulmonares, C (circulación) que mide la presión arterial, D (déficit neurológico) se utiliza la escala de Glasgow para evaluar el estado neurológico del paciente y, E (exposición) que básicamente es despojar de vestiduras al paciente, para visualizar lesiones. Si aún con esas maniobras, el paciente no responde, el médico urgenciólogo recurre a dosis altas de medicamentos que accionen el corazón.

De ser exitoso el proceso y se estabiliza el paciente, se queda en área de choque por cualquier eventualidad, en caso de ser fallido, después de 15 – 20 minutos de maniobras de resucitación, se declara el deceso del paciente y se informa al familiar; el médico urgenciólogo se encarga de realizar una nota donde explique las condiciones en las que el paciente ingresó, las maniobras que se realizaron y los medicamentos administrados, así como sus dosis.

- Herramientas de trabajo:

Múltiples en ambos casos.

Básico: computadora con SIMEF, internet, formatos de solicitudes de todo tipo, plumas, expedientes en físico, impresora.

Intermedio: Equipos electromédicos, carritos de pasteur, tomas de oxígeno, respiradores, etc.

Indispensable: Medicamentos controlados, materiales de curación, guantes, jabón, agua, etc.

- Tiempos de trabajo:

Los tiempos con pacientes graves son relativos, depende del padecimiento, del tratamiento, de la edad, resistencia del paciente, etc., observación de adultos se convierte el espacio de la vigilancia y supervisión continua; sin embargo, los tiempos en sala de choque, son distintos.

En términos generales, existe algo denominado “Golden hour” (primera hora crítica del paciente), donde se tiene ese lapso de tiempo para estabilizar al paciente que entra en paro. Sin embargo, los resultados de las entrevistas contradicen los tiempos generalmente establecidos en ese tipo de guías, dado que la experiencia y práctica médica, señalan que solamente se tienen 4 minutos para que las neuronas no se dañen sin oxígeno y ocasionen daño neurológico, demorando así que la hipoxia llegue al miocardio (que es un tiempo estimado de 6-7 minutos) y por supuesto, evitar a toda costa que el paciente desarrolle acidosis láctica, ya que la sangre mediante un proceso de tipo metabólico (15 minutos aprox.) cambia su PH deshabilitando cualquier propiedad de acción medicamentosa ingresada al cuerpo

del paciente; de tal manera, los tiempos de reacción exigen que las acciones sean inmediatas, resolutivas y adelantando reacciones en cadena.

7.3.5 Trabajo y salud

Los resultados obtenidos de las entrevistas, puntualizan una noción muy básica del autocuidado del personal adscrito al servicio de urgencias; es, probablemente el médico interno de pregrado, quien tiene más noción de ello y, en realidad lo describen como “sobrevivencia al internado”. Como parte del autocuidado, se ubican tres condiciones principales: hacer ejercicio frecuentemente, dormir por lo menos 8 horas y comer lo más sano que se pueda. Por supuesto, se contradice con los resultados del diario de campo.

En cuanto a los riesgos y las exigencias, aparecen muchas que son compartidas por espacio de trabajo, pero otras propias del puesto de trabajo.

En recepción, no se perciben exigencias como tal, pero es considerado como mayor riesgo la violencia emitida por parte de familiares y pacientes quienes demandan atención médica inmediata, la violencia es verbal y en algunos casos física. Por otro lado, se encuentran los riesgos epidemiológicos, ya que al ser espacio de primer contacto con el paciente, la probabilidad de contagio se incrementa y no se cuenta con las medidas básicas de protección y cuidado en ese puesto de trabajo ni espacio laboral. Aparece la violencia por parte de pacientes psiquiátricos, punto que será debidamente trabajado en análisis de resultados.

Trabajo social sí reconoce varias exigencias con respecto a la relación puesto de trabajo y distribución del espacio de trabajo, ya que su puesto requiere de privacidad para hablar con los pacientes o familiares y no los tiene, obligando al trabajador social a adaptar las acciones que refiere su puesto de trabajo, al espacio físico que se le otorga. A su vez, identifica de igual manera que uno de los riesgos principales es la violencia por parte de pacientes y familiares, además de criticar fuertemente la incapacidad del personal de seguridad por actuar en esos casos al no estar capacitados, entrenados y físicamente adecuados para la tarea.

Para el triage aparecen como exigencias específicas, la valoración inmediata de pacientes que lleguen por ambulancia, sin ubicar riesgos particulares del puesto de trabajo, más que los generales que son de tipo epidemiológicos y biológicos.

Para consulta de urgencias, corta estancia y observación de adultos, los riesgos principales son de contagio por punzocortantes, fluidos, disposición y desecho de RPBI, etc.; mientras que como exigencias, reconocen exclusivamente las que la norma médica les solicita y las institucionales, respecto a tareas de tipo administrativo. Finalmente, aparecen algunos factores psicosociales referentes a la significativa carga de estrés que genera por sí mismo el caos del servicio, las condiciones de trabajo respecto a los insumos, y disposición de los espacios, pero aún más lo relativo a la suspensión de trabajadores suplentes, punto que se retomará más adelante.

7.3.6 Trabajo y familia

La relación entre la cualquier tipo de atención a la salud, pero más especialmente práctica médica y sus exigencias en lugares hospitalarios, condiciona sumamente las relaciones familiares, personales y amistades. Aparece un factor interesante e importante que es el educativo, ya que según los resultados, desde que se ingresa a la universidad, se van adaptando a algo que pareciera ser requisito para la medicina. La ausencia de redes personales es, particularmente característica del personal médico, de hecho, la tendencia aparece en mujeres y hombres separados, con hijos; aparecen como centralidades, las dificultades que conlleva conciliación entre la maternidad y la práctica médica y, la generación de estrategias que posibiliten es tipo de conciliaciones.

Aparece también, una noción de pérdida sustancial en términos afectivos, al no lograr conciliar las exigencias y demandas de vida personal y las exigencias y demandas del trabajo. Esas pérdidas se traducen en compensaciones dentro del espacio hospitalario, formando relaciones de tipo afectivo-sexuales entre el personal.

7.3.7 Sobresaturación

El cuestionar propiamente sobre la saturación, implicó que se distinguiera entre factores externos (de tipo social, cultural, etc.), internos (referentes a la institución) y propios del servicio de urgencias.

Los resultados, fueron los siguientes:

-Externos: La dificultad de diferenciar entre urgencia calificada y urgencia sentida, aumento significativo de demanda de atención médica del estado, municipios aledaños y otros estados, la “gratuidad” del servicio médico (aspecto económico).

-Internos: La incapacidad infraestructural para sostener la demanda de atención médica, la mala distribución de los espacios, el triage (la incapacidad de categorizar bien las urgencias), licencias médicas, ausencia de materiales médicos y equipos electromédicos y ausencia de personal.

-Del servicio de urgencias: Espacios pequeños, pocas camas, poco personal (1 médico para consulta de urgencias), existencia inservible del consultorio 12, urgencias sentidas y licencias médicas.

Si bien este tema no es parte de la guía semiestructurada para las entrevistas, a inicios del mes de Abril del presente año, se suspendieron a más de la mitad de los trabajadores suplentes (médicos, enfermería, administrativos, etc.), generando momentos de tensión, incertidumbre, sobrecarga de trabajo y por supuesto, más saturación en el servicio. Dado que las entrevistas fueron meses después de dicho movimiento, se les cuestionó sobre las implicaciones que ha tenido la suspensión de trabajadores a nivel institucional, y en términos de la sobresaturación; los resultados fueron los siguientes:

1.- Noción de injusticia por parte de trabajadores suplentes y algunos trabajadores de base. Sobre todo en el aspecto legal, al no ser despedido injustificado, sino cesión de labores al no ser de contrato.

2.- Incertidumbre de aquellos quienes se encontraban en proceso de obtención de base o interinato.

3.- Ausencia total de postura sindical al respecto.

4.- Desorganización en todos los servicios del hospital, sin especialistas, técnicos, laboratoristas, camilleros, etc.

5.- Reacomodo de personal de base que se encontraba en otro puesto de trabajo, dejando espacios blancos en servicios.

6.- Disminución de al menos 60% de la plantilla de trabajadores de salud del ISSSTE.

Actualmente, la situación es la misma. La suspensión de trabajadores ha sido un factor paralelo al estudio de la sobresaturación, pero ligado íntimamente. Este punto, será desarrollado como un factor de tipo tridimensional en el fenómeno de la sobresaturación.

Para el desarrollo del análisis de los resultados, se tienen seleccionados ya, fragmentos de entrevistas que sostienen todo lo anterior y, donde el diario de campo, aparece como una herramienta capaz puntualizar hechos particulares; por ejemplo, contradecir lo que los entrevistados dicen que hacen, lo que realmente hacen y lo que deberían de hacer.

Capítulo VIII

Discusión de resultados y conclusiones

La información presentada en el capítulo anterior, es resultado de un trabajo de campo denso, constante, metódico y reflexivo, que se suma al interés científico por explicar los fenómenos sociales que apremian nuestros contextos contemporáneos.

Su complejidad, subyace en la forma en la que múltiples factores se entrelazan, conectan y enraman una serie de conectores de tipo causal y, en algunas ocasiones condicionantes, que demandan ser estudiados y analizados; por supuesto, como todo trabajo académico deben reconocerse los límites propios del investigador respecto a sus alcances analíticos y referentes teóricos, para poder hacer de un proyecto de investigación ambicioso, uno al alcance de múltiples actores que aporten desde sus especialidades, experiencias y conocimientos al mismo, enriqueciéndolo pero sobre todo generando propuestas concretas sobre su uso y aplicación en niveles que posibiliten su puesta en marcha.

La discusión de los resultados, se va a centrar esencialmente en recuperar la problematización de ésta investigación doctoral, en torno a comprender la sobrecarga de los servicios de urgencias médicas como un fenómeno multifactorial que dificulta y obstaculiza la atención médica inmediata; considerando el trabajo y más particularmente el proceso de trabajo, como factor determinante de la sobrecarga del mismo.

Para ello, se optó por redimensionar los niveles de análisis de macro a micro, exponiendo de la manera más clara posible las intersecciones entre unos y otros, conforme los resultados obtenidos, su acompañamiento teórico y en algunos casos, la generación de esbozos de formulaciones teóricas para su probable comprensión.

La salud pública en México es la categoría que más conviene analizar a nivel macro dado el interés del proyecto de investigación, ya que es un cuerpo de conocimiento y campo de acción multidisciplinario que no puede concebirse como un objeto de estudio aislado, incorpora diversos factores políticos, jurídicos, económicos, culturales y geográficos.

Se puede afirmar que durante mucho tiempo ha existido el debate mundial en temas de salud, sobre el papel del Estado frente a la salud de colectividades. Sobre todo, con las crisis institucionales sanitarias derivadas de la Política Económica en México, teñida de conservadurismo extremista, con la implementación de las políticas neoliberales en el país; la privatización y la desregulación del sector público se hicieron rápidamente enemigos del interés y la búsqueda por las distribución homogénea de acceso a los servicios, lo cual significó una separación definitiva de la función del Estado en el quehacer económico, reemplazándolo por el capital privado

Lo anterior, expuso las condiciones apropiadas para que el 1959 se fundara el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como una figura descentralizada, con patrimonio propio y personalidad jurídica.¹⁷ Hasta este momento, se asume la salud pública como una que no sólo cura a los enfermos, sino que busca la prevención de enfermedades, dando un mayor énfasis en las campañas de prevención. Esto es un dato importante, porque visibiliza una transformación en la percepción de la práctica médica, en términos de su aplicación política, económica y social. Al respecto, algunas entrevistas realizadas al personal trabajador del Hospital General ISSSTE Qro., mencionaron que un elemento importante de la sobresaturación desde su perspectiva médica, tenía que ver con el uso más frecuente de la medicina de emergencias que la medicina preventiva; esto es, que la presencia de pacientes cuyos padecimientos son atendidos en el espacio del servicio de urgencias, pudieron ser propiamente atendidos en momentos previos mediante el uso de otros mecanismos de atención. Esto puntualiza la necesidad de identificar más particularmente los elementos que dieron lugar a esas transformaciones, partiendo de una salud pública orientada a la prevención hacia una orientada a la medicina de emergencia.

La entrada del neoliberalismo al país, expone la incapacidad de la acción gubernamental, permitiendo que el empoderamiento de importantes grupos empresariales se hagan responsables de la salud de la población mexicana.

¹⁷ Véase capítulo sobre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Redimensionar las transformaciones que acompañan los cambios sociales, económicos y políticos en los modelos productivos, posibilitan comprender el desarrollo de los ajustes estructurales de los acuerdos que en materia socio-productiva, se instalan bajo el marco de un modelo productivo actual que apoya la continuidad de prácticas de dominación social y política, bajo el sector laboral.

La importancia sobre el conocimiento de la producción y reproducción de dispositivos ideológicos dominantes, permiten señalar que quienes dominan, están obligados a justificar su dominación (Boltanski y Chiapello, 2002). Así, el análisis no sólo de las reformas de salud, sino de la misma Reforma Laboral, sus componentes en la transformación del y en el Estado, permiten identificar los ajustes basados en la premisa de crear condiciones y espacios que favorezcan el flujo continuo del capital (Belmont, 2014); así como el uso legitimado de mecanismos coercitivos que permitan la aplicación de reformas bajo la idea de “competitividad”, adhiriendo a diversos actores políticos como parte de esa condición.

Aunado a lo anterior, se deben precisar dos abordajes importantes respecto a ésta noción de la continuidad de dispositivos ideológicos dominantes en relación con la salud; uno donde se concretiza la relación entre el poder y el cuerpo, es decir, la biopolítica y, otro en donde el dispositivo dominante se desprende de la flexibilidad del mercado.

Toda construcción de conceptos, deviene de un intenso jaloneo teórico entre diversos estudiosos de la materia; la noción de biopolítica no se escapa de esta condición. Según Esposito (2006), muchos autores han utilizado ese término para intentar explicar las particularidades de las transformaciones del Estado. Foucault (1974) por su parte contribuye a la argumentación teórica desde una postura compleja y radical, su hipótesis: el biopoder consiste en la atribución de una significación y alcances ontológicos que ponen en evidencia el potencial normalizador y peligroso de la gubernamentalidad neoliberal.

Si bien, inicialmente, este pensador se inscribía en considerar la biopolítica en el marco de la sociedad capitalista donde “... *lo que importa ante todo, es lo biológico, lo somático, lo corporal.*” (Foucault, 1974: 90), advertía ya sobre el rol

estratégico de la medicina en términos de bio-historia sobre la incidencia de su intervención sobre la especie humana, especialmente aquella que refiere a la medicalización.

De esta manera, sostuvo que la biopolítica había llegado para transformar, modificar y hasta sustituir al modelo soberano de ejercicio del poder; en otras palabras, la vida y la muerte dejan de ser fenómenos naturales en tanto que adquieren un valor político desequilibrado y casi siempre inclinado hacia la muerte, así ingresan al campo del poder político de la soberanía mediante su justificación y legitimación desde el derecho (Ibídem: 1976). Desde ésta concepción, su análisis sobre la perspectiva genealógica de la categoría biopolítica, relocalizaba el rol político del médico, que en condiciones específicas se convierte en un funcionario del Estado.

Por otro lado, Foucault (2004) hizo consideraciones importantes acerca de la relación que tiene la biopolítica con la población; es decir, la población como un problema político, biológico y de poder. Para ello, contó con recursos discursivos relevantes como la estadística, la demografía y la misma medicina, de la que al respecto consideraba como una técnica política de intervención con efectos de poder propios, así la medicina cobraría un rol importante no sólo para la vida sino para la muerte, en tanto un dispositivo para normar y modificar los procesos naturales en búsqueda de su adaptación. A su vez, incorporó la noción de “tecnología de seguridad” en su texto *“Naissance de la biopolitique”* en 1979, haciendo énfasis en los dispositivos de seguridad a través de la incidencia del medio sobre la vida de la población; esto es, el diseño y trazo de las ciudades, la movilidad, la circulación de personas y mercancías, la ubicación de ciertos sectores, etc., donde toda consideración de lo que concierne a la población en la medida en que afectan sus condiciones de vida y viceversa, atañen a la relevancia política; incluyendo la escasez.

La división clásica de poderes del Estado, da una aproximación general a la constitución de instituciones como la presidencia, las secretarías del Estado, etc.; a éstas, se le adhieren otras formas de dependencias que se han ido transformando

con base en sus necesidades de reproducción de capital, con acuerdos de tipo políticos y alianzas que establecen la centralidad de grupos dominantes, esto puede representarse, por ejemplo, en la elaboración de contratos multimillonarios entre el gobierno mexicano y empresas, para proveer de bienes y servicios a ciertos sectores, en este caso salubridad¹⁸.

Ahora bien, todas las instituciones son políticas (Osorio, 2014) esto inevitablemente implica la consideración de instituciones como el IMSS y el ISSSTE, como parte de un escenario político que representa acciones dentro de márgenes relativamente definidos. Considerar un espacio hospitalario como un espacio político, conlleva necesariamente pensar en reglas, protocolos y lenguajes que se imponen para poder filtrar y canalizar la política, de acuerdo a modalidades dirigidas a intereses de la clase dominante con una fuerte tendencia a la monopolización de la gestión pública.

Hasta ahora, se puede visualizar de manera general que el tema de la salud pública en México es bastante compleja y con ello, su abordaje requeriría de un análisis más detallado que no se propone en este documento; lo que sí, es la discusión que abre el debate sobre las implicaciones de la salud pública en materia de derechos y obligaciones laborales respecto a los prestadores de servicio, particularmente al que corresponde al de la atención médica.

Lo anterior, debido a que el análisis de las incidencias de la Ley Federal del Trabajo, así como sus reformas, están generalmente enfocadas sobre los trabajadores en empresas de producción y servicios, mientras que las reformas en los sistemas de salud ameritan el estudio de las condiciones de trabajo del sector salud. Con ello, no se anuncia la ausencia de éstos análisis, por el contrario, se busca generar incidencia en más acercamientos, pero de una manera más empírica.

Al respecto, una de las formas más claras y representativas de las implicaciones de la Ley Federal del Trabajo en las condiciones laborales del personal

¹⁸ Existen muchos reportajes periodísticos respecto al tema, un ejemplo de ello es una nota de la Revista Proceso, donde se señala al hijo de un político mexicano con quien se celebró un contrato millonario por la compra de ventiladores respiratorios para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

que labora en el ISSSTE (además de las descritas en el apartado de resultados), tiene que ver con el caso de los trabajadores suplentes de éste hospital, particularmente en el personal médico y de enfermería.

El considerar los factores que determinan la sobresaturación de los servicios de urgencias médicas, como escenarios laborales de los prestadores de servicios, expone la exploración y el análisis de las condiciones de vida y trabajo, así como la ausencia importante de reconocimiento contractual del personal que labora en dicha institución. Con ello, la falta de condiciones laborales óptimas, los vacíos jurídicos y el evidente desinterés de las autoridades, han desencadenado una serie de tensiones entre trabajadores de base, suplentes, autoridades sindicales y el mismo sector administrativo del ISSSTE.

La precarización del empleo, aparece como una característica inevitable de estas nuevas organizaciones del trabajo, como consecuencia directa de la implementación de las políticas neoliberales. Sus efectos, en los trabajadores (para casi todo espacio laboral), se representan en los bajos salarios, el recorte, la fragmentación y omisión de derechos laborales, espacios de trabajo desafiantes, entre otros más relevantes. Así, dilucidar los procesos y transformaciones que se inscriben alrededor del sector salud, es también redimensionar la postura socio-histórica de las implicaciones y repercusiones de la reforma laboral en los servicios públicos, pero sobre todo, aquellas en las que las condiciones laborales demandan la adaptación de sujetos que se encarnan como trabajadores polivalentes (Ovejero, 2014), modificándose sustancialmente la construcción subjetiva del sujeto en tanto actor social, así como el significado *per se* del trabajo.

Brachet- Marquez (2007) sostiene que las instituciones tienen sus propias transformaciones al tiempo de los eventos históricos que marcan momentos importantes en el desarrollo del país, por ende no es lo mismo hablar del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, el desaparecido Seguro Popular y el más reciente programa del INSABI.

Como se ha mencionado anteriormente, en el capítulo sobre el Sindicato Nacional de los Trabajadores del ISSSTE y las condiciones laborales, su marco jurídico establece sus bases conforme la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y seguido de ésta, la Ley Federal del Trabajo, la cual establece los principios en los cuales se regirán las relaciones individuales y colectivas de trabajo, las condiciones laborales, los riesgos, las exigencias, etc., al respecto, la representación sindical intentaría conciliar con la institución los asuntos individuales o colectivos, que sean derivados de la relación laboral, en el entendido de que todo trabajador conoce sobre sus derechos laborales.

Ahora bien, el ISSSTE al tener su propio marco jurídico instituye -y esto es importante- una clasificación de trabajadores y no una clasificación de puestos de trabajo, que no equivale al organigrama institucional; esto representa una evidente disociación, no sólo entre el puesto de trabajo en relación con el marco jurídico, sino una relación laboral a partir de un nombramiento subjetivo contractual legitimado por su marco jurídico y protegido por la Ley Federal del Trabajo.

El trabajo de campo realizado durante todo el proyecto de investigación, permitió el contacto con personal de distinto tipo de contratación (base, suplentes e interinato). Los resultados indicaron, que el personal que labora de manera intermitente como lo es el personal suplente, es el que resiente más las dificultades en la realización de su actividad laboral. Esta intermitencia, es la característica principal de la condición de suplencia, además de la imposibilidad de acceder a seguridad social y demás prestaciones laborales.

Dejando un poco este punto pendiente, es necesario contextualizar el caso del Hospital General ISSSTE Querétaro (HGIQ), y es que su inauguración en febrero de 2012 tenía por objetivo satisfacer las necesidades de más de 150 mil derechohabientes de la Ciudad de Querétaro, aunque inicialmente tenía la intención de dar atención médica a municipios aledaños y en algunos casos, a pacientes de otros estados; mediante entrevistas formales e informales, se obtiene una información muy valiosa respecto al estatus de la institución, y es que ésta no puede ser considerada como un hospital dado que su infraestructura no corresponde a los

requisitos necesarios poder ser considerada como tal; es decir, ésta institución no está certificada como hospital regional, sino como clínica hospital.

Según la clasificación de las unidades médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2019), el Hospital General ISSSTE Qro., estaría en una clasificación de segundo nivel; es decir, una institución médica que proporciona atención de tipo ambulatoria y hospitalización de padecimientos de mediana complejidad. Esto conlleva una contradicción importante, ya que la demanda de atención médica no corresponde y por el contrario excede la capacidad institucional (al menos, en lo que respecta al servicio de urgencias) que puede proveer el HGIQ.

La certificación de la institución es compleja e inviable dadas las condiciones actuales de la misma; por un lado, su infraestructura, la cantidad de camas censables, los quirófanos, los servicios disponibles, no son los suficientes para ser considerado hospital regional, pero aún con lo que tienen, no es suficiente para la demanda de atención médica. Por otro lado, el hospital tiene una plantilla de trabajadores que coincide con una que pertenece a una institución médica de segundo nivel; sin embargo, ante el incremento de demanda de atención en casi todos los servicios, ha generado que la institución (de manera particular) recurra a medios de contratación temporales e intermitentes, ante la incapacidad de otorgar bases, generando tensiones evidentes entre los diversos trabajadores y las autoridades.

Éstas últimas, por su parte tienden a desgastar las relaciones contractuales con el personal suplente. Como el personal de base está “protegido” por la capacidad jurídica del sindicato, la exigencia y la demanda se desborda totalmente hacia el personal suplente. Con esto no se quiere decir que las condiciones laborales de los basificados no sean precarias, lo son, pero existen diferencias dramáticas de cómo se experimentan las condiciones laborales entre unos y otros.

El incremento desmedido de la demanda de atención médica, la insuficiente plantilla de trabajadores (con las características antes mencionadas), la inviabilidad de certificación hospitalaria y el desinterés de las autoridades, además de las

estrategias legales y vacíos jurídicos, trajo consigo la contratación masiva de trabajadores suplentes que pudieran equilibrar, de alguna manera, la demanda con la atención, generando más desigualdad laboral al dejar sin ningún tipo de movimiento a los basificados y sin reconocer laboralmente a los trabajadores suplentes, dejándolos en un limbo contractual.

Esta situación de incertidumbre, explotó en Marzo de 2019 al haber una suspensión total de trabajadores suplentes, que trajo consigo la exposición de las condiciones en las que se labora en el HGIQ; mediante lonas, cartulinas y volantes, el personal suplente (principalmente compuesto por personal de enfermería) evidenció la falta de insumos, medicamentos, equipo de diagnóstico, servicio de vigilancia, limpieza, productos para esterilizar instrumentos, etc.; además, los noticieros locales y redes sociales, comenzaron a publicar encabezados referentes a la falta de personal y atención en el servicio de urgencias, debido a los recortes y ajustes de sueldos del personal.¹⁹ Ante los hechos, no hubo declaraciones o posturas oficiales por parte de autoridades del ISSSTE.

Este evento, paralelo al estudio de la sobresaturación del servicio y más específicamente su relación con el trabajo, evidenciaron también la falta de organización institucional al reducir en más de un 50% su plantilla total de trabajadores, incluyendo a los suplentes dejando en manos de unos cuantos el trabajo que de alguna manera estaba distribuido antes de la suspensión.

Las consecuencias que ha traído este evento particular, más las condiciones que podrían considerarse “de base”, son múltiples. Por un lado, ante la falta de personal en puestos de trabajo clave se ocuparon dichos puestos con personal que no corresponde con el perfil del puesto de trabajo; es decir, no es lo mismo un urólogo a cargo de los pacientes graves en el servicio de urgencias a un médico internista o general ocupando ese puesto, cada puesto de trabajo tiene sus propias

¹⁹ Existen varias notas al respecto, la más representativa “Mantiene ISSSTE Qro solo a 50 de 200 empleados médicos suplentes” por Cuadratín Querétaro, 04 de Abril de 2019. Para su consulta véase el apartado bibliográfico.

especificidades, además de los aspectos bioéticos y responsabilidades legales que ello pudiera traer.

Por otro lado, ante las exigencias y demandas incrementadas por parte de la población derechohabiente al personal de salud de base durante el periodo de Agosto de 2019²⁰, la carga laboral excedida y continua para éste personal, ocasionó que recurrieran a estrategias contractuales para disminuir su agotamiento físico y mental. El malestar que propició dicha situación generó múltiples reacciones; mientras algunos se oponían a trabajar en esas condiciones decidieron hacer uso de vacaciones y permisos a los que tienen derecho, por ser basificados; otros, accedieron con mucha resistencia a trabajar así y otros más, optaron por hacer uso de las guardias personales.

Como se explica en el apartado de resultados, las guardias personales aparecen como uno de los derechos laborales para personal de base, en donde se realiza un especie de contrato; es decir, un acuerdo de voluntades en el que se expresa la suplencia de una actividad relacionada con un puesto de trabajo específico y el tiempo de la suplencia. El pago, en teoría -según las entrevistas formales e informales- tendría que corresponder al porcentaje de lo que el médico de base percibe, dependiendo de su especialidad y su tipo de contrato; sin embargo, al ser un acuerdo entre pares –sin la intervención de la institución-, no hay regulación ni supervisión de ello. Se desconoce la normatividad de las guardias personales, no aparecen como documentos oficiales del ISSSTE.

En esencia, es un contrato de prestación de servicios en el que se comparten las obligaciones y responsabilidades, pero no los derechos laborales; esta es una clara representación del trabajo informal, blindado no sólo por el sindicato, sino por los marcos jurídicos del ISSSTE y aún más, protegidos por la Ley Federal del Trabajo.

Este tipo de incongruencias, pero aún más, injusticias contractuales generan una desigualdad evidente no sólo en la forma en la que son experimentados los

²⁰ Véase cuadro 11

riesgos y las exigencias, sino que son elementos que determinan en distintos niveles e intensidades, la sobresaturación del servicio de urgencias.

Ahora bien, antes de entrar formalmente al tema que ocupa este proyecto de investigación, se pueden concretar varias cosas:

Respecto a las preguntas de investigación, se contempló como pregunta central, el identificar bajo qué condiciones se genera el fenómeno de la sobresaturación en el servicio de urgencias médicas; su respuesta, ya no se quedó en la simplicidad que conlleva decir “es multifactorial”. Los datos obtenidos, con rigurosidad y complementariedad metodológica, sostienen que el fenómeno de la sobresaturación alude a varios niveles implicación; desde el desarrollo, implementación y funcionamiento de la política pública en materia de salud en un nivel de tipo macro, acompañado de sus intersecciones con ámbitos económicos y sociales, una contextualización institucional, respecto a sus transformaciones, sostenimientos, prácticas, acuerdos de tipo políticos, económicos, sociales y relaciones jurídicas hasta otros elementos institucionales. Aún todo lo anterior, para poder acceder al conocimiento sobre éste fenómeno, se requiere indispensablemente la situacionalidad. Conocer de la especificidad del espacio, de su infraestructura, su distribución, sus dinámicas, formas de vinculación dentro del servicio de urgencias, de éste con otros servicios y, evidentemente conocer el proceso de trabajo.

Así, respondiendo las preguntas secundarias de este proyecto de investigación, específicamente la que incide en la manera en la que el proceso de trabajo condiciona o determina la sobresaturación, se infiere que: el proceso de trabajo no condiciona la sobresaturación, es un factor determinante de la sobresaturación.

Con lo anterior, se da por confirmada la proposición planteada respecto a la existencia de elementos del proceso de trabajo en los espacios de atención médica inmediata, que determinan el nivel de sobresaturación en el servicio de urgencias médicas, especialmente: la organización del proceso de trabajo, los tiempos de trabajo y los puestos de trabajo.

Al respecto, los resultados ameritan consideración especial a un elemento del servicio de urgencias y fundamental para el proceso de trabajo: el triage.

El triage aparece como una unidad de trabajo indispensable en el servicio de urgencias, dado que es el filtro para la atención médica de urgencia oportuna. Se ha hablado mucho sobre su importancia a nivel institucional, pero más como un elemento básico de la medicina de urgencias.

En este sentido, el uso y funcionamiento del triage no corresponde a las necesidades y demandas de la población derechohabiente que percibe el HGIQ; de ahí que pueda ser candidato para determinar tiempos y preparar espacios para la atención de poblaciones específicas. Esto no implica que no se considere el espacio de urgencias médicas, como aquel particular que tiene sus propios ritmos y procesos de trabajo en comparación con otros servicios. De hecho, el servicio de urgencias del HGIQ podría ser uno con la capacidad de ser controlable, respecto al factor determinante que atañe este proyecto doctoral. Mucho podría mejorar en tiempos de atención, diagnóstico y tratamiento -entre otros elementos-, con modificaciones en la organización del trabajo.

Al respecto, las autoridades institucionales tienen muchas herramientas en tanto recursos humanos y materiales disponibles, cuyo uso adecuado optimizaría significativamente el servicio de urgencias, esto traería inevitablemente la mejora de algunas condiciones laborales para todos los trabajadores, de base y suplentes.

Por otro lado, aparecen elementos más difíciles con los cuales trabajar dada su implicación con otros ámbitos; por ejemplo, existe una dificultad enorme en la población mexicana para distinguir entre una urgencia calificada y una urgencia sentida. Este factor, sólo puede ser atacado mediante el trabajo multidisciplinario y con la colaboración de diversas entidades públicas y privadas, además de propuestas de política pública en su favor; por supuesto, requiere de una planeación y organización realizada por especialistas para su abordaje, sobre todo en poblaciones vulnerables.

Siguiendo con los elementos particulares del triage, se considera necesaria una adaptación del mismo no sólo a las características del servicio de urgencias del

HGIQ, sino adaptar su propio funcionamiento para agilizar los procesos de trabajo que le siguen. Esto es importante por varios factores: uno, el triage que se realiza en el servicio de urgencias no es un verdadero triage, para serlo requiere de una serie de elementos que lo reconozcan como tal. En realidad, funciona como un filtro de canalización de pacientes, nada más.

Es necesario recordar que por el tipo de población derechohabiente, los tipos de urgencias médicas se ven mucho más delimitadas a ciertos padecimientos y evoluciones crónicas de los pacientes; por supuesto, la consideración de accidentes y eventos particulares, que puedan ser catalogados como urgencias calificadas no pasan desapercibidas, pero se presentan con menos frecuencia; y segundo, existen elementos del proceso de trabajo -sobre todo de tipo administrativo- que pueden ser realizados en triage, para acelerar otros procesos y tiempos de atención; por ejemplo, la elaboración de solicitudes de laboratorio, de rayos X, interconsultas, etc., este tipo de modificaciones en la organización del servicio no representan movimientos enormes por sí mismos, pero sí en el flujo tenso del proceso de trabajo.

Dado que el diseño del proyecto de investigación permitió una apertura distinta al estudio del fenómeno de la sobresaturación, aparecieron inevitablemente factores de tipo psicosocial, por ejemplo, la violencia representada entre en múltiples formas ya sea jerárquica (de personal de base a personal suplente), de autoridades (como acoso laboral), de género (principalmente experimentado por los médicos internos de pregrado), de pacientes y familiares hacia el personal (en algunos casos, violencia física), entre las más destacadas.

Por otro lado, aparece también como factor psicosocial el presentismo laboral; De Antonio (2011) señala que éste factor se produce como una consecuencia del deterioro de las relaciones laborales, principalmente ante la fatiga, las tareas monótonas, repetitivas o parcializadas de la actividad laboral, llevando a una situación de alienación de la que se intenta evadir. El presentismo no representa a todos los trabajadores en el servicio de urgencias, pero podría explicar en algunos casos (principalmente en camilleros) el abandono del puesto de trabajo por periodos

cortos de tiempo, tiempos prolongados en comidas, desplazamientos alargados de un espacio a otro, salidas del espacio de trabajo, entre otras.

Existe otro factor que podría ser considerado como psicosocial (especialmente en personal que labora de lunes a viernes), pero que dadas sus características no ha podido ser totalmente aprehendido teóricamente, se trata de un fenómeno observado en todo el personal adscrito al servicio de urgencias y sustentado estadísticamente, respecto al aumento significativo de sobresaturación en el servicio por día, que demuestran una media de saturación los días lunes y una disminución significativa los días martes; dado que este proyecto intenta explicar la saturación desde el proceso de trabajo, una lectura apropiada sería a partir de ésta: existe un especie de proceso de tipo adaptativo que se representa cíclicamente, donde el comportamiento del sujeto se modifica antes y después de un periodo de tiempo; es decir, aparecen elementos bio-psico-sociales que se presentan en el momento en el que termina la actividad laboral (fin de semana), hay un periodo de descanso, después uno de resistencia y nuevamente se presentan elementos bio-psico-sociales intentando adaptar nuevamente al sujeto a estas rutinas laborales. Es un poco parecida, a la dificultad que se presenta en niños cuando tienen que regresar a clases después del fin de semana, aunque tampoco se pudo hacer una aprehensión teórica desde otra disciplina.

Si bien, este aspecto no estuvo considerado como parte del proyecto, sí requiere su puntualización no sólo como hallazgo, sino como puntos de conexión importantes que merecen ser descritos y expuestos para posteriores proyectos de investigación o simplemente como dato cultural; dependerá del lector qué hacer con esa información.

Mientras, en este documento sus reflexiones giran en torno a cuestionarse sobre el ¿Cómo es que esta población en particular puede acceder a éste tipo de condiciones laborales, a realizar sus actividades en espacios desafiantes, con tantas desigualdades, riesgos y exigencias que sobrepasan en algunos momentos, su capacidad física y mental?

Probablemente, una de sus posibles interpretaciones tenga que ver con el sentido de pertenencia; los resultados apuntalan a la existencia de una “esperanza” bajo la promesa de que con el tiempo, con un esfuerzo significativo, la espera prolongada y la resistencia a este tipo de condiciones hostiles y casi incompatibles con el desarrollo de otras esferas de la vida, será recompensado mediante el otorgamiento de base.

¿Habría entonces que tener un malestar general, un sufrimiento para poder ser reconocido finalmente por la institución, al menos de una forma contractual? ¿Cuáles son los costos sociales, personales, biológicos, que conlleva la espera en la incertidumbre, en la desprotección? ¿Cuáles son las motivaciones de permanecer ahí, serán de tipo identitarias, de pertenencia, de vocación, y aún más importante, de qué manera se siguen reproduciendo éstos procesos?

De la Garza (2010) insistía en la necesidad por articular las significaciones que reconstruyen las subjetividades, donde considerar la interacción, implica el reconocimiento de que hay diversas dimensiones que la conectan, no sólo es una mera transmisión de significados. Esto, evidentemente alude a una construcción continua de significados, y es, justo en esa concepción de un sujeto que construye, que significa y que dota significados, donde posibilita poder pensarlo como un sujeto involucrado en una serie de procesos complejos, donde el sentido aparece como un concepto central pero más que eso, como una noción casi ineludible en todas las relaciones subjetivas.

De esta manera, pensar la subjetividad es también pensar en las formas en las que se constituyen las prácticas, ello supone la necesidad de una articulación respecto a las formas de identificación y diferenciación de sujetos. Al respecto, la identidad y la cultura aparecen como conceptos apropiados para comprender algunas situacionalidades, como podría ser el caso de los trabajadores suplentes.

Las aproximaciones teóricas que posibilitan el estudio de las identidades, pueden dar cuenta de las configuraciones subjetivas, como por ejemplo, la noción de la profesión médica como un referencial de los trabajadores de sectores hospitalarios (Beleira, 2018), en donde la consideración de la profesión como una categoría que

segmente, que significa distintos grupos, su relación con los conflictos o disputas en la cotidianidad laboral, permite dar cuenta a su vez de categorías que están situadas, que legitiman y validan la profesión médica desde sus múltiples entrelazamientos, además de repensar lo privado y lo público.

En el caso del personal adscrito al servicio de urgencias, se pueden observar varios niveles de articulación que configuran en una relación recíproca, relaciones de significados dinámicos; por un lado, aparecen las dificultades en torno a las relaciones profesionales en el campo de la salud, particularmente las que corresponden a la posición del médico y sus movilizaciones respecto a transformaciones históricas, donde ciertamente, la formación educativa ha tenido un gran impacto en las formas de producción y reproducción de prácticas encaminadas bajo los principios hipocráticos; juramento que con carácter ético, se ha ido transformando bajo la apropiación de formas capitalistas sobre el actuar de la práctica médica, justificando las dificultades que constituyen las actuales condiciones laborales, tales como la obligación a elaborar mecanismos de tipo defensivos o de resistencia ante las desigualdades, y tolerar o hacer de alguna manera soportables dichas condiciones; en otras palabras, el sujeto se instala en una relación de subordinación del trabajo, donde está obligado a aceptarla.

A propósito de la construcción de subjetividades, aparece otra particularidad observada, que se encarna como uno de los datos más relevantes y constantes que aparecen como resultados de la observación participante, y tiene que ver con las formas en las que el personal adscrito al servicio, se relaciona con su espacio de trabajo; si bien espacio generalmente refiere a la distribución física del mismo, ésta relación va más allá de eso.

Etimológicamente, la palabra “habitar” adquiere el significado de tener, ser o estar de manera reiterada; es decir, si una persona está de manera reiterada en un lugar, la persona es, vive y está ahí, controlando de alguna manera el espacio.

Heidegger (1994) en su texto “Construir, habitar y pensar”, puntualizaba la necesidad de re-pensar la noción de *habitar*, en tanto que el construir no tiene como meta exclusiva la materialización de elementos como viviendas; es decir, el habitar

sería el fin que persigue todo construir, donde el construir y el habitar en relación recíproca, constituye el medio.

Así, reflexionar sobre la noción de habitar respecto a su relación con el espacio de nuestro alrededor, es pensar también en un proceso continuo de interpretación y simbolización del entorno que nos rodea, humanizándolo y transformándolo en un lugar moldeado para la intervención de la cultura (Giglia, 2012). En otras palabras, el habitar tiene que ver con la manera en la que la cultura se manifiesta en el espacio.

Comúnmente se asocia el habitar, con la casa o la vivienda, dada la referencia que existe a considerarlos como un espacio adherido a la identidad como sujetos individuales y culturales. También, es común relacionar el habitar con el sentimiento de protección y abrigo; sin embargo, no siempre es una vivienda la que proporciona esa sensación de amparo. Existen espacios, como lo son los hospitales, donde por sus condiciones de ser y estar, se convierten en espacios hostiles, inseguros y muchas veces aparecen disociados de la actividad laboral, dada la implicación médica como referente principal de estas instituciones.

El trabajo hospitalario –al menos en México- representa la realización de una actividad laboral bajo condiciones de extrema precariedad, exigencias laborales insostenibles y riesgos de trabajo importantes, además de un sin fin de factores psicosociales que afectan la salud de los trabajadores. Una manera, de hacer ese espacio transitable, menos hostil y más viable para la condición humana, reside justamente en el habitar.

En este sentido, se encontraron elementos del habitar en el servicio de urgencias, representados en diversas formas, por ejemplo, la decoración del espacio personal de trabajo, que intenta plasmar mediante la apropiación, la identificación de alguien que está, que es.

La organización –en el servicio de urgencias- de convivios para celebrar un evento particular como un cumpleaños, una jubilación, o por el simple hecho de que a “alguien” se le ocurrió. El día del médico, de la trabajadora social, del enfermero/a, los intercambios en el día del amor y la amistad, en navidad (para aquellos que se

quedan a guardia), las roscas, los pasteles, el café de los miércoles y jueves, todos esos elementos aparecen para demostrar no solo que existen múltiples formas de relacionarse con el espacio de trabajo; sino que el espacio hospitalario es más que eso, que aunque se tengan las más de las precarias condiciones laborales, mientras exista la condición humana, los espacios se transforman y se significan, transformando y significando también a los sujetos.

Por último, pero no por menos importante, la relación sindical aparece como un elemento que requiere de mucha precisión analítica. Si bien, los resultados de éste proyecto de investigación arrojaron elementos sobre la misma, se reconoce que no son los suficientes para poder hacer un marco analítico adecuado. Sin embargo, se recuperan algunas unidades relevantes, para poder –al menos- construir un esbozo de lo que podría resultar en una discusión pertinente:

1.- Presencia sindical

Como autoridades representativas de los trabajadores basificados, el sindicato el ISSSTE se ha posicionado como uno de los más poderosos –en términos políticos-, al establecer una normatividad rígida respecto a su marco jurídico, en beneficio de los trabajadores. Esto por un lado, ha traído la defensa de derechos contractuales en casos donde la fragmentación y omisión de derechos es evidente; sin embargo, también ha traído un uso arbitrario del poder sindical.

Las entrevistas realizadas señalan una ausencia importante de ésta figura, la percepción de respuesta nula por parte de las autoridades sindicales ante situaciones de conflicto, ha desencadenado la sensación de desprotección de derechos laborales –en algunos casos-, una aparente apatía por los intereses colectivos y ciertas inclinaciones políticas, que han sido expuestas múltiples veces los por trabajadores. En este sentido, la presencia sindical podemos ubicarla como una que se expresa de dos formas: una figura que atiende exclusivamente a una población privilegiada dotada de certeza laboral, prestaciones y seguridad institucional, enmascarada por los procesos políticos y económicos que la atraviesan, recordando que ésta figura se representa esencialmente en la carga de trabajo y en la distribución de las actividades laborales. Así mismo, es una presencia que si bien

identificada a lo largo del proyecto de investigación, no hay una cantidad representativa de trabajadores basificados para poder hacer de ésta, un elemento analítico asertivo.

La otra expresión sindical, está relacionada a una “desfiguración” de la misma ¿A qué se hace referencia con ello? Se da cuenta, mediante el uso de las entrevistas semiestructuradas de que hay una percepción de la fuerza sindical por parte del personal suplente, esto es, en la forma en la que se visibilizan las diferencias contractuales y simbólicas, sobre las múltiples relaciones de poder que se manifestaron en los puestos de trabajo y procesos del mismo, esto previamente desarrollado en otros capítulos.

Se hará una importante acotación a éste último punto, ya que si bien decíamos que hay un reconocimiento de la presencia sindical, aparece como una simbolización ajena a las nuevas organizaciones del trabajo y sus manifestaciones. Se muestra como una investidura difícil de aprehender e incorporar a las realidades laborales, sobre todo aquella que pertenece a los trabajadores y trabajadoras suplentes. La sensación de desprotección, inseguridad laboral, incertidumbre, etc., aparecen como elementos propios del trabajo actual y en este sentido, habría que reflexionar si en realidad hay una interiorización de la ausencia sindical o, si más bien la lectura tendría que hacerse desde los sentidos nuevos y transformaciones de las construcciones sociales.

2.- Funciones sindicales

Según los resultados obtenidos, la relación sindical aparece exclusivamente como parte del contrato laboral y como un derecho opcional del trabajador. La mayoría de los trabajadores basificados, se encuentran sindicalizados por decisión propia al sindicato “original” del ISSSTE. Existe otro sindicato, denominado “Sindicato Nacional Auténtico y Democrático de los Trabajadores del ISSSTE”, el cual es

aparentemente autorizado por la Secretaría de Trabajo y Previsión social en Mayo de 2019 ²¹.

Existieron eventos particulares durante el periodo de trabajo de campo por ejemplo, la suspensión de trabajadores suplentes, en donde en general los trabajadores del HGIQ esperaban que el sindicato tuviera una posición al respecto; sin embargo, no la hubo. Después de un año, sigue sin haberla.

Este punto es importante, porque pone en discusión la capacidad colectiva que pudiera tener el sindicato –por un lado, para beneficiar a los trabajadores de base, pero por otro, en la solidaridad hacia sus compañeros que trabajan en la suplencia- si estos marcos de inclusión y exclusión no estuvieran inclinados a pensarlos como privilegios, sino como derechos a los cuales todo trabajador debería tener acceso. En este sentido, es importante destacar que –según entrevistas formales e informales- el personal suplente ha tenido en varias ocasiones, la iniciativa de formar un sindicato que los represente; sin embargo, por factores desconocidos, éstos movimientos colectivos se han disuelto.

Así, podría aparecer otro elemento que si bien no es nuevo, daría pie a un importante análisis sobre cómo operan estas organizaciones internas que podrían a su vez, dar indicios sobre relaciones de poder, representatividad, sentidos de pertenencia, así como identidades colectivas e individuales.

Finalmente, existen otros elementos que merecen ser no sólo descritos como hallazgos, sino estudiados e interpretados desde referentes que posibiliten su análisis. Probablemente, estos elementos puedan generar otros proyectos de investigación, que den indicios sobre la vida hospitalaria, sobre el sentido del trabajo, que se vuelvan visibles aquellos que forman parte del sistema sanitario pero son olvidados, omitidos –como podría ser el caso del personal de limpieza, de seguridad, etc.-, y que son fundamentales para sostener toda la vida pública y privada que existe.

Recuperando fragmentos centrales de este proyecto de investigación, se da cuenta

²¹ En la página oficial del INAI no aparece la constitución de éste sindicato. De hecho, no se encontró sitio oficial del mismo. Existen notas periodísticas al respecto. Se desconoce su marco jurídico.

de que durante mucho tiempo, se ha discutido la relevancia de los estudios del trabajo en el análisis y la comprensión de múltiples fenómenos sociales, que corresponden particularmente a la sociología y a la antropología. En este sentido, es importante resaltar que bajo la intención de la multidisciplinariedad, este campo de estudio adquiere connotaciones invaluable para la generación de conocimiento. Tal es el caso del estudio del fenómeno de la sobresaturación, en el cual la complejidad se entrelaza con un sin fin de factores que se apropian de él y lo transmutan en un elemento de estudio que parece sumamente difícil de aprehender; sin embargo, se ha demostrado que, con la capacidad multifacética de las herramientas a la disposición de las ciencias sociales, su estudio se acerca mucho más a la realidad del mismo fenómeno. Los resultados y la discusión de este proyecto de investigación doctoral, son la representación de que el trabajo coordinado, organizado y, sobre todo, multidisciplinario, atiende a la comprensión de elementos concretos e incluso, de aquellos que no lo son. Por ello, las conclusiones estarán encaminadas a reflexionar sobre estas nociones anteriormente identificadas, descritas y analizadas.

El trabajo denso, meticulosamente separado por categorías y unidades de análisis, muestran un cuidadoso acompañamiento estadístico y fenomenológico; por un lado, se observan datos duros que sugieren elementos relacionados directamente con el fenómeno de la sobresaturación, como lo son: la distribución y el uso del espacio físico del servicio de urgencias (considerando los recursos materiales que cuentan para ello), la cantidad de personal médico, enfermería, administrativos, intendencia y seguridad, el número de pacientes que se atienden en las unidades de observación, así como la cantidad de pacientes en espera de atención médica; mientras que por el otro, encontramos la configuración de elementos como: las relaciones de poder, la ética y particularmente, la bioética, los lazos sociales transformados en vinculaciones entre todo el personal adscrito no sólo en el servicio de urgencias, sino con otros servicios, incluso los pacientes.

Comprender el trabajo, como categoría central de análisis en el proyecto, señala la importancia de ser relacionado y pensado como un elemento que va más

allá de una relación salarial y que más bien, atraviesa la condición humana transformándola y ésta a su vez, al trabajo.

Es así, que se puede analizar el proceso de trabajo, en configuración con todos esos elementos, incluso, aquellos que no son considerados por parecer “fuera” de la categoría del trabajo. Reformulemos entonces:

Una de las características de la condición humana, es que somos seres inacabados, nos transformamos constantemente y por ende, todas nuestras prácticas fuera y dentro del espacio laboral, son también inacabadas. Somos parte de un todo, que se divide y resignifica nuestras acciones, caminos y posiciones. Las prácticas hospitalarias, también son inacabadas. En tanto seguiremos siendo parte inevitable del orden social, las prácticas seguirán transformándose y entonces, la capacidad que tengamos para ubicarlas y reconocerlas como parte de nosotros, marcarán la orientación para seguir recorriendo históricamente los espacios que nos convocan.

En este sentido, reconforta saber primero que, ante espacios de trabajo hostiles, precarios y desafiantes, aparecen resistencias disfrazadas de prácticas, posicionamientos, incluso en las formas de vincularse unos con otros, donde la colectividad aparece como un elemento fundamental para la configuración de las identidades, pero más allá de eso, la resignificación de la práctica médica institucionalizada. En segundo, que la visibilización de éstas prácticas, generan espacios de reflexión mediados por las posibilidades de acción.

Al respecto, desde una perspectiva organizacional, el análisis de las unidades de observación señala factores que inciden directamente en la labor que se realiza en el servicio de urgencias; es decir, cómo es que cada una de estas unidades se entrelazan y forman parte de un proceso mayor encadenado por pequeños actos y, por ser invisibles en algunos casos, son separados de las funciones laborales. Es decir, ¿Las prácticas institucionales, coinciden con la práctica médica? La respuesta es no. No hay líneas de acompañamiento entre unas y otras, parecen incluso, contradictorias.

Estas contrariedades, se representan en la distribución de los espacios, la

cantidad de recursos humanos y materiales, los procesos y tareas administrativas, relacionadas con las capacidades institucionales, en comparación con la demanda y exigencia institucional que se les asigna a los diversos servicios hospitalarios, principalmente al servicio urgencias.

En este sentido, el triage tiene una función primordial; es el encargado de establecer los criterios de atención médica inmediata, sin embargo, por estas prácticas institucionales que lo atraviesan sin titubear, además de elementos como lo que se desarrollaron en la discusión de resultados, sobre el puesto de trabajo vs. El perfil del trabajador, hacen que se convierta en el espacio menos eficiente de este servicio. De ahí la importancia de situar, contextualizar y partir de las necesidades del servicio de urgencias.

Una mala administración del proceso de trabajo, tiene como consecuencia directa la sobrecarga. El desconocimiento de las actividades y tareas específicas de cada unidad en el servicio de urgencias, incluso, el desconocimiento de las actividades básicas de otros servicios, retrasan la atención médica de seguimiento del paciente. Por supuesto, lo anterior aunado a las prácticas institucionales que, a su vez, se encuentran atravesadas por intereses políticos y económicos, pero sobre todo legales, enmarcan los procesos administrativos a los cuales la práctica médica debe adecuarse. En este sentido, la presencia sindical ha sido un ente desfigurado en la protección y defensa de los derechos laborales, riesgos y exigencias, pero aún más, en la incidencia de factores psicosociales. El burnout, el mobbing (acoso, hostigamiento y otras formas de violencia) y más, aparecen como elementos escindidos de los trabajadores, quienes, por su cuenta, tendrán que ocuparse o no, de ellos.

Este proyecto doctoral marca, sin duda, un nuevo camino en los estudios del trabajo, en el acercamiento a uno de los fenómenos más complejos y difíciles de transitar en la salud pública. La ausencia de estudios sobre el fenómeno situado, contextualizado y proposición de estrategias o modelos para disminuirlo y erradicarlo en medida de las posibilidades, aparecen como un reto importante para la sociología del trabajo y otras disciplinas.

Se visualiza, a partir de lo expuesto en estas páginas un panorama favorable para elaborar acciones en concreto que sirvan para el bien común, considerando el cuidado y protección de los derechos laborales y las garantías individuales. Finalmente, este trabajo abre el diálogo con otros espacios, discursos y saberes que puedan aportar desde sus referentes, elementos que puedan ser de aplicación para el objetivo central: tener un sistema de salud que responda a las necesidades de la población.

Dirección General de Bibliotecas de la UFG

Bibliografía

- Arias, M. (2000) **La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones**. Recuperado el día 21 de noviembre de 2018, de Revista en línea de la UDEA. Disponible en: <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>
- Barriga, O., y Henríquez, G. (2011) **La relación Unidad de Análisis-Unidad de Observación- Unidad de Información: Una ampliación de la noción de a Matriz de Datos propuesta por Samaja**. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social. No.1, Año 1, abril-septiembre, pp. 61-69.
- Beliera, A. (2018) **Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto social**. En Revista Mexicana de Sociología, vol. 80, num.1, enero-marzo. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- Belmont, E. (2014) **La Reforma Laboral en México: la mitificación de la empresa y los ajustes en las relaciones laborales**. Recuperado el 3 de febrero de 2017, de Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/80/cnt/cnt3.pdf>.
- Boltanski, L., y Chiapello, E. (2002) **El Nuevo Espíritu del Capitalismo**. Madrid, España, Akal.
- Bourdieu, P. (2003) **El oficio de científico. En Ciencia de la Ciencia y Reflexividad**. Editorial Anagrama, Barcelona.
- Boyle, J. (1994) **Styles of ethnography. Critical Issues in Qualitative Research Methods**. School of Nursing, University of Utah, USA.
- Brachet-Márquez, V. (2007) **Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México (1980-2000)**. México, D. F: El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos.

Briones, G. (1994) **Incompatibilidad de paradigmas y compatibilidad de técnicas en ciencias sociales**. Revista de Sociología 9: 25-33.

Captura de información del modulo de urgencias en el SIMEF (2018) en **Manual de usuario para la clasificación de urgencias en SIMEF**, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Recuperado el día: 22 de mayo de 2018. Disponible en: http://sgm.issste.gob.mx/medica/urgencias/Procedimiento_Captura%20módulo%20de%20urgencias%20en%20el%20SIMEFv3%2023032016.pdf.

Castañeda, F. (2005) **La cruz roja Mexicana. En historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica**. Editorial Distribuna. México, D. F.

Castañón, J., Barrientos, T. y Polanco, C. (2016) **Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias**. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 54, núm. 3. Recuperado el día 23 de septiembre de 2017, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745710016.pdf>.

Castelazo, J. (2010) **Administración pública: una visión de Estado (2a. ed.)**. México, D.F, Instituto Nacional de Administración Pública.

Castillejos, M. (2010) **La medición de la salud: una mirada a propuestas de la década de 1970 para reabrir la discusión en el campo médico. En Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México. Seguridad social, servicios, promoción de la salud**. México, D.F, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Castillo, J. (2015) **La historia de la medicina de urgencias en latinoamérica. En historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica**. México, D. F., Editorial Distribuna.

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (2017) **Gasto Público y Privado en el Sistema de Salud Mexicano**. Recuperado el 21 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://ciep.mx/gasto-publico-y-privado-en-el-sistema-de-salud-mexicano/>.

- Charvel, S. y García, D. (2013) **Derecho y Salud Pública: Un análisis de la legislación comparada**. México, D. F., Editorial Fontamara.
- De Antonio, M. (2011) **Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en las que se desenvuelve el trabajador**. Revista Medicina y Seguridad del trabajo, no. 57, abril- junio, pp. 111-120. Recuperado el día 30 de abril de 2020, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n223/especial2.pdf>.
- De la Garza, E. (2010) **¿Hacia dónde va la Teoría Social?** En Tratado Latinoamericano de Sociología, Barcelona, Anthropos.
- Denzin, N. (1989) **Strategies of Multiple Triangulation. The research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods**. New York, McGraw Hill.
- Eibenschutz, C. (1981) **Hegemonía y salud en el Estado mexicano**. Rev. Mex. De Ciencias Políticas y Sociales. No. 106. UNAM, México.
- Esposito, R. (2006) **Bíos, Biopolítica y filosofía**. Buenos Aires, Amorrortu.
- Feyerabend, P. (1991) **Diálogo sobre el conocimiento**. Madrid: Cátedra.
- Foucault, M. (1974) **La nausance de la médecine sociale** segunda conferencia del ciclo publicada en Revista centroamericana de Ciencias de la Salud, no. 6, enero-abril, pp. 89-108.
- _____ (1976) **Il faut défendre la société. Cours au Collège de France**, Paris, Gallimard.
- _____ (1976) **Droit de mort et pouvoir sur la vie** en Histoire de la Sexualité. La volonté de savoir, Paris, Gallimard.
- _____ (2004) **Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France 1977-1978**. Paris, Gallimard.
- García, P. (2015) **Los sistemas prehospitalarios de emergencias en México. En historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica**. México, D. F., Editorial Distribuna.
- García, R., Baesler, F., Rodríguez, P. y Peso, M. (2003) **Urgencias hospitalarias: Análisis del diseño y gestión de servicios de emergencia hospitalaria en**

- Chile.** Hospital Emergencies. Theoria, vol. 12, núm.1. Universidad del Bío Bío Chillán, Chile.
- Garfinkel, H. (1968) **Estudios en Etnometodología.** Barcelona, España, Anthropos.
- Garfinkel, H. y Sacks, H. (1970) **On formal structures of practical actions.** En J. C. Mckinney y E. A. Tiryakian (eds.) Theoretical sociology.
- Giddens, A. (1994) **The consequences of modernity.** Stanford, California, Stanford University Press.
- Giglia, A. (2012) **El habitar y la cultura: Perspectivas teóricas y de investigación.** Barcelona, España, Anthropos Editorial.
- Goffman, E. (1959) **La presentación de la vida cotidiana.** Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- González, L. (2012) **Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria.** Informe Sespas 2012. Gaceta Sanitaria; Madrid, España.
- _____ (2011) **La sanidad en tiempos de crisis.** Revista Economistas, España, p. 127-134.
- González, L. y Gallardo, E. (2012) **Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte.** Revista Digital Universitaria, vol. 13, Número 8. ISSN: 1067-6979. Recuperado el día: 2 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
- Hill, R. y Stones, K. (1968) **Proceedings of the Purdue Symposium on Ethnometodology.** Institute Monograph n. ° 1, Institute for the Study of Social Change, Purdue University.
- Husserl, E. (1984) **Crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental.** México, Ediciones Folios.
- Icazuriaga, C. (1994) **Desarrollo urbano y forma de vida de la clase media en la ciudad de Querétaro.** Colegio de Michoacán. Recuperado el día: 30 de octubre de 2018. Disponible en:

<http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/21536/1/09-026-1994-0439.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) **México en Cifras: Querétaro**. Recuperado el día: 11 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=22>
_____ (2006) **II Censo de Población 2005**. Resultados definitivos por localidad.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2018) **Planes, programas e informes**. Recuperado el día: 15 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/transparencia/transparenciappi.html>

_____ (2010) **Documentos Históricos y abrogados**. Normateca Electrónica Institucional. Recuperado el día: 14 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X10/200511111039591102.pdf?id>

Kahn, R y, Cannell C. (1997) **Entrevista: Investigación Social**. en David Sills (comp.), Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, t. 5, Madrid, Ed. Aguilar.

Laurell, A. y Ortega, M. (1991) **El proceso de privatización en salud. El caso de México**. Informe de consultoría preparado para el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2019) Recuperado el día 3 de octubre de 2019, Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo13204.pdf>

Linhart, D. (2011) **De la domination et de son déni**. Francia, Editorial Erès.

Márquez, S. (S/f) **Estado de derecho en México**. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado el día 19 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2990/13.pdf>,

Mckeown, T. (1982) **El papel de la medicina**. México, D.F, Siglo XXI editores, S.A.

- Murdock, G. (1932) **The Science of Culture**. *American Anthropologist*. New Series, Versión en Castellano por la UAM-IZT, México, D. F
- Murillo, F. y Martínez-Garrido, C. (2010) **Investigación Etnográfica**. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- Molina-Álvarez, R. y Zavala, E. (2014) **Conocimiento de la Guía Práctica Clínica de triage por personal de enfermería**. *Revista CONAMED*, vol.19, núm. 1. Recuperado el día: 20 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730738>
- Morse, J. (1991) **Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation**. *Methodology Corner. Rev. Nursing Research*.
- North, D. (1990) **Instituciones, cambio institucional y acción económica**. Cambridge University Press, Nueva York.
- Osorio, J. (2014) **El Estado en el centro de la mundialización**. México: D. F, Fondo de Cultura Económica.
- Ovejero, A. (2014) **Los perdedores del nuevo capitalismo. Devastación del mundo**. Madrid; Biblioteca Nueva, *Revista del Pensamiento e Investigación Social*, vol. 16, núm.3, noviembre 2016.
- Polanco, C., et al (2013) **Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas**. *Gaceta Médica de México*, 149; 417-24.
- Powell, W. & Dimaggio, P. (2001) **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**. México, D. F, Fondo de Cultura Económica.
- Pulkingham, J. (1989) **From public provision to privatization: the crisis in welfare reassessed**. *Sociology*, vol.23, N°. 3:387-407.
- Quadratin Querétaro (2019) **Mantiene ISSSTE Qro solo a 50 de 200 empleados médicos suplentes**. Recuperado el día: 3 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://queretaro.quadratin.com.mx/mantiene-issste-qro-solo-a-50-de-200-empleados-medicos-suplentes/?fbclid=IwAR1rrlByIXhO6Z5vtQkawUwmdkle4x5XtPGTcQRfOUBj74ZyZhJAFYUQG0>.

- Restrepo, E. (2016) **Etnografía: alcances, técnicas y éticas**. Bogotá, Envi3n editores.
- Rodr3guez, C. (2015) **Reflexiones sobre el Sistema de Urgencias M3dicas**. MediSur, vol.13, n3m. 1. Universidad de Ciencias M3dicas de Cienfuegos, Cuba. Recuperado el d3a 25 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180037139001>
- Rodr3guez, M. y Rodr3guez, A. (1998) **Asistencia m3dica e higiene ambiental en la Ciudad de M3xico: siglos XVI- XVIII**. En Gac. M3d. M3x. Vol. 135, No. 2, pp. 189- 198.
- Rodr3guez, D. y Valldeoriola, J. (2009) **Metodolog3a de la investigaci3n**. Espa3a: Universidad O. de Catalu3a. Recuperado el d3a: 10 de septiembre de 2017. Disponible en: http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pd.
- Russell, B. (1940) **Inquiry into the Meaning of Truth**. Nueva York, W.W. Norton &Company, Inc.
- Secretar3a de Desarrollo Sustentable (2008) **Perspectivas del Medio Ambiente Urbano: GEO Zona Metopolitana Quer3taro**. Quer3taro, M3xico.
- Secretar3a de Salud (2017) **Direcci3n General de Informaci3n en Salud**. Disponible en: [http:// dgis.salud.gom.mx](http://dgis.salud.gom.mx). Consultado en mayo de 2017.
- Captura de informaci3n del m3dulo de urgencias en el SIMEF (2018) **Manual de usuario para la clasificaci3n de urgencias en SIMEF**, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Recuperado el d3a: 22 de mayo de 2018. Disponible en: http://sgm.issste.gob.mx/medica/urgencias/Procedimiento_Captura%20m3dulo%20de%20urgencias%20en%20el%20SIMEFv3%2023032016.pdf.
- Sober3n, G. (2002) **La participaci3n del sector privado**. En: La reforma de la salud en M3xico. M3xico, D.F, FUNSALUD.
- Spradley, J. (1980) **Participant observation**. Nueva York, NY, Holt Rinehart & Winston.

- Schütz, A. (1993). **La construcción significativa del mundo social**. Barcelona, Paidós.
- Tamez, S. & Eibenschutz, (S/F) **Las políticas neoliberales en las prácticas institucionales**. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Dpto. de Atención a la Salud. Disponible en: <http://www.fsms.org.br/arquivos/neoliberalismo1.pdf>
- Tamez, S. & Valle R. (2005) **Desigualdad social y reforma neoliberal en salud**. Revista Mexicana de Sociología.
- Tamez, S. & Moreno, P. (2000) **La seguridad social en América Latina**. En: Enrique de la Garza comp. Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo. México D.F, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana, FLACSO- México.
- Taylor, S & Bogdan, R. (1992) **Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados**. España, Ed. Paidós
- Tuirán, R. (2002) **Taller sobre criterios de delimitación metropolitana**. México, D. F., octubre 28 de 2002; Notas. Revista de información y análisis núm. 22, INEGI. Disponible en: www.inegi.gob.mx
- Ugarte, F. (2015) **La medicina de urgencias y las instituciones de salud**. En historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica. México, D. F, Editorial Distribuna.

Anexo 1.Formato de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE
REGISTRO CIPE: 9793/2018 REGISTRO ISSSTE:
EN PROCESO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la investigación: La sobresaturación de los servicios de urgencias médicas. Una perspectiva desde el proceso de trabajo: el Triage.

Sobre el objetivo de la investigación: El propósito de este proyecto es identificar los factores que determinan la sobresaturación del servicio de urgencias, que se encuentran relacionados con el proceso de trabajo.

Usted es considerado para este proyecto de investigación, dado que está adscrito como trabajador al servicio de urgencias; si desea participar en esta investigación es importante que sepa que su participación no tiene costo; no recibirá ningún tipo de compensación por estar en la misma. La información obtenida será confidencial y con estricto uso científico y académico. Si así lo desea, se le entregará un informe con los resultados obtenidos una vez finalizada la investigación.

Si tiene alguna duda, respecto al proyecto de investigación, se pueden aclarar en cualquier momento y para ello se le brindará la información de contacto de la investigadora. Así mismo, si en cualquier momento desea retirarse del proyecto de investigación, podrá hacerlo sin desagrazios o sanciones.

Explicación del procedimiento: El participante contestará una serie de preguntas de manera oral; ello implica que su voz será grabada y usted está autorizando a la investigadora su reproducción, las veces necesarias para el análisis de la información. Debe saber, como acepta expresamente, que la información que usted brinde, será guardada bajo la ley de protección de datos, será anónima y no identificable. Una vez obtenida la información, será analizada mediante un programa que permitirá conocer los factores que determinen o condicionen la sobresaturación del servicio de urgencias.

Se le recuerda que su participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria. La duración de la entrevista puede ser variable y se realizará en horas no laborales; así mismo, si se interrumpe la entrevista, se retomará en otro momento acordado previamente. Este proyecto tiene un periodo de duración de un año, por lo que el número de entrevistas puede variar dependiendo la saturación de información que se recopile de las mismas.

Aclaraciones y dudas: Estoy a su disposición en la Facultad de Psicología. Los correos electrónicos son: psic.pinet@gmail.com; alex-urbiola@hotmail.com.

¡Muchas Gracias!

Anexo 2. Formato del acta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE
REGISTRO CIPE: 9793/2018 REGISTRO ISSSTE:
EN PROCESO

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ trabajador
adscrito al servicio de urgencias, expresamente acepto participar de manera
voluntaria y anónima en la investigación **"La sobresaturación de los servicios de
urgencias médicas. Una perspectiva desde el proceso de trabajo: El triage"**,
dirigida por la Mtra. Michelle Pinet Zavaleta, alumna del Doctorado en Estudios
Multidisciplinarios sobre el Trabajo, Facultad de Psicología de la Universidad
Autónoma de Querétaro.]

Declaro haber sido expresamente informado/a de los objetivos y procedimientos del
estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto
participar en una serie de entrevistas que se realizarán durante el transcurso del
proyecto de investigación.
Declaro además, haber sido informado/a que mi participación en este estudio no
involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y
que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento, sin dar
explicaciones o recibir sanción alguna.
Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo
que la información será analizada por la investigadora de forma individual y que no
se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la
información que se obtenga será guardada, analizada y resguardada por la
investigadora; sólo podrá ser utilizada en los trabajos propios de este estudio y con
fines de divulgación científica en revistas especializadas.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una
de las partes, sin reservarme ninguna acción legal en contra de quien corresponda
derivada de este estudio.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

Fecha: _____

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá
hacerla a la siguiente persona: Mtra. Michelle Pinet Zavaleta, Universidad Autónoma
de Querétaro. Teléfono: 4421970382, Correo electrónico: psic.pinet@gmail.com