

ETNOGRAFÍA DE LA ESPERA EN URGENCIAS

CASO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO



Bruno Lutz



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Rector general, José Antonio de los Reyes Heredia
Secretaria general, Norma Rondero López

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

Rector de Unidad, Francisco Javier Soria López
Secretaria de Unidad, Angélica Buendía Espinosa

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Dirección, Esthela Irene Sotelo Núñez
Secretaria académica, Pilar Berrios Navarro
Jefe de la sección de publicaciones, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

COMITÉ EDITORIAL

Araceli Soní Soto (presidenta)
Aleida Azamar Alonso / Dulce Asela Martínez Noriega
Armando Ortiz Tepale / Ruth Ríos Estrada
Héctor Manuel Villarreal Beltrán

Asistente editorial: Varinia Cortés Rodríguez

ETNOGRAFÍA DE LA ESPERA EN URGENCIAS

Etnografía de la espera en urgencias.
Caso de los hospitales públicos de la Ciudad de México,
de Bruno Lutz

Primera edición, 2023

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso 1100, Colonia Villa Quietud,
Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México. C.P. 04960
Sección de Publicaciones de la División de Ciencias Sociales y Humanidades.
Edificio A, 3er piso. Teléfono 54 83 70 60
pubcsh@gmail.com / pubcsh@correo.xoc.uam.mx
<http://dcsh.xoc.uam.mx/repdig>
<http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/index.php/libroelectronico>
ISBN UAM impreso: 978-607-28-2999-2
ISBN UAM digital: 978-607-28-3000-4

Diseño de portada: Rubén de la Torre

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

ETNOGRAFÍA DE LA ESPERA EN URGENCIAS

CASO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Bruno Lutz

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi reconocimiento a los estudiantes de la Licenciatura en Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana –unidad Xochimilco–, quienes aceptaron realizar un estudio de las condiciones de espera en hospitales de la Ciudad de México, como parte de una investigación grupal trimestral. Reciban mi sincero agradecimiento.

Debo mencionar a los ponentes de la mesa 45 del III Congreso Latinoamericano de Teoría Social celebrado en 2019 en Buenos Aires, Argentina, quienes me compartieron generosamente una valiosa bibliografía sobre el tiempo de espera relativo a este país suramericano. Les doy las gracias por su interés y apoyo.

Asimismo, a los colegas del Departamento de Relaciones Sociales, quienes me hicieron algunas útiles observaciones en el Congreso Departamental llevado a cabo en 2019 y en el cual presenté avances parciales de mi investigación.

Finalmente, manifiesto mi más profundo reconocimiento a la maestra Karla Pinal Mora por sus varias lecturas del manuscrito –como parte del proceso de corrección de estilo– y sus atinados comentarios que me permitieron mejorar de manera significativa la estructuración de las diferentes partes.

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	11
<i>Metodología</i>	17
<i>La expropiación del tiempo</i>	23
Tiempo y burocracia	23
Tiempo y hospital	27
<i>La peregrinación</i>	39
El traslado	42
El desaire	46
El paciente ambulante	53
<i>La espera</i>	57
La carrera de relevos	57
Gastos y desgaste	61
La pequeña muerte	70
<i>Las palabras y los gestos</i>	77
Personal no médico	78
Enfermeras	82
Médicos	86
<i>El no-lugar</i>	93
El espacio para esperar	93
Adentro	98
Afuera	106

<i>Consideraciones finales</i>	111
<i>Recomendaciones</i>	119
<i>Siglas y acrónimos</i>	129
<i>Referencias</i>	131
Entrevistas	140
<i>Anexos</i>	145
Guion de preguntas para usuarios	145
Guion de preguntas para personal de salud	148
Extracto de mi diario de campo (1)	150
Extracto de mi diario de campo (2)	152

INTRODUCCIÓN

Una mujer llevó a su esposo muy enfermo al hospital de San Luis Acatlán, Guerrero. Era domingo uno de octubre de 2017. Esperaron cinco horas afuera, en la intemperie. El señor agonizó y falleció sin haber sido atendido. Era un humilde campesino, derechohabiente del Seguro Popular. Su viuda se lo llevó de regreso a su pueblo para sepultarlo (*Redacción Excelsior*, 2017). En mayo del 2019, un paciente con antecedentes diabéticos y comorbilidades asociadas se presentó en la Unidad de Medicina Familiar no. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Purísima del Rincón. Una hora después, mientras esperaba a su médico familiar, perdió la vida a causa de un paro cardíaco (*Milenio Digital*, 2019). El 21 de octubre de 2022, en un hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Pachuca, un hombre ingresó con código verde tras ser revisado en la zona de *triage* —lo cual significaba que no requería atención inmediata—, pero después de una hora de espera en una sala hacinada sufrió un paro cardíaco y murió sin haber sido atendido (*El Universal de México*, 2022). Estas tragedias no están aisladas: se vienen repitiendo en el silencio de la pobreza, a lo largo y ancho del país.

En el campo y en las ciudades, los enfermos de escasos recursos están habituados a esperar horas —e incluso días— para recibir atención médica, para ser programados a estudios, conseguir su medicina y, en su caso, ser intervenidos quirúrgicamente. Incontables son los enfermos cuyo estado de salud se deteriora significativamente mientras esperan ser atendidos en el área de urgencias de los hospitales públicos. Al respecto, el presidente de la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia afirma: “La saturación de los servicios de urgencias y los prolongados tiempos de espera son un problema que siempre ha existido, no solo en México, sino también a nivel mundial; sin embargo, en la última década este fenómeno se ha ido incrementando y complicando cada vez más” (Ciudadanos en Red, 2023).

De hecho, la espera es la forma de malos tratos más común entre los derechohabientes del sector salud.¹

¹ Los artículos del periodismo de investigación: “Hospitales públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres” de Ortiz Borbolla (2014), “Hospitales llenos y sin medici-

Ahora bien, la decisión de enfocarnos en el tiempo de espera de los enfermos y sus familiares en la unidad de urgencias en hospitales de la Ciudad de México es la continuación de un trabajo exploratorio (no publicado) sobre la lentitud de los trámites administrativos y la inercia burocrática en dos poblaciones marginadas ubicadas al sur de la Ciudad de México. Muchas de las personas entrevistadas nos confiaron, separadamente, que habían tenido una experiencia de espera negativa en un hospital público, ya sea como paciente o acompañante.² Estos testimonios corroboraron la atinada sugerencia del sociólogo argentino Javier Auyero, de analizar el tiempo de espera en hospitales, como consecuencia de disfuncionamientos organizacionales y al mismo tiempo como mecanismo de control (Álvarez, 2014).

El tiempo es un bien simbólico, a la vez propiedad del sujeto y compartido con otros en cualquier interacción. Marcador de todas las actividades *humanas*; el tiempo impone un ritmo, una duración y una frecuencia en la repetición de acciones. Así, no se puede hacer abstracción de la dimensión temporal al momento de analizar las relaciones sociales, toda vez que es parte consustancial de la vida en colectividad. Al respecto, Augé (1998: 10) indica que nuestro presente se divide entre las incertidumbres del porvenir y las confusiones del recuerdo. Pero el tiempo o, mejor dicho, la acción humana sobre el tiempo se circunscribe a determinadas relaciones de poder. El tiempo es un recurso limitado y, frente a él, los individuos están en una situación de desigualdad. En particular, la capacidad de agenciar el tiempo propio marca cierto grado de autonomía, mientras que controlar el tiempo ajeno es una manifestación de poder. Como lo señala atinadamente Bourdieu:

La espera es una de las maneras privilegiadas de experimentar el poder, así como el vínculo entre el tiempo y el poder, y habría que inventariar, analizar, todas las conductas asociadas al ejercicio de un poder sobre el tiempo de

na: el calvario de los pacientes” de Ureste (2016), y “Espera en urgencias del IMSS, 58.7 minutos; en privado, 12.7. La salud pública está enferma: Coneval” de la Redacción de SinEmbargo (2018), “La salud pública en México es eso que nadie quiere usar” del New York Times (2020), detallan las consecuencias negativas de disfuncionamientos en las unidades médicas del ISSSTE y del IMSS.

² Para hacer frente a la mala atención en hospitales públicos en México –que incluye un largo tiempo de espera para ser atendido y los errores médicos– se constituyeron organizaciones de la sociedad civil. Éstas llevan a cabo una labor dedicada a orientar y defender a los pacientes, víctimas de abusos en los hospitales. Al respecto, pueden mencionarse: la “Red de Acceso por el Mejoramiento en Tiempo y Forma para Cada Paciente”, la asociación “Rebelión de los Enfermos”, asentada en Hermosillo, Sonora, así como la “Fundación Hipócrates A.C.” para la defensa y protección de los pacientes, situada en el norte de la capital del país.

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

La escala social puede ser vista a partir de la relación de los sujetos con su propio tiempo y con el tiempo ajeno: entre más se acerca a la inmediatez, más alto se encuentra en la pirámide social; entre más espera –y su frecuencia es mayor–, más bajo es su estamento. Precisamente, respecto del uso diferenciado del tiempo para marcar posiciones diferentes en la pirámide social, el investigador Robert Levine precisa que

al igual que cualquier mercancía valiosa, el tiempo de la gente importante tiene que ser protegido, lo que conduce a dos corolarios de la regla: a la gente importante sólo se la puede ver con cita previa; y, aunque a las personas de alto nivel se les permite hacer esperar a las personas de categorías más bajas, lo contrario queda estrictamente prohibido [...]. Al final, las reglas de la espera dejan bien en claro quién manda a quién (2006: 141).

Esta diferencia de estatus a través de la imposición de un tiempo (en este caso, el tiempo de espera), se manifiesta en varios ámbitos de la vida social y laboral. La organización administrativa de la atención a la salud conlleva una serie compleja de distinciones internas, así como del personal para con los usuarios. Asimismo, hicimos nuestro el llamado de Bourdieu a examinar la experiencia social del tiempo en el contexto de la atención a la salud.

En esta obra exploramos el fenómeno de la espera en los hospitales. Tratándose de una situación particular de la vida cotidiana, nos abocamos a delimitar las condiciones de espera de quienes solicitan una atención médica urgente. (Las condiciones particulares de la espera en urgencias nos condujeron a acercarnos más a los familiares que a los propios enfermos). Logramos identificar los agentes que inciden en el acceso a la salud: los factores macro (presupuesto, infraestructura, marco jurídico); los factores meso (organización laboral, jerarquías, afiliación sindical) y los factores micro (actitudes individuales, relaciones interpersonales, historias personales). En términos generales, en este estudio se analizan los rasgos organizacionales y los mecanismos institucionales que fomentan una dilatación de los tiempos, así como conductas gremiales y personales por parte de los trabajadores del sector salud. Aunque exista cierta variabilidad en cuanto a la duración y condición de

la espera, según los hospitales, en la presente obra se procura visibilizar tendencias generales que caracterizan la lentitud de los procesos en los servicios de urgencias de los hospitales públicos de la Ciudad de México.

La construcción de nuestras categorías de análisis es el resultado de un fructífero vaivén entre una reflexión personal propiciada por la lectura de diversas obras sobre el fenómeno social de la espera en diferentes latitudes, y la acumulación de datos empíricos extraídos del trabajo de campo. Ni completamente inductiva ni totalmente deductiva, la perspectiva de análisis de esta investigación nació de un diálogo entre la teoría y la práctica, sin que sea posible precisar cuál prevaleció o influyó más. Adicionalmente, y en honor a la verdad, es menester decir que adoptamos el *parti pris* de las víctimas de la espera, de las mujeres y hombres que son condenados a la esperanza inerte mientras su familiar es atendido. No llegamos a hacer del paciente y sus familiares los mártires del hospital, porque tenemos conocimiento de las conductas inapropiadas de una parte de los derechohabientes del sector público de la salud. También admitimos que restricciones laborales suelen afectar el desempeño del personal de salud y que, en condiciones extremas, puede orillarlos a una situación de *burnout*. Asimismo, nuestro punto de vista es predominantemente el de quienes esperan en urgencias, es decir, el de los integrantes de las redes sociofamiliares de apoyo.

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

Una revisión de la literatura en ciencias sociales nos permitió discernir cuatro grandes ámbitos de estudio:

1) La fila de espera para adquirir un bien de consumo u obtener un servicio: el investigador Coenen-Huter (1992) analizó la producción infor-

mal de normas en las filas para poder conseguir productos en comercios de la Unión Soviética, y por su parte Gottesdiener (1994) recalcó en su artículo el efecto negativo sobre los visitantes de la fila de espera para acceder a museos.

2) Respecto al tiempo de espera en la realización de un trámite administrativo, deben mencionarse tanto el estudio bien documentado de los derechohabientes del seguro social en la unidad administrativa de un suburbio de París (Martin, 2011), como los trabajos sobre la espera institucionalizada de los inmigrantes en situación irregular en la Unión Europea (Leblanc, 2000; Clochard y Laacher, 2006; Martín, 2009). Por su parte, la investigadora Laura Ferrero (2003) desarrolla una reflexión antropológica sobre la asignación de turnos en un centro de salud comunitario de la capital argentina, y sus efectos en la construcción social de formas de comportamiento ritualizado. Todavía en Buenos Aires, una investigación muy relevante para nuestro estudio es la del sociólogo Javier Auyero (2013), quien analiza detalladamente la espera de los solicitantes de apoyo gubernamental, que en su mayoría son mujeres extranjeras en situación precaria.

3) Desde el campo de la geografía de la salud, investigadores han estudiado las implicaciones de la baja accesibilidad a los servicios de salud (López, Aguilar, 2004), pero pocos en México son quienes han tomado en cuenta el tiempo de traslado. Uno de ellos es Garrocho, quien, en un artículo, refiere la trayectoria de una niña enferma que vive con su familia en una localidad rural del Estado de México donde no hay servicios básicos. Sus parientes se vieron en la obligación de trasladarla hasta un hospital de la ciudad de Toluca para poder ser atendida. El académico señala que el traslado que hicieron desde su comunidad a la capital del estado tuvo un alto costo para esta familia de escasos recursos. De ahí que “la geografía del tiempo proporciona una notación gráfica original que permite representar el comportamiento espacial de los individuos bajo restricciones específicas” (Garrocho, 1993: 548-549).

4) Finalmente, en relación con el tema específico de la espera para ser atendido en el servicio de urgencias, cabe nombrar el estudio cuantitativo de Thompson y Yarnold (1995) –en el Hospital MacNeal de Chicago–, quienes comprobaron la existencia de una correlación inversa entre el tiempo de espera y el nivel de satisfacción de los pacientes, mientras que en un trabajo etnográfico en otro centro médico de esta misma ciudad norteamericana –el Cook County Hospital–, Peneff (1998) detalló las técnicas administrativas para reducir arbitrariamente el número de pacientes con tal de bajar de forma insidiosa la carga de trabajo del personal. En un estudio sobre la condición del usuario de urgencias en

el hospital de Helda, España, Carbonell *et al.* (2006) corroboraron que la percepción del paciente sobre los tiempos en urgencias afecta su nivel de satisfacción. Comprobaron estadísticamente la existencia de una correlación entre el tiempo percibido por el paciente y los tiempos reales de atención (registro, valoración, diagnóstico, traslado, etcétera), pero recomendaron implementar prioritariamente medidas para modificar la percepción de los usuarios. Muy interesante también es el trabajo etnográfico en urgencias de un hospital de Medellín, Colombia, cuyas autoras muestran los efectos adversos del mal trato banalizado de los derechohabientes (falta de información, sala de espera hacinada, espera larga e incierta para ser atendidos) y formulan propuestas para revertir esta situación (Lopera Betancur, *et al.*, 2010). Más recientemente, Bellamy y Castro (2019) publicaron los resultados de un estudio puntual del trato de los pacientes en urgencias de un hospital de la Ciudad de México, desde la perspectiva de la “violencia institucional”. Siguiendo la lectura del autoritarismo médico como modelo hegemónico, desarrollada por Castro desde hace varias décadas, señalan, en su caso de estudio, algunos elementos que participan en esta violencia institucional que se ejerce de manera acéfala e impune sobre los usuarios del servicio de urgencias. No obstante, al margen de esta inercia burocrática que disipa las responsabilidades y asigna culpabilidades, debe considerarse la acción cotidiana de hombres y mujeres que laboran en las diferentes áreas de los hospitales. En efecto, a la par de la acción estructural sobre los usuarios, está la acción del personal de salud que, según los casos, puede alimentar una relación escasa y distante con los pacientes, o bien mitigar empáticamente la angustia de los familiares de los enfermos.

Conviene agregar la existencia de una exigua literatura oficial en México, a menudo autocomplaciente, respecto del mejoramiento de la organización de los servicios de urgencias en los hospitales públicos y la disminución concomitante del tiempo de espera de los enfermos (véase capítulo 1). En todo caso, la carencia de estudios sobre el tiempo de espera de los pacientes en urgencias contrasta con la universalidad de esta experiencia vivida por sectores medios y bajos de la población.

Nos habíamos preguntado por qué siempre había mucha gente en la sala de espera de urgencias en los hospitales públicos. Desconocíamos las razones por las cuáles tanta gente estaba ahí, día y noche sin hacer nada, más que aguardar, cuando en los hospitales privados escasos son los familiares que vemos esperar. Al mismo tiempo nos dábamos cuenta de la precariedad de las condiciones de espera, parados, dentro o fuera, incluso bajo la intemperie. El escuchar quejas sobre la mala atención nos convenció de la necesidad de analizar —e incidentemente reportar— este fenómeno con las herramientas intelectuales proporcionadas por las ciencias sociales.

METODOLOGÍA

Diseñamos una metodología de investigación que permitiera comprender los complejos mecanismos de la espera. En esta investigación sociológica sobre las condiciones de espera en salas de urgencias tuvimos a bien reunir la mayor cantidad de datos con el fin de comprender, de manera holista y objetiva, el fenómeno estudiado. La metodología combinada de fuentes secundarias y primarias ha resultado provechosa en el sentido de que nuestra comprensión del fenómeno de la espera se ha ampliado. Comenzamos por una completa revisión bibliográfica y hemerográfica. Aunado a lo anterior, la concentración de grandes bibliotecas académicas en la capital del país (como la Biblioteca Daniel Cosío Villegas, del Colegio de México; la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Biblioteca Vasconcelos), así como el acceso a bases de datos (Journal Storage, Redalyc y Scielo) nos permitió realizar una exhaustiva revisión de las fuentes escritas. Nos sorprendimos al constatar que existen pocos artículos periodísticos publicados sobre el fenómeno de la espera en urgencias en México y ninguna investigación académica, lo cual contrasta paradójicamente con los abundantes comentarios de los derechohabientes en redes sociales, quienes, salvo algunas excepciones, se quejan fuertemente del tiempo de espera, de la falta de higiene y de los malos tratos que reciben por parte del personal de salud. La revisión de estas fuentes escritas académicas y no-académicas, junto con los *blogs* de usuarios, nos ha dado la posibilidad de ampliar nuestra mirada sobre el fenómeno estudiado al comprender que los casos revelados por la prensa son solamente la punta del iceberg de una situación más general padecida por una parte de la población. Adicionalmente, la inclusión de datos cuantitativos publicados por organismos internacionales y agencias de gobierno nos permitió dimensionar los desequilibrios presupuestarios, desajustes organizacionales en el sector salud, así como las razones de las inconformidades del personal y de los usuarios.

Ahora bien, la parte etnográfica del trabajo es la que más tiempo y esfuerzo nos ha costado (Amezcuca, 2000; Pouchelle, 2010). Inspirándonos en experiencias etnográficas de unidades hospitalarias (Prochnow, *et al.*, 2009; García, *et al.*, 2017) y de una cafetería en un hospital (Pereira de Melo y Lenardt, 2014), aunque adaptándolas a la realidad

de las unidades médicas de la Ciudad de México, llevamos a cabo una larga observación etnográfica multisituada, con el apoyo de estudiantes voluntarios que cursaban distintos trimestres de su licenciatura en sociología.³ La primera fase de trabajo de campo se realizó en 2017 y la segunda, en 2019. Antes de que los educandos llevaran a cabo su estudio por binomio, los capacitamos para que adquirieran los conocimientos elementales y obtuvieran las cartas de recomendación que se requirieron. Cada equipo eligió un hospital público, después de una primera visita exploratoria y en función de la cercanía con su domicilio (puesto que carecían de recursos para realizar esta investigación, era crucial reducir sus gastos).⁴ Así que la zona de localización (sur, norte, oriente, poniente), el nivel de atención del hospital y la institución de pertenencia no fueron factores que determinaron la elección de las unidades médicas. Cada equipo decidió cuándo recabar información según el tiempo del que disponían y el número de entrevistas semi dirigidas previstas. Cabe

³ Los 54 estudiantes de la licenciatura en Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco (UAM-X) que participaron en la investigación fueron: Ailynne Olvera Bobadilla, Alberto Verde García, Andrea Quiroz Castillo, Andrea Herrera Sánchez, Ariatna Pérez Zaragoza, Berenice Romo Cruz, Brenda Saucedo García, Carlos Galicia Reyna, Carolina Rivera Aguilar, Daniel Parra Hernández, Daniel Toledano Flores, David Lobato Hernández, David Orduña Tapia, Diego Morales Jiménez, Emiliano Martínez Chávez, Eneyda Monroy Carrillo, Erick Gallo Ibáñez, Evelyn Vázquez Franco, Fernanda González Hernández, Fernanda Ramos Moreno, Gonzalo Reyna Esquivel, Ingrid González Zamudio, Iridiana Lendizabal Bobadilla, Itzel Flores Hernández, Itzel Pedro Mendoza, Jashirit Moreno Uscanga, Jimena Rosales Cruz, Jocelyn Santander Molina, Jorge Luis Chávez López, José Antonio Ramírez Urrutía, José María Martínez Velázquez, Karen Flores Álvarez, Karla Romero Guevara, Laura Rodríguez Álvarez, Montserrat Zaldivar Carrillo, Omar López Sierra, Marco Antonio Barranco, María Mayra Jiménez Pérez, María Esther Cruz González Cosío, Manuel Orihuela Juárez, Marisol Martínez, Michelle Martínez Martínez, Miriam Edith López, Oscar Ramírez Cote, Ricardo Gómez Ordoñez, Ricardo Rico Vázquez, Rodrigo Colín Vega, Salan Vázquez Ramos, Sarahi Monterrubio Méndez, Sergio González Chávez, Valery Ailen Obregón, Víctor García López, Yair Tellez Oranday, Yaslin Oseguera Vega.

⁴ Las 16 unidades médicas en las cuales se llevó a cabo un trabajo de observación etnográfica en urgencias fueron: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; Centro Médico Nacional 20 de noviembre, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, del ISSSTE; Hospital Regional 1º de Octubre, del ISSSTE; Hospital General Regional Unidad Médica de Atención Ambulatoria Núm. 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Hospital General del IMSS, 2da. Zona, Troncoso; Clínica del IMSS Núm. 47; Hospital de Especialidades Belisario Domínguez; Hospital Dr. Manuel Gea González; Hospital General Regional Gral. Ignacio Zaragoza; Hospital General de Iztapalapa Juan Ramón de la Fuente; Hospital General Xoco; Hospital General Dr. Rubén Leñero; Unidad Familiar del IMSS, Núm. 15; Hospital General de Zona No. 1-A Los venados, del IMSS; Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional (CMN) La Raza.

precisar que dejaron fuera las entrevistas que no aportaron ninguna información, dada la parquedad de las respuestas de los informantes. Además, realizaron una observación etnográfica de los espacios colindantes al servicio de urgencias donde esperaban los familiares día y noche.

Es de señalar que, en dos oportunidades, involuntariamente hemos estado en situación de observación participativa: (1) cuando ingresé como paciente al servicio de urgencias del Hospital Darío Fernández, del ISSSTE, en noviembre de 2017, y (2) cuando fui atendido en el área de Atención Continua del Centro Médico Nacional 20 de noviembre –del ISSSTE–, en febrero de 2023 (anexos).

En total, se logró entrevistar a 79 acompañantes, a cinco pacientes, un enfermero, una doctora, una vendedora de dulces, ubicada fuera de urgencias; a la jefa de un departamento de atención y orientación al derechohabiente y al director de un hospital. Este trabajo de campo multitituado se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2017 y febrero de 2020.

Con el fin de guiar y uniformizar las entrevistas, elaboramos dos guiones de preguntas, uno para los usuarios y otro para el personal de salud (anexo). A partir de la experiencia de un grupo de investigadores en un hospital español (Granado de la Orden, *et al.*, 2006) hemos enlistado una breve serie de preguntas abiertas y cerradas. No aplicamos un cuestionario como instrumento de recolección de información porque queríamos dar la suficiente libertad a nuestros entrevistados para que pudieran expresar sin coacciones sus experiencias y su sentir (no puede perderse de vista que muchos de ellos se encontraban en una situación emocional delicada, pues se estaba jugando la vida de su enfermo). Por otro lado, el empleo de un cuestionario hubiera reforzado en nuestros interlocutores la idea de estar realizando una labor para alguna instancia del gobierno. En el guion para usuarios, cinco preguntas tenían la opción de “Otros” como respuesta posible (preguntas 2, 9, 11, 12 y 13), y la pregunta 19 era abierta. En cuanto al guion para personal de salud, la mitad de las preguntas eran preguntas abiertas.

Es importante precisar que estos dos guiones no se sometieron a ningún comité de ética para su aprobación, debido a varios factores:

- no contamos con el apoyo de las autoridades hospitalarias, salvo en dos ocasiones;
- el proceso de aprobación de un método de recolección de información dentro de un hospital es incierto, largo y tedioso;
- la UAM-X no ha firmado ningún convenio con los hospitales públicos visitados.

Asimismo, las entrevistas dentro de las unidades médicas fueron pocas. En el Hospital General de Zona No. 1-A Los venados, del Instituto Mexicano del Seguro Social se hicieron de manera informal porque la madre de una estudiante labora allí como enfermera. En cuanto al Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza (en adelante Hospital General de CMN La Raza), dos responsables de nivel medio aceptaron gentilmente contestar a nuestras preguntas; lo mismo que el director del Hospital General de Iztapalapa

El resto de las entrevistas se llevaron a cabo fuera de los nosocomios. La selección de los informantes se llevó a cabo *in situ* de manera aleatoria sobre la base del voluntariado; la gran mayoría de las usuarias entrevistadas fueron mujeres de entre 40 y 60 años. Además de los rechazos y de quienes contestaron de manera parca y rápida a las preguntas, varias entrevistas fueron interrumpidas por el llamado de las enfermeras. Notamos también diferentes grados de confianza por parte de los informantes, lo cual se verificó por el nivel de sinceridad y la calidad de la información proporcionada. Asimismo, se seleccionaron extractos de entrevista en los cuales la información fue más precisa y llamativa para documentar cada tópico analizado. El notable desequilibrio entre las quejas y las muestras de satisfacción respecto de la atención recibida en urgencias, nos obligó a respetar la abrumada dominación de experiencias negativas, aunque procuramos no generalizar y dar a conocer opiniones favorables de los entrevistados cuando era oportuno hacerlo. En todo caso, creemos que los derechohabientes dicen la verdad cuando un gran número de ellos detallan lo que han padecido —ya sea en entrevista o en las redes sociales— pues *in situ* hemos constatado las deplorables condiciones de espera de los pacientes y familiares en urgencias.

Cabe precisar que esta investigación no fue financiada por ningún organismo público o privado. La búsqueda de recursos nos hubiera consumido mucho tiempo, cuando en realidad el fenómeno de la espera estaba (y sigue estando) a la vista en urgencias. De hecho, la pandemia de *Coronavirus Disease 2019* ha exhibido cierto número de disfuncionamientos en los hospitales públicos. Durante los dos años que duró la pandemia en México, los hospitales públicos mostraron al conjunto de la población una grave deshumanización en la atención a los pacientes (Casas, 2021). Por otro lado, este trabajo de campo no implicó la erogación de grandes sumas de dinero, porque la masificación del fenómeno permitió ver gente esperando en los servicios de urgencias de todos los hospitales públicos de segundo y tercer nivel, sin excepción. Todos los días del año, tanto de día como de noche, hay familiares esperando. Además, es difícil encontrar a alguien que no haya tenido una experiencia en urgencias, ya sea como paciente o como familiar, por lo que fue rela-

tivamente fácil corroborar testimonios obtenidos *in situ* con opiniones de personas cercanas. La participación voluntaria de estudiantes fue de gran ayuda para multiplicar los puntos de observación y ampliar el abanico de respuestas.

Ahora bien, realizar un trabajo de observación etnográfica en un hospital presenta diversas dificultades. En primer lugar, la autorización para entrar a la sala de espera, sin estar enfermo ni ser acompañante, es ardua de obtener: en varios casos los policías de la entrada o los responsables de nivel medio nos exigían una autorización de la delegación correspondiente, sin ser capaces de precisar el tipo de documento requerido. Salvo en notorias excepciones, como en el servicio de urgencias del Hospital General de CMN La Raza, encontramos una fuerte resistencia del personal y de los responsables para permitirnos el acceso. Otra dificultad metodológica fue acercarnos al personal y a los policías. En un servicio de urgencias, en el cual se recibe permanentemente a enfermos graves, víctimas de accidentes y enfermos crónicos, el personal es a menudo poco accesible, incluso en momentos en los cuales no hay ingresos nuevos. El personal de salud solía suponer que nuestra presencia se trataba de una auditoría encubierta, mientras que algunos acompañantes entrevistados con frecuencia pensaron que era un estudio ordenado por la dirección del hospital. La tercera dificultad radicó en la delicada situación que vivían los acompañantes y los enfermos: frente a un problema de salud de cierta gravedad, ambos se encuentran en las manos de la institución pública y del personal de salud. Emocional y económicamente afectados, los informantes navegan entre la incertidumbre y la desesperación. Sus respuestas oscilaron entre una simple apología de la institución, un mutismo desinteresado y la denuncia abierta —la lealtad, la salida y la voz—, como lo categorizó Hirschman (1977). En estas condiciones, hacer entrevistas requirió de mucho tacto y empatía. Finalmente, la cuarta y última dificultad metodológica se centró en la naturaleza de la información recabada en las entrevistas. En efecto, lo que recolectamos fue el testimonio de acompañantes y enfermos; atestación que no pudimos comprobar, por lo que lo aceptamos, *ipso ante*, como información fidedigna. A estos testimonios se sumó nuestra observación etnográfica de las salas de espera de urgencias y sus exteriores, lugares en los cuales se acudió varias veces, en diferentes horarios y días de la semana.

LA EXPROPIACIÓN DEL TIEMPO

El progreso se evapora y deja atrás una estela de burocracia.

Franz Kafka

Tiempo y burocracia

La administración pública se caracteriza por su burocracia. La burocracia es la organización vertical de funcionarios al servicio del Estado cuya labor es realizar una función específica dentro de una cadena de acciones, como resultado de la división social del trabajo. En su célebre definición, Max Weber (2000: 5) dijo de ella:

los principios de jerarquía de cargos y de diversos niveles de autoridad implican un sistema de sobre y subordinación férreamente organizada, donde los funcionarios superiores controlan a los funcionarios inferiores [...]. Un alto desarrollo del tipo burocrático lleva a una organización monocrática de la jerarquía de cargos.

El registro de los individuos, sus bienes y actividades moviliza generalmente a un gran número de funcionarios. La burocracia es una organización que tiene el monopolio de oficializar la existencia personal, afectiva y social de los individuos, así como sus estudios, sus recursos y sus pertenencias. El poder de la burocracia sobre una clientela cautiva (escolares, conductores, votantes, enfermos, etcétera) descansa en el derecho exclusivo de otorgarle un número que los identifica personalmente y como parte de determinado grupo. Se trata de un ordenamiento de la individualidad. Nuestro nombre está asociado a una serie de códigos que remiten a nuestro expediente en las diferentes administraciones. Existimos numerados y demultiplicados. La gestión de los expedientes personales mediante su constante actualización requiere un esfuerzo colosal, ya que la validez limitada en el tiempo de la gran mayoría de los documentos oficiales obliga a los sujetos del estado, es decir a los ciudadanos, a actualizarlos periódicamente. Precisamente, para renovar nuestra documentación oficial (pasaporte, licencia de manejo, credencial del Instituto Nacional Electoral, etcétera) debemos dedicarle tiempo. El tener cita para entregar los comprobantes o recoger un documento en

determinada oficina de la administración pública no anula la condición de la espera. Hay que programarse, trasladarse al lugar, formarse, esperar, y luego regresarnos a nuestro domicilio. Merced a la repetición de esta experiencia aprendemos que los comprobantes de domicilio y el acta de nacimiento tienen una validez de tres meses; la licencia de manejo, tres años; la credencial para votar, del Instituto Nacional Electoral debe ser renovada cada diez años al igual que la cartilla militar. Lo oficial perime o, mejor dicho, se enmarca dentro de una obsolescencia programada. Asimismo, la validez de un documento llega a desaparecer con el paso del tiempo: se convierte en un documento de archivo.

Así, podemos afirmar que el tiempo interviene en los procesos burocráticos de dos maneras, mediante la existencia de una fecha de caducidad en los documentos que la misma administración pública recibe y emite, y también al adjudicarse un intervalo de tiempo (estimado, aleatorio y/o cambiante) para responder a las solicitudes. Esta doble intervención sobre el tiempo de los ciudadanos permite a la burocracia ejercer un poder omnímodo. Se trata de dos aspectos de la gestión administrativa que pocas veces son sistematizados y que forman parte de estos intersticios entre las instituciones y las personas. Los mismos funcionarios poseen cierto margen de maniobra para agilizar o retrasar los trámites, priorizando la gestión de una demanda o bien retrasándola;⁵ arbitrariedad que puede ser también la manifestación de la corrupción (Sánchez, 2012). Pero más allá del tratamiento discrecional de las solicitudes de servicio en la administración pública, lo que nos interesa examinar aquí son las condiciones de realización e implicaciones de este uso público del tiempo privado.

La expropiación del tiempo de los usuarios del servicio público es un fenómeno universal que consiste en obligarlos a dedicar tiempo para obtener determinado servicio, autorización o documento. Esta movilización del tiempo personal permite a la administración cultivar una relación clientelar para con los ciudadanos y, por ende, justificar su misma existencia. El costo de los trámites es otro aspecto de esta relación desigual entre la burocracia y los individuos. En todo caso existe una voluntad acéfala perenne de administrar la existencia de los sujetos del estado.

⁵ Al respecto de la priorización o retraso del tratamiento de los expedientes, las expresiones coloquiales son significativas porque manifiestan una determinada visión del proceso administrativo a partir de expectativas fundadas sobre la experiencia propia y ajena, sobre la normatividad vigente o la aseveración libre de un burócrata. Cuando uno se refiere a un expediente que está “bajo el codo” o “arriba de la pila” quiere decir que se le da un trato preferencial y que está “en buenas manos”. A la inversa, se dice que una solicitud está “abajo de la pila”, “empolvándose” o “congelada” cuando lleva un tiempo excesivo en una oficina de gobierno.

Ni la centralización de la administración iniciada con la reforma napoleónica ni el desarrollo contemporáneo del gobierno han aportado una solución definitiva a esta situación. Se ha cultivado una dependencia de los individuos para con la administración pública, desde el momento de nacer hasta el último día de vida con el otorgamiento del certificado de defunción y la gestión subsecuente de la herencia.

México, al igual que numerosos países, posee una burocracia imponente con un ejército de funcionarios estatales y federales, un número extremo de trámites de todo tipo y un tiempo aproximado de respuesta que, para algunas controversias agrarias, por ejemplo, puede tomar varias décadas. En 2008 fue inaugurado el “Concurso del trámite más inútil”, abierto a todos los ciudadanos que querían denunciar un proceso burocrático que no pudieron concluir, o bien, les hizo perder mucho tiempo. La ganadora del primer lugar fue una señora cuyo hijo debía recibir cada 15 días gammaglobulina, lo cual representaba un calvario en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Eran 14 las etapas que debía pasar para conseguirla. Recetas, autorizaciones, sellos, copias, resellos, vales y llamadas telefónicas para que finalmente le abastecieran del producto. Y cada mes tenía que hacer lo mismo, lo cual le significaba perder de cuatro a 15 días laborales. (Es menester precisar que hubo una sola edición de este concurso).

De manera general, para obtener apoyos de programas sociales o recibir atención médica la gente tiene que esperar y, más aún, las personas de menores ingresos. La cantidad y complejidad de los trámites burocráticos movilizan a la ciudadanía durante un tiempo generalmente largo e incierto. El programa “Simplifica”, de la Comisión Federal de Mejora y Regulación (Cofemer), reconocía las consecuencias económicas –más no sociales y emocionales– del tiempo de espera durante complejos y numerosos trámites: “cada trámite o servicio que gestionan las dependencias representa tiempo para los ciudadanos y empresarios, por lo que bajo el concepto general de que el tiempo es dinero, se monetiza dicho tiempo para así cuantificarlo como gasto para la sociedad” (Cofemer, 2014: 11).⁶ En este marco se creó en 2016 el “Premio para denunciar el obstáculo regulatorio más absurdo para emprender y competir”, convocatoria abierta a quienes tenían una actividad empresarial (Comisión Federal de Competencia Económica). (Se desconocen los resultados de la misma).

⁶ Siendo que en México no se han hecho estudios pormenorizados sobre el número de horas/trabajador perdidas a causa de trámites administrativos, estos cálculos, si un día están llevados a cabo, coadyuvarían en dimensionar el costo de la burocracia para la economía del país.

Este planteamiento daba pauta para calcular el tiempo perdido de los usuarios de la administración pública; tiempo que hubieran podido emplear para llevar a cabo actividades productivas. En ese sentido, las horas no trabajadas constituyen un déficit considerable en la producción de riqueza del país (Gobierno de México e Instituto Nacional de Seguridad Social [IMSS], 2019). Estas horas no trabajadas pueden ser resultado de causas ajenas (problemas de transporte, delincuencia en el trayecto, clima extremo, días festivos y puentes), o bien, de causas imputables a la misma persona como una enfermedad, la desidia o la resaca. México ha sido, con creces, el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con más días económicos otorgados a causa de una enfermedad, con un promedio de 27.9 días/persona en el año 2016. Por su lado, el IMSS reportó que para el año 2019, se otorgaron un total de 79,903,857 días de incapacidad (IMSS, 2019).

La perspectiva economicista de la Cofemer sobre el análisis del tiempo de duración de los trámites no apuntaba hacia una revolución administrativa, como hubiera podido ser la construcción de un “gobierno digital” con la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación al funcionamiento del sector público sino, más modestamente, daba elementos al Poder Ejecutivo para simplificar una serie de trámites enfocados particularmente al sector empresarial. Rebautizada como Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (Conamer), esta dependencia de la Secretaría de Economía contempla bajo el vocablo de “Regulación Social” las disposiciones legales que protegen, entre otros, la salud humana y evita afectar el bienestar de la población. Lo que nos interesa aquí no es la ausencia de resultados de esta comisión ni tampoco la voluntad de proteger los intereses del mismo Estado a través de la Ley General de Mejora Regulatoria, sino el hecho de que este organismo omite por completo mencionar las causas del tiempo de espera de los usuarios de la administración.⁷

Precisamente, la administración pública está conformada por 5045550 servidores públicos en 2020, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, es decir, por cada cien mexicanos hay dos funcionarios (Redacción *El Economista*). Tan importante es la administración pública en la vida de las naciones que tiene al 23 de junio como día festivo. Los derechos ampliados de los funcionarios públicos, hasta

⁷ En el art. 71-I de dicha Ley se plantea que cada propuesta regulatoria “busque evitar un daño inminente, o bien, atenuar o eliminar un daño existente a la salud o bienestar de la población [...]” (*Diario Oficial de la Federación*, 2011). Asimismo, esta formulación deja entender que el objeto del trámite no debe de perjudicar a los usuarios de la administración federal, pero no se menciona nada al respecto de la duración de estos trámites ni de los efectos negativos de esta tardanza.

cierto punto, suelen solapar una interpretación laxa del tiempo propio y ajeno. El contrato colectivo y los sindicatos de trabajadores del sector público han edificado torres de impunidad alimentando el inmovilismo y la sub-productividad. Como consecuencia, la tardanza en la realización de numerosos trámites contribuye a detener las actividades de los usuarios y fomentar su dependencia para con la administración pública cuyos empleados se suelen abrogar, con o sin respaldo legal, la facultad de denegar servicios y asignar sanciones. Numerosos son los sectores del gobierno (en sus tres niveles, federal, estatal y local) en los cuales los ciudadanos son convertidos en rehenes de la burocracia. Según los ámbitos y las circunstancias, esta expropiación institucional del tiempo de los usuarios puede tener consecuencias duraderas tanto sobre la producción de riqueza del país como sobre la vida de las mujeres y los hombres. Asimismo, en lo que concierne específicamente al sector de la salud pública, la movilización inercial de los tiempos tiene serias implicaciones para los usuarios y, también, para sus acompañantes.

Tiempo y hospital

Lo mencionado anteriormente se aplica al sector de la salud. La atención a la salud tiene un componente de tiempo de crucial importancia. Por tratarse de un ámbito en el cual la vida de las personas puede estar en riesgo, la expropiación del tiempo de los usuarios tiene muy serias consecuencias.

Un primer elemento a tomar en cuenta son las dificultades para transportarse de los enfermos que viven lejos de las urbes y disponen de escasos recursos. En estas circunstancias, trasladarse hasta una unidad médica se vuelve un ejercicio tardado y susceptible de empeorar su estado de salud. Difícil es a menudo el traslado de los enfermos y sus acompañantes desde su domicilio hasta la unidad hospitalaria. Y no siempre es el hospital más próximo (pues éste puede estar cerrado, sin médicos ni laboratorio o insumos), sino la unidad en la cual serán recibidos y atendidos.⁸ Pero si a esto se le agrega un contexto de emergencia sanitaria, las cosas se complican aún más. Los investigadores Candia Calderón y Olivera Villarroel han mostrado que los problemas de la atención primaria a la salud en los municipios rezagados han crecido de manera exponencial por la pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19 por su acrónimo en inglés).

⁸ El tema específico del traslado de enfermos al área de urgencias será tratado en el capítulo 2.1.

Para el caso de los municipios con nula capacidad específica, se observa que en casos de demanda extraordinaria de servicios, o la necesidad de la intervención de un médico en alguna especialidad fuera de la medicina familiar, los pacientes requieren realizar desplazamientos de entre 3 a 10 km en el caso de las ciudades capitales y entre 1 a 12 horas en el caso de municipios alejados (Calderón y Villaroel, 2021: 224).

De manera general, la OCDE nos recuerda que

los tiempos de espera y las dificultades de transporte dificultan el acceso a servicios de salud en algunos países [...] Los tiempos de espera son el resultado de una compleja interacción entre la demanda y la oferta de servicios de salud, en la que los médicos desempeñan un papel crítico en ambos lados (2020: 10; 116).

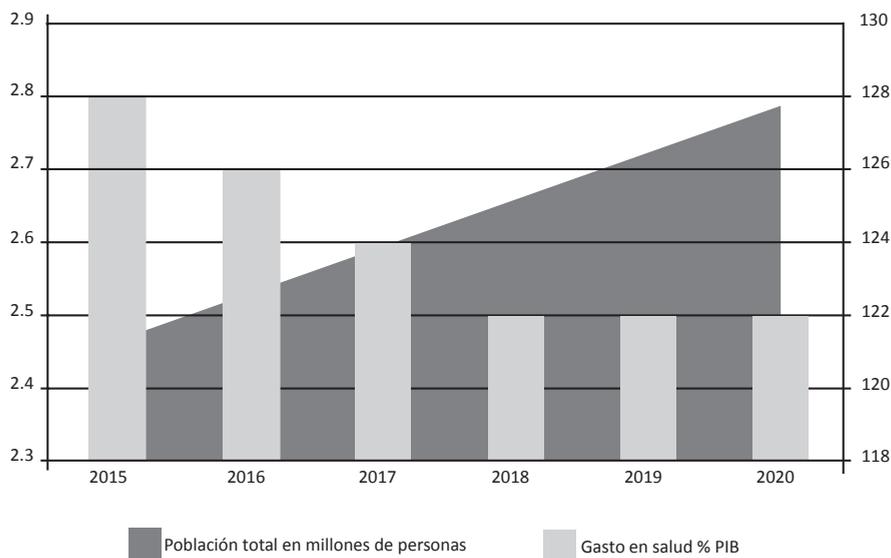
Para poder dimensionar el impacto de la distorsión de los tiempos (atrasados o adelantados) en el marco general de la atención a la salud, es necesario apoyarse en una información cuantitativa. Aunque los datos oficiales sobre la duración promedio de las consultas médicas en México no están disponibles en las estadísticas de la OCDE, no obstante sabemos que el tiempo promedio de hospitalización antes de la pandemia de COVID-19 era de 3.7 días en México; 18.5 en Corea del Sur y de 7.7 días para el promedio de las naciones que conforman esta organización (OCDE, 2020: 197). Estos valores nos indica para el caso de México un tiempo de hospitalización postoperatorio *a priori* demasiado breve para poder supervisar eficazmente la recuperación de los pacientes. Esta situación preocupante se enmarca dentro de una inversión limitada en el sector de salud pública; hecho perenne, independiente del partido en el poder y del sexenio referido.

CUADRO 1
Datos sobre salud en México
respecto del promedio de países de la OCDE en 2018

	México	OCDE
Gasto en salud (porcentaje del PIB)	5.5	8.8
Gasto en salud <i>per cápita</i> (us \$)	1138	3994
Número de doctores /1000ha	2.1	3.5
Número de enfermeras /1000ha	2.9	9.0
Número de camas hospitalares /1000ha	1.4	4.7
Días promedio de hospitalización	3.7	7.7

Fuente: OCDE (2020).

GRÁFICA 1
Gasto público en salud y población total en México 2015-2020



Fuente: Recuperado de Murillo (2020: 38) con datos de Méndez (2019) y de la Consejo Nacional de Población (Conapo).

Los datos presentados en el cuadro 1 complementan útilmente el dato sobre los días promedio de hospitalización. Podemos apreciar la carencia de personal médico y enfermeras, lo cual se explica por los bajos salarios percibidos, la precariedad laboral y la no apertura de nuevas plazas. Aunado a lo anterior, la limitada inversión en salud pública en los últimos años y el incremento concomitante del volumen de la población (gráfica 1), tienen como consecuencia la reducción del gasto en salud *per cápita*.

Los datos arrojados por la gráfica 1 muestran claramente una disminución proporcional del gasto en el sector salud respecto del volumen de la población. Esto explica en gran parte las carencias de todo tipo que laceran al sector público de salud, las cuales han contribuido a aumentar indirectamente el número de víctimas del COVID-19.⁹ Sin lugar a dudas,

⁹ A pesar de la perspectiva complaciente adoptada por investigadores del sistema de salud como, por ejemplo, Sánchez *et al.* (2020), éstos mismos reconocen bajo los vocablos de “retos”, “desafíos” y “áreas de oportunidad”, las numerosas y graves carencias del sistema de salud mexicano.

la pandemia agudizó los problemas que conocía el sector público de la salud. Al respecto, Murillo y Almonte (2020) señalan que los disfuncionamientos administrativos y financieros surgidos a raíz de la creación en 2019 del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar se han agravado con la propagación de la COVID-19 en México, apenas tres meses después de la aparición de dicho instituto.

Cabe agregar que esta mortífera enfermedad infecciosa tuvo como consecuencia indirecta aumentar de manera notoria el “gasto de bolsillo”¹⁰ de quienes invirtieron su tiempo y recursos para prevenir la COVID-19, realizar *test*, pagar consultas médicas, eventualmente comprar medicinas y oxígeno, y más gastos para quienes han estado hospitalizados incluso en unidades de salud pública. Empero, conviene reconocer que las diferentes instituciones que conforman el sector público de la salud no operan en las mismas condiciones ni con el mismo presupuesto, lo cual implica un gasto de bolsillo variable por parte de los derechohabientes que solicitan ser atendidos por una u otra institución.

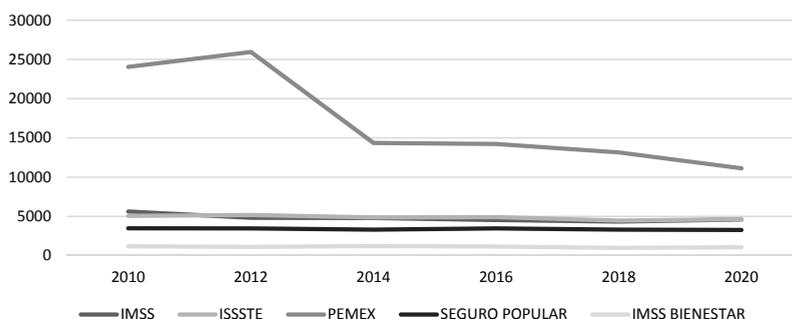
Ahora bien, el sector salud en México está conformado por varias instituciones relativamente independientes, cuyo presupuesto, número de derechohabientes y funcionamiento difieren notablemente.

La gráfica 2 muestra diferencias muy significativas respecto del gasto *per cápita* entre estas instituciones del sector salud: el IMSS Bienestar que atiende a la población de menores ingresos es el que menos recursos dispone, mientras que en 2020 Petróleos Mexicanos habría gastado 11 veces más per cápita que el IMSS Bienestar. Esta situación se refleja, a nivel operativo, por grandes desigualdades en cuanto a la atención a la salud entre los subsistemas de dicho sector.¹¹ Podemos asegurar entonces que existen diferencias significativas en cuanto a la atención de los pacientes en los hospitales que conforman al sector público, siendo el de mejor fama el Hospital Naval Militar de la Ciudad de México (en el cual se atienden los presidentes de la República) y los de peor renombre los hospitales del Seguro Popular, ahora Instituto de Salud para el Bienestar. (Para emitir una opinión certera al respecto habría que esperar la publicación de nuevos datos oficiales.)

¹⁰ La OCDE define al “gasto de bolsillo” como “los gastos realizados directamente por un paciente cuando ni el sistema público, ni un seguro privado cubren el costo total de un bien o servicio de salud. Incluyen los costos compartidos y otros gastos pagados directamente por los hogares y deberían idealmente incluir estimados de pagos informales a prestadores de servicios de salud” (OCDE, 2020: 112).

¹¹ Varios de nuestros entrevistados compararon la atención en urgencias de hospitales del seguro popular y del IMSS, destacando de manera unánime un mejor servicio en esta última institución.

GRÁFICA 2
Gastos per cápita por subsistema de salud entre 2010 y 2020



Pesos de 2020. Monto ejercido de 2010 a 2018. Cantidad aprobada para 2019. Cifras propuestas para 2020.

Fuente: Recuperado de Méndez (2019).

Empero, lo que sí podemos aseverar es que las carencias generales que padece el sector público de la salud desde hace muchos años, aunadas a una repartición muy desigual del presupuesto entre los diferentes subsistemas, han contribuido a alimentar una atención desigual de los enfermos. Y dentro de este rubro de “atención a la salud” precisamente uno de los efectos de estas desigualdades se verifica en el manejo de los tiempos por parte de la institución y del personal que labora en el hospital.

Frente a esta situación, por todos conocida, se han manifestado varias iniciativas para mejorar los tiempos de atención. Hay un estudio sobre el tiempo de espera realizado con 67 derechohabientes de la delegación de Tlaxcala del IMSS al inicio del presente siglo. Los médicos responsables de dicha investigación descubrieron que los motivos de insatisfacción de los pensionados eran: el tiempo de espera prolongado (34 por ciento), la mala atención por parte del médico (28.3 por ciento) y los excesivos trámites burocráticos (19.4 por ciento).

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

Esta conclusión pudo haber legitimado una transformación puntual del sistema de consultas externas de los derechohabientes del IMSS, cen-

trándose en el implemento de citas por teléfono e internet. Otro equipo de médicos comprobó la efectividad de dicho sistema para reducir el tiempo de espera en la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría (Rodríguez y Candiani, 2005). Las características particulares del servicio de urgencias donde acuden enfermos de día y noche, los 365 días del año, obligaron a las autoridades sanitarias a buscar otras medidas para mejorar la atención, dado las numerosas y reiterativas quejas.

A partir de 2009 ha estado operando el Programa de Avales Ciudadanos, conformado por voluntarios y organizaciones no gubernamentales, quienes se encargan de “avaluar las acciones de las instituciones del sector salud” para que éstas obtengan “la confianza de la sociedad civil en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se brindan”.¹² Este mecanismo de participación ciudadana para evaluar la percepción de los usuarios presenta resultados anuales que, en su conjunto, tienden a enaltecer las virtudes de dicho programa (Secretaría de Salud, 2023). Se trata de una iniciativa gubernamental que, lejos de atacar de raíz los malos tratos dados a los pacientes en los hospitales públicos, aplaude la acción gubernamental en materia de salud y minimiza las carencias y los problemas más graves. En sus últimos resultados, se afirma que la acción de los avales ciudadanos ha permitido mejorar el tiempo de espera y la atención de los pacientes, sin dar mayores detalles (Secretaría de Salud, 2019). De hecho, un aspecto importante de esta acción paraestatal es la difusión, por parte de los avales ciudadanos, de las obligaciones que contraen los pacientes al ser atendidos en instituciones de salud pública. Lo interesante del caso es que este programa ha perdurado hasta la actualidad, lo que significa que ha sobrevivido a tres sexenios y otros tantos partidos políticos en el poder federal.

En el documento del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) titulado “Tiempos de espera y productividad en rastreadores clínicos seleccionados en hospitales del sector público”, podemos leer que: “en México existen evidencias de que una de las principales causas de insatisfacción con los servicios de salud es la espera prolongada para recibir atención médica” (INSP, 2001: 6). Profundizando su reflexión sobre este importante tema, los autores mencionan con acierto que

¹² Véase Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2023). Es menester indicar que esta página Internet de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud (SSA) no está actualizada (los datos son del año 2013) y no todas las opciones son funcionales.

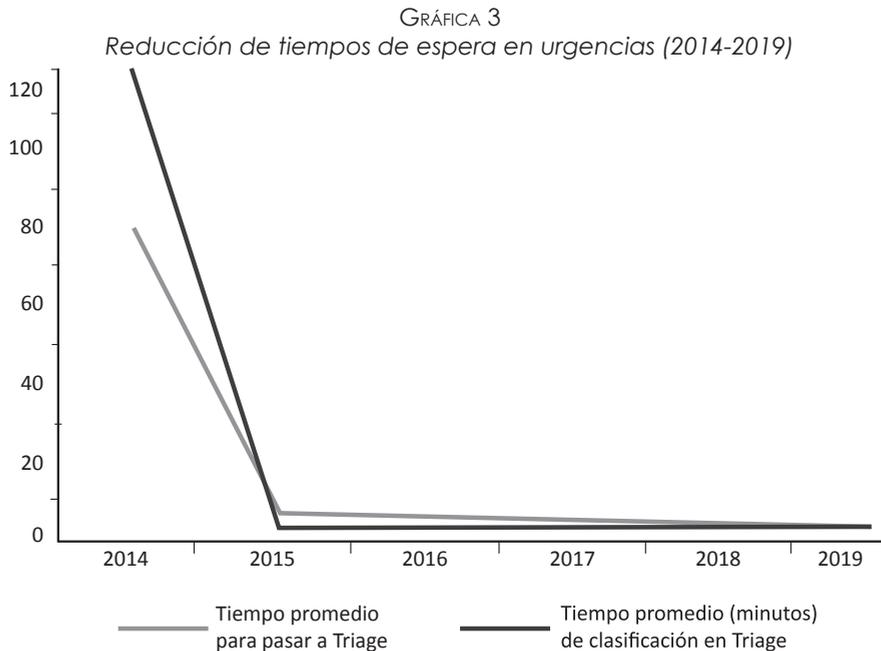
la espera para acceder a la atención de la salud puede abarcar distintos ámbitos: espera para recibir atención ambulatoria, espera para recibir atención hospitalaria, espera para someterse a estudios diagnósticos y espera para recibir procedimientos terapéuticos, quirúrgicos o de rehabilitación. Por lo tanto, un paciente que requiere atención médica puede circular por varias listas de espera hasta recibir un procedimiento clínico que tenga un impacto sustantivo en su estado de salud (INSP, 2011: 11).

En marzo de 2015, el director del IMSS anunció que se implementaría una nueva clasificación de los pacientes que llegan a urgencias, llamado *triage*, “lo cual iba a disminuir 40 por ciento las cirugías pendientes y reducir la espera a 5 minutos” (Valadez, 2016). Operando a nivel internacional desde hace varios años, pero adaptado a las necesidades específicas de cada país, el sistema *triage* es el método que mejores resultados ha dado respecto de la clasificación rápida y efectiva de los heridos y enfermos graves (Illescas, 2006). Se trata a la vez de priorizar de forma eficaz y racional a los pacientes, así como de controlar la afluencia de personas cuyo estado de salud no justifica ser atendidas en urgencias (Flores, *et al.*, 2020). Asimismo, la introducción de dicho procedimiento a nivel nacional implicó una reorganización de los servicios de urgencias (es el médico más calificado y experimentado quien debía estar a cargo de la selección de los pacientes, por ejemplo) y el inicio de una campaña de información de los derechohabientes. Todavía en 2015, la Secretaría de Salud publicó un documento titulado “Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución”, en el cual se explicitaron los principios de funcionamiento y las virtudes de la selección de las urgencias (Secretaría de Salud, 2015). Se establecen tres categorías, con su respectivo tiempo de espera:

- Emergencia, menos de 10 minutos;
- Urgencia, de 30 a 60 minutos;
- No clasificada, menor de dos horas.

Además de esta clasificación, se detalla el *triage* de las urgencias obstétricas en tres colores: rojo, amarillo y verde.

Lo llamativo de esta iniciativa gubernamental, es que las cifras oficiales publicadas por el IMSS muestran una disminución drástica del tiempo de espera de los enfermos a partir de 2015 como puede apreciarse en la gráfica 3.



Fuente: IMSS.

Aparecido un año después, el Programa de Calidad en la Atención Médica,¹³ operado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, incluye el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas)¹⁴ que proporciona información de manera cuatrimestral sobre la calidad de la atención médica. Esta información es producida por los mismos hospitales, sobre la base de un modelo universal de encuesta. Dos indicadores son relevantes para el presente estudio: el “Trato digno en Urgencias” y la “Organización de los Servicios de Urgencias”.

¹³ Publicado en *Diario Oficial de la Federación* el 30 de diciembre del 2016.

¹⁴ El Indicas es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud. Además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en el país. Tiene como objetivos específicos: 1) Incorporar a las instituciones del sector salud al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas); 2) Fomentar el registro de la información al sistema de forma consistente y completa; 3) Hacer del Indicas un instrumento de apoyo en la toma de decisiones para mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica; 4) Hacer uso y análisis de la información obtenida del sistema, así como retroalimentación por parte del sistema. Véase Secretaría de Salud (2016).

CUADRO 2
*Trato digno en 2^{do} nivel de Urgencias,
 en hospitales de la Ciudad de México (2017)*

<i>Institución</i>	<i>Cuatrimestre 1</i>	<i>Cuatrimestre 2</i>	<i>Cuatrimestre 3</i>
SSA	91.9	92.5	92.7
ISSSTE	88.2	89.1	93.7
IMSS	n.c.	n.c.	n.c.

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud (2023: s. p.).

CUADRO 3
*Organización de los servicios de Urgencias,
 en hospitales de la Ciudad de México (2017)*

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

Fuente: DGCES de la Secretaría de Salud (2023: s. p.).

Los resultados arrojados en los cuadros 2 y 3 muestran la ausencia notoria de datos por parte de las unidades médicas de 2^{do} nivel del IMSS localizadas en la Ciudad de México. Ahora bien, la tasa de satisfacción respecto del trato recibido en urgencias oscila entre 88.2 y 93.7 por ciento, la cual es muy elevada. Es de notar que no hay diferencias significativas para los dos indicadores seleccionados entre el servicio de urgencias de las unidades médicas de la SSA y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. No obstante, cabe recalcar que cerca de una tercera parte de los derechohabientes entrevistados por el personal de los hospitales dijo estar satisfecha con la organización de los servicios de urgencias; las cifras variaron de 25.2 a 35.9 por ciento. Aparentemente, la mayoría de los usuarios encuestados manifestaron haber recibido un trato digno en servicios de urgencias relativamente desorganizados. Debido a la ausencia de información disponible sobre la metodología empleada para aplicar esta encuesta y las

condiciones prácticas de realización de la misma, nos es imposible sacar más conclusiones al respecto.¹⁵

Ahora bien, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2016 expone que el tiempo de espera para recibir consulta era de una mediana de 30 minutos y un promedio de 71 minutos, lo cual muestra un incremento en relación con 2012 (mediana de 12 minutos y promedio de 58 minutos), pero los autores de dicha encuesta afirman que este comportamiento se debe a que existe un mayor acceso a los servicios de salud (*sic*) (Ensanut, 2016: 131). En los resultados de Ensanut 2018-2019, se analizaron el tiempo de espera ya no de “personas con diagnóstico previo de diabetes, hipertensión y/o dislipidemia” sino de quienes “recibieron servicios médicos curativos ambulatorios” (Ensanut, 2020: 60), lo cual invalida toda tentativa de comparación en el tiempo.¹⁶

Otra fuente oficial de información es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que publicó el número de quejas concluidas por tipo de asunto. De igual forma que en la Ensanut, la Conamed se ha esforzado por presentar cifras alentadoras a partir de 2019 (cuadro 4), aunque dejó de lado, de forma deliberada, el número total de quejas, así como el número de quejas no concluidas.

De los nueve motivos seleccionados, siete conciernen a la dilatación del tiempo en el proceso de atención, y otros dos se refieren al acortamiento del tiempo de recuperación del paciente. Estas cifras parciales, presumiblemente ajustadas a imperativos administrativos políticos, deben ser complementadas por los casos trágicos de mala o nula atención reportados por periodistas, aunados a las quejas interpuestas por usuarios de los hospitales a las cuales no se ha dado seguimiento.

¹⁵ Investigadores estudiaron detalladamente la metodología de Indicas y concluyeron que la falta de fiabilidad y confiabilidad de dicho sistema implementado por la Secretaría de Salud hacían imposible medir ocho indicadores por ellos seleccionados (Saturno, *et al.*, 2017). En respuesta a estas demoledoras conclusiones, el director general de Calidad y Educación de la SSA inició una polémica en la misma revista Salud Pública de México, en su vol. 59, núm. 6. Los autores del artículo citaron artículos nacionales e internacionales que criticaban también la falta de evidencias respecto a los datos recolectados y el uso de una metodología no verificada.

Cabe recalcar tres problemas recurrentes en la producción de datos oficiales, los cuales se han verificado en el sistema Indicas: 1) la falta de control respecto a la generación de datos; 2) el cambio intempestivo de metodología para producir datos más acordes a la política de gobierno, y 3) la falta de continuidad en la producción de datos con los cambios sexenales del poder federal.

¹⁶ Es posible aseverar que este cambio de metodología contribuye a ocultar el incremento del tiempo de espera de los pacientes atendidos en las unidades médicas del servicio público, y, por ende, a negar la universalidad de dicha situación y sus consecuencias adversas para los enfermos.

CUADRO 4
 Motivos mencionados en la presentación de quejas concluidas
 respecto de un uso perjudicial del tiempo en el sector público, entre 2017 y 2020

Motivo	2017	2018	2019	2020
Demora prolongada para recibir atención. Deficiencias administrativas	605	329	57	7
Diferimiento. Auxiliares de diagnóstico	177	108	81	15
Diferimiento. Atención del parto y puerperio	42	21	8	1
Diferimiento. Diagnóstico	695	483	330	151
Negación del servicio. Deficiencias administrativas	71	38	2	0
Negación del servicio. Tratamiento médico	94	59	50	32
Resultados inoportunos	324	143	50	14
Alta prematura del tratamiento médico	179	87	23	1
Alta prematura del tratamiento de los cuidados pos-operatorios	24	15	5	2
TOTAL	2 211	1 283	606	223

Debido a que Conamed modificó su metodología y eliminó tres indicadores, no es posible comparar los datos presentados en el cuadro 4 con datos correspondientes a los años 2021 y 2022.

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje (2023).

La espera en urgencias parece ser un imperativo. Esta espera es un constructo institucional, antes de ser el producto de contingencias desfavorables. El hecho de que exista una sala de espera en urgencias, la implementación del sistema *triage* con la asignación de colores en función de la gravedad del estado del paciente y el tiempo estimado de espera, así como la exigencia, en los hospitales públicos, de la presencia física de un familiar durante las 24 horas del día en la sala de espera, son manifestaciones probatorias de dicho constructo. En comparación, las salas de espera de los hospitales privados no están saturadas porque la atención es casi inmediata y también porque se establece una comunicación posterior con los familiares por teléfono. No se exige de ellos su presencia continua de día y de noche y, por su lado, ellos confían en que el personal de salud de la institución privada dará un trato adecuado a su familiar. Frente a esto, los acompañantes, afiliados al sistema público de salud, manifiestan no querer “abandonar” a su paciente en manos de enfermeras y doctores, por lo que de manera voluntaria asumen la responsabilidad de esperar el tiempo necesario en urgencias. La gran mayoría desconfía de la calidad de la atención a la salud. Esperar entonces, es un fenómeno propiciado por los hospitales del sector público y el personal médico que ahí labora. “Sí, nos hacen dar vueltas, nos confió Miguel Ángel en entrevista afuera del Hospital General Regional No. 2 del IMSS; es en todos lados. Esto ya es general” (entrevista a Miguel Ángel, 25 de enero de 2020).

LA PEREGRINACIÓN

El tiempo enseña al que no tiene maestro.

Refrán popular

Fue Erving Goffman el primero en conceptualizar la sucesión de experiencias terapéuticas por parte de los enfermos. Vio en aquellas la fuente de un corpus de saberes acumulados en el transcurso del tiempo. Cabe recordar que “La carrera moral del paciente mental” es un capítulo de su obra *Internados*, en la cual el sociólogo desarrolla un análisis que permite explicar simultáneamente los aspectos subjetivos de la trayectoria médico-terapéutica de alguien, así como la dimensión objetivada de esta misma experiencia consignada en los expedientes clínicos. Punto medular de su reflexión, Goffman quería poder relacionar las representaciones de lo vivido por los enfermos durante su tratamiento, con la codificación institucional de estas mismas terapias. Justificó el empleo del término “carrera” porque en los Estados Unidos, cuando escribía su libro, *carrear* llegaba a designar “la trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida” (Goffman, 2001: 133). Esta ampliación del significado semántico del vocablo permitía construir un puente entre la autobiografía y el expediente clínico.

Una de las ventajas del concepto de carrera consiste en su ambivalencia: por un lado, se relaciona con asuntos subjetivos tan íntimos y preciosos como la imagen del yo, y el sentimiento de identidad; por el otro, se refiere a una posición formal, a relaciones jurídicas y a un estilo de vida, y forma parte de un complejo institucional accesible al público. Gracias al concepto de carrera podemos, pues, oscilar a voluntad entre lo personal y lo público, entre el yo y su sociedad significativa, sin necesidad de ceñirnos, como única fuente posible de datos, a lo que la persona dice pensar que imagina ser (Goffman, 2001: 133).

La búsqueda perpetua de la salud por parte de enfermos mentales ha sido el marco de referencia del teórico de la interacción social. Goffman había notado que estos pacientes casi nunca sanaban del todo, por lo que mantenían una relación fluctuante con las instituciones de salud a lo largo de su vida. En la actualidad, esta experiencia acumulativa

al margen del ámbito educativo y profesional es designada por algunos antropólogos como la “carrera del paciente”. Pueden citarse a Larrahonda (2016), quien siguió los pasos de Goffman al examinar la “carrera de enfermos mentales”; las investigaciones de García *et al.* (2017), quienes estudiaron la “carrera del paciente en hospital público”, en una unidad médica del Gran Buenos Aires; así como Bellamy y Castro (2019) que hicieron mención en su artículo de la carrera del paciente que se presenta a urgencias. Por su parte, Barragán Solís (2005) estudió la carrera de tres enfermos de la etnia triqui, ofreciendo una reflexión interesante sobre las variantes del concepto de la “carrera del paciente”.

Las formas en que los grupos sociales utilizan los diversos recursos de atención para resolver o atenuar el problema del dolor, se reconstruyen a partir del concepto de carrera moral del paciente de Irving Goffman y que en antropología médica se conceptualiza como “carrera del enfermo”, “carrera curativa” o “trayectoria de atención”, es decir, la sucesión encadenada de hechos prácticos encaminados a la terapéutica para encarar la enfermedad. Estas estrategias buscan la curación o el alivio parcial de la enfermedad utilizando diversas estructuras de atención, que no son excluyentes, sino que reflejan la combinación de unas y otras, estén ellas conformadas en el modelo médico hegemónico, en el modelo médico alternativo o con la práctica de autoatención (Barragán, 2005: 62).

Esta situación es común en el caso de personas padeciendo enfermedades crónicas y pacientes que han sido mal atendidos o no han tomado su tratamiento al pie de la letra y han recaído. Al no encontrar la sanación después de su tratamiento terapéutico, buscan “otra opinión” cuando piensan que el médico no los diagnosticó bien y, en otros casos, buscan lo que llaman una “mejor opción”, es decir, una institución especializada con un cuerpo de profesionistas dedicados a tratar patologías específicas. Esta búsqueda de la salud es guiada por el capital social y económico de los enfermos. Estos mismos enfermos suelen acudir a urgencias cuando su médico no los puede recibir porque es de noche o fin de semana, o bien, por sentir un dolor/malestar tan fuerte que exige una atención médica inmediata. Al respecto, una joven entrevistada nos confió: “No, están pésimos... Tenemos un médico familiar que es particular y preferimos llevarla [su abuela enferma] con él. Ahorita, lamentablemente, no está, y tuvimos que acudir aquí al Seguro...” (entrevista a Cristina, 27 años, 1 de febrero de 2020).

Es también la situación de personas diabéticas, quienes han logrado controlar su nivel de insulina en la sangre hasta que un día sienten de repente un empeoramiento de su estado que las obliga a solicitar una

atención médica urgente. En el sector público de la salud no se atienden en urgencias a todos los que se presentan.

A diferencia de un hospital psiquiátrico, en el cual todos los internos tienen un historial clínico que hacen de cada uno de ellos un miembro por completo de la comunidad de pacientes, el servicio de urgencias de un hospital recibe, en principio, individuos con todo tipo de traumatismos o patologías que pueden llegar a poner en peligro su vida. Lo que tienen en común los pacientes que acuden a urgencias es la gravedad de sus síntomas, mas no el tipo de problemas de salud. A raíz de la intervención médica, se suele recomendar a los derechohabientes dar seguimiento a su situación en consulta externa porque en urgencias se recibe, casi exclusivamente, a nuevos pacientes. Estabilizar un enfermo, restablecer el funcionamiento normal de su organismo o reparar el traumatismo que sufre, son intervenciones médicas circunstanciales que, en principios, desembocan en un alivio inmediato. La fase posterior se lleva a cabo internado en un servicio especializado del hospital (lo que la gente conoce como “subir a piso”), o bien, en la casa del paciente. Asimismo, existen diferencias notorias entre la trayectoria de un enfermo mental y la de un paciente de urgencias. Si bien para el primero es posible, como lo hizo Goffman, hablar de su “carrera moral”, en el segundo es mucho más difícil hacerlo debido a las características propias del servicio de urgencias. Los casos de quienes se hayan presentado dos veces o más en un mismo servicio de urgencias existen, claro está, pero son excepciones porque el mismo personal médico insta a estos enfermos a presentarse en consulta externa. Pueden hasta rechazar atenderlos, o bien, no darles la misma importancia que a otros enfermos, culpándolos de la aparición repetida de sus síntomas o de la agravación de su estado. Se da por entendido (*taken for granted*) que la atención en urgencias es una y única; responde a una situación puntual de excepcional gravedad; una persona, un tipo de patología, una sola consulta.

Asimismo, no se retomará en la presente investigación el concepto de “carrera del enfermo” porque, tal como se mencionó en los párrafos anteriores, nadie se habitúa a ir a urgencias. Salvo unas cuantas excepciones quizás, nadie es un “paciente” registrado y conocido de urgencias porque pocos son quienes acuden ahí al primer problema de salud que se le presenta. Es más, nadie es (bien) recibido en este servicio si el personal médico averigua que se ha presentado anteriormente con los mismos síntomas. Asimismo, más que una “carrera” puntuada por etapas en diferentes instituciones de salud, quienes acuden a urgencias en hospitales públicos acumulan una serie de obstáculos previos a su atención. Se trata generalmente de un proceso tortuoso y desgastante, como lo veremos a continuación. Son esas dificultades logísticas para

ser atendidos por un problema grave las que caracterizan en realidad a quienes buscan tener acceso a la salud.

Respecto de este recorrido ambulatorio que antecede a la atención médica, varias personas entrevistadas se han referido a él como una “peregrinación”. Los rechazos sucesivos externados por los policías de entrada de diferentes unidades médicas, quienes deciden de manera arbitraria a quién admitir y a quién no, obligan a los enfermos y a sus familiares ir de un hospital público al otro para probar su suerte con la desesperación de encontrar solución a su problema de salud. El uso del término “peregrinación”, perteneciente al léxico religioso, da cuenta de las dificultades múltiples para aliviar los dolores de su enfermo y salvarlo. Al sufrimiento que el enfermo padece en su carne, se suman las vejaciones de los guardias con su frecuente negación del acceso a la salud. Conforme más pasa el tiempo en esta búsqueda de un servicio de urgencias —los hospitales están dispersos en la Ciudad de México—, más probabilidad hay de que se agrave el estado de salud del enfermo o herido. Familiares y pacientes asimilan frecuentemente este tedioso recorrido a un *via crucis*. Las diferentes etapas del camino de Jesucristo hasta el monte Gólgota para ser crucificado, indican lo inhumano de la prueba por la que tuvo que pasar aun siendo inocente de los crímenes que se le acusaban. Esta identificación con el hijo de Dios en el discurso de varios entrevistados —particularmente respecto de los sufrimientos que lo llevaron a la muerte—, muestra cómo viven lo injusto del castigo que les es impuesto por los guardianes del orden y, detrás de ellos, la Secretaría de Salud y el mismo Estado. La gran mayoría de los familiares no tienen los recursos verbales ni legales para hacer frente a estos rechazos sucesivos. Su capital económico no les permite ser atendidos en un hospital privado. Tampoco pueden penetrar a la fuerza en una sala de espera de urgencias. De cierta manera estos rechazos constituyen una forma de castigo cuando la enfermedad o las lesiones han castigado ya a su familiar. Se redobra el castigo una y otra vez. A cada rechazo, a cada negación de la atención a la salud, se deteriora el cuerpo de su enfermo. Asimismo, el uso del término “peregrinación” no es anodino por parte de nuestros informantes, pues indica claramente el tipo de situaciones adversas que viven; incluso, algunos de ellos al final no logran ser atendidos, por lo que no les queda otra opción que regresar a su casa.

El traslado

Por traslado designamos el desplazamiento del enfermo grave al servicio de urgencias de un hospital, porque a través de las entrevistas y de la información de segunda mano recolectadas hemos constatado que

dicho traslado es muy a menudo errático, largo y complicado, con consecuencias adversas para el enfermo. Realizar el trayecto de su domicilio —o del lugar del accidente— hasta una unidad médica constituye la primera etapa del largo proceso de atención a la salud. Esta movilidad inicial no es tan irrelevante como parece porque atañe al tiempo y recursos del enfermo. Como es fácil entender, entre más corto es el tiempo de traslado mayor es la posibilidad de que la persona sea atendida de manera inmediata cuando, recordémoslo, hablamos de una emergencia. En algunos casos, el tiempo alargado de traslado debido a las dificultades para encontrar un vehículo y también el tránsito pesado suelen agravar el estado de salud del enfermo o accidentado, incluso quedar inválido o morir. Por eso, esta etapa inicial que puede calificarse como deambulo funesto es determinante.

Cuando hablamos de una urgencia, y *a fortiori* de una emergencia, pensamos en una ambulancia. Pero lograr obtener este auxilio del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para trasladar a un enfermo grave conlleva un proceso burocrático tardado e incierto.

[...] llamamos anteriormente a la ambulancia. Pero lo valoran y para ellos no es un enfermo de urgencia, no te lo trasladan, no lo trasladan. Nosotros tenemos ISSSTE, pero en el ISSSTE no se lo quisieron llevar. Fuimos al ISSSTE a solicitar el apoyo y la ambulancia no lo quisieron traer. Entonces lo que hicimos fue traerlo en un carro particular y meterlo aquí para que ahí le dieran el seguimiento y lo atendieron bien, pero, pues, ya ahorita no hay nada que hacer... (entrevista a Jacobo, 52 años, 1 de febrero de 2020).

Es fácil entender la desesperación de familiares cuando, en una situación de excepcional gravedad, se enfrentan a una administración kafkiana, procedimientos ilógicos y a un personal que no manifieste empatía alguna.

En ese hospital [de Iztapalapa] no había ambulancias. Cuando yo vi tres ambulancias paradas y le pregunté a un médico, y me dijo que no podíamos utilizar la ambulancia “¿Por qué?” Para poder utilizar la ambulancia en un traslado, él tenía que permanecer todo un día y mi hermano llegó a ese hospital como a las 10 de la mañana. Pero mi hermano no podía esperar porque si no, iba a perder los dedos, el movimiento de los dedos. Lo tuvimos que traer nosotros. Hicimos como unos... una hora más o menos porque estaba a vuelta de rueda todo Periférico (entrevista a Rocío, 60 años, 18 de noviembre de 2017).

De igual forma, llamar al número de emergencia 911 para pedir una ambulancia no garantiza la llegada de la misma. Hemos escuchado tes-

timonios de quienes solicitaron una ambulancia en este número y, a pesar de la promesa del operador, nunca llegó. Otros nos refirieron casos en los cuales paramédicos acudieron al lugar donde se encontraba la persona inválida, pero no quisieron llevársela porque vivía aparentemente en la calle, estaba mal vestida u olía a alcohol. (Y la razón detrás de su rechazo es probablemente la ausencia de garantía de ser pagados una vez llegados al hospital.)

En mayo de 2020 las autoridades federales anunciaron la implementación del Modelo de Atención Solidario para pacientes de COVID-19, para que después de una valoración médica por teléfono, una ambulancia del IMSS atendiera los casos de urgencia. En los siguientes meses, la explosión del número de personas con presunto coronavirus limitó los alcances de este modelo y dio pie a que se multiplicaran las ambulancias no registradas, llamadas “piratas”.

En la Ciudad de México hay en promedio más de 400 emergencias diarias con traslados en ambulancias; el 10 por ciento es atendido por ambulancias ilegales. Con las frecuencias policiacas intervenidas, obtienen información sobre emergencias para lanzarse en una carrera desenfrenada con las ambulancias de las empresas registradas y de la Cruz Roja, con el fin de llevarse primero al enfermo o herido. Cobran entre 170 y 350 dólares el traslado, presionando a los familiares al exagerar el deterioro del estado de salud del paciente que mantienen como rehén dentro de la unidad hasta recibir el dinero en efectivo (Infobae, 2020). Paramédicos no acreditados pueden incluso llegar a agredir a los camilleros de la Cruz Roja por haberles ganado el traslado de una víctima de accidente vial, por ejemplo. En este mundo caótico de los operadores de ambulancias, los mismos conductores de las ambulancias registradas trabajan en contubernio con la Cruz Roja y hospitales privados para llevarles pacientes.¹⁷ Esta situación existía antes de la pandemia debido al número insuficiente de unidades disponibles, al igual que el soborno de las autoridades gubernamentales y responsables de los hospitales, pero el crecimiento exponencial de llamadas de emergencia por la COVID-19 acrecentó el mercado de los traslados ilegales de pacientes. Y el problema no solo es la falta de control, la corrupción y una demanda de los servicios de traslado superior a la oferta, sino que los accidentes viales que involucran ambulancias han ido en aumento en los últimos años (López-Dóriga, 2019). Asimismo, el hecho de que el traslado en

¹⁷ Estando en la entrada de urgencias del hospital de la Cruz Roja ubicado en la colonia de Polanco de la Ciudad de México, nos fuimos enterando de que los socorristas de las ambulancias recibían 150 pesos por cada paciente llevado a dicha institución. Trabajo de campo realizado el 13 de noviembre de 2017.

ambulancia no esté seguro, y el enfermo no siempre asegurado, agregan una dificultad adicional para quienes deciden y pueden usar este tipo de transporte especializado.

La gran mayoría de los entrevistados dijo haber llevado a su enfermo en un coche particular. Con este medio disponible de inmediato no tenían que esperar el arribo de la ambulancia ni arriesgarse a ser víctimas de una estafa por parte de dudosos paramédicos. Ganarían tiempo y ahorrarían dinero. Adicionalmente, su paciente tenía garantizado un manejo cuidadoso y rápido al mismo tiempo que una atención de calidad dentro del carro. Los familiares involucrados en situaciones de urgencia médica suelen caracterizarse por su atención, disponibilidad y solidaridad. La buena voluntad de sus parientes ha resultado ser mejor para el bienestar del enfermo que, eventualmente, utilizar una ambulancia o transporte público. Algunos informantes nos comentaron que fuera de algunos hospitales públicos de la Ciudad de México hay mucho tráfico y que los franeleros controlan, en total ilegalidad, los lugares para estacionarse. Incluso adaptaron su cobro a los horarios del cambio de turno del personal del hospital. Esta situación representa un problema para las familias de escasos recursos quienes, con mucho esfuerzo, llevan a su enfermo a urgencias.

Algunos pocos nos han comentado en entrevista que han tenido la necesidad de trasladarse en taxi, pero recurrir a este servicio privado constituye un gasto significativo. Sitios de taxi ubicados en las inmediaciones de los hospitales públicos no siempre hacen respetar el uso del taxímetro ni las tarifas oficiales del banderazo de un servicio de día o de noche. Para el enfermo y sus familiares, el usar el taxi para trasladarse a urgencias puede resultar benéfico siempre y cuando el servicio sea brindado de manera honrada. Además, resuelve en primera instancia la lentitud y el hacinamiento del transporte público, así como el eventual problema de estacionar su propio vehículo. No resistimos dar a conocer el testimonio de una señora originaria de Baja California, quien acompañó a su hija gravemente enferma al Centro Médico Nacional 20 de noviembre:

Pues, mira, aparte de la enfermedad de la niña, el mal trato que te dan desde que llegas. Te vas bajando con la niña de un taxi, o sea que uno anda pidiendo una silla de ruedas y que te salgan con que no hay, o con que no te la pueden prestar que porque no estás registrada aquí en el ISSSTE... Llegamos con la niña y nos negaban la entrada. No nos dejaban pasar. Siendo que entró una ambulancia yo corrí con la niña. La niña, así como venía enferma, tuvo que correr junto conmigo: “¡córrele hija para poder entrar!”. Así fue como nos metimos, de trampa nos metimos (entrevista a Mónica, 30 años, 23 de octubre de 2017).

Este extracto de entrevista permite ver el cúmulo de dificultades de una madre de familia que no solamente tomó un taxi con su hija enferma para trasladarse hasta el hospital, sino que le fue negada la entrada.

Asimismo, el traslado inicial es de fundamental importancia porque tiene consecuencias directas sobre el estado de salud del enfermo o enferma. Según el medio de transporte empleado, los familiares deben enfrentar desafíos diferentes: si es una ambulancia, a un cobro excesivo sin tener ninguna garantía de que sea una unidad registrada; si es en coche, el no contar con la atención médica elemental durante el viaje; si es en taxi, el ser víctima de un conductor deshonesto. Por lo tanto, independientemente del vehículo con el cual se trasladan al servicio de urgencias de un hospital, el enfermo o accidentado, junto con sus acompañantes, conocen las dificultades preliminares del proceso de atención a la salud.

El desaire

En el presente apartado vamos a examinar por qué se dice “no” a un enfermo que se presenta a urgencias. En efecto, es bastante frecuente que los familiares reciban una respuesta negativa. Podríamos incluso afirmar que es la norma, aunque se necesitaría contar con datos cuantitativos para comprobarlo. El desaire de quienes se presentan a urgencias y piden ser atendidos es, en términos llanos, el rechazo de su solicitud. De hecho, muchos fueron los entrevistados que denunciaron esta situación, pues tuvieron que presentarse en urgencias de varios hospitales antes de ser atendidos. Desaire, entonces, es sinónimo de negación del servicio de atención a la salud. Aunque la ley condena tal práctica, en los hechos es una respuesta reiterada.

De hecho, ella se accidentó el sábado en la madrugada y no la recibían en ningún hospital. Y la tuvieron peregrinando hasta que aquí la recibieron. Aquí tampoco la iban a recibir, no la querían recibir por la gravedad que traía. Pero finalmente la aceptaron.

[...] ese peregrinar en el que anduvieron mis familiares, porque primero la llevaron a un lado, luego al otro y en ningún lado se la recibían. Yo creo que eso no está bien. ¿Si se nos muere ahí, en el carro? Se iba desangrando mi hermana, porque traía el fémur expuesto. [...] Hablaron a la ambulancia, y pues que no podía salir al Distrito [Ciudad de México] y el Estado [de México]. Los de la ambulancia misma llamaron, y pues que no la podían atender en el “Gustavo Baz” que porque no hay la atención para la gravedad que ella presentaba. Y en el de “Las Américas” tampoco: que no había camas. Entonces, la mandan a “La Villa”: tampoco, en “Balbuena” tampoco la quisieron

atender. Y así anduvieron. En el que está aquí en el INR [Instituto Nacional de Rehabilitación]: tampoco. La mandaron para acá [Hospital Gea González], pero no la quisieron atender. La mandan al “Xoco”: tampoco. Regresaron acá, y ya hasta que mi sobrino habló con el director fue que le dieron la atención aquí (entrevista a Andrea, 48 años, 25 de octubre de 2017).

En estos casos, los familiares buscan una solución a su alcance (en función de su capital social y económico) para lograr la completa y definitiva recuperación de su pariente.

Tiene más de un año, igual nos mandaron de la Clínica 31 para acá [Clínica 32]. Pero la Clínica 31 nos mandó en taxi porque no hubo ambulancia, porque no quisieron esperar a que hubiera una ambulancia. Así me entregaron todos mis papeles y a mi madre en taxi, porque llegamos aquí e igual, llegamos aquí a las 4 de la mañana y la atendieron hasta las 10 de la mañana. Estuvimos con mi mamá más de 8 horas aquí y después la pasaron a piso. Pasaban y la veían como a todos. Pero cuando me la dieron de alta, mi mamá salió en malas condiciones porque mi mamá no controlaba el equilibrio, no controlaba la voz y se le iba el aire [...]. Yo tuve que llevar a mi mamá [...]. Bueno, yo no, mi hermano la tuvo que llevar a un particular a que la atendieran (entrevista a Gabriela, 50 años, 10 de marzo de 2018).

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

Los enfermos pueden ser rechazados por los policías de entrada (“no es grave”, “no hay médicos ni paramédicos”, “es demasiado grave para ser atendido aquí”), por el personal de admisión (“pertenece a otro hospital”, “no tiene la documentación necesaria”) y por los médicos que realizan la primera auscultación (“no es grave”, “preséntense mañana a consulta externa”, “tome esta pastilla y regrésese a su casa”, “no hay camas disponibles”, “no tenemos los equipos para tratarlo”, “vuelva aquí con sus estudios”). Los argumentos enumerados entre comillas muestran las respuestas que se escuchan con más regularidad. La saturación de los servicios de urgencias a menudo arrincona a los tres grupos de trabajadores antes citados a reducir el acceso tomando la libertad de rechazar una parte de las solicitudes de admisión. Esta conducta, producto de una decisión individual y, hasta cierto punto, fomentada por la institución, tiene como propósito aligerar la carga de trabajo. A esta

carga de trabajo que resulta del procesamiento de expedientes y llenado de formularios, se suma la presencia estática en la sala de espera de los enfermos y sus familiares. Esta multitud angustiada y necesitada de atención médica e información, es la que ejerce una presión sobre el personal (siempre en número insuficiente) que labora en el servicio de urgencias. Buscan entonces cómo protegerse y evitar el *burnout*. El desaire es una de sus tácticas discursivas para disuadir a los enfermos de ser atendidos en ese lugar.

Además, presentarse de noche a urgencias, un domingo o un día festivo, no llegar en ambulancia, llegar sin el carnet de salud, o con una documentación incompleta, son elementos que reducen significativamente la probabilidad de ser atendido, incluso presentándose en estado de salud crítico. Hay hospitales en los cuales no hay médicos en las tardes, como lo revela la señora Sara, quien se regresó de Estados Unidos para estar con su hijo y acompañarlo a urgencias en el Hospital Belisario Domínguez:

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

Ya estoy aquí, pero sí, sí tardan bastante. A mí me ha tocado que estuve hoy toda la noche y llego unas personas a las 11:00 de la noche y los atendieron hasta las 8:30–9:00 de la mañana– (entrevista a Sara, 54 años, 26 de febrero de 2018).

El número limitado de hospitales en la Ciudad de México y los municipios circunvecinos es la causa del alto número de derechohabientes tratados en cada unidad médica. Si a esto se le suman los hospitales de zonas marginadas que no operan al cien por ciento debido a problemas arquitectónicos, materiales y carencia de personal médico, entonces podemos comprender por qué la afluencia en urgencias es tan elevada.

De hecho, ella se accidentó el sábado en la madrugada y no la recibían en ningún hospital. Y la tuvieron peregrinando hasta que aquí la recibieron. Aquí tampoco la iban a recibir, no la querían recibir, por la gravedad que traía, pero finalmente la aceptaron.

E1: ¿Fue inmediato cuando la atendieron?

A: No.

E1: ¿Tardaron mucho tiempo?

A: No pues, bastante, como horas. Porque de aquí la mandaron y de ahí no regresaron, y así anduvo peregrinado (entrevista directa a Andrea, 48 años, 31 de octubre de 2017).

Este extracto de entrevista ilustra una experiencia traumática vivida por muchos. Al escuchar testimonios respecto de los desaires que recibieron, podemos aseverar que la negación de atención de la salud por parte del personal de las unidades médicas se basa, entre otros criterios, en el perfil del solicitante. Si el enfermo que solicita atención en urgencias mora lejos de la Ciudad de México, es de escasos recursos, de origen indígena y no está acompañado por familiares, la probabilidad para que le nieguen el acceso es muy alta. El desaire no es una respuesta universal para todos los solicitantes, sino prioritariamente para quienes son de extracción socioeconómica más baja. Se trata de una forma de discriminación subliminal.

Varias personas entrevistadas nos dijeron que por ser pobres no los trataban bien y tenían que esperar mucho tiempo. Una humilde señora, originaria de Hidalgo, que acompañaba a su esposo a urgencias del Hospital General Xoco nos confió con tristeza:

El domingo apenas entró un paciente. Se nos hace raro que llegando lo atendieron rápido. Para mí, que era un pariente o familiar de uno de los trabajadores de aquí, y ya hasta lo dieron de alta. Y hay otros que también necesitan operación y no les dicen nada y los hacen esperar (entrevista a Mariana, 38 años, 25 de octubre de 2017).

Cabe recordar que el no permitir que las personas tengan acceso a la salud contraviene a la legislación en vigor,¹⁸ pero sobre todo ilustra la universalidad de una práctica que tiende a seleccionar a los pacientes en función de su estatus social, su relación con la institución y los médicos que ahí laboran (la importancia de ser recomendado), así como de su patología.

En un sugestivo trabajo en torno a los servicios de urgencias en cinco hospitales norteamericanos, Roth (1972) mostró cómo el personal que recibe a los enfermos, al margen del reglamento, los seleccionaba a

¹⁸ En el Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se especifica que: "Artículo 71.- Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos. Artículo 72.- Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata". Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de diciembre de 2016.

partir de su raza, condición social, manera de vestir y hablar. De igual forma, en los hospitales públicos de la Ciudad de México el tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos (si es que son admitidos) es inversamente proporcional a la posición que el personal del hospital les asigna en esta escala subjetiva de prioridad que no siempre corresponde a los tres colores del semáforo del sistema *triage*.

Asimismo, el ser derechohabiente del ISSSTE, del IMSS o del Instituto de Salud para el Bienestar pasa a segundo plano en cuanto al primer filtro de admisión, aunque algunos entrevistados reconocieron una diferencia de trato entre dichas instituciones. Tal como nos lo confió Andrea, varios informantes no tuvieron más opciones que la de movilizar sus “relaciones” para poder hablar con el director o la directora de la unidad médica y así lograr la admisión de su familiar. Al respecto, las familias más numerosas tienen más posibilidades de movilizar recursos humanos, “mover sus influencias” e incluso contactar a alguien que labore en el hospital. Conocer a un empleado, familiar, amigo o doctor vinculado con el responsable de urgencias, es susceptible de cambiar radicalmente la suerte del enfermo o accidentado. Esta capacidad relacional de los familiares permite vencer las resistencias de los policías de entrada y del personal.

Conviene aquí detenernos unos instantes sobre esta capacidad de algunos sujetos para obtener, en ámbitos específicos del espacio social y administrativo, favores que otros no pueden conseguir o se tardan para conseguir. Bourdieu denomina esta facultad el capital social.

En cierto tipo de sociedades, dentro de las diferentes variedades de capital, el capital económico y el cultural constituirían los principios fundamentales de estructuración del espacio social, mientras que el capital social y el simbólico serían más bien principios de rentabilidad adicional a los otros dos (Bourdieu, 2011: 17).

Y más adelante el sociólogo precisa que existe

cierta jerarquización entre los capitales: el económico y el cultural serían los más importantes, la base de la estructuración del espacio social; el simbólico (reconocimiento, consagración, etc.) y el social (relaciones sociales que se pueden movilizar en un momento determinado) posibilitarían, a quien los posee, obtener un rendimiento diferencial del capital de base. Es decir, constituirían una especie de sobreañadido que permitiría jugar mejor las cartas y realizar apuestas más afortunadas en el espacio social (Bourdieu 2011: 17, 18-19).

Asimismo, desde esta perspectiva, el capital social es la capacidad de movilización de amigos, conocidos y contactos para beneficiarse en

un tiempo corto y de forma efectiva, de un derechohabiente. El tener en su agenda los datos de personas con puestos altos en la administración pública y en otros espacios sociales, permite, en caso de necesidad, contactarlas para pedirles un favor.

Cuando los enfermos de condición socioeconómica baja carecen de capital social, son definitivamente rechazados como fue el caso del señor Antonio, quien acudió al Hospital de Iztapalapa un 25 de diciembre, por una presión arterial muy elevada. Ahí le dijeron que no había paramédicos ni médicos para atenderlo, por lo que se regresó a su casa en el mismo estado (entrevista a Antonio, 51 años, 28 de marzo de 2018). Cabe señalar que el sistema de *triage* faculta al médico para decidir, después de una auscultación superficial, algunas preguntas, toma de presión arterial y temperatura, si la persona que solicita ayuda pueda ser atendida en urgencias o no. Es sabido que derechohabientes llegan a confundir el servicio de urgencias con el servicio de consulta externa. A pesar de esta confusión, varias personas entrevistadas hincapié en el hecho de que uno tiene “que estar muriéndose o desangrándose” para ser admitido. De ahí la necesidad, expresada por algunos informantes, de realizar un “performance” ante el médico con tal de exagerar los síntomas y el dolor pues, de lo contrario, los enfermos piensan que corren mucho riesgo de que los devuelvan a su casa. De ahí su insistencia en la gravedad de su patología y la necesidad de una atención urgente.

Con base en los testimonios recabados es posible afirmar que la “peregrinación” no siempre termina cuando el enfermo es ingresado a urgencias, ya que se suelen dar de alta a personas que no han recobrado totalmente su salud —hemos visto que el número promedio de días de hospitalización en México es la mitad de los ocupados en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos—. Cabe agregar que, de manera excepcional el Hospital General Xoco y el de Tláhuac dieron de alta a muchos de los pacientes atendidos en urgencias para poder recibir a víctimas del terremoto ocurrido el 19 de septiembre de 2017. Una situación similar volvió a manifestarse a mayor escala con la pandemia de la COVID-19 en 2020-2021, cuando hospitales públicos de la Ciudad de México y del Estado de México fueron declarados “hospitales covid”, algunos incluso con un letrero anunciando “Hospital 100% covid”. Al dar de alta al paciente todavía en estado delicado, los médicos pueden solicitar a los acompañantes que pidan una cita en consulta externa para valorar la evolución del enfermo. Los entrevistados que se refirieron a esta solicitud fueron unánimes al denunciar la larga espera que padecieron antes de que su enfermo pudiera ser examinado nuevamente. Hugo, un sexagenario de condición humilde entrevistado afuera de urgencias de la Clínica 47 del IMSS, nos confió que en su opinión el

sismo del 19 de septiembre de 2017 no modificó la calidad de la atención de los enfermos, y que siguen dando citas para dentro de tres, cuatro o cinco meses e incluso un año (entrevista a Hugo, 65 años, 13 de marzo de 2018). Estos plazos para ser atendidos son, a primera vista, excesivos sobre todo si se trata de dar seguimiento a pacientes que ingresaron a urgencias y cuya enfermedad crónico-degenerativa o patología traumática no ha sido controlada del todo. El personal puede presionar a la familia para dar de alta a su familiar después de un reducido tiempo de hospitalización, o bien, en el caso contrario, puede frenar su salida argumentando diversos requerimientos burocráticos. El *desaire* entonces, no se refiere únicamente al ingreso del enfermo, sino también a su egreso. Es la imposición de la voluntad de un miembro del personal por sobre la voluntad del paciente y sus acompañantes.

En suma, el *desaire* es una respuesta común por parte del personal que labora en urgencias debido a la saturación del servicio. Pero la negación de la atención a la salud se ha convertido también en una práctica diaria, incluso cuando hay una afluencia regular o baja, por lo que puede afirmarse que se ha integrado al *habitus*¹⁹ de los policías, del personal de admisión, así como del personal paramédico y médico. El *desaire* es el origen de la peregrinación del enfermo y sus familiares hasta encontrar un hospital donde acepten atenderlo. Cabe señalar que el peregrinar de hospital a hospital con un familiar presuntamente contagiado de COVID-19 resultó extraordinariamente peligroso para los acompañantes, como para quienes estaban en los puntos de acceso de las instituciones de salud; por supuesto también para el mismo enfermo cuya salud era susceptible de deteriorarse rápidamente (Melesio, 2020). La movilización del capital social y económico de los solicitantes de atención en urgencias para poder obtener luz verde, muestra precisamente la importancia de las relaciones de parentesco junto con la capacidad familiar de movilización de recursos.

¹⁹ Bourdieu define el *habitus* del siguiente modo: “las estructuras que son constitutivas de un tipo particular de entorno (v.g. las condiciones materiales de existencia de un tipo particular de condición de clase) y que pueden ser asidas empíricamente bajo la forma de regularidades asociadas a un entorno socialmente estructurado, producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, en tanto que principio de generación y de estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser en nada el producto de obediencia a reglas, objetivamente adaptadas a su finalidad sin suponer la mirada consciente de los fines y la maestría expresa de las operaciones necesarias para alcanzarlas y, siendo todo eso, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un jefe de orquesta” (Bourdieu, 2000b: 25).

El paciente ambulante

No pues, tienes que hacer una cola para que el policía te de permiso para entrar, aun teniendo la urgencia de que ya viene... Pues de urgencia de otra clínica y te hacen que te formes. Luego de ahí te hacen que te formes para que te revisen, de la revisión te mandan a investigación... De ahí, de investigación ya te mandan a revisión, de revisión te mandan a radiografías, si es que es necesario, si no, te regresan otra vez a consultorio, y del consultorio te mandan otra vez a que hagas todo el trámite, el papeleo para que me entiendas... (entrevista a Miguel Ángel, 57 años, 25 de febrero de 2020).

El testimonio desalentador del señor Miguel sirve para introducir el tema que nos interesa abordar ahora: la movilidad espacial del enfermo durante el proceso de curación. Haber sido evaluado clínicamente al presentarse en urgencias es sólo una etapa preliminar del proceso de atención a la salud. En función del diagnóstico, de la disponibilidad de camas y de personal, el paciente es enviado a terapia intensiva, o bien, lo mandan a hacerse exámenes radiológicos y de laboratorio pero, en la mayoría de los casos, lo dejan esperar en la sala o en los pasillos, e incluso lo despiden para su casa con una receta médica si juzgan que no necesita ser hospitalizado. Asimismo, ser atendido en urgencias significa aceptar la idea de moverse de un lugar al otro dentro de la misma institución y fuera de ella.

Muchos son los hospitales que no cuentan con servicios de urgencias especializados para obstétrica, pediatría, traumatología, etcétera, situación que deriva en una atención indiscriminada de enfermos de gripa hasta mujeres que van a dar luz, pasando por personas con miembros fracturados, sujetos en coma diabético, hipertensos, baleados. El servicio de urgencias es donde acuden todos sin cita, a cualquier hora, todos los días del año. Así que la atención diferenciada de enfermos implica necesariamente procesos de atención específicos.

Generalmente, el servicio de urgencias está conformado por varias “islas” interconectadas entre sí; islas que son espacios funcionales en los cuales se llevan a cabo actividades específicas. El paciente sabe que de la sala de espera va a pasar a una primera consulta llamada *triage*, en la cual será interrogado para determinar el grado de urgencia de la atención que necesita recibir. El médico podrá tomar también la decisión de mandarlo de regreso a su casa o bien, enviarlo a consulta externa en otro hospital. Para quienes pasan esta primera prueba –aunque el sistema *triage* no está generalizado en todos los hospitales públicos, siempre hay una auscultación preliminar– les espera una segunda consulta con otro médico en otro consultorio ubicado en urgencias. El pa-

ciente responde al llamado de su nombre presentándose en el lugar que le van indicando sucesivamente. Disciplinado por necesidad, el enfermo navega de un lugar a otro. Y entre dos desplazamientos, espera. No hay hospitales –incluso los privados– en los cuales el proceso de atención del enfermo se haga de manera continua, sin intervalos de tiempo.

Aquí abajo, sí, y en el laboratorio le tomaron muestras de sangre a él [señala a su hijo] y el segundo análisis que le hicieron, el tipo estaba dormido, nos tuvo esperando no sé... 20 minutos, porque estaba dormido, literal. O sea, en su cubículo y estaba dormido... Hasta que lo fueron a despertar [...].

Por ejemplo, tiene rayos equis allá arriba. Si vienes fracturado es difícil moverte, aunque tienen elevador tardan un montón. Entonces... no tienen sillas para que la gente se siente a esperar, están en las placas, en las radiografías y ahí hay, no sé 10 sillas y hay 30 personas (entrevista a Eduardo, 36 años, 27 de octubre de 2017).

Los vaivenes del enfermo, y a menudo de los familiares que lo acompañan, se deben –la mayoría de las veces– a requerimientos médicos y procedimientos instituidos. Si bien coexisten reglamentos federales y estatales, la dirección de cada hospital posee cierto margen de maniobra para modificar algunas reglas y crear otras con tal de brindar al entorno laboral especificidades únicas acordes a las condiciones organizacionales y contextuales del hospital (por ejemplo: no pueden sacar a su enfermo del hospital para hacer exámenes médicos en domingo; estipulan los horarios de visita, los objetos y alimentos que se prohíben introducir en el hospital por parte de los familiares). A estas variaciones jurídico-administrativas se agregan los procedimientos que los trabajadores han inventado y reproducen en el día a día, como principios verbales, los cuales pueden tener efectos sobre el trato a los pacientes. Uno de ellos por ejemplo es la facultad que se abrogan de no respetar los horarios de visita o de acortarlos de manera arbitraria. En todo caso, al interior de cada servicio, la comunicación interpersonal y el intercambio de experiencias entre los trabajadores tienden a validar ciertos tipos de conducta, lo que desemboca en la construcción del *habitus* de la enfermera y del *habitus* del médico (véase cap. 2.2 y cap. 2.3). El requerimiento de un paciente en un lugar, y luego en otro, y después en otra área del hospital e incluso mandarlo en ambulancia a un nosocomio distinto para realizarle exámenes médicos, son en parte el resultado de requerimientos a menudo erráticos, en virtud de una ausencia de procesos administrativos-médicos establecidos sobre una base lógica y racional.

Una reflexión rápida permite aseverar que esta movilidad espacial contribuye a cansar a los enfermos, desesperarlos y eventualmente incrementar sus dolencias. Este fenómeno encuentra su origen en la bu-

rocratización del proceso de atención, la falta de personal y de camas, así como en la imposibilidad de contar con todo el material de curación y análisis de laboratorio en un mismo lugar. Los exámenes que deben realizarse los pacientes son tardados, ya sea porque se han robado los equipos, no funcionan, porque el personal para manipularlo no está disponible, porque hay listas de espera y, para algunos exámenes, la obtención e interpretación de los resultados es tardada. Las carencias materiales y humanas de los hospitales del sector público se ven reflejadas, entre otros, en una deslocalización y lentitud de la atención. Esta situación alcanza su paroxismo cuando el mismo personal de salud manda al paciente a hacerse análisis fuera del hospital, en un laboratorio privado.

Lo hacen a propósito para que te hartes y te vayas, también mi abuelita necesitaba una tomografía y le pregunté [al médico], pero tenía que esperar a que hubiera espacio.

Fui a hablar con el director y me dijo que solo me podía ayudar llevándola aquí a un laboratorio cerca, ¡por aquí! [...]. Traté de buscar uno económico, pero solo encontré por Ixtapaluca. Entonces, no me permitió llevarla y como fue un domingo no se pudo. Hablé con el director y al otro día en la tarde le realizaron los estudios. Con razón en Facebook suben: “Cuando en el IMSS necesitan una tomografía”, y en la imagen aparece un esqueleto. Como no lo había necesitado, no pones atención, pero ahora lo entiendo [...] (entrevista a Laura, 51 años, 7 de febrero de 2020).

En varios otros testimonios ha sido posible discernir —entre líneas— una duda del informante respecto del interés de un miembro del personal para que su paciente realice exámenes médicos en un laboratorio privado específico. Es factible pensar que algunos profesionistas del sector público de la salud reciben una comisión por cada paciente que mandan a uno de estos laboratorios externos al hospital. De hecho, no es una casualidad encontrar muy a menudo negocios privados de insumos médicos, productos farmacéuticos y laboratorios, en los entornos inmediatos de los hospitales públicos. En todo caso, estos traslados de quien padece una enfermedad o traumatismo del servicio de urgencias a otras unidades o a laboratorios privados, participan de lleno en el proceso de vagabundeo ambulante.

A estos vaivenes erráticos sometidos a contingencias diversas, debe agregarse el traslado definitivo de un paciente a otro hospital. A partir de la experiencia que van teniendo con el ingreso de su familiar a urgencias, y luego sobre la base de la información que logran reunir respecto del padecimiento y su tratamiento, pueden desarrollar la idea de trasladar al enfermo a otro hospital. Para concretar tal eventualidad primero deben asegurarse de que el paciente esté estabilizado y quizá ocupando

una cama en un servicio especializado (que lo hayan subido “a piso”). Empieza entonces un tardado y laberintico proceso administrativo para preparar el traslado, proceso durante el cual se ha visto la importancia de contar con el beneplácito de las autoridades de uno o, mejor aún, de los dos hospitales. De manera general, los familiares tienden a movilizar su capital social (y económico) para que su enfermo reciba la mejor atención en las mejores condiciones. En otros casos, el conflicto abierto de la familia con el personal de enfermería y el personal médico puede arrinconar a aquélla a tomar decisiones drásticas como la de sacar a su familiar del hospital. Esta situación extrema obliga al grupo de parientes cercanos a buscar una mejor opción de acceso a la salud para el enfermo, opción que puede ser la de ingresarlo en otra unidad médica en la cual piensan que recibirá un mejor trato. Los familiares van construyendo un nicho de saber sobre un hospital o el otro a partir de su experiencia previa, su experiencia personal y la información relativa a la fama de determinada unidad médica. Este proceso acumulativo de información es crucial a la hora de decidir si van a pedir o no el traslado de su enfermo.

En suma, vislumbramos tres momentos en ese peregrinar del enfermo: 1) El traslado, 2) La necesidad de encontrar un hospital que lo admita en urgencias; 3) La decisión de cambiarlo a una mejor unidad médica (o ser atendido por un médico particular) después de un tiempo de haber sido hospitalizado sin resultados significativos. Estas etapas –por las que no todos los enfermos tienen que pasar siempre– muestran que la espera para ser atendido y la espera para curarse son procesos conexos e impredecibles.

LA ESPERA

Con el tiempo y la paciencia se adquiere la ciencia.

Refrán popular

Conviene examinar ahora tres aspectos conexos de esta espera multidimensional de los pacientes y sus acompañantes respectivos. El primero remite a la auto organización de los familiares para asegurar una rotación eficiente de quienes esperan en urgencias. El turnarse ofrece una ilustración concreta de la solidaridad familiar, pero también de los roles de género. El segundo aspecto abarca la dimensión económica de la espera, siguiendo el refrán “tiempo es dinero”. Los gastos que deben sufragar los esperandos²⁰ redoblan su desgaste físico y emocional. Finalmente, una tercera dimensión de la espera que se examinará a continuación es la representación social del hecho de no poder hacer nada. La inactividad impuesta por las circunstancias genera el equivalente a una muerte social.

La carrera de relevos

Una vez que el paciente ha ingresado al servicio de urgencias comienza para los familiares la organización de una rutina para turnarse. Salvo casos aislados en los cuales un sólo acompañante cumple con esta función, los familiares se van sustituyendo uno al otro. La persona más disponible y cercana al enfermo es la que generalmente inicia el proceso de espera para luego ser remplazada por otra. Con el tiempo sentirá la necesidad de ser sustituida, y entonces empezará el proceso de rotación. Este proceso lo llamamos “carrera de relevos”, aunque no se trate de una competencia entre equipos o familias. Sin embargo, asegurar la continuidad de la espera es una necesidad porque así lo exige el personal del

²⁰ Retomamos la categoría de “esperandos” (*attendants*) acuñada por el sociólogo español Martín (2009) quien, en su investigación sobre las filas de espera de los extranjeros para regularizar su situación afuera de las oficinas de migración de la ciudad de Madrid, mostró que existe un padrón general de las sociabilidades que se tejen entre estos usuarios (no ciudadanos) de la administración pública española.

hospital por un lado y, por el otro, responde a la misma necesidad de las familias. Es una carrera en la cual la actividad de quienes participan en ella consiste en no hacer nada durante determinado tiempo. Se trata de acoplarse al tiempo que pasa, al tiempo que marcan las manecillas del reloj. Quienes aceptan participar en esta carrera de relevos se someten a las exigencias de una espera a menudo larga, angustiante e incierta. Renuncian a las comodidades de su vida rutinaria para, en nombre de la solidaridad, apoyar a su enfermo. En muchos sentidos es una prueba de resistencia. Puede haber familiares que esperan afuera de la sala de urgencias de manera simultánea a quien está adentro, como los porristas rarámuris que corren al lado de su favorito durante las carreras de bola en las escarpadas montañas de la sierra tarahumara (Acuña, 2005, 2006). De cierta manera, los acompañantes que se encuentran afuera del hospital motivan a quien asume el compromiso en la sala de espera de urgencias, lo soportan y ayudan. En todo caso, esta carrera de relevos pone a prueba la paciencia y determinación de los participantes. Aunque mixta, es una prueba física y psicológica que asumen más voluntariamente las mujeres.

Dos son las reglas: un solo familiar en la sala de espera y su presencia las 24 horas del día. Un aspecto del fenómeno social de la espera concierne a los requisitos para acceder al servicio de urgencias. “Un sólo acompañante” es una regla que los policías aplican invariablemente en los hospitales públicos. Puede comprenderse que el principio de “un sólo acompañante por enfermo” responde a la necesidad práctica de reducir la afluencia en las salas de espera, a menudo no habilitadas para recibir a un gran número de personas. Permite más fácilmente mantener el orden, se ensucian menos las instalaciones y además se reduce el riesgo de propagación de enfermedades. Hemos sido testigos de que, en ocasiones, el enfermo que llega a urgencias va acompañado de muchos familiares. En entrevista, fuera del Hospital Dr. Manuel Gea González, la señora Magdalena nos reveló que los nueve hermanos acompañaron a su padre en estado de coma, y en las noches se turnaban para que se quedara sólo uno de ellos; en cambio, los sábados y domingos se juntaban cerca de 40 afuera del hospital, entre hermanos, cónyuges e hijos (entrevista a Magdalena, 48 años, 29 de noviembre de 2018).

Sin embargo, este comprensible *numerus clausus* instaurado por las instituciones de salud tiende a aumentar la vulnerabilidad de los enfermos y sus acompañantes. Estando presentes varios familiares en la sala de espera podrían sobrellevar la incertidumbre que genera el estar en esa situación y, en caso de inconformidad, ejercer una presión más eficaz sobre el personal del hospital. La espera es a menudo larga y angustiante, por lo que la separación de los familiares, entre el que se queda adentro y los demás que esperan afuera, puede verse también

como una estrategia para disciplinar a los acompañantes y fomentar una cooperación subordinada. Cabe señalar adicionalmente que en la práctica esta regla de admisión en la sala de espera suele ser violada merced al empleo de subterfugios. Engaños y sobornos permiten aliviar la soledad de quien está dentro de la sala de espera, al poder conversar cara a cara con un miembro de su familia. Dicho sistema de privilegios que distinguen entre sí a los usuarios de hospitales públicos, lo había encontrado el sociólogo canadiense Goffman (2001: 58-62) en su estudio de las “instituciones totales”. La interpretación de las reglas de admisión en urgencias por parte de los policías tiende a generar distinciones en el trato y, por ende, crear sujetos con derechos diferentes.

Al margen de los favores que pueden beneficiar a ciertos usuarios, hemos constatado que los esperandos pueden dividirse en tres grupos:

- Los acompañantes que, debido a la gravedad del padecimiento de su paciente, han obtenido un pase de 24 horas, el cual permite a uno de ellos ingresar y salir libremente de la sala de espera (pase que se prestan conforme se van turnando).
- Los familiares que esperan afuera del hospital y que pueden entrar solamente para hacer las visitas cotidianas a su enfermo —en los horarios que estipula el hospital— y aprovechar ese corto tiempo compartido para bañarlo. Según las unidades médicas, pueden ingresar de uno hasta cuatro acompañantes en esos horarios de visita, pero deberán turnarse para estar con él en el cuarto.
- Los acompañantes que esperan afuera, generalmente varones, y que dejan a miembros de su familia (mujeres las más de las veces) entrar a urgencias y estar en contacto directo con el enfermo. Suelen decir que “vienen para apoyar”, “para lo que se les ofrezca”, en el marco de una solidaridad moral y familiar con el paciente.

Se turnan. Tiene que estar alguien siempre mientras esté en urgencias. Debe de estar una persona las 24 horas. Entonces, en la noche, se queda uno. Entra a las 7:30 y se queda hasta mañana. Es muy pesado. Por ejemplo, mi familiar se quedó desde ayer desde las 8 y hasta ahorita que son las 12 todavía está ella hasta las 7 de la tarde, porque va a llegar la que va a relevarla en la noche, y como todos han trabajado (mis primos), por eso (entrevista a Sandra, 33 años, 11 de noviembre de 2017).

Pero esta capacidad de movilización de recursos humanos durante un periodo de tiempo excepcional, remite a la posibilidad de contar con más familiares voluntarios y que pueden dejar sus actividades cotidianas, incluyendo su trabajo.

De hecho, nos estamos turnando mis hermanos y yo, pero todos trabajan. Somos como cinco. De hecho, ahora que estuvimos en emergencias éramos como cuatro, pero como no pudimos quedarnos ahí, nos turnábamos para no dejarlo solo (entrevista a Patricia, 47 años, 27 de octubre de 2017).

Pues ahora sí que depende, porque si tienes mucha familia, se turnan. Pero si no, te chingas tú solo. Mi tía está enferma del riñón, entonces una de mis primas ya tenía tres días aquí y pues nosotros como somos pobres [...]. Mis otras tías tienen que trabajar y yo ayer falté al trabajo. Entonces pues ahora sí que hay que ayudar a la familia. Su hija ya tenía dos días, ella sola (entrevista a Guadalupe, 57 años, 10 de febrero de 2018).

A mayor grado de pobreza, mayores son las dificultades de los familiares para realizar esta carrera de relevos. Las obligaciones asociadas a las actividades asalariadas limitan considerablemente la flexibilidad de horarios de los trabajadores. Algunas entrevistadas nos revelaron que tuvieron que darse de baja en su trabajo para poder estar presentes en la sala de espera de urgencias. Incluso si logran conservar su empleo, los acompañantes hacen un sacrificio para cumplir con su obligación moral y su deber de solidaridad. Sacrifican la comodidad de su casa, de su rutina diaria, de sus comidas y horarios de sueño; ponen entre paréntesis su privacidad mientras esperan en el hospital. Esta carrera de relevos es mucho más agotadora para quienes no cuentan con familiares disponibles y dispuestos a ayudar. Es que esperar no se reduce a pasar horas sin hacer nada, el acompañante responde a las solicitudes de información e insumos por parte de las enfermeras. Además, están presentes en la visita cotidiana, hacen preguntas al personal paramédico y médico, manifiestan su cariño y solidaridad con el enfermo cuando están a su lado. También procuran y bañan a su familiar en el marco de la afición que le tienen, sustituyendo a las enfermeras.

Entonces si a ella le anda del baño hay que pasar a ayudarla para el baño o ponerle el cómodo, o si tiene pañal, cambiarle el pañal. Entonces, no me puedo retirar yo de aquí [...]. Por ejemplo, si a ella no le han dado de comer me llaman para irle a dar de comer. Entonces, yo realmente no me puedo separar de aquí. Tengo que estar aquí para que cuando vengan y me hablen... aquí debo de estar (entrevista a Ana, 43 años, 28 de febrero de 2018).

La carrera de relevos es entonces una dinámica familiar que moviliza sujetos y recursos con el fin de estar presente permanentemente en la sala de espera o bien afuera del hospital. Con el paso de los días la solidaridad intrafamiliar se va organizando y precisando, los turnos de guardia son programados, la información útil se comparte e incluso los acompañantes suelen ponerse de acuerdo para llevar alimentos a quien está de guardia. Se trata de una dinámica colectiva orientada hacia el

bienestar del paciente. Desde el exterior del hospital, aseguran el nexo con el enfermo o enferma, le ofrecen la seguridad de hablar con el personal —en caso necesario— y realizar trámites relativos a su hospitalización. Constituyen la reserva. Su sola presencia apunta hacia garantizar una buena atención a la salud a su paciente por parte del personal de la unidad médica. La carrera de relevos constituye una expresión social de la autoayuda al mismo tiempo que nos recuerda la desconfianza de los derechohabientes para con el sistema de salud. En efecto, el estar de guardia las 24 horas se ve casi exclusivamente en las salas de espera de los hospitales públicos, a menudo sobrecargadas, mientras que las salas de espera de los hospitales privados constan generalmente de una baja ocupación. En el primer caso, la supuesta gratuidad de servicios médicos ofrecidos al pueblo genera una amplia desconfianza, la cual es alimentada por los numerosos testimonios de errores médicos, mala atención, así como carencia de insumos y medicinas. En el segundo caso, el costo de los servicios en unidades médicas con buena reputación autoriza a los clientes exigir —y obtener— una atención a la salud de calidad para su familiar; los insumos que requieren se los cobran, y la información que les quieren transmitir lo hacen vía telefónica.

En suma, puede afirmarse que la carrera de relevos es un malabarrismo del tiempo ejecutado por los derechohabientes del servicio público para contrarrestar anticipadamente las carencias de las unidades médicas. Al mismo tiempo, es exigencia institucional el hecho de que haya un familiar por paciente presente las 24 horas, los siete días de la semana. Esta voluntad coercitiva puede interpretarse como una expropiación del tiempo de los usuarios del sistema de salud con visos de mantener su dependencia para con el Estado.

Gastos y desgaste

El tema del gasto de bolsillo que realizan los enfermos y sus familiares mientras están atendidos en unidades médicas del sector público, es de mucha relevancia porque está directamente relacionado con un determinado uso del tiempo. Ser atendido o, mejor dicho, esperar para ser atendido en un consultorio médico, constituye un paréntesis en la vida laboral de un trabajador o en las actividades domésticas de una ama de casa. El gasto de bolsillo para sufragar todos los gastos directos e indirectos relacionados con la atención a la salud impacta a las familias doblemente: primero, porque destinan un recurso al rubro de la salud y no a otros rubros —incluso gastos básicos—, y dos, porque mientras se trasladan, esperan, son atendidos e incluso hospitalizados, no generan ingresos. Los enfermos y sus familias se empobrecen. Al respecto, un

artículo del New York Times señala: “Una forma común de dejar de ser clase media es enfermarse de algo caro. Familias completas de clase media son arrastradas a la pobreza por un cáncer, una diabetes o un accidente de tránsito grave” (Ríos, 2020: s. p.).

En la Encuesta Nacional para la Salud (Ensanut) puede apreciarse el gasto ambulatorio por institución.

El cuadro 3 muestra que el gasto de bolsillo es un fenómeno recurrente cuando de atención a la salud se refiere, incluso cuando ésta es recibida en el sector público. Los datos son ilustrativos de una situación universal, pero referida solamente a una atención ambulatoria. Si nos enfocamos específicamente a la hospitalización en terapia intensiva u otros servicios, estos gastos de bolsillo crecen de manera exponencial debido a la duración de la espera de los familiares, la gravedad del estado de salud del paciente y porque a menudo el personal de salud suele pedirles la compra de insumos. De manera general, los gastos de bolsillo en México representan 41 por ciento del gasto total en salud (Health at a Glance 2019, 2019).

CUADRO 3
Gasto en atención ambulatoria
por institución que presta la atención (2018-2019)

	Porcentaje de usuarios que realizó gasto	Mediana del gasto en pesos
Gasto total	45.1	150
IMSS	3.2	400
ISSSTE	2.4	750
Servicios Estatales de Salud	18.9	250
Consultorio dependiente de farmacia	92	40
Médico privado	90.8	400
IMSS Próspera	11.8	390
Otras instituciones públicas	45.7	100
Consultas	42.4	100
Estudios de laboratorio y gabinete	43.5	500
Otros gastos*	61.1	50
Medicamentos	53.6	300

* Incluye los gastos de consulta, de traslado y otros gastos.

Fuente: Ensanut (2020: 61).

Asimismo, las personas que esperan en urgencias se ven obligadas a desembolsar dinero para sufragar gastos extraordinarios, o sea, gastos que en su vida normal no realizan. Esta espera en urgencias constituye un paréntesis en su vida como agentes económicos. Están obligados a no hacer nada mientras esperan la curación de su paciente. Durante ese periodo sus gastos crecen porque se encuentran fuera de su casa, y porque los que ejercen una actividad laboral dejan de tener ingresos o ven sus ingresos reducirse. Esperar es una pérdida de tiempo (aunque así no lo ven los esperandos, porque su prioridad absoluta es la salud de su familiar) y también una pérdida de dinero. Los gastos de transporte de ida y vuelta de los familiares que se van turnando, la compra de comida rápida y bebidas dentro o fuera del hospital, así como el pago para el uso de los sanitarios constituyen gastos que, para algunas familias, afecta su economía de manera significativa. Al respecto, el señor Joaquín nos confió molesto:

No, pues, los gastos han estado muy fuertes, bueno no tanto, sino el venir... Por ejemplo, las personas que han estado viniendo a verla, no somos de aquí, somos de Contreras. Taxi..., los que tienen carro, en carro, pagar estacionamiento. Esos weyes te cobran creo que 40 varos. [Señala a los franeleros]. No sé, nosotros venimos en moto, pero aun así la gasolina... O sea... Por ejemplo, anoche no pude ir a trabajar porque estaba yo aquí... Yo trabajo de noche, entonces anoche no fui a trabajar porque me retuvieron aquí. Ya iban a dar de alta a mi mamá ayer, pero me retuvieron que porque agarró una infección de principios de bronquitis. Por eso la retuvieron y perdí todo el tiempo y ya no pude ir a trabajar, o sea no hay problema, ya dices tú, pues, está bien. Pero ya si le echas lápiz es una lana ¿no? Ahorita por ejemplo mi día de ayer ya no me lo van a pagar... Y ahora sí que los gastos en ese aspecto sí han estado algo fuertecitos [...] (entrevista a Joaquín, 33 años, 18 de enero de 2020).

En función de la situación financiera de la familia y del número de miembros que se solidarizan, es como los acompañantes resienten el efecto económico de la hospitalización de su familiar en urgencias. No hay un patrón de conducta uniforme, y la percepción del impacto de los gastos varía de una persona a otra. Diferentes también son las implicaciones cuando el familiar debe ausentarse de su puesto en calidad de asalariado o cuando trabaja por su propia cuenta. No obstante, podemos afirmar que en la mayoría son mujeres, madres o abuelas, quienes esperan en urgencias; amas de casa que dejan de realizar sus actividades domésticas y cuidadoras. Una palabra que emplean con frecuencia para referirse al abandono temporal de estas actividades es “descuidar”. Se ven obligadas a descuidar su casa, y la atención de quienes en ella viven,

por cuidar a su paciente. Proveedoras de cuidados y cariño en el hogar, se ven obligadas a enfocarse de manera exclusiva a un sólo miembro de su familia, el más vulnerable. Y para las madres solteras y las mujeres que trabajan esta experiencia en urgencias como acompañante puede llegar a tener consecuencias económicas devastadoras.

Mi hija trabaja. Trabaja allí en La Paz y tuvo que pedir permiso una semana para venir a acompañarnos, para que yo me quede aquí para la niña. Y yo trabajaba de sirvienta allí en La Paz, este... pues tuve que renunciar. Renunciar allí para poder venir aquí yo. Allá en La Paz le mandé un escrito al gobernador de la Baja California Sur con toda esa inconformidad de ¿cómo es posible que tanto dinero que gasta el gobierno en otras cosas? ¿No puede mandar a arreglar los aparatos de la ciudad? Los aparatos para que la niña pudiera haber sido atendida allá, que le hubieran podido hacer la colonoscopia que ella ocupa y para eso nos mandan hasta acá. Son muchos los gastos pues... y nadie toma en cuenta todo eso (entrevista a Mariela, 49 años, 23 de octubre de 2017).

Conmovedor es este testimonio de la abuela materna de una niña que tuvieron que trasladar a la Ciudad de México para hacerle estudios frente a la imposibilidad de realizarlos en su ciudad natal, porque ahí los colonoscopios estaban descompuestos. Se vio obligada a renunciar a su trabajo para acompañar a su hija y nieta. En su caso, a la pérdida de su fuente de ingresos se sumaron los gastos de traslado de la península californiana al valle central de México. Su situación extrema ilustra el grado de dificultad económica que representa la atención en urgencias para quienes poseen un acotado capital social y familiar.

A los gastos personales que los esperandos deben asumir ya sea para trasladarse al hospital y para quedarse allí, se agrega lo que las enfermeras les piden para llevar a cabo la atención médica y los cuidados personales del paciente. Estos dos tipos de gastos se suman en una sola categoría que los economistas denominan “gastos de bolsillo”, lo cual se refiere a los egresos que tienen los usuarios del servicio público para tener acceso a la salud. En los hospitales públicos, estas solicitudes se han multiplicado en los últimos años hasta provocar un fuerte descontento entre los derechohabientes.

Pues, así en general,... [la atención es] regular porque a veces sí son doctores buenos y a veces muy groseros. Más las enfermeras; son más déspotas, son muy poco humanas, muy, muy groseras. Pero lo más preocupante de verdad, para mí, es que no tienen ni medicamentos para otorgarle a los pacientes. ¡Ya ni la chingan!... A veces ni un pinche paracetamol tienen... ¡Imagínate! [...]. Nos pidieron un medicamento que dicen que no tenían, lo cual se me hace un absurdo porque pues ellos deberían de tener el medicamento ade-

cuado y siempre tenerlo ¿no? Ah... y una férula que tampoco tenían y gasté pues como... 580 pesos en eso, más o menos. Sí fue un gastito fuerte (entrevista a María de los Ángeles, 69 años, 11 de enero de 2020).

El problema del desabasto de medicina en los hospitales públicos se ha agudizado a partir de 2019 con la reducción del presupuesto para el sector salud y el cambio de las reglas de operación para la adquisición de fármacos en los laboratorios.²¹ La carencia generalizada de medicinas en las farmacias de los hospitales públicos no solamente ha afectado a los sectores más vulnerables de la población enferma (los menores con cáncer y las personas con virus de inmunodeficiencia humana), sino que las familias de nivel socioeconómico medio y bajo se han visto en la necesidad de desembolsar dinero para comprar los insumos requeridos para la debida atención en urgencias de su enfermo. El señor Juan nos relató que había tenido una experiencia previa en el Hospital General Regional 2 y que la situación de desabasto de medicina no había sido resarcida.

Sí, [he tenido otra experiencia de espera en urgencias] con mi hija... También se fracturó el brazo hace un tiempo y aquí la trajimos. Pero ya sabemos que aquí es muy tardado. Sí dan la atención, pero hay que esperar bastante... Lo malo también es que luego cuando uno necesita medicamentos no los tienen y te inventan puras chingaderas... Esa vez, con mi hija, pues ella necesitaba que le pusieran gasas y vendas y eso... porque se fracturó, pero también tenía todo raspado el brazo y ni eso tenían a la mano... Y la verdad no fue un gasto tan grande... Pero, pues, dices tú, es algo que deberían tener y ni eso (entrevista a Juan, 45 años, 11 de enero de 2020).

De nueva cuenta, asocian el gasto que representa comprar insumos en farmacias del sector privado con otro problema encontrado en urgencias, en este caso, la demora para ser atendido. Las explicaciones del personal para justificar los diferentes problemas que impiden un acceso gratuito y oportuno a la salud no han sido satisfactorias para el entrevistado. Ve con desconfianza a médicos y enfermeras. Otro testimonio es ilustrativo respecto del contexto en el cual se da el desabasto de medicamentos:

Cerramos el año pasado con un problema parecido, sólo que esa vez se rompió un brazo un compadre mío, ahí de la familia. Y pasó lo mismo. En primera, no tienen medicamento, tú tienes que salir a comprar por afuera. En

²¹ Leer los reportes de la organización de la sociedad civil nosotrxs.org a través de su plataforma internet: “No al huachicol de medicinas”.

segunda, hay negligencia médica porque no te dicen bien qué van a necesitar los pacientes para determinado tipo de lesión, ósea, no te hacen ningún estudio y no te dicen lo que tienes... Es eso, es lo que está pasando y siempre ha sido así, te digo. Eso nos pasó en septiembre del 2019 y ahora en 2020 sigue igual. Y ves que iban a cambiar varias cosas en el IMSS y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y un montón de cosas que, la verdad, no han cambiado. Nada. Sigue todo igual de mal que antes (Gerardo, 53 años, 22 de febrero de 2020).

En este caso, junto con la denuncia de la carencia histórica de medicina en el hospital, el entrevistado menciona un problema recurrente que es la falta de información respecto del estado de salud del paciente. Si bien se abordará este punto más adelante (cap. 4. 3), podemos adelantar que la solicitud de material dirigida a los familiares se inscribe dentro de una comunicación a menudo escamoteada del cuerpo médico para con el público. Debe agregarse que esta solicitud de medicinas a las familias de pacientes ingresados en urgencias no les deja muchas opciones, pues se sienten con la obligación de conseguirlas y enseguida. La señora Carolina nos comentó lo siguiente:

No, bueno. Supongo que todo sería más rápido si compro las cosas yo. Ves que siempre se tardan un montón cuando te atienden acá. Además, nunca tienen medicamentos y siempre te andan dando largas siquiera para dárte los. Es mejor comprarlos por afuera porque sale más rápido para el alivio de mi hijo y para el mío también, ¿no? (entrevista a Carolina, 33 años, 23 de enero de 2020).

En el discurso de una parte de los entrevistados puede notarse una asociación entre la demora para ser atendidos y recibir información, y la carencia de medicinas. Al parecer, la no entrega de fármacos refuerza la idea de que el personal del hospital no quiere atender a los pacientes o lo hacen de mala gana. La distancia física y comunicativa que separa al público de los profesionales de la salud tiende a incrementarse cuando se pide a los familiares comprar los insumos para poder atender a su enfermo. Las palabras del señor Miguel Ángel entrevistado afuera del Hospital General Regional Núm. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), son elocuentes al respecto.

Entras a urgencias y te dicen que no hay medicamentos... Le digo, “oiga doctor me dicen que haga una cita para mañana a las 5 y media de la mañana para ver si hay medicamento que se le pueda dar”... Entonces, ya pasaron 24 horas y... aparte de todo esto, le digo, “doctor con todo respeto, dígame qué medicamentos se necesitan y yo mejor los compro en la farmacia”. Yo los tuve que comprar, efectivamente. Deja tú el gasto fuerte, lo molesto es que

si vas a una clínica del seguro social y que te digan que no hay medicamento... Son mamadas, y te tardan 3, 4, 5 horas ahí adentro y parado, pues creo que no es justo [...]. Al paciente no se le puede decir que no; sí lo atienden, porque ven la urgencia que es... Pero medicamento, te vuelvo a repetir... O que necesitan una prótesis o algo así... No te la dan... La tiene que adquirir uno mismo. Medicamentos, pomadas y todo eso, pues no lo tienen, el seguro social... Desgraciadamente, no tienen medicamentos (entrevista a Miguel Ángel, 57 años, 25 de enero de 2020).

La carencia generalizada de medicinas puede tener, para quienes están hospitalizados en urgencias, consecuencias fatales.²² De ahí, la movilización obligada de los acompañantes para surtir, en un tiempo corto, los insumos que el hospital debería de tener. La reacción negativa de los entrevistados frente a esta solicitud de las instituciones del sector público se debe a que es un fenómeno general. En algunos hospitales con carencias más agudas, no se limitan al pedido de insumos médicos y paramédicos, sino que incluso solicitan productos de higiene personal como jabón, champú, toallas e incluso botellas de agua. Los acompañantes que reciben estas solicitudes en realidad no tienen la posibilidad de decir “no”. No tienen opción. Deben atender estos pedimentos en el momento, aunque estén inconformes con ellos. De hecho, los esperandos están presentes las 24 horas del día en la sala de espera, literalmente atentos a lo que se les dice y lo que se les pide. Están a merced de las solicitudes repentinas de las enfermeras y de los médicos. En los hechos, los familiares no disponen del tiempo necesario para reclamar y denunciar este desabasto, por lo que se movilizan rápidamente para conseguir los insumos faltantes. Quieren la remisión de su enfermo por sobre las consideraciones organizacionales e institucionales.

Es de interés anotar que las personas mayormente inconformes respecto del desabasto de medicinas fueron los varones quienes, como jefes de familia y en su rol de proveedores, asumen la carga financiera de adquirir por fuera lo que el hospital les pedía. Son quienes están afectados económicamente por las carencias manifiestas, o supuestas, de insumos. Esta situación conduce a una parte de estos derechohabientes a reflexionar sobre el funcionamiento del seguro social a través de las aportaciones de los trabajadores y de los empleadores.

Sí, sí, sí, pues que surtan bien los medicamentos para los pacientes. Porque haz de cuenta, si no tienes la seguridad de que tienen un medicamento o

²² Tan severa es la falta de medicinas en hospitales que se creó el colectivo de la sociedad civil “Cero desabasto”. En su último reporte señala que la carencia de medicamentos fue dos veces mayor al año anterior. Véase *Expansión Política* (2022: s. p.).

la certeza de que te van a dar el medicamento, entonces ¿para qué están cobrando una cuota al patrón si no te están dando el medicamento que tú quieres? Al final, tienes que comprarlo por afuera (entrevista a Gerardo, 53 años, 22 de febrero de 2020).

Esta reflexión sensata remite al funcionamiento mismo del sector salud y los graves problemas que limitan el abasto oportuno y completo de medicamentos. El robo interno de medicina y equipos es una situación que ha sido denunciada públicamente en los medios masivos de comunicación y reconocido por la Auditoría Superior de la Federación.²³ En entrevista, un doctor generalista nos aportó las siguientes precisiones sobre una de las causas de este desabasto:

La verdad no me consta que haya doctores o enfermeras que se claven los medicamentos o inclusive los utensilios. Pero sí me queda claro y lo que sí me consta es que en las farmacias de los hospitales... los que están en ese sitio, puede que sí se lo roben o hagan por ahí una tranza. Vas a una cita, por ejemplo y te recetan algún medicamento... vas a la farmacia de la misma institución porque ahí está... y llegas y te dicen que no hay nada.

Entonces, la pregunta realmente es ¿qué se está haciendo con ese medicamento? Pero siento yo que no es el robo directamente por parte de los médicos ni las enfermeras porque ellos no tienen acceso a los medicamentos, es en el área de farmacia. Entonces si hay robo hormiga es por parte nada más del área destinada a surtir el medicamento (entrevista a Jorge, 60 años, 13 de febrero de 2020).

Respecto de los graves y perennes disfuncionamientos internos del sector público de salud, en su carta de renuncia a la dirección del IMSS, en mayo de 2019, Germán Martínez denunciaba: “la calidad y eficacia en muchos servicios del IMSS dejan mucho que desear”, y que “el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene retos, desafíos, extravíos y una enorme corrupción” (*Redacción El Universal*, 2019: s. p.). A pesar de la denuncia de las irregularidades y los delitos que se cometen dentro de los hospitales en perjuicio de los enfermos, esta situación perdura. Junto con un presupuesto insuficiente para el sector salud, estas pérdidas incrementan el gasto de bolsillo de los que menos tienen. Pone en aprietos a personas en situación de vulnerabilidad, derechohabientes del IMSS, ISSSTE y del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). “Les vuelvo a repetir, si uno viene sólo con la pura limitación... Entonces, ¿de

²³ La Auditoría Superior de la Federación cotejó la desaparición de más de cien mil medicamentos en los almacenes de cuatro hospitales, así como el hurto de costosos aparatos en diferentes hospitales públicos del país. Véase Arturo Ángel (2020).

dónde va a agarrar uno para que nos curen a nuestro paciente?”, pregunta una entrevistada de muy escasos recursos (entrevista a Laura, 62 años, 1 de febrero de 2020).

Cuando el enfermo está desahuciado y lleva varios meses hospitalizado, la situación económica de los familiares puede tornarse muy difícil. Incluso algunos llegan a endeudarse con tal de saldar la cuenta del hospital y los gastos anexos. Un señor de condición humilde que estaba esperando afuera de un hospital de la Ciudad de México nos confesó:

Uy, mi papá se aventó 4 meses en otro hospital. Ahorita lleva aquí 4 días, pero pues ya no hay nada que hacer. Entonces sí es muy difícil, más que nada los gastos y todavía necesitamos dinero para los gastos funerarios. Ya ha sido un desgaste tanto físico, psicológico y económico. Entonces ya estamos al límite... La verdad, no podemos... Y entre trabajar y nada más ser dos hermanos pues ¡imagínate qué difícil es! Y los dos trabajamos... (entrevista a Jacobo, 52 años, 13 de febrero de 2020).

Este testimonio da cuenta de las implicaciones económicas de la prolongación de la hospitalización de su padre en un contexto en el cual su vida y la de su hermano han sido trastornadas. Frente a la imposibilidad de repartirse gastos y responsabilidades entre los dos hermanos, las preocupaciones que se van acumulando les genera una gran ansiedad. La perspectiva de tener que sufragar gastos funerarios es difícil de aceptar aunque, debido al deterioro de la salud de su padre, es una situación con alta probabilidad de suceder. El fallecimiento de pacientes ingresados a urgencias o atendidos en terapia intensiva es un acontecimiento frecuente. En estos casos, el gasto de los acompañantes es muy fuerte.

Por ejemplo, el día de ayer a un muchacho se le murió su mamá, y el muchacho solo, sin nadie, sin dinero porque le pedían dos mil cien pesos para el traslado funerario, algo así. Le pedían eso, lo que cobra la carroza. El muchacho empezó a ofrecer su único medio de comunicación, su teléfono y vino la señorita de seguridad y lo sacó, le dijo que eso no lo podía hacer. Una señora le intentó, pues, aportar algo económicamente. Le estaba dando al muchacho cuando la señorita de seguridad se acercó nuevamente y le dijo que no, que eso estaba mal. Todos nos quedamos impresionados, pues la señora de buena voluntad le estaba dando algo al muchacho (entrevista a Verónica, 32 años, 16 de enero de 2020).

De nueva cuenta, este testimonio muestra que la institución hospitalaria, a través de su personal, en este caso la policía de entrada, no ayuda a los usuarios con más dificultades económicas como este joven huérfano de madre, sino que, a la inversa, contribuye en incrementar los obstáculos para resolver situaciones trágicas. Si bien no podemos

generalizar a través de un sólo ejemplo la experiencia de todos los que pierden un familiar en urgencias, gracias a los testimonios en torno a la atención en el área de urgencias y cómo testigos de que ciertos hospitales públicos brindan una mejor atención que otros, es posible aseverar que los trámites de gestión de un familiar fallecido y los gastos que implican el tratamiento del cuerpo del difunto tienen un costo que algunas familias difícilmente pueden absorber.

En suma, el gasto de bolsillo que genera la atención de una persona en urgencias en hospitales públicos es un fenómeno multicausal debido al presupuesto reducido para el sector salud, la falta de transparencia en la adquisición y distribución de medicamentos, irregularidades internas, la comisión de delitos como el robo de equipos, y la corrupción de algunos elementos del personal que labora en los hospitales. Además de la frecuente necesidad de adquirir por fuera insumos médicos y paramédicos, los acompañantes deben de hacer frente a gastos relacionados con su estancia en la sala de urgencias o fuera de ella. Estos egresos extraordinarios llegan a perjudicar gravemente la economía de los hogares. La capacidad del paciente de movilizar, a través de quienes lo acompañan, determinado capital social y familiar tiene una repercusión directa sobre la evolución de su capital económico. Hasta cierto punto, la inversión de recursos permite aumentar la capacidad de recuperación del paciente y evitar que la hospitalización dure excesivamente.

La pequeña muerte

El trabajo de campo nos ha mostrado que debemos diferenciar las condiciones de espera en función del capital social y económico del paciente, pero sobre todo de la distancia del domicilio al hospital. En efecto, la organización de la espera es muy diferente para quienes viven relativamente cerca de donde está internado su familiar, en la misma delegación, en la misma ciudad incluso, y quienes han viajado desde el extremo de la república mexicana para ser atendido en ese mismo hospital. En el primer caso, hay una mayor probabilidad para que el número de parientes voluntarios sea suficiente para organizar guardias con una alta rotación. Hasta cierto punto pueden ir a descansar en su casa, cumplir con sus labores domésticos, laborales y alimentarse correctamente. En el segundo, el enfermo está acompañado generalmente por sólo un familiar muy cercano (la madre, esposa o hermana del enfermo, la más de las veces), por lo que todo el peso de la espera recae en los hombros de esta última. La gente de provincia constituye la población más vulnerable; son los sujetos que más padecen los disfuncionamientos de los

servicios de urgencia de los hospitales públicos de la capital, incluso si logran movilizarse varios de ellos para asistir a su pariente enfermo.

Con el registro del paciente en admisión de urgencias comienza una nueva etapa para él, e incidentemente, para quienes lo acompañan. El enseñar su documentación del seguro y una identificación oficial, dar los datos de su acompañante, así como responder a las preguntas generales relativas a su padecimiento, constituyen el inicio formal de un “estado de excepción” en su vida, para retomar el vocablo de Agamben (2005: 14-15). Este estado de excepción constituye un paréntesis en su vida, una vida fuera de su cotidianidad. Se trata de un tiempo durante el cual los sucesos están dictados por las condiciones de operación del servicio de urgencias.

De forma voluntaria, aunque motivado por la necesidad de ver terminados sus padecimientos y recobrar su salud, el usuario del sistema hospitalario se pone enteramente en manos de la institución. No tiene más opción que aceptar todo en bloque o rechazarlo y marcharse. Se ve en la obligación de asumir las reglas del juego impuestas por la Secretaría de Salud, por el hospital y también las inventadas por el personal. Ingresar a urgencias es dejar tras de sí la libertad de movimiento, propia de la vida civil. Es abandonar por un tiempo incierto las rutinas que construyen el día a día. En otras palabras, es dejar de hacer cosas, para no hacer nada. Esperar en urgencias no es una actividad en sí, es más bien el efecto inducido de una serie de disfuncionamientos. Estar sin hacer nada que tenga que ver con su vida mundana, es meterse incondicionalmente en las manos de los médicos y enfermeras, del personal administrativo y de la asistente social. Esta aceptación no está libre de resistencias como lo hemos podido verificar en el trabajo de campo: al ingresar a urgencias no es cuestión de someterse totalmente a las reglas de una “institución total” como lo detalló Goffman (2001: 13), sino de aceptar lo que podemos designar como una “pequeña muerte”.

Por su parte, el sociólogo canadiense denominó “muerte civil” a ese estado en el cual el interno está arrinconado lejos de los suyos en monasterios, carteles militares, prisiones y asilos psiquiátricos. En el caso de urgencias, no se trata solamente de la identidad civil de quien ingresa, sino también de sus actividades laborales, sociales y religiosas las que pone entre paréntesis. Asimismo, se abre para él o para ella un periodo indefinido en su vida, un periodo incierto, desgastante e incluso traumático, durante el cual no tiene control de lo que sucede o deja de suceder. A la inercia, a menudo devastadora, de la institución se suman los ritmos impuestos por los exámenes que se dilatan por la imposibilidad de utilizar el material, por la carencia de personal médico y la gestión burocrática de los recursos humanos dentro de los hospitales.

Parte de estas reglas puede descubrirse a través de la distribución de los trabajadores en el espacio arquitectónico del área de urgencias (en la entrada, en admisión, en la oficina de *triage*, en el consultorio médico). En urgencias de los hospitales públicos de la Ciudad de México donde hemos ido, no hemos visto el otorgamiento de turnos con números. Una enfermera o ayudante de enfermería llama al paciente por su nombre sin apoyo de un micrófono, lo cual la obliga muy a menudo a repetir su llamado en salas saturadas de gente y con la televisión prendida.

Por ejemplo, su doctor particular de la clínica de mi mamá, es una persona muy grosera, muy déspota [enumera con las manos] que le ha hecho comentarios a mi mamá como: “si no está contenta, pues repórteme para que la cambien”... y pues para que le den el cambio de doctor es un proceso muy largo y no les hacen caso, entonces la gente mejor se aguanta y se queda con los mismos médicos (entrevista a María del Carmen, 59 años, 16 de enero de 2020).

¿Qué sucede? Que tú vas ya con esa tensión, que la traen vuelta y vuelta, que te la van a operar [...] y no lo hacen. Entonces llegas y te topas con ese tipo de gente y le dije [...], “Señorita conmigo no tiene por qué ser déspota porque yo vengo y le estoy hablando con educación, así que exijo que usted me dé educación”. “No, no vaya para allá”. Le digo no me hable así, sólo otórgueme la firma. “No, no te voy a dar nada”. Le digo “Bueno, entonces yo voy a pasar a reportarla porque yo no tengo por qué aguantar un trato con usted así; si usted no es feliz en la vida es problema de usted, no tiene por qué desquitarse con todos los demás y yo le estoy dando mucha educación”. Así como me doy la vuelta me dicen unas señoritas “Venga”. Me acerco y me dicen: “De verdad, vaya a reportarla porque [...] a todo el mundo lo trata igual y nadie la reporta; por eso no le pasa nada”. Le digo “No, yo sí la voy a reportar. Díganme en dónde, ustedes oriéntenme en dónde”. No pues en tal lado. Y sí fui y sí la reporté. Regresé y la actitud de la señora completamente diferente. “Ay, es que no había visto que si traía esto” (entrevista a Marcos, 37 años, 3 de noviembre de 2017).

Mire en el aspecto de los familiares. Uno se aguanta; recibimos los desaires del personal, pero si le brindan atención médica a nuestro enfermo nos tenemos que aguantar. Como han dicho: “ellos mandan”. Si mi familiar está evolucionando para bien uno se aguanta. Los doctores saben lo que es bueno y malo; sólo está en esperar en que le brinden la atención, ya que si a uno le regresan a su paciente, no sabríamos qué hacer, ya que no tengo conocimiento de cuidados. Entonces hay que aguantar, ya que nos dan esperanza de que nuestro paciente mejore [asiente con la cabeza] (entrevista a María Teresa, 60 años, 11 de febrero de 2020).

La resignación de las personas que están esperando en urgencias, su aceptación muda de tratos indignos –cuando los hay– por parte de los empleados del hospital puede explicarse por el hecho de que, para ellos, la única razón por la cual están ahí es encontrar la salud y sus limitadas condiciones materiales de vida que les impiden solicitar atención médica en otro lugar. En efecto, la carencia de recursos económicos para ser internados en un hospital privado, el ser derechohabientes del Insabi, IMSS e ISSSTE, los conducen a reconocer su posición en la parte inferior de la pirámide social. Preguntan, pero pocas veces reclaman y menos aún interponen una denuncia cuando están frente a una situación de negligencia médica. Están también los enfermos que ingresan a urgencias y contraen ahí una infección debido a las deplorables condiciones de higiene.

De hecho va a estar aquí [su abuelo], si es que todo sale bien. Por lo menos en lo que su tratamiento de antibiótico... Es que él entró por un coma hepático y adquirió neumonía. O sea, él ni siquiera venía por eso y ahora resulta que tiene neumonía y le están tratando con antibiótico. Y el tratamiento dura siete días. Aparte, él trae sus defensas bajas y es más probable que se haya contagiado por sus defensas tan bajas (entrevista a Carla, 27 años, 1 de febrero de 2020).

El testimonio de la madre de un paciente que fue mal atendido en el Hospital General Xoco es revelador:

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

Bueno, en una ocasión vino contraloría en la madrugada y me preguntaron que qué creía al respecto, si lo consideraba una negligencia. Y que si yo pensaba que lo era, tenía el derecho de demandar. Y me dieron un papel en donde venía el correo electrónico del licenciado. Me dijo que le llamara y que no me preocupara, que ellos no iban a decir quién llamó, y necesitaba que le mandaran un correo para que le explicara cómo estuvo la situación (entrevista a Yolanda, 48 años, 9 de febrero de 2018).

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

no interpuso una demanda. Al respecto de esta resistencia a confrontar al personal, una señora afuera del Hospital General Regional Unidad Médica de Atención Ambulatoria Núm. 2 del IMSS nos confesó: “Muchas veces la gente cree que si reclama algo va a repercutir en su paciente y por eso no dice nada” (entrevista a María Isabel, 46 años, 11 de febrero de 2018). Los acompañantes, entonces, están a la expectativa. No suelen desarrollar una conducta de resistencia, porque piensan que ésta podría ser contraproducente, así que optan en prioridad por una vía negociada para obtener el buen trato de su enfermo. A diferencia de la aseveración de Peneff (1998), de que “la fuerza de los pobres [enfermos] es su abnegación en la espera” (1998: 135), nos inclinamos a pensar que dicha renuncia es en realidad una desesperación mezclada de fatalismo. Preferen negociar que confrontar. La abnegación no sería una virtud social de los derechohabientes de las instituciones públicas de salud, sino más bien la consecuencia de su reducido margen de maniobra para negociar la pronta y total curación del enfermo.

Exaltado, un informante nos dio detalles sobre la mala atención que recibió su mamá en urgencias:

Entonces, por parte de mi hermano, siempre ha tenido seguro mi mamá. Pues no la querían atender que porque según estaba dada de alta con el número de mi papá; ahí fue donde hice la aclaración. Una semana pasó, cuando sí me quejé y ya me tenían hasta la madre a mí y a mis hermanos. Nos quejamos, de hecho, hasta levanté un acta en contra de un doctor. Por negligencia médica sí, exactamente. Venimos con un judicial y solamente con el judicial salió el doctor. Y dice: “si no aparece el doctor ahorita mismo levanto una orden de captura por desacato y por... negligencia”.

Luego, luego, salió el doctor. Oye tenemos una semana buscándote y no apareces cabrón, ¿qué onda? Lo que pasa es que no soy el único aquí. Me vale madre, tú eres el encargado y a ti te demandé, y aquí está el acta. Solamente así fue como dio la cara. Y ya le digo que qué onda. —¡Ah! Es que tu mamá... —Mi hermano la tiene asegurada. —¿Quién es tu hermano? —No, pues fulano de tal. Y ya fuimos a donde se registran y todo eso y ahí apareció. —Ay, es que esto no nos lo habían dicho. —Oye ¡no mames! O sea, en ventanilla me están diciendo que sí la tenían dada de alta con este número y aquí me dicen que no, por eso no la atendían. Tiene una semana mi mamá tirada en la cama y no son ni para ir a cambiarle el pañal... ¿Qué onda? (entrevista a Joaquín, 33 años, 18 de enero de 2020).

Asimismo, los acompañantes se organizan para procurar esperar sin desesperarse, se comunican oportunamente noticias del enfermo y la evolución de su estado de salud, cooperan si es necesario y se suelen apoyar con alimentos. Hasta cierto punto, los intercambios regulares

con los demás acompañantes alivian su pena. Interactúan también con personas desconocidas que están en la misma situación que ellos. Evitan cargar solos el peso de una espera incierta y angustiante.

¿Sabes qué es lo que pasa? Que cuando tienen tiempo conociéndose (15 días o tres semanas) se van como solidarizándose, o es parte de hacer un núcleo de tu propia pena. Entonces, se empiezan hacer la plática y se invitan cuando traen comida, por la misma necesidad de sentirse abrazado sin pedirlo. Es como un acuerdo en silencio, un acuerdo no acordado (entrevista a Leticia, 56 años, 7 de marzo de 2018).

Esta idea de un “acuerdo en silencio” se da cuando no hay una alta rotación de los familiares para estar presente en la sala de espera día y noche, y cuando llevan cierto tiempo esperando. Entonces, están reunidas las condiciones para que la superficialidad de los intercambios entre los usuarios del hospital pueda dejar lugar a gestos renovados de solidaridad. Los encuentros cotidianos, el saludarse, intercambiar e incluso compartir comida son muestras de empatía y simpatía entre quienes padecen la misma situación. Tienen en común la angustia y la incertidumbre. Además, como lo señala atinadamente Martín (2009): “La sociabilidad contribuye a contrarrestar los efectos negativos de los dispositivos de dominación. Sirve a los esperandos para apropiarse del sistema de normas de funcionamiento e integrarlo en sus propias prácticas” (2009: 50). Tejer lentamente una pequeña red de solidaridad entre quienes esperan es, efectivamente, una manera pacífica e inocua de resistir a la violencia inerte ejercida por la institución y el personal de salud. Si bien reconocemos que la duración del tratamiento médico varía en función del cuadro clínico, no obstante, el personal del hospital juega un papel determinante en cuanto a las condiciones de expropiación y uso del tiempo de los usuarios.

Debe mencionarse también el caso de los usuarios que se desesperan y renuncian a esperar más porque nadie los ha llamado.

A lo que se ve, está saturadísimo. Para la atención que se requiere pues no es la adecuada; se ve que llegan en terribles condiciones y los hacen esperar en la sala. Hay gente que se ha tenido que retirar sin la atención que se requiere porque no los llaman; nunca los llaman, nunca pasa, eso es lo que se ve allá dentro [...]. Llegó una señora, no sé si descalabrada, bueno no sé si se cayó o tuvo un accidente, pero descalabrada, allí estuvo sentada como dos horas en la sala de espera y nunca la llamaron. Ella fue una de las muchas personas que se tuvieron que ir por la falta de atención. La señora se veía terriblemente mal, ya estaba allí temblando, ya estaba vomitando, ya todo, y nunca la pasaron (entrevista a Marisol, 36 años, 17 de enero de 2020).

Este caso muestra que el umbral de paciencia de los usuarios no es infinito, y que todos no tienen la fuerza física para elevar la voz y exigir con firmeza ser atendido. De hecho, una parte de los enfermos ve su estado de salud empeorar debido al largo tiempo de espera. En la sala de espera individuos sanos y personas enfermas se mezclan. La sala de espera es también un velatorio para quienes ahí fallecen.

Una entrevistada que cuenta con varias experiencias en la sala de urgencias del Hospital General de Zona No. 1-A Los venados:

He llegado a ver, no es la primera vez, he llegado a ver que sí han fallecido personas aquí. Dentro de la sala, a mí sí me consta. Una vez falleció una persona al lado mío. Llegó su hija lo sentó y tenía el señor un dolor y así de repente nada más entró la hija y cuando salió, ya el papá estaba muerto al lado mío (entrevista a Alicia, 50 años, 9 de marzo de 2018).

De igual forma, otras entrevistadas manifestaron haber sido testigo de esta banalización de la muerte en las salas de espera.

Por ejemplo, que si hay mucha gente, pusieran más doctores. Yo soy de la idea de que deberían poner más doctores, porque si la gente no muere de enfermedad muere por la falta de atención. Ahorita vi a una persona que estaba llorando porque el papá falleció y yo solo pensé “pues, claro, todo el tiempo que tardan en atender a la gente, es lógico”. Aquí ayer hubo cuatro muertos y ahorita escuche que una señora estaba llorando. Es que no atienden como debe de ser, se supone que son urgencias. El día que llegamos nos dijeron que solo había tres doctores... (entrevista a Irene, 59 años, 16 de enero de 2020).

En síntesis, a la muerte civil que consiste en convertir al enfermo en paciente y despojarle de su autonomía y libertad, le sigue, en cierto número de casos, la muerte biológica. De esta manera, a través de la desposesión del tiempo de los enfermos, el hospital se presenta como el regidor de sus vidas durante el estado de excepción que constituye el periodo de hospitalización. La muerte civil debe, en principio, anunciar el renacimiento de la vida; es la condición preliminar para la atención a la salud, al menos que esta misma atención sea tan deficiente que conduzca, indirectamente a la muerte del paciente. En estos casos, las responsabilidades se evaporan al calor de las carencias de recursos humanos.

LAS PALABRAS Y LOS GESTOS

Ante el médico, uno sólo puede ser paciente.

Jorge González Moore

Conviene examinar ahora el tipo de relación que los diferentes grupos de trabajadores establecen con los derechohabientes sobre la base del trabajo de campo realizado y la consulta de fuentes secundarias. A través de los testimonios recolectados, hemos llegado a la conclusión de que existe un *habitus* gremial, el cual es más o menos coherente y coercitivo según las unidades médicas. A través de las quejas de los entrevistados, por un lado, y las justificaciones del personal incriminado por el otro, hemos podido notar la existencia de conductas estándar, las cuales caracterizan a un determinado grupo de trabajadores en los hospitales. Lo interesante de este descubrimiento no descansa en la posibilidad de generalizar nuestras conclusiones ni universalizar estereotipos, sino más bien en comprender cómo la espera de los enfermos y sus familiares constituye un fenómeno que se encuentra en la encrucijada de prácticas gremiales establecidas.

No hemos querido seguir la dicotomía tradicional entre el personal médico y el personal paramédico porque esta última categoría reagrupa una diversidad excesiva de trabajadores, diversidad que no permite un análisis fino de los diferentes *habitus*. Por lo tanto, organizamos nuestra reflexión en torno a tres categorías profesionales que son:

- El personal no médico, el cual reagrupa a los policías de entrada, al personal administrativo y de intendencia.
- El personal de enfermería que, según el organigrama oficial establecido por el Instituto Nacional de Cancerología, comprende desde los camilleros, las auxiliares y las estudiantes hasta la jefa de enfermería (Instituto de Cancerología, 2021). Aunque esta organización jerárquica varía en función de las unidades médicas –un servicio de urgencias no posee las características de un servicio de cancerología– permite comprender lo numeroso y complejo de las funciones que desempeñan, así como la existencia de una

especificidad propia de quienes laboran ahí en su relación con los pacientes.

- Los médicos, quienes constituyen una categoría por completo al ser los representantes del saber especializado sobre la salud y, por ende, quienes tienen un estatus superior a las otras dos categorías. Pero entre los médicos que laboran en urgencias existe, de forma similar al departamento de enfermería, una estricta jerarquía que va desde los estudiantes de medicina, los residentes y los adjuntos hasta el jefe de servicio.

Personal no médico

Los policías que guardan el acceso de urgencias son los primeros con quienes los familiares tienen contacto. Representan el orden y la autoridad en un espacio donde la gente va, con urgencia, a buscar una solución a sus padecimientos físicos. Merced a su actividad en los puntos de acceso, los policías parecen secundar al personal médico, controlando no solamente a quienes ingresan y su conducta, sino también el flujo de derechohabientes que acuden a urgencias cada día. La presencia de uniformados en los lugares de acceso de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) —a veces no son policías sino guardias de seguridad privada— remite a una voluntad omnímoda de control de los usuarios de los servicios públicos. Bellamy y Castro (2019) describieron en su artículo el acceso a urgencias en un hospital público de la Ciudad de México:

En campo, se observa que al policía en funciones se le transfieren poder y decisiones que no le corresponden. El policía no se limita a permanecer en silencio mientras vigila, o a hacer puntuales intervenciones como parte de sus funciones de vigilancia, sino que persistentemente amenaza, regaña y reprime a los pacientes y familiares. Varios ejemplos ilustran dicha conducta persecutoria: si algún paciente se recuesta en la banca por el cansancio o porque se siente mal, el policía ordena: “¡No, siéntese bien!”; si mandan a un familiar por algún alimento o medicamento y éste entra apurado, le grita y amenaza: “¡No corra, aquí —no se puede correr o la saco!”. Otras órdenes que atestiguamos fueron: “¡Ponga sus bolsas en el suelo porque las bolsas no se cansan!” (a una persona que las había puesto en una silla); “¡Quítese la gorra!”; o “¿A dónde va, caballero? No, no se puede pasar [...]”. El policía encargado de mantener el orden vigila a los pacientes y reprime sus comportamientos, ordena con la mirada para que se autorregulen y repetidamente pregunta a los familiares: “¿Quién es tu paciente?” (2019: 127-128).

Los policías tienen el poder de autorizar el acceso a urgencias o denegararlo. Al margen de las reglas que deben de hacer acatar, dejan curso libre a una autoridad arbitraria. Los policías se abrogan fácilmente la facultad de imponer reglas desde una interpretación personal y circunstancial de cada situación. Dos terceras partes de los entrevistados dijeron haber tenido que enfrentarse con oficiales “enojones”, “déspotas” y “malos”, cuyo trato es “pésimo”.

Mira, el problema que tiene la gente que viene es que los policías se creen médicos. O sea, tú traes a una persona de emergencia y ellos diagnostican si puede pasar o no puede pasar. Se supone que tú al traer un paciente es porque viene mal, viene enfermo, o sea, no lo traes a que se venga a pasear, a ver. No. Entonces los propios policías dicen: “No. No puede pasar, no trae nada”. Ha venido gente realmente grave, yo lo he visto. Por ejemplo, una vez vino un viejito, ya no podía ni caminar, era un dolor insoportable y por ellos no pasó (entrevista a Leticia, 56 años, 7 de marzo de 2018).

No obstante, muchos están de acuerdo en decir que la conducta de los policías varía según el individuo uniformado, ya que hay unos más “flexibles”, “humanos” y “comprensivos” que otros. Algunos entrevistados han señalado diferencias significativas de trato entre policías jóvenes y policías con mayor edad; a veces los primeros son más amables; en otros casos, los segundos. Además, puede haber diferencias en el trato entre los policías del turno matutino y vespertino.²⁴ (Llama la atención el uso de los criterios de rango de edad y turno para distinguir entre buenos y malos.) Si bien una parte de los entrevistados no externó quejas respecto de ellos –los mismos que consideran como buena la atención en urgencias–, otros nos confiaron su descontento y molestia.

Una joven, cuyo padre había fallecido en urgencias del Hospital General del IMSS, 2da. Zona, Troncoso, porque no había sido atendido debidamente, y cuya madre se encontraba internada, nos contó que le habían robado sus pertenencias en la sala de espera. En la mañana de la entrevista otra persona había sido también víctima del mismo delito, por lo que ella infirió que los policías eran cómplices de los ladrones, pues el filtro de acceso a urgencias es supuestamente muy estricto (entrevista a Alejandra, 24 años, 11 de octubre de 2017). Se han recabado otros testimonios de abuso de autoridad por parte de policías y también de soborno por parte de familiares que quisieron ingresar a urgencias para alcanzar un pariente que estaba ya en la sala de espera.

²⁴ Curiosamente la amplia variación de actitudes de un policía al otro, no fue registrada por Bellamy y Castro (2019) en su artículo.

Apenas hace dos días lastimaron a un señor. No sé si él pidió permiso para ir al baño o venía ya del baño, no lo sé. Y un policía lo empujó de la espalda. El señor estaba recién operado de la columna. Empezó a convulsionar en el suelo, y tardó más de veinte minutos para que le dieran atención (entrevista a Ana María, 49 años, 27 de octubre de 2017).

Aunque extremos, los hechos antes narrados se enmarcan dentro de un ejercicio de poder para decir “sí” o decir “no”.²⁵ Según las unidades médicas, a los policías de entrada se suman vigilantes de empresas privadas, quienes no llevan radio ni bitácora de control del acceso a las instalaciones, pero controlan las puertas de acceso y la entrada a los elevadores. En la sala de espera de urgencias del Hospital General Dr. Darío Fernández, por ejemplo, los dos guardias privados están también encargados de “liberar” los asientos que los familiares reservan al colocar sus pertenencias debajo de las bancas, mientras se ausentan para recibir el informe médico. Asimismo, ni los policías de la entrada de dicho hospital ni el personal más próximo a los esperandos quieren encargarse de esta tarea ingrata que suele generar tensiones con los usuarios de la sala de espera. Es menester agregar que los guardias son frecuentemente abordados por familiares respecto de los horarios y condiciones de acceso en la zona donde están atendidos los enfermos, por lo que, en los hechos, su función rebasa el único control de los accesos; los familiares, preocupados todos, están siempre ávidos de información.

Ahora bien, nuestra experiencia de trabajo de campo nos mostró que las secretarías que laboran en admisión tienen una relación limitada con los usuarios. Se trata de una interacción mecánica que consiste en la revisión de los documentos presentados y anotación de algunos datos complementarios. Respecto de los empleados en ventanilla, Martín (2011: 39) señala que

están divididos entre el repliegue sobre la norma administrativa y el involucramiento personal en una relación interindividual. El dispositivo [nuevo programa de atención a los usuarios] obliga al agente a adaptarse, a convertirse en una pieza del mecanismo y/o a protegerse de las presiones ejercidas a la vez por la jefatura y por la afluencia del público (traducción nuestra).

²⁵ Este poder policiaco sobre los cuerpos anuncia y refuerza el poder médico, ya que los policías de entrada operan libremente el control del acceso a urgencias, en coordinación con los responsables del área médica. Actúan sobre la acción de ingresar a la unidad médica por parte de los derechohabientes. En suma, es una relación de poder, tal como la definió Foucault (1988), es decir: “un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales y actuales, presentes o futuras” (1988: 14).

Más que al personal administrativo que labora en admisión de urgencias, esta reflexión se aplica a las Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (Taod), cuyo trabajo las expone a demandas múltiples y constantes de los usuarios, por un lado, y a las exigencias institucionales, por el otro. La implementación del sistema *triage* en urgencias de hospitales públicos fue acompañada de la presencia de una empleada en contacto directo con los familiares. Instalada detrás de un mostrador en medio de la sala de espera, tiene la difícil tarea de responder a todas las solicitudes; labor ardua e ingrata que consiste en fungir como enlace entre unos pocos médicos y un gran número de acompañantes angustiados. Informa y orienta, agiliza también la organización de las personas que esperan. Hasta cierto punto la Taod suplente a la trabajadora social (quien no siempre está en su oficina como lo pudimos constatar en varios sitios de observación) y complementa la labor de la secretaria de admisión, de los policías y de las enfermeras. En algunos casos, la Taod se encarga de dirigirse a todo el público para recordarle los horarios de entrega de informes y las reglas de convivencia en la sala de espera, como el no apartar asientos, no introducir alimentos, no tirar basura en el piso. Suele emplear los mismos modales que el resto del personal del hospital para dirigirse a los más necesitados, diciéndole por ejemplo “mami” a una mujer desesperada y “madre” a una anciana muy humilde. Aunado al uso de estos dos vocablos en sentido peyorativo, el tuteo familiar e indiscriminado de los usuarios refuerza la distancia simbólica entre quien tiene la información, ella, y quienes no la tienen, los usuarios. (Al final del apartado nos detendremos en este punto, pues esta forma de expresión verbal concierne también al personal médico.)

Dentro de la categoría de personal no médico con quien los usuarios de las salas de espera interactúan está la gente de intendencia. El personal de limpieza es el de mayor precariedad debido a sus bajos salarios y el trabajo que realiza, aunque esta labor beneficie a todos. Son responsables de mantener limpias las instalaciones con propósitos sanitarios y profilácticos, aunque carezcan a veces de los insumos para llevar a cabo su labor. Estos trabajadores, cuya labor es limpiar diariamente las instalaciones hospitalarias, se enfrentan al hecho de que no están inmunes a las dificultades ligadas a la presencia permanente de familiares en la sala de espera. Se ven obligados a levantar a todas las personas dormidas. En el Hospital Dr. Manuel Gea González, por mencionar un caso, limpian ese lugar a las dos de la mañana, por lo que despiertan a todas las personas que duermen en el piso y en los asientos, y los obligan a moverse afuera de la sala, en el frío de la noche. El personal de limpieza ha sido mencionado en varias entrevistas por estar malhumorado y mostrar un trato descortés con los pacientes que están en la sala de espera.

Sus precarias condiciones laborales y su incómoda posición abajo del escalafón pueden explicar, hasta cierto punto, una conducta vindicativa para con los usuarios del hospital.

Enfermeras

Al revisar la literatura especializada sobre enfermería, identificamos que tres son los tópicos abordados:

- la formación de las enfermeras,
- la cuestión de género dentro del gremio, y
- el estrés laboral al cual están sometidas.

Dejaremos de lado la cuestión de la formación profesional para interesarnos particularmente en la doble implicación de la feminización de la planta laboral por lo que hace a los médicos, por un lado, y al público por el otro. Además, la cuestión del *burnout* del personal en los servicios de enfermería de urgencias es crucial porque afecta directamente la salud de las profesionistas, así como su trato para con los pacientes y sus familiares.

En el mundo, la tasa de feminización de la profesión oscila entre 76 y 95 por ciento, lo que representa un promedio de 87 por ciento en los países del continente americano (Organización Mundial de Salud, 2020: 10). Sin entrar en detalles, podemos mencionar que este fenómeno histórico de sobre-representación de las mujeres en el sector de la enfermería se debe a su papel tradicional como cuidadoras, y su subordinación jerárquica con los médicos, varones en su gran mayoría. La enfermera se vincula directamente con los pacientes y sus acompañantes por lo que suele mantener un contacto regular con el cuerpo de los enfermos, mediante la aplicación de gestos técnicos. En el día a día de su labor interactúa con los pacientes. Pero no solamente eso, sino que a su vez funge como interfaz entre el médico, el enfermo y la familia. Dotadas generalmente de una mayor capacidad y facilidad de comunicación que los hombres —en este caso, los médicos— las enfermeras están llamadas a preguntar a la gente hospitalizada cómo se siente, contestar sus dudas, transmitir recados y, en la medida de lo posible, atender sus diversas solicitudes. Aunque no todas las enfermeras cumplen con esta encomienda social y humanitaria, como lo veremos más adelante, son ellas quienes, en principio, están permanentemente a disposición de los enfermos. Muchas son las expectativas que tanto la institución, como los médicos y el público, tienen de ellas.

Ahora bien, la enfermería en el servicio de urgencias de un hospital posee características específicas. El hecho de recibir nuevos pacientes

durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, tiene repercusiones sobre la rotación de los turnos y el cansancio acumulado. Atender de manera continua a personas que se presentan con muy diferentes tipos de patologías, generalmente de gravedad, tiende a someter al personal de enfermería a un gran estrés. “Eso es con lo que batallo, familiares estresados que me estresan a mí más” (entrevista a Michelle, 38 años, 20 de enero de 2020), nos confió una enfermera laborando en urgencias en el Hospital General de Zona No. 1-A Los venados. Si a esto se suma el número insuficiente de enfermeras en los hospitales públicos, sus bajos salarios, la presión de la jerarquía, así como la amenaza siempre latente de ser demandadas por negligencia, entonces las condiciones están reunidas para que sean sometidas a una enorme presión laboral. En este contexto, las enfermeras en los servicios de urgencias pueden llegar a tener una actitud no ética para con los pacientes, independientemente de su sexo y edad (los pacientes, recordémoslo, son todos vulnerables). El testimonio de esta madre de familia es revelador al respecto:

Pero como la niña se doblaba del dolor y estaba gritando mucho, la encargada de las enfermeras dijo que la niña era una farsante, que era una payasa, que le gustaba hacer drama y que la niña era, ósea que eran mentiras pues... que eran mentiras lo que la niña tenía que el dolor. Y este, y entonces esa mujer nos atendió muy mal, muy mal porque siempre estuvo... A todos los doctores que llegaban a atender a la niña, les decía: a esta niña, ni le hagan caso ¡he!, le gusta hacer mucho teatro y llamar mucho la atención; así a todos los doctores y enfermeras que llegaban a atender a la niña, y yo nomás la escuchaba (entrevista a Mónica, 30 años, 23 de noviembre de 2017).

Cualquier razón que haya motivado a esta enfermera para comportarse con acrimonia hacia una niña gravemente enferma, en todo caso, sus advertencias infundadas hacia el personal médico tuvieron efectos negativos para la pronta atención de la menor. Otro testimonio da cuenta de la impune indiferencia de ciertas enfermeras ante las necesidades de los pacientes.

Pues puras enfermeras, ahorita que ya está en piso ya la están atendiendo. Pero te digo, en urgencias, las enfermeras, no cuentes con ellas para nada. Le decía yo a una enfermera, oye es que mi mamá... [Joaquín simula caminar sin voltear a ver a nadie]. Se seguía, ni siquiera te volteaba a ver. Le decía yo a otra enfermera, oye es que mi mamá necesita... –Es que usted se lo puede cambiar, esa parte no me corresponde a mí. ¿Qué le corresponde entonces? –Pues es que eso usted lo debe de saber... –¿Cómo voy a saber a quién le corresponde, dime tú?... [se ríe] Tengo un gorro de mago ¿o qué?, ¿soy adivino?

Un señor que estaba ahí al lado de mi mamá le dice a una enfermera: “oiga pásame mi pato por favor, la esa madre para orinar”. Pues no, la enfermera ni lo volteó a ver. O sea, así de prepotentes son con la gente. Entonces yo agarro y se lo paso, no me cuesta nada... Y toda la gente aquí se queja de lo mismo, las enfermeras son prepotentes son déspotas, no te hablan, si te hablan es a la mala... No sé si sea porque les pagan poco o no sé si es porque no les gusta el trabajo, pero pues total si nos les gusta que se salgan y se vayan a vender quesadillas o no sé, otra cosa que les guste, porque si no les gusta su trabajo finalmente déjenlo, ¿no? (entrevista a Joaquín, 33 años, 18 de enero de 2020).

Este informante nos compartió su profundo rechazo por una actitud que describió como general, un *habitus* que deshumaniza a las enfermeras cuando precisamente la naturaleza de su trabajo las conlleva en respetar a las personas, ser amables y atentas. Esta indiferencia —que puede servir de máscara protectora— tiene consecuencias nefastas para los derechohabientes.

Por ejemplo, no le querían cambiar el pañal, le decías a las enfermeras joye mi mamá ya tiene el pañal sucio! Y te decían es que tú se lo puedes cambiar. Oye tiene rotas las costillas, tiene rotas las piernas ¿cómo la voy a manipular? ¡Prepotentes las pinches enfermeras, prepotentes hasta más no poder! Querías buscar al director de urgencias y nunca lo encontrabas, nunca. Y cuando lo llegabas a encontrar, te decía, es que eso es con las jefas de enfermeras. Ibas a buscar a las jefas de enfermeras y jamás las encontrabas tampoco (entrevista a Joaquín, 33 años, 18 de enero de 2020).

Con este testimonio vemos cómo la mala atención a la salud puede ser encubierta y, por qué no, solapada por la jerarquía. El rechazo de atender de manera cortés y oportuna a los pacientes, la cómoda negación para escuchar sus reclamos, son conductas que derivan en la rutinización de un quehacer inapropiado en un lugar donde las personas atendidas están entre la vida y la muerte. El transferir a los familiares la responsabilidad de cambiar y lavar a sus pacientes puede ser el resultado de la imposibilidad material de realizar estas tareas para el conjunto de pacientes que tienen a cargo, pero es posible también que ciertas enfermeras hayan construido una rutina laboral cómoda articulada sobre el desdén y la despreocupación.

Empero, ellas tienen en sus manos el poder de aliviar el sufrimiento ajeno, de brindar bienestar a los pacientes, aunque fuese pasajero. Y no se trata sólo de cumplir mecánicamente con los procedimientos técnicos apropiados, sino de aportar un poco de tranquilidad y felicidad a quienes están a su cuidado.

No, las enfermeras que están adentro... ¡Hay un enfermero que se porta bien lindo! Hace que se les olvide el dolor a los pacientes, porque les hace carilla, les platica... y las otras [enfermeras] no; están con sus caras que hasta a mí me enferman porque si yo estoy sana, nada más de verles sus caras hasta uno se siente mal. Ahora, ¡imagínese a los pacientes que las tienen que ver a cada instante ahí! Pues, es complicado (entrevista a Verónica, 32 años, 16 de enero de 2020).

Lo que nos compartió esta informante es lo fácil que es transmitir tranquilidad y confianza al público con el cual las y los enfermeros están en contacto. De hecho, la noción de servicio a los demás, debería de ser parte de los requerimientos para cursar la carrera de enfermería tal como lo planteó la pionera de la enfermería moderna Florence Nightingale, cuando estipuló que las enfermeras debían ser maternales, atentas y compasivas (Osses, *et al.*, 2010: 2). Pero al mismo tiempo debemos comprender que los servicios de enfermería se jerarquizan en función de los diplomas y la antigüedad ganada. De manera similar a lo que sucede con el cuerpo médico, las enfermeras se distinguen entre sí según el nivel que ocupan en el escalafón, y las más jóvenes que no han terminado aún sus estudios se ven obligadas a hacer las tareas más ingratas. Existen en los servicios de enfermería conductas regulares, pero no dichas, que reproducen la dominación de estatus.

[...] un letrero ahí que ya lo quitaron, a donde decían que la mitad de las enfermeras se ponían en paro porque no había medicamentos, no había soluciones, no había nada para que ellas trabajaran. Yo no sé si sigan en huelga las enfermeras. Obviamente, fueron las que ya tienen plaza, porque los que traen en friega son a los chavos, a las chavas, a los que están estudiando, son los que traen: “haz esto”, “haz lo otro”, “haz aquello”, “atiende esto”... (entrevista a Laura, 40 años, 27 de octubre de 2017).

El testimonio de esta persona, concedora del universo del hospital a través de las conversaciones informales que tiene con el personal de salud, alude a dos situaciones conexas, la primera se relaciona con las carencias (de personal, incentivos, material de curación,²⁶ camas...) que limitan seriamente a las enfermeras para realizar sus labores, y la otra se refiere al hecho de que estas carencias afectan mucho más directa-

²⁶ En un estudio realizado en una unidad de terapia intensiva del hospital de Veracruz, los autores concluyeron que: “la falta de insumos es la situación que más estrés les ocasiona en su ámbito laboral, ya que el personal tiene que lidiar con los problemas que esto genera, así como tener pacientes graves o que tengan complicaciones de salud y el equipo necesario no funcione” (León, *et al.*, 2017: 21)

mente a quienes están abajo del escalafón del servicio de enfermería. Asimismo, las condiciones externas adversas tienden a ejercer una presión constante sobre las enfermeras que laboran en los servicios de urgencias, pero dentro de éstas, las más vulnerables son las que tienen un estatus laboral más precario. A los imperativos dictados por la jerarquía interna del servicio de enfermería se suma el hecho de que los médicos son los que dan las órdenes.

Médicos

Con el fin de contextualizar brevemente la labor de los galenos en los servicios de urgencias conviene recordar que los salarios de los médicos mexicanos son los más bajos dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Todavía en este grupo de países, cada miembro del personal de salud en México debe atender el mayor número de individuos. Al inicio del presente libro, hemos presentado los valores estadísticos al respecto, las cuales permiten comprender la enorme presión social que los médicos deben enfrentar. En una situación de emergencia sanitaria como fue la pandemia de coronavirus (2020-2021), son ellos quienes han estado en primera línea a pesar de las carencias crónicas de medicinas, oxígeno, respiradores, equipo de protección y material de curación. “En México, hay 566 mil 875 trabajadores de la salud, de los cuales 228 mil 157 se han contagiado de COVID-19, y 61.9 por ciento son mujeres. Además, se han registrado 3 mil 471 defunciones en el personal de salud” (Llanos y Méndez, 2021: 1). En este rubro México ocupa tristemente el primer lugar de una lista de 18 países (Redacción Líder, 2021). Estas cifras oficiales –no definitivas– ilustran el peligro que el personal de salud ha tenido que sortear en el ejercicio de su labor. Al respecto, un médico urgentista dio el siguiente testimonio en su cama de hospital antes de que falleciera COVID-19:

Cuando inicié mis estudios de especialidad la vida cambió; aquella alegría de llegar temprano al hospital, atender con alegría desmedida se fue borrando por la sobrecarga laboral y las obligaciones académicas. Ya sabes, los pinches regaños, el que le caes mal al jefe o la jefa de residentes y ya valiste. Bien sabes o has escuchado que en esta formación solo triunfan los aguerridos, no los débiles. Yo, siempre he pensado que esto debe cambiar, pero a nadie le importa. Después de tres años de especialidad obtuve una plaza en área de urgencias, donde honestamente la sobrecarga laboral y la responsabilidad médica no son congruentes con el sueldo que te ofrecen; el sueldo es pésimo, las condiciones laborales son malas y el autoritarismo de los jefes hacen un

ambiente muy desagradable. Esto te orilla a buscar trabajo hasta en tres lugares para ir llevando los gastos de la familia.

Además, debo comentarte que la relación entre los pacientes y nosotros cada día es más violenta. Los pacientes llegan a exigirnos cosas que no dependen de nosotros, como medicamentos, sondas, catéteres o espacio quirúrgico para su familiar. Esto es problema del hospital, es un problema administrativo, lo cual comentamos a nuestros jefes. Su contestación es ¡si no te parece, renuncia!, ¡por eso te contrataste!, ¡dónde está tu ética! Esto me hace pensar que sólo somos trabajadores de la salud ahorcados por la institución, vigilados por consejos médicos, esclavizados por un sindicato que no nos representa; o sea, la medicina no existe aquí, ¡no puedes hacer tu profesión! (Casas, 2021: 53).

Estas palabras son reveladoras de lo que padecen los médicos que trabajan en urgencias, y más ampliamente, de los médicos que laboran en los hospitales públicos. Lidian con el estrés laboral propio de su profesión, un salario insuficiente, el autoritarismo de su jerarquía y la presión de los familiares debido a las carencias del mismo hospital. En esta investigación hemos podido comprobar que, de manera general, el número de doctores es insuficiente en los servicios de urgencias, pero esta ausencia es más notoria en unidades médicas ubicadas en zonas marginadas, los fines de semana y los días festivos. Así, una entrevistada nos reveló que en el Hospital de Tláhuac no hay médicos que atiendan por las tardes (entrevista a Sara, 26 de febrero de 2028). En los testimonios recabados, el tiempo de espera en urgencias en las noches se dispara de tres horas a más de nueve. Cabe mencionar que en los horarios y días más difíciles (de noche, los fines de semana), son más visibles los pasantes que los médicos titulares.

Ahora bien, podemos rastrear estas desigualdades en una repartición inequitativa del número de médicos por mil derechohabientes según la institución de salud pública.

Por cada mil afiliados, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuentan con 1.5 y 1.7 médicos, respectivamente, contra 3.0 médicos en el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). El personal de enfermería por cada mil afiliados al Insabi es 1.7 veces el número de enfermeras en el IMSS. El salario de un médico especialista A del Insabi es 3 veces y 2.1 veces mayor al salario percibido en el IMSS y en el ISSSTE, respectivamente (Llanos y Méndez, 2021: 4).

El Instituto de Salud para el Bienestar ha sido mejor beneficiado de la repartición presupuestal que los otros subsistemas del sector salud, lo cual ha contribuido a reproducir un sistema de salud desigual y

discriminatorio. Particularmente, la distribución inequitativa del presupuesto acrecentó las dificultades laborales de médicos que ya se encontraban a cargo de un elevado número de pacientes. El testimonio de una doctora es elocuente al respecto: “No nada más el paciente, sino los familiares son los que tenemos que tratar; que son difíciles ¿sí? Porque la cantidad de personal no es suficiente. Te digo, nosotros ahorita, por ejemplo, en domingo, somos dos médicos para 106 pacientes” (entrevista a Aimée, 38 años, 20 de enero de 2020). De ahí la importancia de un personal suficientemente numeroso e incentivado para buscar la salud y el bienestar de los enfermos.

Empero el cuerpo de los médicos es tan segmentado y jerarquizado como el de las enfermeras. En su investigación sobre la desigualdad de sueldos entre los doctores, Llanos y Méndez (2021) mostraron que existen diferencias significativas de salario según el grado de especialidad, el nivel en el escalafón, así como la ubicación geográfica de la unidad hospitalaria. Los niveles jerárquicos, en acuerdo con la antigüedad y el grado de especialidad, posibilitan el ejercicio de múltiples mecanismos de poder. “es que a los residentes los maltratan mucho los de primer nivel, los traen como si fueran de lo peor”, aseveró una doctora entrevistada afuera del Hospital General Xoco, cuyo hijo iba a empezar su especialidad en dicha unidad médica (entrevista a Patricia, 55 años, 25 de octubre de 2017). Esta informante conocía muy bien el lado oscuro de la jerarquía hospitalaria, y particularmente de los médicos, por ser ella misma miembro de la profesión.

Asimismo, los médicos de menor estatus son quienes padecen internamente las contrariedades de la jerarquía, y externamente la presión de los enfermos y sus familiares, ambos fenómenos que pueden acarrear deserciones, depresiones e incluso suicidios. Los investigadores Castro y Villanueva (2018) retoman el concepto *mertoniano* de “ambivalencia sociológica” para referirse a las formas de violencia que los médicos padecen, ya sea por parte de sus superiores, por la reglamentación que tienen que acatar, sus condiciones laborales, los relativos bajos salarios y las grandes responsabilidades, por las carencias materiales del hospital, así como por la presión que los enfermos y sus familiares ejercen sobre ellos bajo la forma de una exigencia permanente de información y resultados positivos. Por su parte, los médicos tienen la facultad de dar a la autoridad que poseen un carácter altanero, frío y coercitivo. Si así lo deciden, pueden mantener hacia los pacientes y sus familiares una hermética distancia, la cual constituye una violencia simbólica. En los servicios de urgencias de los hospitales públicos de la Ciudad de México hemos notado la existencia de un *habitus* médico que se perfila como una serie de conductas apuntando hacia recordar a los clientes del

servicio de salud el alto estatus del galeno y también mantener una distancia con el público –distancia más o menos marcada según los casos– para protegerse emocionalmente de toda implicación personal. Puede ser también un mecanismo de defensa en caso de una carga excesiva de trabajo, como lo comenta Pritchard (1992):

Cuando los médicos perciben que la carga de trabajo es excesiva, pueden poner barreras a la demanda: alargar el tiempo de espera para las citas; interrumpir las sesiones en horarios estrictos; mantener una alta tasa de reservas; o parecen tener prisa, todo esto fortaleciendo la creencia de que el tiempo del médico es más valioso que el del paciente, y los pacientes son una molestia (1992: 88).²⁷

Y el antropólogo inglés sigue con su reflexión:

La paradoja central es que los médicos, que se convencen de que son personas ocupadas sin tiempo suficiente, automáticamente pierden su autonomía de tiempo y la libertad que la acompaña. Al aceptar el poder de controlar el tiempo de las personas, pueden perder el control de su propio tiempo, siendo éste una fuente de poder (1992: 88).²⁸

Esta paradoja que, generalmente Bourdieu (2000a: 67-71) vio como el efecto de la dominación sobre el propio dominante, otorga una seguridad precaria al médico porque está basada en el resultado social y profesional de la imposición de sus tiempos sobre él de los pacientes. Aunque universal y generador de un efecto colateral, este patrón de conducta del médico hacia el paciente suele ser acompañado de una ausencia más o menos completa de empatía. Esta carencia, explicable pero no justificable, ha sido denunciado en varias entrevistas debido a sus efectos deletéreos, mismos que ensombrecen la imagen de los galenos.

La verdad aquí la atención es pésima, o sea tan sólo ahorita llegó un señor que no podía caminar con su esposa y el médico en lugar de ayudarle, nada más viendo... O sea, a nosotros también: trae el azúcar muy alto y en lugar

²⁷ Traducción del autor de la siguiente citación original en inglés: “When doctors perceive that the workload is excessive, they can put up barriers to demand –lengthen the waiting time for appointments; stop sessions at strict times; maintain a high booking rate; or seem to be in hurry –all building up the belief that the doctor’s time is more valuable than the patient’s, and that patients are a nuisance”.

²⁸ Traducción del autor de la siguiente citación original en inglés: “The central paradox is that doctors to become convinced that they are busy people without enough time, automatically forfeit their time autonomy and the freedom that goes with it. By accepting the power of control over people’s time, they may lose control of their own self time –itself a source of power”.

de que me den un código amarillo porque le puede dar un coma diabético, me contestaron: no, no tiene importancia. Y ella ya había venido ayer con el mismo problema y tenía el azúcar todavía más alto y ayer sí la pasaron a urgencias y ahorita no sé (entrevista a Carla, 27 años, 1 de febrero de 2020).

Debemos reconocer que varios son los testimonios que revelan un trato no digno de un doctor (ya sea hombre o mujer) en la oficina de *triage* y los demás consultorios. So pretexto de evaluar la gravedad del padecimiento, se tiende a menospreciar las declaraciones del usuario y limitar su auscultación a la toma de la temperatura y presión, con tal de descartar la atención del más grande número de derechohabientes. Sentados detrás del escritorio capturan la información en máquinas de escribir, o computadoras a menudo obsoletas, y dedican el tiempo de “auscultación” a llenar formatos para cumplir con el protocolo del hospital. Sus obligaciones administrativas parecen imponerse por sobre la evaluación del estado de salud de cada paciente. Este trato a los usuarios puede hacerse rutinario, porque no contraviene a las exigencias cuantitativas de la institución (horarios de atención, duración promedio de la auscultación, número de pacientes atendidos por día, etcétera). No obstante, la violencia médica —cuando existe— incrementa notablemente el estado de vulnerabilidad del paciente; paciente que los doctores “estabilizan” mientras esperan los resultados de los análisis (los cuales pueden demorar mucho). Se limitan a reducir su dolor y, hasta cierto punto, a mitigar la gravedad de su traumatismo y controlar el avance de su enfermedad. El paciente se encuentra entonces en un limbo: su vida ya no corre riesgo, pero no está tratado para recobrar su salud. Mientras que por un lado la sobrepoblación de enfermos que acude en urgencias tiende a reducir considerablemente la posibilidad de recibir una atención de calidad, por el otro no siempre existe la voluntad de parte de los médicos para comunicarse en buenos términos con los familiares, quienes suelen ser vistos como impacientes, indisciplinados, ignorantes y exigentes. Una doctora cubana, entrevistada en la clínica del IMSS Venados, explica:

[Hay que] educar a la gente porque mucha gente viene por una urgencia que no es urgencia ¿no? Urgencias, en teoría, es algo que pone en peligro tu vida y a veces vienen por una uña enterrada. Pues, eso no pone en peligro la vida de nadie, pero ocupan ya el espacio y tiempo de un médico y a lo mejor un paciente que sí tiene una verdadera urgencia se tarda más su admisión (entrevista a Rabiela, 44 años, 20 de enero de 2020).

Además, la culpabilización del enfermo es un mecanismo muy común que justifica *ex ante* una atención tardada, incompleta e incluso negada.

Se suele reprochar a los pacientes el no haberse cuidado o haber subestimado la gravedad de su padecimiento.

La comunicación del personal de salud con los familiares constituye un elemento cardinal de la atención a la salud. Ante la inexistencia de un intercambio regular y oportuno entre el médico y los familiares, las dudas se instalan. Y cuando las dudas tienen que ver con el estado de salud del paciente, éstas se convierten rápidamente en críticas.

Hay falta de información. Una doctora me dijo que mi abuelita necesita oxígeno. Entonces yo sabía que estaba enferma de los pulmones, pero no sé cómo se usa el oxígeno. ¿Cómo se hace? ¿Cuánto va a necesitar? Entonces lo que yo pedí es que me explicaran qué trámite tengo que hacer. La doctora me dijo que no necesito hacer trámite, que ella lo va a hacer. Yo llené la hoja. Luego les pregunté: ¿Cómo, quién me va a explicar? ¿Quién me va a enseñar? La doctora me contestó: Eso no se puede checar ahorita... Yo les pregunto: ya quiero dar de alta a mi abuelita, el viernes. Pero a falta de información no la saqué... Pero aquí yo siento que es falta de información de los doctores, que no se dan el tiempo para explicarle al familiar del paciente. Simplemente estoy pidiendo lo que me corresponde (entrevista a Isis, 33 años, 7 de febrero de 2020).

Esta comunicación no es una única iniciativa del médico, sino que la misma institución diseña las condiciones de posibilidad para ofrecer noticias periódicas a los acompañantes respecto del estado de salud de sus familiares. En entrevista, el director del Hospital General de Iztapalapa mencionó que se dan reportes médicos una vez al día, a las tres de la madrugada, “porque es un momento de menor afluencia y el personal es más disponible para dar informes”; pero personas entrevistadas en dicha unidad médica afirman que les contestan que “no está el doctor” o les ofrecen muchas excusas para no darles noticias sobre la salud de su paciente (entrevista a Inés, 55 años, 23 de marzo de 2018). Los informantes hacen mucho hincapié en la importancia de recibir, de manera oportuna, noticias respecto de la evolución del estado de salud de su enfermo. Una entrevistada nos dijo: “Gracias a Dios, al menos a nosotros, nos han tocado buenos doctores. Nos han explicado. Nos han dicho, o sea, realmente como está la situación de mi hijo. Y, pues sí” (entrevista a María Guadalupe, 48 años, 31 de noviembre de 2017). Este reconocimiento genuino de una buena atención a la salud es presentado como el fruto de una voluntad celestial, de una bendición divina, porque ella reconoce implícitamente que se trata de una situación excepcional. Interesante también es la importancia dada a la comunicación de los médicos con ella, comunicación que forma parte por completo de su apreciación de la calidad de la atención a la salud de su hijo. Basándonos en nuestra

observación etnográfica y el testimonio de informantes, la relación de los médicos con los acompañantes es crucial. Los familiares depositan en manos de los doctores la salud de su paciente y otorgan un gran crédito a su palabra. En el contexto de una atención en urgencias, la palabra del personal médico es susceptible de aliviar la angustia y reducir la incertidumbre. Al respecto, cuando el doctor Julio Frenk escribe que “el derecho a la salud está indisolublemente ligado al derecho a la información” (Donabedian, 1988: vii) tiene mucha razón, ya que la comunicación es fundamental en un hospital, pues es un lugar en el cual interactúan el personal que ahí labora, los enfermos y sus familiares.

EL NO-LUGAR

De tal ver, tal esperar.

Refrán popular

El espacio para esperar

La sala de espera es un espacio atípico. El primer término de esta expresión “sala” remite en realidad a un lugar en el cual convive cierto número de personas que comparten un propósito común. Antiguamente, en la entrada de las casas burguesas, a la sala le antecedía la “antesala”, es decir, este espacio reducido en el cual los visitantes eran conminados a esperar mientras el anfitrión se desocupaba. También llamado “recibidor”, la antesala era el lugar de llegada de las personas ajenas al hogar, el lugar donde los dueños las encontraban para, eventualmente, acompañarlas luego hasta la sala. En el ámbito de las instituciones de salud, la sala de espera es un espacio al margen, un lugar que no entra en ninguna categoría espacial conocida. Una sala para esperar es un lugar donde se congregan personas para no hacer nada, para no realizar ninguna actividad en especial. La duración de su estancia allí es incierta ya que están a merced de lo que les dice el personal de salud. “El espacio de la sala de espera se sitúa entre la consulta de médico y la entrada al centro. Constituye el punto intermedio entre la barrera administrativa de las admisiones y la búsqueda real de la resolución a una demanda (diagnóstico, tratamiento)” (Larrea y Plana, 1994: 72).

Ahí no se realizan trámites burocráticos ni tampoco se llevan a cabo auscultaciones médicas: es un *no man's land* de la administración de la salud. La sala de espera es un lugar impreciso de interacción entre el público, y entre el público y el personal que labora en el hospital.²⁹

De manera general, los contornos de la sala de espera son difíciles de discernir. Es a la vez un lugar prestado, un lugar de tránsito en el cual se mezcla una población heterogénea y flotante, y también un espacio

²⁹ Respecto de la sala de espera de urgencias como espacio de interacción. Véase García (2017).

de mediación entre la institución y los usuarios de la misma. La sala de espera pertenece *stricto sensu* al dueño del inmueble, pero también a quienes hacen uso de la misma: profesionistas/empleados y público en general. Se puede dar el nombre de “sala de espera” a este espacio próximo a la entrada, porque hay personas que regularmente se presentan ahí y esperan su turno. La presencia del personal de salud que regula el flujo de pacientes y mantiene el orden recuerda las condiciones de uso de este espacio. Son personas que fungen como mediadores entre quienes se presentan para ser atendidos y quienes atienden. Validan simbólicamente el cambio de identidad de los individuos, al pasar de ciudadanos a pacientes. La sala de espera “hace” a los pacientes, los inventa gracias—entre otras cosas— a la labor informativa de los empleados. Ni totalmente privado ni totalmente público, se encuentra en los intersticios de una interacción social codificada que pone en relación dos partes. La sala de espera antes de abordar un autobús, tren o avión y la sala de espera de un profesional de la salud (médico, psicólogo, dentista...) son expresiones de este juego de ocupación espacial en el cual está, por un lado, quien provee el servicio (y por ende quien asigna el lugar donde esperar y el lugar donde no) y, por otro lado, quien lo “consume”, o mejor dicho, lo usa. La sala de espera del hospital es a la vez propiedad del hospital, del Estado y, al mismo tiempo, el lugar de trabajo de quienes laboran en esta área. Un no lugar como la sala de espera no se hace solo: cuenta con la anuencia, no siempre explícita, de quienes, por su trabajo, permiten que sea lo que se dice que es. El personal de la salud realiza sus labores en función de la representación colectiva e institucional de lo que es una sala de espera de urgencias. La comunicación que tienen con el público refuerza este principio que norma la conducta de los pacientes: esperar. Se trata de la manifestación de una relación contractual entre dos partes en un espacio arquitectónico dado. La oficina de admisión de la sala de espera es el lugar único, exclusivo, en el cual puede celebrarse la contratación de una atención médica urgente.

En los hospitales, y particularmente en urgencias, la sala de espera se refiere a un espacio específico en el cual los enfermos esperan, aunque lleguen con un problema de salud posiblemente muy grave, que hasta una discapacidad duradera o la muerte les puede causar.

Cuando llegamos le dieron el color naranja. No dejamos que la hospitalizaran. Pensamos que se pondría bien y la llevamos de regreso a casa. Pero no mejoró. Entonces regresamos y esta vez le dieron color rojo. La internaron. Pero la tuvieron mucho tiempo sentada en la silla de ruedas y eso porque nosotros la trajimos, esa silla es nuestra. Nuestra familiar estuvo ocho días sentada en urgencias porque no había camas (entrevista a Isis, 33 años, 7 de febrero de 2020).

Este fragmento de entrevista muestra esta funesta paradoja de dejar a una persona mayor con problemas pulmonares esperar una semana sentada en urgencias. La existencia misma de una sala de espera en urgencias constituye una seria contradicción. La propia institución reconoce y asocia dos términos antagónicos “espera” y “urgencia”, por lo que anticipadamente advierte a los usuarios que tendrán que esperar a pesar del estado de gravedad en el cual se encuentran. Es una expresión semántica que remite a la lentitud burocrática, a su imposibilidad ontológica de movilizar recursos humanos al mismo ritmo que se presentan los pacientes. Asimismo, las instituciones de salud reconocen implícitamente sus limitaciones y carencias. El concepto de “cero espera” no existe, ni siquiera en los estándares internacionales del *triage*. La idea de una atención inmediata no forma parte de los principios de acción del hospital, aunque, en los hechos, puede llegar a suceder. Asimismo, la sala de espera de urgencias es una contradicción cuando de enfermos y heridos graves estamos hablando, y esta misma contradicción nos conlleva a reflexionar sobre lo que representa ese lugar.

Para conceptualizar a la sala de espera, conviene recurrir a la expresión de “no lugar” desarrollada por Marc Augé en su obra *Los no lugares. Espacios del anonimato*. El antropólogo francés describe a los no lugares como espacios que no se enmarcan dentro de la historia, ni tampoco son forjadores de una identidad. Son espacios anónimos, atemporales, creados para pasar de un lugar a otro, de un estado a otro. Para él, son espacios de tránsito que no pertenecen a nadie.

[...] un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar. La hipótesis aquí defendida es que la sobre modernidad es productora de no lugares, es decir, de espacios que no son en sí lugares antropológicos y que, contrariamente a la modernidad baudeleriana, no integran los lugares antiguos: éstos, catalogados, clasificados y promovidos a la categoría de “lugares” de “memoria”, ocupan allí un lugar circunscripto y específico (Augé, 1992: 81).

En estos espacios la interacción no es necesaria ya que los mensajes institucionales anticipan las preguntas y dudas de los usuarios. Los números sobre las puertas de los consultorios, los letreros que anuncian el límite de una zona y el inicio de otra área detrás de una puerta automática, las advertencias escritas en lugares visibles que norman las conductas, todos estos mensajes construyen el no lugar. La muy frecuente repetición de indicaciones sobre cómo comportarse, es decir, las expectativas del hospital respecto de la manera cómo los familiares y pacientes deben conducirse, refuerzan el orden simbólico de los roles. En este último se crean lo que puede denominarse “solitudes masivas”

en nombre de un tiempo evasivo. Se trata de un condicionamiento subliminal de los individuos para que puedan ser aptos a recibir el servicio que contrataron o el beneficio de sus aportaciones (como su cotización al seguro social o una póliza de seguro privado). De hecho, términos como “derechohabientes”, “beneficiarios”, “usuarios” e incluso “pasajeros”, indican una distancia simbólica para con el ciudadano quien es capaz de emplear su libertad para expresar socialmente su identidad. Los esperandos habitan un espacio sin identidad. “Los no lugares crean la contractualidad solitaria. ¿Cómo imaginarse el análisis durkhemiano de una sala de espera de Roissy?”³⁰, se pregunta Augé (1992: 98).

Además, este espacio tiene la particularidad de que quien está ahí pierde la posibilidad de ejercer un control, aunque mínimo, sobre el entorno; es el entorno institucional el que lo controla. Actividades y tiempos de los esperandos están a merced de una organización distante y hasta cierto punto invisible. En el caso del hospital, éste se vuelve para los usuarios una institución compleja y oculta, llena de misterios. El público adivina la complejidad de la organización que está detrás de quienes ven, escuchan y con quienes interactúan. A medida que se acumulan los días de espera, son capaces de descubrir los disfuncionamientos internos (si los hay) y discernir mejor lo que tiene que ver con la administración del hospital y lo que compete a cada uno de los trabajadores.

La existencia de la sala de espera se vuelve manifiesta mediante letreros, audios y mensajes de texto. Si bien ha habido experiencias exitosas de divulgación de mensajes relativos al cuidado de la salud en salas de espera (Grenier, 1975; Larrea y Plana, 1994), en la época contemporánea, en los hospitales públicos de la ciudad de México, las pantallas de televisión en las salas de espera sirven casi siempre a la difusión de programas populares de canales de televisión abierta. En contados lugares, como en la Clínica 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aparece una lista acotada de los únicos pacientes que se encuentran entre la vida y la muerte. En cada línea del cuadro en pantalla para todos los enfermos se repite exactamente la misma información en cuanto a su estado de salud.

El aprendizaje de datos elementales relacionados con la salud preventiva mediante mensajes audiovisuales no está considerado —en los hospitales donde hemos estado—. El ver de manera distraída programas de entretenimiento y telenovelas (por las múltiples interrupciones sonoras que caracterizan a las salas de espera y porque suelen manipular

³⁰ Roissy Charles de Gaulle es el aeropuerto internacional de París, uno de los más grandes de Europa.

al mismo tiempo sus celulares), tal vez otorga a los esperandos el sentimiento de adquirir un pedazo de humanidad. En el espacio de la sala de espera esta pantalla colectiva secunda las pantallas individuales de los teléfonos. Aferrarse a algo conocido, a un programa televisivo visto en casa, por ejemplo, puede coadyuvar a aliviar el dolor del anonimato, la separación para con el enfermo. Hace pasar el tiempo e, indirectamente, ver la pantalla los relaciona con los demás televidentes ocasionales presentes en su alrededor. El ver los mismos programas tiende a dar una continuidad a sus tiempos reduciendo la ruptura simbólica que marca su presencia en el hospital.

Cabe agregar que en algunas pocas salas de espera hay paneles de exposición de algunos órganos del cuerpo humano hechos presumiblemente por alumnos y alumnas de secundaria. Estas cartulinas coloridas buscan quizás reconciliar al público con el ejercicio de la medicina y lo maravilloso que es el cuerpo humano. También nos tocó enterarnos, en la sala de espera del Hospital Darío Fernández del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de la presentación de una obra de teatro sobre la salud preventiva, en el anfiteatro de dicha institución. Aunque la temporada había terminado, es dudoso que los familiares que esperan en urgencias hayan asistido masivamente a esta obra debido a la común preocupación en torno a la suerte de su respectivo enfermo.

A raíz de nuestra observación etnográfica y entrevista con personas esperando, podemos aseverar que las salas de espera de urgencias son “no lugares” porque no permiten la satisfacción de las necesidades elementales de los derechohabientes quienes se ven obligados a adoptar conductas de sobrevivencia para, por ejemplo, poder ir al baño, comer y dormir. Los esperandos son reducidos a comportarse como unos exiliados porque se ven forzados a habitar un lugar que no es su casa, con un mínimo de víveres y ropa, y deben convivir con personas que no son sus familiares. Han dejado de ser ciudadanos para convertirse en pacientes y acompañantes. Su estancia en el hospital es precaria, su futuro incierto. La amenaza de un desenlace trágico desmorona frecuentemente sus certezas. Surge entonces la idea de una intencionalidad detrás de esta serie de disposiciones y carencias que hacen más difícil la vida de las personas que esperan, ya que no podemos explicarlo en nombre del azar, de las coincidencias o del cumulo de contingencias. Hemos encontrado una situación similar en todas las salas de espera de los hospitales públicos en los cuales nos presentamos: se trata por lo tanto de una situación general, de un hecho institucional para parafrasear a Durkheim. Las salas de espera son espacios de tránsito entre un presente líquido

—aludiendo a la metáfora de Bauman— y un futuro incierto. Las salas de espera de urgencias son la expresión contemporánea de los “no lugares”.

Adentro

Dentro de una construcción más grande, la sala de espera es un lugar que por lo general conforma la entrada para el público. En nuestro trabajo de campo no hemos visto dos salas de espera idénticas: todas tienen características propias. Puede parecer curioso y hasta paradójico el afirmar que cada sala de espera de urgencias tiene una firma —un despacho de arquitectos responsable de su diseño y elaboración— y, al mismo tiempo, se observa que la función universal de estos espacios es despersonalizar a quienes lo habitan. El juego de comunicación y división de los espacios relacionados con el lugar principal privilegia siempre ciertas funcionalidades sobre otras. Los imperativos especificados por el cliente, acordes con la legislación vigente, así como la cantidad de recursos disponibles, son determinantes en el diseño arquitectónico de una sala de espera. La colonia en la cual se ubica el hospital es un factor de importancia también.

Asimismo, el diseño del volumen del cuarto de espera —como de los cuartos anexos— indica una jerarquía sobre el uso de dichos espacios. La oficina del jefe de admisión será siempre más importante y mejor aislada que la oficina de admisión con su ventanilla abierta al público. La coexistencia de los diferentes elementos (ventanillas, consultorios, puertas, asientos, baños) remite a una distribución de lo oculto y lo visible. El uso estratégico de los materiales industriales como los tabiques y la tablaroca permite preservar la privacidad de las consultas de valoración del *triage* y las consultas subsiguientes, cuando el empleo del vidrio autoriza ver lo que está detrás de la frontera de los diferentes espacios; hasta cierto punto, permite la comunicación de individuos en dos espacios contiguos. Pasillos y puertas sencillas o de doble abatimiento con mirillas, escaleras anchas y rampas de acceso para los camilleros, son módulos que los arquitectos ensamblan para responder a las necesidades del proveedor de servicios, en este caso el hospital. El tomar en cuenta la opinión de quienes experimentan quedarse en las salas de espera es susceptible de aportar nuevos elementos, como el testimonio de un número significativo de entrevistados que aseguraron que el frío se cuele durante la noche porque las puertas automáticas de la entrada de urgencias se abren constantemente con el vaivén de las personas. En otros casos, el calor que no se disipa durante el día (por la inexistencia de corrientes de aire o el disfuncionamiento del aire acondicionado) incrementa el malestar de los esperandos. Estos condicionantes arquitect-

tónicos han hecho de la sala de espera un no lugar, un lugar en el cual uno no quiere ni puede quedarse debido a que todo genera incomodidad.

Ahora bien, la sala de espera de urgencias es un espacio que puede multiplicarse según la lógica institucional en los diferentes servicios de un hospital general. En el Hospital General de Centro Médico Nacional La Raza, por ejemplo, existen varias salas de urgencias: una para mujeres embarazadas, otra pediátrica y otra para el público en general. En el hospital de alta especialidad de la Secretaría de Marina (Semar), el cual destaca por ser uno de los mejores del sector público, hay dos salas de espera, ambas limpias, con mobiliario moderno y plantas decorativas; la primera para quienes no son derechohabientes y la segunda para los marinos y sus familiares. En otras instituciones de salud de la Ciudad de México se impone una separación radical entre acompañantes y enfermos, como en el Hospital General de Zona No. 1-A Los venados, donde hay una sala de espera para pacientes y otra para familiares. Este aislamiento de quienes sufren enfermedades severas o graves traumatismos de sus acompañantes no solamente los vuelven más vulnerables, sino que los expone al empeoramiento de su estado debido a la frecuente carencia de personal para ayudarlos en sus desplazamientos. La superficie y disposición de las salas de espera varían según las unidades médicas; los asientos son a menudo incómodos y siempre en número insuficiente. Tan es así que los usuarios suelen reservar asientos con bolsos para edificar pequeñas “reservas egocéntricas” tales como las designó Goffman (1979: 47; 59). Incluso, los esperandos pueden buscar otras artimañas para apropiarse de un asiento.

Es una sala muy tranquila, aunque te diré que me han ofrecido dinero los demás acompañantes para que me salga y le dé un lugar a sus familiares, que ellos me llaman cuando digan algo de mi esposa. Pero están locos: ¿cómo voy a dejar a mi esposa sola allí adentro? Ahora sí que estaremos jodidos y lo que tú quieras, pero unidos, ¿no? (entrevista a René, 35 años, 29 de febrero de 2017).

Es común ver que una parte de los derechohabientes están parados, algunos logran recostarse en las paredes, y otros acompañantes cansados suelen sentarse en el piso. Con frecuencia pueden observarse niños pequeños jugar en el piso.

La saturación del espacio tiene, entre otras consecuencias, un nivel sonoro elevado, capaz de generar molestia en personas vulnerables debido a problemas físicos y cansancio emocional. No hay privacidad. Muy pocos son quienes utilizan audífonos. Los gemidos y quejas de enfermos que sufren mientras esperan ser atendidos recuerdan a todos que se encuentren en una sala de espera de urgencias. El volumen generalmente

alto de la televisión se suma a las conversaciones de los pacientes, la voz de quienes hablan por celular y las instrucciones dadas con un tono alto por el personal, ya sea para llamar a los pacientes por su nombre, recordar las conductas prohibidas, anunciar la hora de la visita de los enfermos en terapia intensiva o la obligación de levantarse para que se proceda a la limpieza del área. Esta “contaminación sonora” no contribuye al bienestar de los usuarios, sino todo lo contrario.

[...] el estar quedándonos una noche con el paciente es durísimo y más si te da un poco de sueño, dormirte en el piso eso es lo más fuerte para nosotros, aguantar el frío. Eso es lo más fuerte que vemos porque, pues, sí es muy duro estar allá adentro. Más para uno porque estar en el frío, dormir en el piso... ¡imagínese! Y en espera y con los niños, ¿Dónde los dejamos? Estás ahí y aquí con el niño, cuidando al niño sí, es muy duro todo eso (entrevista a Juana, 55 años, 1 de febrero de 2020).

Para los usuarios del servicio de urgencias existe una diferencia fundamental entre estar atendido (y esperando) en urgencias, y el estar hospitalizado. El paciente en urgencias se encuentra en la planta baja del edificio, relativamente cerca de la sala de espera. Una parte de quienes ingresan entre la vida y la muerte son colocados en terapia intensiva. Para ellos el pronóstico médico es reservado, y la posibilidad de sobrevivencia desigual, sobre todo si tomamos en cuenta los riesgos adicionales debido a la contracción de enfermedades nosocomiales. Tener a su paciente en urgencias significa para los familiares mucha preocupación respecto del diagnóstico, la gravedad del estado en el cual se encuentra y la posibilidad de que salga o no con vida. En ese “no lugar” ubicado estratégicamente en la planta baja de los hospitales se juega el destino de una parte de quienes ingresan. La incertidumbre de los acompañantes se redobra por las limitaciones impuestas por la frecuencia y duración de las visitas. Esta tortura psicológica que representa para los familiares el quedarse por largos periodos de tiempo sin tener noticias ni tener la posibilidad de ver a su paciente puede terminarse de varias maneras, ya sea porque fue dado de alta, lo transfirieron a otro hospital, lo ingresaron a un servicio especializado o falleció.

Esta penúltima opción ha sido mencionada reiteradamente como un alivio por parte de informantes cuyo paciente ingresó a urgencias en un estado muy grave. La expresión “subir a piso” escuchada un número significativo de veces da cuenta de un cambio positivo de situación tanto para la persona enferma como para los acompañantes. “Pero gracias a Dios no lo necesitó [oxígeno médico], ahora la pasaron a piso”, nos confió una señora mayor al referirse a su hija con neumonía (entrevista a Lidia, 77 años, 11 de enero de 2020). “Ya la pasaron a piso, apenas hoy”,

nos reveló satisfecho Carlos al quinto día de su espera fuera del hospital general Eduardo Liceaga (entrevista a Carlos, 50 años, 24 de enero de 2020). Subir a piso significa para los derechohabientes que su paciente ha evolucionado positivamente y que va a estar mejor atendido que en urgencias donde la falta de personal médico y el número elevado de enfermos retrasan la atención terapéutica. De hecho, las condiciones de visita de los acompañantes cambian ya que tienen menos restricciones que en urgencias para ver a su familiar y atenderlo. La hospitalización del enfermo en un área de especialidad tiene un efecto positivo sobre lo que llamamos la “carrera de relevos”. Se necesitan menos familiares para hacer guardia y estar en comunicación con el hospital. “Como ya está en piso, ya nada más me quedé yo y mi hijo. Yo relevé a su hija. Y ya yo me quedé aquí”, nos dijo una señora mayor satisfecha por este cambio de situación de su enfermo (entrevista a Andrea, 48 años, 25 de octubre de 2017). Casi todos los entrevistados —la gran mayoría mujeres— nos comentaron sobre el cambio a piso de su familiar después de haber permanecido varios días, ya sea en la sala de espera de urgencias, en los pasillos o bien en una cama en terapia intensiva. La expresión “subir a piso” debe ser entendida como un premio, como un avance positivo en la remisión del paciente y un mejoramiento concomitante de la atención médica. Es un premio porque no todos los enfermos y heridos tienen esa oportunidad, incluso después de varios días de estar en planta baja. “¿A piso? No, porque no hay camas, ni camillas de las que tienen... [inaudible] Todo está lleno, por lo mismo de que está bien saturado. Pero el servicio sí está un poquito mejor porque sí los están atendiendo. Aunque sea sentados, pero sí”, nos dijo la señora Silvia en la sala de espera del Hospital General de Zona 53 (entrevista a Silvia, 40 años, 20 de enero de 2020). Esta espera prolongada en urgencias debido a que no hay un número de camas suficientes en los diferentes pisos del hospital donde se encuentran las áreas de especialidad es una situación general propia del sector de salud pública. En entrevista, una doctora del Hospital General de Zona No. 1-A Los venados nos comentó:

Pues la sala de espera no la tenemos en este piso [tercer piso]. Eso sería una pregunta yo pienso que para urgencias. Pero, por ejemplo, aquí en este piso no hay espacio, o sea el día de hoy no hay camas vacías, entonces la gente que está en urgencias está esperando ingresar. Entonces es como el efecto dominó... Atrás, si en urgencias está lleno, pues los que están en espera no pueden pasar (entrevista a Celia, 44 años, 20 de enero de 2020).

A decir de muchos de los entrevistados, los sanitarios constituyen un tema aparte. Ingresar a urgencias solamente para ir al baño puede convertirse en un ejercicio largo y burocrático. En algunos hospitales,

quienes esperan afuera tienen la posibilidad de pedir un pase para ir al baño, dejando su credencial a los policías. Cuando no todos los sanitarios están en servicio, la cola se hace larga y el lugar se ensucia rápidamente. Grande es la incomodidad de los usuarios formados en estas filas. Durante la espera de los resultados de su paciente, también deben esperar para ir al baño. La espera se redobla. En entrevista, María del Carmen nos comentó:

Los baños están sucios. Por lo que he notado, tienen horarios y si su horario termina la gente de limpieza se va, y no piensan que hay gente que se queda toda la noche. Considero que deberían existir dos o tres turnos más para que el hospital se mantenga limpio a todas horas, ya que hay mucha gente. Pero no los hay, y eso perjudica el servicio (entrevista a María del Carmen, 59 años, 16 de enero de 2020).

Tan sólo los que estamos aquí en sala de espera, hay veces que ya, ora sí ya nos gana del baño y ellos nos hacen esperar un buen de tiempo. Que porque los lavan, que porque hay mucha gente, o se ponen miles de pretextos y la gente siempre está ahí. De hecho, a mí hace, como ocho días, ora sí que hasta me puse mal porque, de lo que me estuve aguantando, ya sabes, uno como mujer, infección en las vías urinarias (entrevista a Anaelia, 46 años, 7 de noviembre de 2017).

Afuera del Hospital General se encuentra un letrero que advierte: “No se cuenta con el servicio de sanitarios”, por lo que la gente se ve obligada a estar pagando para hacer uso de baños públicos o incluso hacer sus necesidades en las vías públicas por falta de sanitarios, lo cual genera una salubridad precaria en el lugar y el riesgo de contraer alguna enfermedad. El uso del sanitario público ocasiona un gasto extra para los acompañantes de los enfermos y a su vez un malestar para ellos al no poder utilizar el sanitario del hospital, como lo señala el señor Carlos:

Pues lo que gastamos es en baños, porque los baños de... o sea toda la gente que está acá afuera no puede entrar a los baños porque no lo permiten, entonces pues tiene uno que ir a buscar el baño principalmente, ¿no? No es mucho, pero de a seis pesitos o cinco pesitos y a cada rato vas, si te va pegando en tu economía, ¿no? (entrevista a Carlos, 49 años, 24 de enero de 2020).

En algunos hospitales los policías cobran a los usuarios externos para permitirles el acceso al sanitario de la sala de espera de urgencias. En otros hospitales se debe sobornar a los policías de la entrada con una torta y un refresco para que los dejen pasar al sanitario, según lo cuenta María, una señora de 69 años de edad esperando afuera del Hospital Regional 2 del IMSS (entrevista a María, 69 años, 11 de enero de 2020). En otros más, como en el caso el Hospital Dr. Manuel Gea González, los

policías se niegan rotundamente a dejar pasar a los familiares. Aunado a lo anterior, la ausencia generalizada de papel higiénico y jabón para lavarse las manos incrementa los riesgos de contaminación. Durante nuestro trabajo de campo en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, los plomeros que arreglaban el baño de hombres –fuera de servicio desde tiempo atrás– ensuciaban toda el área, lo cual daba un mal aspecto a la sala de espera saturada de gente esperando. Además, muy pocos son los baños que cumplen con los requerimientos normativos para facilitar el acceso de personas en silla de ruedas. En su gran mayoría, el uso de los sanitarios en las salas de urgencias representa un problema ya sea para los enfermos o para los esperandos. En estas condiciones adversas, cada acompañante va desarrollando micro estrategias para conservar una higiene corporal aceptable, parte fundamental de su imagen en público.

No, el lavabo no tiene agua para que te laves las manos. Tuve que comprar mi papel de baño, un jaboncito y mi agua para las manos, porque como estaba yendo ahí pues ¿cómo?... Y luego, día y noche. Incluso le dije a mi hermana, cómprate un jabón y papel de baño para ti, porque no hay cómo lavarse las manos ahí.

E2: ¿Y a usted le tocó ver que pasaran a lavar los baños? ¿O nunca lo vio?

Sí, sí los lavaban, pero había agua. Incluso una vez se quedó cerrado y nos turnamos para entrar en el baño de los hombres para poder pasar porque quedó cerrado el baño de las mujeres (entrevista a Fabiola, 37 años, 27 de noviembre de 2017).

Este testimonio muestra la molestia de una acompañante muy preocupada por el estado de salud de su hermano sedado a causa de un problema hepático grave y que además debe enfrentar una serie de dificultades prácticas en su estancia en la sala de espera.

Muchas fueron las quejas de la gente entrevistada respecto del acceso a los sanitarios y la limpieza de la sala de espera, la gran mayoría expresó una opinión desfavorable. Sin embargo, es menester señalar que en un mismo sitio de observación las opiniones recabadas fueron radicalmente diferentes. Nos tocó ser testigos del estado de suciedad deplorable de los baños, y en otro sentido, escuchar a entrevistados que nos aseguraban que estaban limpios o, por lo menos, más limpios que otros de una clínica en la cual habían estado. Una entrevistada defendió la ejemplaridad de la atención en un hospital en el cual eran visibles los estragos provocados por los disfuncionamientos organizacionales y las carencias de recursos humanos y materiales. “Sí, está bien acondicionado. Pero no está limpio porque nosotros mismos somos muy puercos. Una señora que estaba aquí adentro, por ejemplo, compra un garrafón

de agua y si está fría, se está escurriendo, y ¿qué pasa? Qué pasa gente y se hace lodo” (entrevista a Luciana, 46 años, 28 de marzo de 2018). Es cierto que la masificación del uso de sanitarios, en número siempre reducido, conlleva a problemas acumulativos de disfuncionamientos y falta de higiene. Si a esto se suma una sola limpieza diaria del piso, las condiciones están reunidas para transformar las salas de espera de urgencias en espacios sucios y contaminados.

En otro tenor, el mobiliario fomenta una estancia corta de los familiares. La sobrepoblación de personas (sanas y enfermas) aunada a un número reducido de baños y la ausencia de bebederos de agua potable y botes de basura, limitan los efectos higiénicos del aseo cotidiano, lo cual, de cierta forma, tiene un efecto sobre las condiciones de espera y la salud de los derechohabientes. Llama mucho la atención de que los dos elementos antes señalados (bebederos y botes de basura) no estén presentes en ninguna de las 14 unidades médicas en las cuales se realizaron observaciones etnográficas, ni que los entrevistados hayan hecho mención de ellos.³¹ Tal vez podríamos explicar su ausencia debido a un presupuesto exiguo, aunque varios elementos invalidan esta hipótesis. Tampoco se han observado distribuidores automáticos de bebidas y alimentos industriales. La presencia de una tienda de alimentos dentro de las instalaciones es un hecho aislado, por lo que la gente tiene la obligación, casi siempre, de traer su lunch a la sala de espera, o bien, de salir a comer a la calle. Cuando hay una pequeña tienda dentro de la sala de espera, los entrevistados nos han señalado reiteradamente que la comida es cara y de mala calidad. En todo caso, el hecho de tener que comer en condiciones precarias, sin una mesa para recargarse, refuerza el sentimiento de incomodidad.

Aunque varía el número de personas presentes en las salas de espera de urgencias, ya que son más numerosas de día que de noche, más numerosas el sábado y el domingo que entre semana, de manera general este lugar se caracteriza por el hacinamiento de los derechohabientes. Si bien hay excepciones dentro del sector público —como el Hospital Naval de Alta Especialidad—, los hospitales del ISSSTE, del IMSS y del Insabi reciben mucho más pacientes de los que pueden atender. Las salas de espera se asemejan a lugares de confinamiento. Afuera de la entrada de urgencias (cuando no hay servicios de urgencias especializados) y dentro de las salas de espera muy a menudo se congrega una gran cantidad

³¹ El hecho de que los entrevistados, hombres y mujeres, no hayan mencionado la ausencia de bebederos de agua se debe, muy posiblemente, al hecho de que este dispositivo es ausente en casi todos los espacios públicos e incluso en gran parte de los centros escolares del país.

de hombres y mujeres a la expectativa de una respuesta por parte del personal médico. La falta de recursos humanos explica esta situación,³² así como el hecho de que las familias se movilizan para acompañar a urgencias a la persona enferma o herida. Pero es menester agregar a estas consideraciones de orden institucional y organizacional, el tamaño reducido de las salas de espera (salvo excepciones) tiene como consecuencia el hacinamiento de los esperandos. Imperativos arquitectónicos y presupuestarios pueden explicar esta decisión de limitar las dimensiones de las salas de espera, pero no debe perderse de vista que un lugar en el cual siempre hay gente es un lugar solicitado, un lugar donde el personal trabaja de día y de noche, todos los días de la semana. En otras palabras, la presencia multitudinaria de “clientes” en los hospitales públicos sirve de indicador de que supuestamente el “servicio” ofertado es efectivo y siempre habrá personal para otorgárselo.

La presencia de una sala de espera, en caso de que esté vacía, cuestiona también la actividad propia del personal sanitario. Sin usuarios no hay asistencia. Así, una sala vacía puede ser valorada peor que una sala llena, dado que cuestiona el trabajo del equipo profesional del centro de salud, así como la racionalización del nuevo modelo sanitario. Cabe tener en cuenta que la institución prevé y configura la espera a través de la construcción de las salas. Puede reducir la espera, eso sí, pero eliminarla sería reformular la misma burocracia (Larrea y Plana, 1994: 68).

La producción institucional de una población cautiva cuya congregación en un sólo lugar hace manifiesta la realidad de la atención brindada, justifica la existencia misma del servicio de urgencias. La funcionalidad de un servicio de urgencias y el “rendimiento” de cada médico, se mide por el número de pacientes atendidos por turno. La presencia prolongada de los pacientes en la sala de espera es, ciertamente, un efecto colateral de esta voluntad no dicha de mostrar el renombre de la institución y de la atención brindada ahí.

Esta última ventaja se manifiesta sobre todo en la práctica generalizada (especialmente común entre los médicos con muchos seguidores) de sobre programar dos o más citas a intervalos muy estrechos para asegurarse de que los posibles retrasos de los clientes, o una racha de servicios rápidos, no dejen al servidor con tiempo ocioso (Schwartz, 1974: 845).³³

³² El mismo presidente de México reconoció que en el país hace falta 123 mil médicos para alcanzar los estándares internacionales. Véase Caso (2019).

³³ Traducción del autor de la siguiente citación original en inglés: “The latter advantage is most conspicuously instanced by the widespread practice (particularly common

En el caso de un hospital en el cual nadie acudiría a urgencias, este servicio rápidamente desaparecería. Para existir, necesita pacientes. Para mantenerse, necesita que haya gente esperando; de ahí, la solicitud de que por lo menos se quede un familiar presente las 24 horas. Puede aseverarse que la coexistencia de muchas personas en las salas de espera de urgencias y en los alrededores de las entradas de los hospitales es, quizás, producto de una voluntad institucional para demostrar la importancia de la labor realizada y, por ende, para solicitar más recursos para operar el año siguiente. La población flotante de los esperandos llega a servir como justificación para las autoridades para que éstas puedan solicitar recursos con el fin de asegurar el manteniendo de dicha unidad y, eventualmente, contratar más personal. Asimismo, lo que aparece a primera vista como un disfuncionamiento del hospital y el resultado de un cúmulo de carencias, puede ser visto también como el efecto inducido de una política institucional para mantener constantemente a una población cautiva de “consumidores” de los servicios médicos. Entonces, por un lado, las autoridades hospitalarias se aprovechan de un número elevado de personas atendidas para solicitar más recursos, pero, por el otro, el personal médico y paramédico selecciona de forma drástica a los pacientes para cumplir con los objetivos institucionales.

La incomodidad del mobiliario de las salas de espera puede interpretarse como una voluntad institucional para evitar que los usuarios tomen posesión del lugar. De esta forma se obliga a una alta rotación de los sujetos que esperan.

Afuera

No todos los familiares pueden ingresar a la sala de espera, debido a la regla de “un sólo familiar por paciente”. Asimismo, muchos son quienes se ven obligados a esperar fuera de este espacio exclusivo. Algunos familiares –hombres por lo general– optan voluntariamente por quedarse al exterior para estar libres de los efectos del aglomeramiento y de las reglas de ocupación del lugar. Pero la gran mayoría está afuera porque no ha tenido la posibilidad de entrar. La presencia rotativa de los acompañantes en los pasillos, estacionamientos para ambulancias o en las banquetas permite, hasta cierto punto, mitigar los efectos negativos del hacinamiento. Quienes esperan a la intemperie padecen las inclemen-

among physicians with a large following) of overscheduling setting up two or more appointments at very narrow intervals in order to ensure that possible delays on the part of clients, or a run of quick services, will not leave the server with idle time”.

cias del tiempo y además suelen correr riesgos por su seguridad. Por ejemplo, la sala de espera de urgencias del Hospital General Regional Gral. Ignacio Zaragoza, en la alcaldía de Iztapalapa, se encuentra al aire libre. Para la gente que está ahí día y noche es una espera difícil por los cambios de temperatura, factor que propicia que los familiares se enfermen. Pero eso sí, pueden fumar y hablar libremente por teléfono sin importunar a nadie.

Afuera de casi todos los hospitales públicos acampan familiares, ya sea en tiendas de campaña o bien al abrigo de sombrillas de playa acomodadas con lonas improvisadas. No es raro ver a personas que duermen en la banqueta envueltas en una cobija. A la insalubridad de las banquetas y los parques con la frecuente presencia de ratas y cucarachas se suma la inclemencia del tiempo y la presencia de maleantes. Durante la noche, padecer frío o lluvia afecta la salud de quienes esperan. “Sí, hay muchos enfermos. La verdad uno no se sale a la calle por la inseguridad que existe en esta zona, ya que considero peligroso estar deambulando en la calle esperando un paciente aparte de que hace mucho frío y también afecta nuestra salud” (entrevista a María Teresa, 60 años, 11 de febrero de 2020).

Las condiciones muy precarias de su estadía a la intemperie desmoronan su integridad como persona. Algunos informantes nos contaron que, debido a la inseguridad, no se atreven a ir a una tienda de abarrotes en la noche, tienda que se encuentra a sólo dos cuadras de la entrada de urgencias del hospital.

Durante una entrevista afuera del Hospital General de Zona 53, un hombre intervino en la conversación cuando abordamos el tema de la inseguridad, para reportar que vio cómo una persona que salía del hospital fue asaltada justo afuera de las rejas. Hay hospitales de la Ciudad de México cuyas inmediaciones son más peligrosas que otras, como es el caso del Hospital General de Iztapalapa y el Hospital General Xoco. Al respecto, la señora Juliana nos confió:

Por ejemplo, un chavo de 19 años lo asaltaron. Se puso en contra por su teléfono celular y es el que mantiene a su abuelita y se mantiene a él. Su abuelita se sentaba aquí a platicar conmigo. Ese chavo, le dieron 3 disparos en la pierna, en la mano y creo que en el ombligo. Total, que él requería como de 5 mil pesos para que lo operaran, para que le pusieran todo y dice la abuelita, “si no tengo ni para comer” (entrevista a Juliana, 27 de octubre de 2020).

Esta situación de inseguridad dificulta aún más el proceso de espera de los familiares. Esperar afuera del hospital resulta ser mucho más complicado en la noche que en el día porque es el periodo durante el cual el cuerpo necesita descansar. Al encontrar un reposo parcial debido

a un sueño entrecortado y el cuerpo doblado, los familiares se desgastan conforme pasan los días. No solamente se cansan cuando se prolonga esta espera fuera de urgencias, sino que son susceptibles de enfermarse.

Cabe recordar que durante la pandemia quienes esperaban afuera de los hospitales, y también en las salas de espera, estaban amenazados por contagiarse de COVID-19 (Pradilla, 2020). A las dificultades que viven como acompañantes se agrega el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Se ha multiplicado el número de acompañantes afuera de urgencias de los hospitales debido a que los responsables impusieron nuevas medidas para reducir aún más el número de personas que pueden quedarse en la sala de espera. La designación provisional de áreas de aislamiento para pacientes con sospecha de COVID-19 en urgencias de los hospitales públicos, o incluso afuera de éstos, buscó limitar el riesgo de contagio. Ejemplo de esto es la habilitación de la explanada del Parque de los Venados como “sala” de espera y lugar de pre-selección de los pacientes con el fin de aislar los casos probables de coronavirus. Las condiciones sanitarias e higiénicas de espera en la calle no permiten a estos grupos de familiares emplear siempre las medidas de distanciamiento social. La espera de día y de noche afuera del hospital presenta una serie de dificultades, incluso cuando encuentran la forma de dormir en la misma banqueta.

Al respecto, puede citarse el testimonio de María, mencionado por Bellamy y Castro (2019: 125), quien llevó a su mamá de 67 años a urgencias porque se había golpeado la cabeza. Esperó tres días en la sala de espera con ella hasta que fue atendida. Mientras, afuera del hospital, cinco familiares suyos “vivían” –según el término de la propia entrevistada– en una camioneta para no gastar en pasaje. Se turnaban durante las guardias diurnas, nocturnas y para comer. Su vehículo pasó de ser un medio de transporte a fungir como cuarto y comedor. Aunque improvisado y precario, este “albergue” rodante los protegía de las inclemencias del tiempo. Afuera de ciertos hospitales patrullan franeleros que cobran por cada vehículo estacionado en la calle, amenazando a los conductores que se resisten a pagar. Es una forma de extorsión muy común que ha sido combatida por las autoridades de ciertas alcaldías con la instalación de parquímetros. Pero no todos los esperandos cuentan con un vehículo propio. Algunos acompañantes que vienen de provincia solicitan el apoyo de parientes que moran en la capital para hospedarse, aunque generalmente se sientan con la obligación moral de estar presentes en el hospital las 24 horas.

Para los familiares de pacientes graves internados por un largo periodo en hospitales de especialidad de la Ciudad de México y que no cuentan con recursos para ir al hotel o rentar un cuarto, existen asocia-

ciones como Por un hogar, Familiares y Amigos de Enfermos de la Neurona Motora A.C. y la Red contra el cáncer, que proporcionan albergue con condiciones ventajosas de alojamiento.³⁴

En suma, el espacio de afuera (de la sala de espera) es un espacio múltiple y abierto. Puede ser cualquier pasillo, el estacionamiento de ambulancias, fuera de las rejas de entrada del hospital, la banqueta, un camellón o un parque. Es el espacio público que bordea la entrada de la sala de espera. Poder sentarse es una comodidad que muchos acompañantes anhelan. A veces consiguen un reducido espacio para sentarse en las escaleras de entrada o el estacionamiento de las ambulancias. Así que el afuera de la sala de espera no siempre corresponde al afuera del hospital y, en este intervalo entre la entrada y la sala de espera de urgencias, se suele constituir un *no man's land* de la espera. Los acompañantes esperan sin ser considerados nunca como tales, porque en admisión se registran los datos de un sólo familiar por paciente. Según los casos pueden estar presentes también enfermos en camillas, sillas y hasta sentados en el piso. En este *no man's land* de la espera, pacientes, acompañantes y guardias suelen convivir. Los casos comprobados de infección dentro de los hospitales (como el de La Raza, por ejemplo) han demostrado no solamente el colapso del sistema de salud sino, para lo que nos concierne, la porosidad de las fronteras entre enfermos y sanos, entre el adentro y afuera de la sala de espera.

³⁴ Esta lista no es exhaustiva debido a que las actividades altruistas de la sociedad civil se van enfocando en un hospital específico o para familiares que provienen de una determinada entidad federativa. Véase Varela (2011).

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación ha mostrado que el hospital es una institución cuyo poder se expresa, entre otros, en determinar quién es sano, quién está enfermo, quién lo está gravemente y quién no.

Esta estructura vertical, al confluir en el paciente, supuesto beneficiario de la institución, produce un fenómeno que podríamos denominar “inversión de la relación de servicio”. En un primer momento, el hospital se postula al servicio del enfermo, en un segundo momento es el paciente quien se encuentra a disposición del hospital (Crivos, 1988: 136).

Este punto es de fundamental importancia, pues al ingresar al hospital ya sea vía urgencias o en consulta externa, la persona enferma se ve reubicada en la categoría de los “pacientes”. En el presente estudio hemos visto las consecuencias que conlleva esta asignación institucional de una categoría cuyos integrantes, en principio, se benefician de la atención del cuerpo médico y, en su caso, del material especializado disponible en el hospital. El paciente tiene los derechos que le confiere la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución pero, sobre todo tiene las obligaciones propias de su condición de enfermo tratado en una unidad médica. (Una de las tareas de los avales ciudadanos es precisamente la de recordar a las personas hospitalizadas todas sus obligaciones).³⁵ Convertirse en paciente es aceptar una despersonalización que despoja a hombres y mujeres de su identidad. Para los administrativos son un número de expediente y en el mejor de los casos un apellido. Para los médicos y enfermeras los pacientes se distinguen entre sí por el número de cuarto, número de cama, o bien, por su patología. En urgencias y en los demás servicios hospitalarios dejan de ser quienes eran antes de ser atendidos. Al recibir un tratamiento médico y quirúrgico, aceptan desaparecer detrás de un número o una enfermedad. Es una “muerte civil”. Esta deshumanización cuyas expresiones varían de un hospital al otro, de un servicio al otro, no deja de afectar la integridad psicológica del

³⁵ Los avales ciudadanos son personas u organización civil con representación social, prestigio y credibilidad entre la población, facultada para visitar unidades de salud y avalar las acciones en favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo. (Según la página oficial de la Secretaría de Salud.)

enfermo quien suele desarrollar mecanismos ocultos para resistir a esta denegación institucional de su existencia, como por ejemplo el no poder mantener una relación estrecha con sus familiares.

Ahora bien, el tiempo de espera es una variable fundamental para entender la experiencia de los familiares de enfermos que ingresan a urgencias y, de manera más amplia, de quienes acuden a las unidades médicas del sector público.³⁶ La duración, a menudo larga e incierta, de la espera de los acompañantes en hospitales públicos de la Ciudad de México es una causa mayor de angustia y desesperación.³⁷ Viven en una incertidumbre total. No saben si su enfermo saldrá con vida ni cuándo estará dado de alta. Si bien por un lado existe una dificultad propia de la ciencia médica para pronosticar la evolución del estado de salud de los pacientes (muchos de ellos contraen incluso enfermedades nosocomiales durante su estancia en el hospital), por el otro, los testimonios recabados arrojan una atención de regular a deficiente para quienes se presentan al servicio de urgencias; un número reducido de médicos; la carencia de material especializado (o de suficientes equipos funcionando), así como una falta generalizada de camas disponibles; factores todos que alargan la estancia de los enfermos y sus familiares, perjudicándolos. En cuanto a la comunicación del personal médico con las familias es frecuentemente esporádica (cuando no es nula), lo cual contribuye a incrementar la vulnerabilidad de las personas que esperan, siendo en su inmensa mayoría derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Insabi pertenecientes a los sectores medios y bajos de la sociedad. En una mejor situación se encuentran los hospitales de especialidades de tercer nivel que reciben a pacientes de toda la república; pacientes recomendados cuya estancia es, por lo general, de larga duración.

Pudimos notar en las entrevistas que las personas decían: “pertenezco al hospital tal”, “la clínica equis que nos corresponde”. Manifestaban, asimismo, la idea de una pertenencia a una unidad médica; idea deri-

³⁶ Esta aseveración ha sido verificada durante la pandemia de *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19 por su acrónimo en inglés) (2020-2021) ya que esta sucesión de esperas por parte de los enfermos y familiares ha tenido frecuentemente consecuencias catastróficas: esperar para ser diagnosticado, esperar para ser atendido, esperar para ser ingresado, para recibir oxígeno, esperar para recibir la noticia de defunción e incluso esperar hasta 8 días para cremar al cuerpo del difunto. Véase AFP (2021).

³⁷ Sería interesante comprobar, en otro estudio, que en los hospitales privados hay mucho menos afluencia en las salas de urgencias que en los hospitales públicos, que después de pasar a caja la atención es generalmente rápida, y luego los familiares no tienen la obligación de quedarse a esperar las 24 horas porque les pueden llamar por teléfono para comunicarse con ellos.

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

Ahora bien, no es falso afirmar que la relación entre el personal del hospital y los familiares es una relación de poder mediatizada por la institución, en la cual cada parte desarrolla una serie de estrategias para reivindicar su rol respectivo y defender sus intereses. Enfermos y acompañantes tienen la expectativa de una atención rápida y eficiente, así como de recibir un buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios pasividad. Al respecto, la investigadora Marta Crivos escribe:

La estructura vertical de la organización del hospital confluye en el paciente. Este se halla sometido a las decisiones que emanan de todos los grupos del personal. Tanto para la administración del hospital como para el sector médico y para-médico, el paciente debe ser fundamentalmente pasivo para garantizar su adaptación a condiciones preestablecidas (1988: 134).

En efecto, la expectativa de médicos y enfermeras es tratar con pacientes disciplinados, es decir enfermos cooperativos, abnegados y, sobre todo, pacientes. Un usuario impaciente es un individuo cuya conducta trastoca las reglas no dichas de conducta poniendo en peligro la asignación diferenciada de roles. El paciente debe someterse forzosamente al poder de la institución y del personal que labora en el hospital. Es lo que expresa Ronald Frankenberg cuando escribe:

Para mantener el orden social y restaurar el orden natural, los pacientes son trasladados de sus temporalidades normales a un espacio donde se les puede imponer la visión temporal de los demás. Esto no es incidental sino parte integral del *modus operandi* de la biomedicina como se practica en la actualidad, de ahí mi sugerencia de trágica inevitabilidad (1992: 25).³⁸

Esta aseveración del antropólogo británico es pertinente en el sentido de que imponer al paciente (y sus acompañantes) una nueva rutina dictada por imperativos médicos y burocráticos, permite al hospital tomar el control del paciente. Se está esperando del paciente una comprensión complaciente de su posición de “dominado” durante el periodo que dura su hospitalización. Este sometimiento conlleva rasgos culturales cuando se trata de una persona de escasos recursos que mora en zonas rurales pobres o de condición indígena. Al respecto, Langdon *et al.*, escriben:

Es usual afirmar que un “buen paciente” es aquel que “posee cultura”, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el “sin cultura”, considerado un paciente más “difícil”, que actúa equivocadamente por “ignorancia” o guiado por “supersticiones” (2010: 178).

El paciente y sus familiares pueden quejarse e incluso demandar a una enfermera o un doctor por negligencia médica, pero, por su parte, los miembros de la institución pueden dar un mal trato a los quejosos e incluso negarles toda atención médica. Lo que está en juego en esta relación de poder —que se verifica con la presencia (a la vez obligada, necesaria y voluntaria) de los familiares en la sala de espera de urgencias—, es el control de la calidad del servicio. Y no se trata de cualquier servicio, ya que es una intervención médica urgente que a menudo suele decidir la vida o la muerte del paciente.

³⁸ Traducción del autor de la siguiente citación original en inglés: “In order to maintain social order and restore natural order, patients are removed from their normal temporalities to a space where the time view of others can be imposed upon them. This is not incidental to, but an integral part of, the *modus operandi* of biomedicine as at present practised, hence my suggestion of tragic inevitability”.

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

El tiempo de espera remite a las condiciones de esta misma espera. Al respecto, hemos sido testigos del hacinamiento de los enfermos en los pasillos, sentados en sillas de rueda, en sillas ordinarias, e incluso acostados en el piso. Los testimonios recabados confirman la precariedad de la espera de los pacientes en hospitales públicos, debido al número insuficiente de camas. Esta situación tiene como consecuencia una gestión fría y deshumanizada de los solicitantes de ayuda. En cuanto a la sala de espera, pudimos notar grandes diferencias según las unidades médicas: desde su inexistencia hasta su “demultiplicación” en la planta baja del hospital y afuera del mismo; desde un espacio muy reducido hasta salas de espera que ocupan una amplia superficie. En todo caso, consideramos a estos espacios como “no lugares”, debido a sus características de ubicuidad, ocupación permanente por una población flotante y áreas en donde un sólo familiar de cada paciente espera. Aunque se turnan, los acompañantes acumulan horas, días e incluso semanas en no hacer otra cosa que esperar. Huelga decir que las condiciones materiales de espera influyen sobre el estado de ánimo y el cansancio físico de los acompañantes.

Asimismo, es menester recalcar la dura prueba que constituye para los acompañantes el esperar un tiempo indeterminado y en condiciones precarias en una sala de espera o, peor aún, afuera del hospital. Con voluntad y sensibilidad, podría mejorarse de forma significativa la aten-

ción del público, si se va más allá del sistema *triage* al tomar en cuenta las necesidades concretas de la población derechohabiente. Las tragedias vividas por enfermos y acompañantes nos dicen que los causantes no son únicamente las carencias hospitalarias, numerosas y perjudiciales, sino también el exceso de burocratización de los trámites administrativos y médicos. El buen funcionamiento de las unidades médicas es la base para una atención idónea de los pacientes. La movilización de todos los recursos para dar un trato humano a los usuarios de los hospitales públicos cambiaría ciertamente el destino de muchas vidas.

Finalmente, aparece necesario enmarcar los resultados encontrados en este estudio sobre el tiempo de espera en el marco más amplio de los disfuncionamientos del sector público de salud. En efecto, no podemos descontextualizar los usos perjudiciales del tiempo administrativo-médico como la negación de la atención, la demora, la atención inoportuna y el alta hospitalaria anticipada.

La situación del sector salud en México, la cual es crítica, puesto que no hay los insumos suficientes ni el personal para atender la demanda de servicios de la población. Cada día son más comunes las frases del tipo “no hay su medicamento pero, ahí está su receta”, “no hay citas hasta el año que entra”, “no hay especialista, nosotros le llamaremos cuando lo tengamos”, “no hay rayos X”, “no hay laboratorio”, “no hay quirófano disponible”, “no hay lugar en esta sala donde pongamos a su familiar, si gusta esperar”, “no hay, no hay”... Estas frases son testigo fiel de la alarmante carencia en los diferentes niveles de las instituciones de salud (Casas, *et al.*, 2015: 1).

Las situaciones antes enlistadas exponen la respuesta que comúnmente se da a los usuarios ante cada carencia. Se trata de sentencias concisas aprendidas, verdaderos refranes que no dan una solución aceptable a nadie. Los problemas administrativos, financieros y organizacionales en el sector de la salud pública y particularmente en el funcionamiento de los servicios de urgencias de los hospitales, son demasiado numerosos para ser detallados aquí. Frente a los estragos que causó la pandemia de coronavirus, la sociedad mexicana se ha dado cuenta de los disfuncionamientos del sector salud. Los hospitales públicos no pudieron responder al enorme flujo de enfermos, por lo que las autoridades recomendaron a las personas, presuntamente infectadas, quedarse aisladas en su casa. La solidaridad familiar y la convivialidad que caracterizan a la sociedad mexicana, las cuales se verifican en la relación pacientes-acompañantes, fue parcialmente trastornada por el alto riesgo de contagio. El acceso a las salas de espera se volvió más estricto; las visitas de los familiares restringidas y las condiciones de espera a

la intemperie más precarias aún. Esta situación excepcional mostró los límites de la biomedicina y las virtudes sanitarias del autocuidado.

La saturación de los servicios de urgencia puede verse también como un efecto colateral de la hegemonía del modelo biomédico que postula una dependencia de los sujetos para con el sistema de salud. Esta dependencia se manifiesta de múltiples formas (ser derechohabiente, poseer un carnet, ser citado periódicamente a consulta externa sin estar enfermo, solicitar días de incapacidad, etcétera), por lo que esta pertenencia institucional forma parte de la vida cotidiana, como lo hemos comentado anteriormente. Menéndez (1998, 2003) destacó la relación de la biomedicina con el autocuidado y la automedicación entre otros. Una mayor participación de los sujetos en el cuidado de su propia salud permitiría reducir el número de solicitudes de atención en urgencias por infecciones y enfermedades crónico-degenerativas. Esta idea la había expresado Iván Illich, décadas atrás, en su obra *Némesis médica*: “La sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará las mejores condiciones para la salud. Cuanto mayor sea el potencial de adaptación autónoma a uno mismo, a los demás y al ambiente, menos se necesitará ni se tolerará el manejo de la adaptación” (1975: 217). Para lograr esta democratización del autocuidado en el marco de una promoción universal del bienestar, el gobierno debería aceptar transformar el paradigma biomédico actual por una concepción ajena a los intereses de los grupos farmacéuticos y agroalimentarios. De esta forma se reduciría de forma positiva la presión sobre un sistema público de salud al borde de la asfixia.

RECOMENDACIONES

A raíz de este estudio sobre el tiempo de espera, surge la necesidad de hacer una serie de recomendaciones. Aunque esta investigación no fue financiada ni patrocinada por ningún organismo público ni dependencia gubernamental, tomamos aquí la libertad de enlistar una serie de sugerencias para mejorar la atención de los enfermos. Aceptamos la idea de que la labor intelectual en ciencias sociales implica personalmente a las y los académicos, lo cual puede manifestarse en una toma de posición frente a, por ejemplo, disfuncionamientos institucionales y conductas gremiales que perjudican a un sector de la población. Tenemos en mente tres ejemplos destacados de una labor sociológica que desembocó en acciones concretas a favor de un grupo vulnerable. Está el caso de Erving Goffman cuyo libro *Internados* influyó sobre los legisladores estadounidenses para mejorar las condiciones de hospitalización de los enfermos mentales. Puede mencionarse también a Michel Foucault, cuyas denuncias en torno al maltrato de los presos en Francia desembocó en la creación de un observatorio sobre las cárceles. En cuanto a Pierre Bourdieu, su postura respecto de la situación de los inmigrantes argelinos en Francia lo condujo a defender su causa y crear un comité de apoyo a intelectuales magrebíes que huyeron de la guerra civil de su país en los noventa.

En esta investigación sobre la espera en urgencias de los hospitales públicos de la Ciudad de México hemos sido testigo ocular de irregularidades y violaciones a los derechos humanos de los esperandos. Aunque no todos los testimonios recabados incluyeron quejas, sí fue el caso de la gran mayoría. Hemos visto cómo una parte del personal maltrata a los derechohabientes. Advertimos las consecuencias humanas del colapso del sector salud —al margen de la ideología del gobierno en el poder—. Pudimos grabar la desesperación de los enfermos y la reprobación callada de los acompañantes. También escuchamos las numerosas reclamaciones del personal que labora en el área de urgencias. Frente a este panorama humano desolador, es una necesidad moral imperiosa hacer algo para el bien de la población derechohabiente. Las siguientes recomendaciones concretas tienen como propósito señalar las áreas de oportunidad de la Secretaría de Salud y esbozar las posibles soluciones.

La primera recomendación es la necesidad de producir datos actualizados y confiables sobre la situación del sector salud en México. Las estadísticas constituyen una herramienta fundamental para justificar decisiones presupuestarias orientadas al bienestar de la población en su conjunto, por lo que deberían implementarse mecanismos institucionales para asegurar una alimentación constante de las bases de datos. Los mecanismos para transparentar la información mediante un acceso universal y oportuno a la misma, deberían de operar sin restricciones. Una metodología adecuada aplicada a nivel nacional, y aceptada en las entidades federativas permitiría una homogeneización de la producción de datos, y abriría la posibilidad de analizar en el tiempo la evolución de los diferentes tópicos. Es más, en determinados ámbitos de la salud, podría compararse la situación de México con la del resto de los países. Para contar con una información estadística objetiva y confiable, debería establecerse una separación entre el personal de salud que alimenta las bases de datos y las decisiones presupuestarias subsecuentes.

No debería haber sanciones para el área de urgencias de un hospital que dé menos consultas anuales que otra, o bien, para un médico que en un día atiende menos pacientes que los demás, dado que dedica más tiempo a cada uno de ellos. La aplicación de los principios del taylorismo a la atención de los pacientes es sumamente peligrosa, pues confunde esta actividad esencial para garantizar la buena salud de la población, con cualquier actividad de tipo industrial. Asimismo, es la idea misma de rentabilidad del sector público de la salud que debe ser revisada para dar prioridad a la atención de los pacientes. Por otro lado, la posibilidad de manipular la información capturada hacia determinados fines es una situación que dificulta la interpretación acertada de la realidad en la materia. En especial, la generación de diagnósticos objetivos e independientes, diferentes a los realizados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, constituiría la base sobre la cual podría edificarse una eficiente política de mejoramiento del sector público de la salud. El acceso universal a esta información constituiría una valiosa herramienta para quienes estudian este ámbito de la acción gubernamental.

Imperativa es la necesidad de aumentar la capacidad de atención médica del público derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y no solamente para alcanzar el estándar internacional establecido por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, sino para el bien mismo de la población mexicana. Esto implica tomar decisiones políticas y orientaciones presupuestarias para poner en funcionamiento los hospitales dañados por

el sismo de 2017 (como es el caso del Hospital General de Zona 25 del IMSS, por ejemplo), así como los hospitales cuya construcción no ha concluido o no operan por otras razones. Al trabajar de manera coordinada, las autoridades de la capital y del Estado de México fomentarían más ampliamente el bienestar de la población que habita en el valle central de México. Es menester también que la inversión en el sector hospitalario incluya una remodelación del área de urgencias en los casos en que el hacinamiento del público ha complicado su funcionamiento, e incluso se ha vuelto peligroso para la salud de quienes ahí laboran y esperan (debido a mayores riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas). Una mejor repartición de los pacientes entre los diferentes hospitales en una zona determinada de la Ciudad de México (norte, sur, poniente, oriente) permitiría una reducción de la presión sobre el personal y, por consiguiente, un incremento en cuanto a la calidad de la atención, lo cual se reflejaría, en principio, en una atención universal de quienes acuden al servicio de urgencias. Es indispensable que las autoridades sanitarias de la capital y del Estado de México firmen convenios de colaboración para evitar que los enfermos que residen afuera de la Ciudad de México se trasladen masivamente a unidades médicas del centro del país, saturándolas. El número de hospitales de segundo y tercer nivel debe responder a las necesidades presentes y futuras de la población en determinada administración territorial, de tal manera que el tiempo de espera de los pacientes sea razonable. En suma, es crucial buscar poner en operación a todos los hospitales públicos, así como optimizar las condiciones de recepción y espera de los derechohabientes.

Ahora bien, la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-016-SSA3-2012 establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento en los hospitales y consultorios de atención médica especializada. En este documento, las disposiciones que se refieren específicamente al área de urgencias son pocas y de un carácter general. Asimismo, se dice que los pasillos y espacios deben ser amplios para facilitar el paso de las camillas; que debe haber un área para entrevistar, otra para exploraciones, así como consultorios. Es todo. En los apéndices no se menciona nada sobre las sillas de la sala de espera ni sobre cualquier otro tipo de mobiliario que deba estar ahí. En efecto, en los apéndices se precisa el mobiliario mínimo que cada una de las áreas de especialidad debe tener, pero la sala de espera no aparece en este listado. Hay una sola mención respecto de los baños cuando en el inciso 7.11 se señala:

La sala de espera deberá –contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes, independientes para hombres y mujeres; además cada uno de ellos deberá– disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad,

de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana referida en el numeral 3.17 de esta norma (*Diario Oficial de la Federación*, 2012: s. p.).

Tan poca importancia se da al número de sanitarios, que en otra parte de esta norma se anota que los sanitarios del área de espera pueden ser compartidos con otra área (inciso 6.6.6.11). A raíz de nuestra investigación de campo estamos convencidos de que esta norma debe ser actualizada y mejorada con el fin de considerar a la sala de espera como un lugar por completo, con una importancia similar a la de los consultorios, laboratorios y salas de cirugía. Asimismo, debe forzosamente haber varios sanitarios particulares para cada sala de espera –más para mujeres que para hombres (por ser más numerosas dentro de la población de los esperandos)–. Sumado a éstos, un lavadero mixto de fácil acceso permitiría a la gente lavarse las manos y refrescarse el rostro. Estos implementos coadyuvarían a cambiar de manera significativa las condiciones de espera de los enfermos y sus familiares.

Aunado a lo anterior compartimos las recomendaciones de Germán González y Santillán (2007), quienes a principios del milenio invitaban a las autoridades a actualizar la Norma NMX-C-2007-1977 “Criterios de ruido según la función de los claustros”, con el fin de adecuar la legislación nacional a los valores aceptados a nivel internacional en materia de comodidad acústica. De este modo, el diseño de salas de espera menos ruidosas –merced a un mejor diseño del espacio y al empleo de aislantes de ruido– contribuiría a incrementar el bienestar no solamente de los usuarios sino también del personal que labora en los hospitales. Por ejemplo, no tendría que gritar tan fuerte y de manera repetida el nombre de los pacientes para dar noticias suyas a los familiares. En todo caso, es de preferir el uso de letreros digitales a los anuncios en voz alta.

Las normas actualmente en vigor son insuficientes para garantizar el bienestar de quienes acuden a urgencias y se quedan en la sala de espera. En el caso de los hospitales que no están terminados de construir o por edificarse,³⁹ los arquitectos deberían prever un espacio suficiente para el área de urgencias y pensar siempre en la comodidad de quienes suelen pasar mucho tiempo ahí. Sería importante prever un sistema de dos puertas (*an entrance hall*) para aislar mejor la sala de espera del exterior y evitar las corrientes de aire cada vez que alguien entra o sale. La circulación del aire debe estar controlada, ya sea con aire acondicionado o ventiladores. Respecto del aspecto arquitectónico, se recomienda

³⁹ Según la Auditoría Superior de la Federación, existen varios centenares de hospitales en el país que no operan debido, principalmente, a un mal manejo de los recursos. Véase Infobae (2018).

planear un número suficiente de cubículos para: admisión, trabajo social, *triage* y consulta. Además es fundamental que los asientos estén en número suficiente y de forma ergonómica para facilitar el reposo de los pacientes y enfermos. El hecho de que puedan reclinarsse y cuenten con cabeceras ayudaría mucho a los familiares en sus horas de descanso. El testimonio de la señora Carolina, quien sufrió sobremanera al dormirse a la intemperie como vagabunda, lo confirma:

La gente que está afuera no se merece eso... Yo creo que, aunque sea unas banquetas de fierro, no sé, de lámina, de cemento, no sé, un techito. Yo, cuando estuve en Tacubaya, yo me quedaba en la calle, en cartones. Porque, pues, de allá acá me hacía como dos horas de camino. Era irme desde las 7 y me tenía que estar paradita para que me dejaran ver a mi hijo porque no me tenía que ensuciar. Si yo me ensuciaba, no me dejaban entrar a ver a mi hijo. Y eso, pues, yo digo que no es digno pa' quien sea (entrevista a Carolina, 52 años, 1 de febrero de 2020).

Se sugiere igualmente la instalación, en un lugar visible, de casilleros para que los familiares puedan guardar ahí sus pertenencias en lugar de dejarlas en el piso abajo de sus asientos.

Aunque la Norma 016.SSA3.2012 hace mención de la necesaria distribución de agua potable “para los servicios que lo requieran”, la invisibilidad de la sala de espera en este documento tiene como consecuencia la inexistencia de bebederos de agua potable en el área de urgencias, carencia que había que resarcir si en verdad se quiere mejorar las condiciones de espera de los pacientes y sus acompañantes. Al respecto, una entrevistada nos comentó:

Lo único pues, es que la gente que está más necesitada no tiene para los medicamentos, ni agua, ni nada tienen. O sea, me refiero a que uno tiene que salir a comprar agua para los enfermos o algún medicamento que aquí en el hospital no tengan. Por eso un familiar debe estar allá adentro... ¡porque todo piden! (entrevista a María Teresa, 60 años, 11 de febrero de 2020).

La presencia de botes de basura no solamente en los consultorios sino también en la sala de espera y en la entrada del hospital contribuiría también a mejorar las condiciones sanitarias de las instalaciones. De igual manera, se recomienda ubicar un número suficiente de contactos eléctricos para que los derechohabientes puedan recargar sus celulares, y el personal de intendencia conectar los aparatos de limpieza. Una red *wi-fi* de acceso gratuito coadyuvaría a mejorar las condiciones de espera de los familiares. También sería de gran ayuda tener una pantalla en la que se señalen las diferentes etapas del trámite administrativo de ingreso y egreso de los pacientes, así como la lista actualizada de los

pacientes, lugar/cama en que se encuentran, nombre del médico responsable, exámenes realizados, etcétera. Incluso podrían presentarse cápsulas de divulgación que aborden diferentes temas relacionados con la salud y la prevención de enfermedades.⁴⁰

Esta serie de señalamientos dirigidos a quienes se encargan de diseñar y remodelar las áreas de urgencias de los hospitales públicos son fundamentales porque pensamos que pueden contribuir a incrementar el bienestar de las personas a pesar de su difícil situación. Estos mejoramientos deben necesariamente complementarse con una gestión más eficiente del personal.

Para una atención de calidad de los enfermos y heridos debe haber un personal lo suficientemente numeroso y capacitado. Tanto los policías de entrada, como la secretaria en ventanilla, la encargada de trabajo social, el personal de intendencia, los camilleros, las enfermeras, los médicos pasantes y residentes, todos deberían manifestar este espíritu de servicio al prójimo mediante una atención amable y respetuosa. El estrés laboral no puede justificar repetidas desatenciones y actitudes despectivas sistemáticas por parte del personal que labora en el área de urgencias.

Al respecto, es de suma importancia seleccionar personal que, además de contar con las calificaciones requeridas, tenga la voluntad genuina de servir a los demás. Somos de la idea de que el personal de salud que fomenta una percepción negativa de los derechohabientes debería seguir cursos de formación continua para desarrollar una actitud diferente y, en toda lógica, quienes han sido denunciados repetidamente por pacientes y familiares deberían ser separados de su cargo. La amabilidad y la empatía son factores que favorecen una buena comunicación y tienen un impacto positivo real sobre la evolución de la enfermedad. La atención de los pacientes puede hacerse en buenas condiciones cuando existe una predisposición positiva por parte del personal de salud en todos los niveles de la jerarquía. La integración de materias como “desarrollo humano” y “derechos humanos” en la carrera de médicos y enfermeras, contribuiría ciertamente a sensibilizar al personal en torno a la interacción con el paciente y sus acompañantes. Una actitud compasiva—mediante palabras de aliento y unas simples recomendaciones— puede ayudar mucho a quienes sufren en carne propia o soportan el dolor de su familiar. Es posible no solamente reducir los tiempos de espera, sino

⁴⁰ En una experiencia realizada hace unos años en la sala de espera de urgencias de un hospital de oftalmología en Laval, Canadá, se comprobaron los efectos positivos de la presentación de pequeños programas informativos sobre las enfermedades de los ojos, su prevención y tratamiento (Grenier, 1975).

emplearlos para procurar el bienestar de los esperandos. “El tiempo de espera, cuando es utilizado para propiciar un ambiente desinhibido y alegre, minimiza los sentimientos negativos vividos por ambos, niños y acompañantes, y abre caminos para establecer relaciones armoniosas entre ellos y los profesionales” (Da Silva, *et al.*, 2007: 1).

Asimismo, una mejor selección del personal de salud y su posterior capacitación asegurarían, en su conjunto, un trato óptimo a los derechohabientes. Esta empatía hacia el dolor ajeno debe estar acompañada por condiciones laborales aceptables que eviten el *burnout* del personal hospitalario mediante una repartición justa de los horarios, turnos y guardias los fines de semana y días festivos. La contratación de más personal es un elemento clave en un proyecto institucional de mejoramiento de la atención de los pacientes en urgencias. La severa carencia de residentes por la noche, los fines de semana y los días festivos perjudica gravemente las condiciones de posibilidad de acceso a la salud. De manera general, el personal médico tiene como compromiso ético hacer todo lo posible para procurar el bienestar de los enfermos y salvar vidas. Siendo crucial la responsabilidad de los médicos en el proceso de recuperación de los pacientes en urgencias, esta responsabilidad debe tener su contraparte en el monto mensual de los ingresos percibidos. En consecuencia, debería recibir emolumentos correspondientes y gozar de satisfactorias condiciones laborales (salario, horarios, descansos y vacaciones). En suma, se requiere de manera urgente incrementar el presupuesto para el sector salud con el fin de contratar, en condiciones decentes, a médicos y enfermeras con vocación (Montañez, *et al.*, 2022).

Para poder garantizar el respeto de una ética laboral se debería de revisar en profundidad la naturaleza del contrato colectivo y el papel de los sindicatos. Si bien los sindicatos del IMSS y del ISSSTE son estructuras burocráticas que en su tiempo encauzaron con cierto éxito las demandas colectivas de los trabajadores (Rodríguez y Vital, 1979), en la actualidad tienen arraigados muchos disfuncionamientos y vicios, lo que a su vez genera la reproducción de conductas inadecuadas en los lugares de trabajo. Estas organizaciones fomentan un *status quo* que liberan parcialmente a las y los trabajadores de sus obligaciones laborales y éticas, merced a la politización de los casos denunciados por faltas profesionales. Estar sindicalizado otorga, hasta cierto punto, los beneficios de la impunidad. La ideología que descansa sobre una oposición de principio entre los trabajadores y las autoridades hospitalarias tiende a frenar todas las iniciativas para mejorar y modernizar las condiciones de atención de los pacientes: los sindicatos son conservadores tanto en sus acciones como en sus planteamientos. Sólo la defensa honesta y transparente del personal de salud en el marco de la ley podría cambiar

la imagen manchada por décadas de corrupción de los sindicatos del IMSS y del ISSSTE.

Si bien existe una jerarquía entre el personal médico, en función de los años de estudio, especialidad y experiencia, esa escala no puede legitimar la vejación de los subordinados. Este proceso universal de “des-humanización” de los estudiantes de medicina por parte de algunos de sus profesores mediante reproches y humillaciones no ayuda ni en la creación de una disciplina ni en el fortalecimiento de una ética profesional, sino todo lo contrario: una vez asumiendo sus funciones, estos médicos tienden a reproducir lo que ellos mismos han padecido durante su formación. En estas condiciones: ¿cómo puede respetarse al paciente como ser humano, si no se respeta a los subalternos como hombres y mujeres? Sin respeto, no hay ayuda posible. Habrá prescripciones, habrá intervenciones terapéuticas, pero no habrá respeto, por lo que se seguirá considerando *a priori* al paciente como “problemático”, “quejoso”, “mentiroso” e “ignorante”. La investigadora Lorber (1982: 355-356) precisa que encontró en el discurso del personal de salud dos tipos de “pacientes difíciles”: quienes exigen una atención constante —debido al dolor que padecen—, pero al final son agradecidos, y quienes por su carácter y tendencia hipocondríaca exigen indebidamente una atención adicional. Los primeros son, hasta cierto punto, disculpados, mientras que los segundos son precozmente dados de alta. Asimismo, una buena atención de los enfermos en urgencias exige *ex ante* relaciones respetuosas y cordiales entre todo el personal médico, desde el de menor nivel hasta el más alto responsable. De manera general, es deseable que el cuerpo médico en su conjunto asocie el nivel jerárquico a una conducta personal y ética ejemplar. En efecto, las muestras de un poder arbitrario sobre los subalternos deben ser sustituidas por la ejemplaridad de la práctica médica para con los pacientes. Podría esperarse que el prestigio se gane por la calidad de la labor realizada; salvar una vida es ciertamente la más bella de las acciones humanas.

El mejoramiento de las condiciones laborales del personal que trabaja en los hospitales públicos es una prioridad, pero lo es también la limpieza. En efecto, el número insuficiente de personal de intendencia junto con otros factores como la sindicalización o no de los mismos, la disponibilidad de insumos de limpieza y los horarios de trabajo, tiende a limitar las condiciones sanitarias y de higiene en los espacios comunes del hospital. La sala de espera es ciertamente uno de los lugares en los cuales más personas se aglutinan día y noche y, por lo tanto, uno de los espacios que más se ensucian. El siguiente testimonio es interesante al respecto.

Pues, hacen la limpieza una vez al día. Eso [señala con un ademán el piso de la sala de espera], lo hicieron en la mañana temprano y como puedes ver hay mucha gente. Y si hay mucha gente, hay mucha mugre. Sí me gustaría que lo hicieran al menos unas tres veces al día, que se dividiera; en la mañana, a medio día y en la tarde, porque precisamente este es un hospital donde hay más bacterias, donde se ejerce de todo, viene gente de todo tipo de enfermedades, aquí se puede contagiar uno de todo (entrevista a Verónica, 32 años, 16 de enero de 2020).

Informantes entrevistados en otros hospitales nos compartieron una sugerencia similar a raíz de su experiencia de espera en urgencias. A las consideraciones estéticas, e incluso olfativas, se suman consideraciones higiénicas para justificar una mejor limpieza en las áreas comunes. Durante la pandemia, la afluencia de pacientes con probable COVID-19 en los hospitales públicos (y también privados) ha exigido una estricta revisión de los protocolos de limpieza, aunque en los hechos se ha denunciado reiteradamente la carencia de insumos y condiciones laborales deplorables. La limpieza de las salas de espera debe ser diseñada desde la perspectiva de una desinfección regular del lugar.

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

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CMN	Centro Médico Nacional
Cofemer	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
Conahcyt	Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías
Conamed	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Conamer	Comisión Nacional de Mejora Regulatoria
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Insabi	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto del Seguro y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
Pemex	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
Semar	Secretaría de Marina
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SSA	Secretaría de Salud
Taod	Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
UAM-X	Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

REFERENCIAS

- Acuña Delgado, Ángel (2005), “Funciones y definición conceptual de la carrera rarámuri en la Sierra Tarahumara”, en *Nueva Antropología*, vol. 19, núm. 64, pp. 149-171.
- Acuña Delgado, Ángel (2006), “La carrera de bola y ariweta rarámuri en la Sierra Tarahumara”, en *Revista de Antropología Experimental*, núm. 6, pp.1-19.
- AFP (2021), “En México hay que esperar hasta 8 días para cremar a víctimas del COVID-19”, en *El Universal*, 3 de febrero, recuperado el 24 de mayo de 2021, de <<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/en-mexico-hay-que-esperar-hasta-8-dias-para-cremar-victimas-del-covid-19/>>.
- Agamben, Giorgio (2005), *Estado de excepción. Homo Sacer, II*, I, Adriana Hidalgo, Buenos Aires.
- Álvarez, Lucía (2014), “La espera como espacio de disciplinamiento social”, en *Crudos. Ensayos, tribulaciones y bocetos*, 6 de noviembre, recuperado el 14 de enero de 2023, de <<http://rodriguezesteban.blogspot.com/2014/11/la-espera-como-espacio-de.html>>.
- Amezcuca, Manuel (2000), “El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante”, en *Index de Enfermería*, año IX, núm. 30, otoño, pp. 30-35.
- Ángel, Arturo (2020), “Errores humanos y no robo, la causa en falta de medicamentos del Hospital 20 de noviembre: ISSSTE”, en *Animal Político*, 3 de marzo, recuperado el 23 de noviembre de 2022, de <<https://www.animalpolitico.com/2020/03/errores-humanos-cuasa-falta-medicamentos-hospital-20-noviembre-issste>>.
- Augé, Marc (1992), *Los no-lugares. Una antropología de la posmodernidad*, Gedisa, Barcelona.
- (1998), *Las formas del olvido*, Gedisa, Barcelona.
- Auyero, Javier (2013), *Pacientes del Estado*, Eudeba, Buenos Aires.
- Banco Mundial (2021), “Salud”, en *Banco Mundial*, México, recuperado el 13 de enero de 2021, de <<https://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>>
- Barragán Solís, Anabella (2005), “La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética”, en *Cuicuilco*, vol. 12, núm. 33, enero-abril, pp. 61-78.

- Bellamy, Clara, y Roberto Castro (2019), “Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México”, en *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 17, núm. 1, enero-abril, pp. 120-137.
- Bourdieu, Pierre (1997), *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.
- _____ (2000a), *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.
- _____ (2000b), *Poder, derecho y clases sociales*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- _____ (2011), *Las estrategias de reproducción social*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- Candia Calderón, Alethea Gabriela, y Sazcha Marcelo Olivera Villarroel (2021), “Índice de vulnerabilidad del sector salud en México: la infraestructura hospitalaria ante la COVID-19”, en *Horizonte sanitario*, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto, pp. 218-225.
- Carbonell María Ángeles *et al.* (2006), “Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario”, en *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, núm. 18, pp. 30-35.
- Casas Patiño, Donovan, Alejandra Rodríguez Torres, e Isaac Casas Patiño (2015), “Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado”, en *Medwave*, vol. 15, núm. 2, pp. 5867-5874.
- Casas Patiño, Donovan (2021), *Diálogos con la muerte: estelas del COVID 19*, Editorial CRV, Curitiba.
- Caso, Diego (2019), “A México le hacen falta 123 mil médicos, asegura AMLO”, en *El Financiero*, 13 de julio, recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/a-mexico-le-hacen-falta-123-mil-medicos-asegura-amlo/>>.
- Castro, Roberto (2014), “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- Castro, Roberto, y Marcia Villanueva Lozano (2018), “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica”, en *Estudios Sociológicos*, vol. XXXVI, núm. 108, septiembre-diciembre, pp. 539-569.
- Ciudadanos en Red (2023), “Tiempo de espera en Urgencias eleva 20% riesgos de complicaciones”, en *Ciudadanos en Red*, 27 de enero, recuperado el 1 de septiembre, de <<https://ciudadanosenred.com.mx/salud/el-tiempo-de-espera-en-urgencias-de-un-hospital-publico/>>.
- Clochard, Olivier, y Smaïn Laacher (2006), “Vers une banalisation de l'enfermement des étrangers dans l'Union Européenne”, in *Bulletin*

- de l'Association des Géographes Français*, vol. 83, núm. 1, pp. 121-136.
- Coenen Huther, Jacques (1992), "Production informelle de normes: les files d'attente en Russie soviétique", en *Revue Française de Sociologie*, vol. 33, núm. 2, pp. 213-232.
- Comisión Federal de Competencia Económica (Cofece) (2017), *Resultados. Premio para identificar el obstáculo regulatorio más absurdo para competir y emprender 2016-2017*, Cofece, México, recuperado el 1 de enero de 2021, de <https://www.cofece.mx/wp-content/uploads/2017/11/Memoria_obstaculo.pdf>.
- Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Cofemer) (2014), *Simplifica. Programa de simplificación de cargas*, Cofemer, México, recuperado el 27 de abril de 2018, de <http://www.cofemer.gob.mx/imagenesUpload/20159301634Programa%20SIMPLIFICA_COFEMER.pdf>.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2023), "Información estadística histórica institucional. La información estadística histórica se divide en varios apartados", en *Gobierno de México*, 11 de julio, México, recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <<https://www.gob.mx/conamed/articulos/estadistica-institucional-y-boletin?idiom=es>>.
- Crivos, Marta (1988), "Estudio antropológico de una sala de hospital", en *Medicina y Sociedad*, vol. 11, núms. 5-6, pp. 127-137.
- Da Silva Pedro, Iara Cristina *et. al.* (2007), "Jugando en la sala de espera de un servicio ambulatorio infantil bajo la perspectiva de niños y sus acompañantes", en *Revista Latinoamericana Enfermagem*, marzo-abril, vol. 15, núm. 2, pp. 1-9.
- Damián, Araceli (2014), *El tiempo, la dimensión olvidada en los estudios de pobreza y bienestar*, El Colegio de México, México.
- Diario Oficial de la Federación (DOF)* (2011), Ley General de Mejora Regulatoria, *DOF*, 20 de mayo, México.
- (2013), "Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada", en *DOF*, 8 de enero, México, recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D016,consultorios%20de%20atención%20médica%20especializada.&gsc.tab=0>.
- (2018), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *DOF*, 19 de diciembre, México.
- Donabedian, Avedis (1988), *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, Fondo de Cultura

- Económica (FCE) / Secretaría de Salud (SSA) / Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México.
- El Universal de México (2022), “México: hombre muere en hospital tras permanecer más de una hora en sala de espera”, en *El Comercio*, 21 de octubre, recuperado el 31 de agosto de 2023, de <<https://elcomercio.pe/mundo/mexico/mexico-hombre-muere-en-hospital-tras-permanecer-mas-de-una-hora-en-sala-de-espera-issste-de-hidalgo-columba-rivera-noticia/>>.
- Escuela Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) (2016), *Informe final de resultados*, SSA / INSP / Ensanut, México, recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf>.
- _____ (2020), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. Resultados nacionales*, SSA / INSP / Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Ensanut, México.
- Expansión Política (2022), “La falta de medicamentos se duplicó durante 2021, reporta Cero Desabasto”, en *Expansión Política*, 26 de enero, recuperado el 14 de febrero de 2023, de <<https://politica.expansion.mx/mexico/2022/01/26/falta-de-medicamentos-duplicacion-2021-cero-desabasto>>.
- Ferrero, Laura (2003), “Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico”, en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 18, pp. 165-183.
- Flores González, Elizabeth *et al.* (2020), “Eficiencia del sistema de triage en un servicio de emergencia hospitalario”, en *Cuidarte*, vol. 9, núm. 18, pp. 46-54.
- Foucault, Michel (1988), “El sujeto y el poder”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, núm. 3, julio-septiembre, pp. 3-20.
- Frankenberg, Ronald (1992), “‘Your time or my time’: temporal contradictions of biomedical practice”, en Ronald Frankenberg (ed.), *Time, Health and Medicine*, Sage Publications Ltd, Londres, pp. 1-30.
- García, María Guadalupe, María Laura Recoder, y Susana Margulies (2017), “Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: aportes de una etnografía de un centro obstétrico”, en *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 391-409.
- García Íbañez, Grazamela (2017), “Incidentes microculturales en una sala de espera”, tesis de maestría, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Garrocho, Carlos (1993), “De la casa al hospital: un enfoque espacio-temporal”, en *Estudios Sociológicos*, vol. XI, núm. 32, pp. 547-554.
- Germán González, Miriam, y Arturo O. Santillán (2007), “Ruido en salas de espera de unidades médicas”, en *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, vol. 45, núm. 3, pp. 269-275.

- Goffman, Erving (1979), *Relaciones en público. Microestudios del orden público*, Alianza, Madrid.
- (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Gottesdiener, Hana (1994), “Étudier la file d’attente”, en *Publics et Musées*, núm. 4, pp. 138-140.
- Granado de la Orden, Susana *et al.* (2006), “Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006”, en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 81, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 637-645.
- Grénier, Denise (1975), “En salle d’attente au CUHL”, en *Communication Information*, vol. 1, núm. 1, pp. 93-95.
- Health at a Glance 2019 (2019), “México. ¿Cómo se compara?”, en *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*, México, recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <<https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>>.
- Hirschman, Albert (1977), *Salida, voz y lealtad*, FCE, México.
- Illescas, Gerardo (2006) “Triage: atención y selección de pacientes”, en *Medigraphic*, vol. 9, núm. 2, pp. 48-56.
- Illich, Iván (1975), *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral, México.
- Infobae (2018), “Secretaría de Salud encontró 250 hospitales y clínicas abandonados o a medio construir en México”, en *Infobae*, 17 de diciembre, recuperado el 17 de diciembre de 2018, de <<https://www.infobae.com/america/mexico/2018/12/17/secretaria-de-salud-encontro-250-hospitales-y-clinicas-abandonados-o-a-medio-construir-en-mexico/>>.
- (2020), “La estafa de COVID-19 en México: las ambulancias piratas que se aprovechan de las llamadas de emergencia al 911”, en *Infobae*, 7 de septiembre, recuperado el 13 de octubre de 2020, de <<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/09/18/la-estafa-de-covid-19-en-mexico-las-ambulancias-piratas-que-se-aprovechan-de-las-llamadas-de-emergencia-al-911/>>.
- Instituto de Cancerología (2021), “Organigrama del Departamento de Enfermería”, en Secretaría de Salud, México, recuperado el 28 de mayo de 2021, de <<http://www.incan.salud.gob.mx/interna/medicos/internetenfermeria.pdf>>.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2023), “Aval ciudadano”, en *Gobierno de México*, 15 de agosto, México, s. p., recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <<https://www.>

- Maldonado Islas, Guadalupe *et al.* (2001), “Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS”, en *Revista Médica del IMSS*, vol. 40, núm. 5, pp. 421-429.
- Martin, Pascal (2011), “Gestion de la file d’attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d’assurance maladie”, en *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 189, núm. 4, pp. 34-41.
- Martín Pérez, Alberto (2009), *Les étrangers en Espagne. La file d’attente devant les bureaux de l’immigration*, L’Harmattan, París.
- Melesio, Lucina (2020), “Ciudad de México se ha salvado del colapso, reabrir sin pruebas puede cambiarlo todo”, en *The Washington Post*, 24 de mayo, recuperado el 12 de septiembre de 2020, de <<https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2020/05/24/ciudad-de-mexico-se-ha-salvado-del-colapso-reabrir-sin-pruebas-puede-cambiarlo-todo/>>.
- Méndez Méndez, Judith Senyacen (2019), “La contracción del gasto *per cápita* en salud: 2010-2020”, en *CIEP*, 15 de octubre, recuperado el 30 de abril de 2021, de <<https://ciep.mx/GvUt>>.
- Menéndez, Eduardo (1998), “Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural”, en *Natura Medicatrix. Revista Médica para el Estudio y Difusión de las Medicinas Alternativas*, núm. 51, octubre, pp. 17-22.
- (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.
- Milenio Digital (2019), “Hombre fallece en sala de espera del IMSS”, en *Milenio Política*, 20 de mayo, recuperado el 31 de agosto de 2023, de <<https://www.milenio.com/politica/comunidad/hombre-fallece-en-sala-de-espera-del-imss>>.
- Montañez Hernández, Julio César *et al.* (2022), “Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos en México: análisis basado en una encuesta nacional”, en *Cuaderno de Saúde Pública*, vol. 38, núm. 4, pp. 1-15.
- Murillo Villanueva, Brenda, y Leobarbo de Jesús Almonte (2020), “Gasto público en salud y su composición, el caso de México”, en *Economía actual*, año 13, núm. 3, pp. 37-41.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OCDE, París, recuperado el 28 de septiembre de 2023, de <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en>.
- (2020), *Panorama de la salud. Indicadores de la OCDE*, Canifarma, México.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), *La situation du personnel infirmier dans le monde, 2020. Résumé d'orientation*, OMS, París.
- Ortiz Borbolla, Sergio (2014), "Hospitales públicos, calvario para los familiares de pacientes pobres", en *Contralínea*, núm. 376, 10 a 16 de marzo, pp. 40-51.
- Osses Paredes, Claudido, Sandra Valenzuela Suazo, y Olivia Sanhueza Alvarado (2010), "Hombres en la enfermería", en *Enfermería Global*, núm. 18, febrero, pp. 1-7.
- Pradilla, Alberto (2020), "Familiares de pacientes con COVID duermen a la intemperie en espera de noticias", en *Animal Político*, 12 de junio, México, recuperado el 12 de septiembre de 2020, de <<https://www.animalpolitico.com/2020/06/familiares-pacientes-covid-espera-noticias>>.
- Peneff, Jean (1998), "La face cachée d'Urgences. Le feuilletton de la télévision", en *Genèses*, núm. 30, pp. 122-145.
- Pereira De Melo, Lucas, y María Helena Lenardt (2014), "Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar", en *Cultura de los Cuidados*, año XVIII, núm. 39, pp. 71-83.
- Pouchelle, Marie-Christine (2010), "Situations ethnographiques à l'hôpital. 'Elle vient voir si on a un os dans le nez...'", en *Recherche en Soins Infirmiers*, vol. 4, núm. 103, pp. 4-19.
- Pritchard, Peter (1992) "Doctors, patients and time", en Ronald Frankenberg, *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, Londres, pp. 75-93.
- Prochnow, Adelina Giacomelli *et al.* (2009), "La etnografía utilizada en una investigación en enfermería: la construcción de una 'descripción densa'", en *Index de Enfermería*, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, pp. 47-51.
- Redacción Excelsior (2017), "Su esposo muere en sala de espera, luego de 5 horas sin atención", en *Excelsior*, 3 de octubre, recuperado el fecha de 11 de febrero, de <<https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/10/03/1192136>>.
- Redacción El Universal (2019), "Carta íntegra de la renuncia de Germán Martínez Cázares al IMSS", en *El Universal*, 21 de mayo, recuperada el 23 de noviembre de 2022, de <<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/carta-integra-de-la-renuncia-de-german-martinez-cazares-al-imss/>>.
- Redacción Líder (2021), "México lidera muertes por COVID-19 en personal médico", en *Líder Empresarial*, 16 de febrero, México, recuperado el 31 de mayo de 2021, de <<https://www.liderempresarial.com/109520-2/>>.

- Ríos, Viri (2020), “La salud pública en México es eso-que-nadie-quiere-usar”, en *The New York Times*, 3 de agosto, recuperado el 11 de febrero de 2023, de <<https://www.nytimes.com/es/2020/08/03/espanol/opinion/servicio-salud-mexico.html>>.
- Rodríguez Ajenjo, Carlos, y José Antonio Vital Galicia (1979), “Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores”, en *Cuadernos Políticos*, núm. 19, enero-marzo, pp. 50-67.
- Rodríguez Weber, Miguel Ángel, y Carlos López Candiani Mass (2005), “Disminución del tiempo de espera en consulta de especialidad mediante una estrategia de análisis de procesos”, en *Acta Pediátrica de México*, vol. 26, núm. 4, pp. 178-183.
- Roth, Julius (1972), “Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service”, en *American Journal of Sociology*, vol. 77, núm. 5, pp. 839-856.
- Sánchez Herrera, Karina, Noemi Lugó Maldonado, y Selene Guadalupe Huerta Olvera (2020), “Retos e implicaciones en el Sistema de Salud por la pandemia del COVID-19”, en Medel Palma Carmen *et al.* (coords.), *México ante el COVID 19: acciones y retos*, Cámara de Diputados / Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, México, pp. 127-138.
- Sánchez González, José Juan (2012), *La corrupción administrativa en México*, IAP, Toluca.
- Saturno Hernández, Pedro Jesús *et al.* (2017), “Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 59, núm. 3, pp. 227-235.
- Secretaría de Salud (2015), “Servicios de urgencias que mejoran la atención y resolución (Sumar)”, en *Secretaría de Salud*, México, recuperado el 17 de octubre de 2017, de <http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02_H.pdf>.
- _____ (2016), “¿Qué es el sistema INDICAS?”, en Secretaría de Salud, México, recuperado el 12 de marzo de 2023, de <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/sistema_indicas.html>.
- _____ (2019), “Encuesta La Voz del Aval Ciudadano 2018-2019: resultados”, en Secretaría de Salud, México, recuperado el 15 de mayo de 2021, de <http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/aval_resultados_2018-2019.pdf>.
- _____ (2023), Indicas II, Secretaría de Salud, México, recuperado el 20 de enero de 2023, de <<https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>>.
- Siciliani, Luigi, Michael Borowitz, y Valérie Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD, s. c.

- Schwartz, Barry (1974), "Waiting, Exchange and Power: the Distribution of Time in Social System", en *American Journal of Sociology*, vol. 79, núm. 4, pp. 841-870.
- Sutton Hamui, Liz et al. (2013), *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Valadez, Blanca (2016), "El IMSS reducirá la espera en urgencias a 5 minutos", en *Milenio*, 9 de marzo, recuperado el 4 de octubre de 2017, de <<https://www.milenio.com/cultura/imss-reducira-espera-urgencias-5-minutos>>.
- Varela Huerta, Itza (2011), "Acompañantes de pacientes son recibidos en tres albergues", en *La Jornada*, 26 de diciembre, México, p. 11.
- Ureste, Manuel (2016), "Hospitales llenos y sin medicina: el calvario de los pacientes", en *Animal Político*, 28 de diciembre, recuperado el 17 de octubre de 2018, de <<http://www.animalpolitico.com/2016/12/hospitales-saturados-y-sin-medicinas-el-calvario-de-pacientes-y-doctores/>>.
- Weber, Max (2000), *¿Qué es la burocracia?*, El Aleph, s. c.

Entrevistas

- Entrevista con Ana María, 49 años, hermano internado en el Hospital Dr. Manuel Gea González, 27 de octubre de 2017.
- Entrevista con Eduardo, 36 años, Unidad Médico Familiar 15 del IMSS, 27 de octubre de 2017.
- Entrevista con Alicia, 50 años, accidentada y esperando ser atendida en urgencias en el Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 9 de marzo de 2018.
- Entrevista con María Isabel, 46 años, hermana de paciente en el Hospital General Regional Unidad Médica de Atención Ambulatoria Núm. 2 del IMSS, 11 de febrero de 2018.
- Entrevista con Mariela, 49 años, Centro Médico Nacional 20 de noviembre, 23 de octubre de 2017.
- Entrevista con Yolanda, 48 años, madre de paciente internado en el Hospital General Xoco, 9 de febrero de 2018.
- Entrevista directa con Aimée, 38 años, laborando en medicina interna en el Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 20 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Alejandra, 24 años, hija de la paciente internada, Hospital General del IMSS, 2da. Zona, Troncoso, 11 de octubre de 2017.

- Entrevista directa con Ana, 43 años, madre internada en el Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 28 de febrero de 2018.
- Entrevista directa con Anaelia, 46 años, Hospital Dr. Manuel Gea González, 7 de noviembre de 2017.
- Entrevista directa con Andrea, 48 años, hermana internada en el Hospital Dr. Manuel Gea González, 31 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Antonio, 51 años, esposa internada en el Hospital General de Iztapalapa, 28 de marzo de 2018.
- Entrevista directa con Carla, 27 años, afuera del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 1 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Carolina, 33 años, afuera del Hospital General Regional 2 del IMSS, 22 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Cristina, 27 años, afuera del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 1 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Carlos, 49 años, afuera de la sala de espera del Hospital General Eduardo Liceaga, 24 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Gerardo, 53 años, afuera del Hospital General Regional 2 del IMSS, 22 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Jacobo, 52 años, afuera del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 1 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Joaquín, 33 años, en el camellón afuera de Hospital General Regional 2 del IMSS, 18 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Jorge, 60 años, Hospital General Regional 2 del IMSS, 13 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Juan, 45 años, afuera del Hospital General Regional 2 del IMSS, 11 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Miguel Ángel, 57 años, afuera del Hospital General Regional 2 del IMSS, 25 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Fabiola, Hospital Dr. Manuel Gea González, 37 años, 27 de noviembre de 2017.
- Entrevista directa con Gabriela, 50 años, madre hospitalizada en la Clínica 47 del IMSS, 10 de marzo de 2018.
- Entrevista directa con Hugo, 65 años, hijo hospitalizado en la Clínica 47 del IMSS, 13 de marzo de 2018.
- Entrevista directa con Isis, 33 años, abuela internada en urgencias del Hospital General Zona 71 Chalco, 7 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con la Dra. Celia, 44 años, 3er. piso de Medicina Interna del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 20 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Andrea, 48 años, hermana internada. Hospital Dr. Manuel Gea González, 25 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Carolina, 52 años, afuera del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, el 1 de febrero de 2020.

- Entrevista directa con Guadalupe, 57 años, hermana internada, Hospital General de Iztapalapa, 10 de febrero de 2018.
- Entrevista directa con Inés, 55 años, hija internada en urgencias del Hospital General de Iztapalapa, 23 de marzo de 2018.
- Entrevista directa con Juana, 55 años, afuera del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 1 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Juliana, afuera del Hospital General Xoco, 27 de octubre de 2020.
- Entrevista directa con Laura, 62 años, afuera del Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 1 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Leticia, 56 años, hija internada en el Hospital General Xoco, 7 de marzo de 2018.
- Entrevista directa con Magdalena, 48 años, padre internado en urgencias en el Hospital Dr. Manuel Gea González, 29 de noviembre de 2018.
- Entrevista directa con María de los Ángeles, 69 años, afuera del hospital General Regional 2 del IMSS, 11 de enero de 2020.
- Entrevista directa con María del Carmen, 59 años, Hospital General de Zona 53, 16 de enero de 2020.
- Entrevista directa con María Teresa, 60 años, afuera del Hospital general de Zona 53, 11 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Silvia, alrededor de 40 años, sala de espera del Hospital General de Zona 53, 20 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Laura, 51 años, hospital regional de zona 71 del IMSS Chalco, 7 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Laura, alrededor de 40 años, vendedora de dulces afuera del Hospital General Xoco, 27 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Lidia, 77 años, Hospital General de Zona 53, 11 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Luciana, 46 años, hija internada en el Hospital de Iztapalapa, 28 de marzo de 2018.
- Entrevista directa con Marcos, 37 años, Unidad Médico Familiar 15 del IMSS, 3 de noviembre de 2017.
- Entrevista directa con María Guadalupe, 48 años, hijo internado en urgencias del Hospital Dr. Manuel Gea González, 31 de noviembre de 2017.
- Entrevista directa con María, 69 años, Hospital General Regional 2 del IMSS, 11 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Mariana, 38 años, esposo internado en el Hospital General Xoco, 25 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Marisol, 36 años, afuera del Hospital General 33, 17 de enero de 2020.

- Entrevista directa con Michelle, 38 años, Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 20 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Miguel Ángel, afuera de urgencias del Hospital Regional 2 del IMSS, 25 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Mónica, alrededor de 30 años, hija internada en el Centro Médico Nacional 20 de noviembre, 23 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Patricia, 47 años, Hospital General Rubén Leñero, 27 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Patricia, alrededor de 55 años, hijo médico haciendo su especialidad en el Hospital General Xoco, 25 de octubre de 2017.
- Entrevista directa con Rabiela, 44 años, médico internista, Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 20 de enero de 2020.
- Entrevista directa con René, 35 años aproximadamente, esposa internada en el Hospital General Rubén Leñero, 29 de febrero de 2017.
- Entrevista directa con Rocío, 60 años aproximadamente, hermano internado en el Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, 18 de noviembre de 2017.
- Entrevista directa con Sandra, 33 años, Hospital Regional 1° de Octubre, 11 de noviembre de 2017.
- Entrevista directa con Sara, 54 años, hijo internado en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, 26 de febrero de 2018.
- Entrevista directa con Verónica, 32 años, en la sala de espera del Hospital General de Zona 33, 16 de enero de 2020.
- Entrevista directa con Carla, 27 años, madre ingresada en urgencias del Hospital General del IMSS Zona 1-A Hospital General de Zona Núm. 1-A Los venados, 1 de febrero de 2020.
- Entrevista directa con Sara, hijo internado en urgencias en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, 26 de febrero de 2018.

ANEXOS

Guion de preguntas para usuarios

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

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

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

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

5. ¿Se van turnando?
 - Sí
 - No

6. ¿Cuánto tiempo lleva(n) esperando?
 - Entre 4 y 24 horas
 - Varios días
 - Más de una semana
7. ¿Sabe cuánto tiempo más va a tener que esperar?
 - Sí
 - No
8. ¿Ha tenido una experiencia previa de espera en urgencias? (contarla por favor)
 - Una vez
 - Varias veces
 - Es la primera vez
9. ¿En qué lugar está esperando?
 - Dentro del Hospital
 - Afuera del Hospital
 - Otro lugar
10. ¿Cómo ocupa su tiempo mientras espera? (varias respuestas posibles)
 - Con el celular
 - Platicando
 - Leyendo
 - Tejiendo y haciendo bordados
 - No haciendo nada
11. ¿Qué gastos ha tenido en su espera? (varias respuestas posibles)
 - Alimentos
 - Material de curación
 - Medicina
 - Otros: (precisar)
12. ¿Qué actividades dejó de hacer al venir a esperar aquí en urgencias?
 - Actividad laboral
 - Quehacer en el hogar
 - Estudiar
 - Otras

13. ¿Qué es lo más difícil que tiene que pasar en su espera en urgencias? (varias respuestas posibles)
- La incertidumbre
 - Las condiciones precarias de espera
 - Los malos tratos del personal
 - Otro: (precisar)
14. ¿Cómo calificaría la atención del personal en urgencias?
- Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy mala
15. ¿Piensa que el tiempo de espera para ser atendidos puede agravar el estado de los enfermos?
- Sí
 - No
16. ¿Cuál es su opinión sobre la sala de espera de urgencias?
- | | | | |
|---------------------|---------------|---------|--------|
| - Tamaño de la sala | Suficiente | | |
| | Insuficiente | | |
| - Asientos | Suficientes | | |
| | Insuficientes | | |
| - Limpieza | Buena | Regular | Mala |
| - Sanitarios | Limpios | Regular | Sucios |
| - Luz | Buena | Regular | Mala |
17. ¿Cómo se han comportado los policías de la entrada con usted?
- Bien
 - A veces bien
 - Mal
18. ¿Piensa que a raíz del sismo del 19 de septiembre de 2017, ha cambiado algo en la espera en urgencias?
- Sí
 - No
 - No sabe

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

Edad:

Estado civil:

Relación de parentesco con el paciente:

Nombre:

Guion de preguntas para personal de salud

20. ¿Cuál es su edad?

21. ¿En qué área laboral se encuentra?

22. ¿Cuánto tiempo tiene laborando en este hospital?

23. ¿Cuál es su horario laboral?

24. ¿Es fijo su horario?

25. ¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?

26. De acuerdo a las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?

27. Especificar:

Bajo 1-3 () Regular 3-6 () Alto 6-8 ()

Muy alto 8- 10 ()

28. ¿Considera que el horario laboral que tiene implique ese grado de estrés?

29. ¿Considera hay un horario más “caótico” que el suyo?

- Sí ¿Cuál?

- No

30. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?
- a) Trato con los pacientes y familiares
 - b) Falta de personal
 - c) Falta de administración
 - d) Falta de medicamentos, camas y material de apoyo
 - e) Otro:
31. ¿Cuál considera sea la causa de ese problema?
32. Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?
33. ¿Cuál sería su propuesta para esta situación?
34. Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?
- ¿Por qué?
35. ¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o políticos de su institución?
36. ¿Ha visto alguna mejora en la eficiencia para el derechohabiente del IMSS ahora que el presidente, en meses anteriores, cambio a su director?
- Sí
 - No ¿Cuáles?

Extracto de mi Diario de campo (1)

24 noviembre de 2017

Experiencia como paciente en el

Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) General Dr. Darío Fernández Fierro

Hay tres espacios diferenciados de espera para urgencias. Los familiares que se quedan en la banqueta, afuera del imponente portón de entrada para ambulancias. Luego está un espacio no adecuado para esperar, que es el andén del desembarque de ambulancias, tiene el aspecto de un estacionamiento abierto, y finalmente está la sala de espera con apenas 32 asientos. Al entrar se debe de precisar si es para ir a ver un familiar o ser atendido en urgencias. En el primer caso, policías reciben un documento oficial y otorgan a cambio un enorme gafete con un número. En el segundo caso, una señora en ventanilla recibe la documentación (último talón de pago, o actualización de cuenta como beneficiario del ISSSTE). Pide el nombre de un adulto responsable y su número de teléfono. Luego, la espera empieza para el enfermo y su acompañante (dos guardias privados se encargan de recordar, cuando es necesario, que sólo un acompañante puede estar en la sala de espera con el paciente). La sala de espera es moderna, pero de superficie reducida, dos pantallas de televisión difunden los programas insulsos de TV Azteca. No hay reloj de pared. Hay una oficina de control, una oficina de trabajo social (con presencia por ratos), un consultorio *triage* y cuatro "consultorios adultos". Además, hay dentro de la sala de espera un escritorio redondo o ventanilla abierta que sirve de oficina para la funcionaria que interactúa directamente con el público.

Llegué a las 10:00 a. m., fui atendido a las 10:30 en la oficina de *triage* por un médico y dos enfermeras. Le dije que me dolía mucho la pierna, a lo que me contestó de forma brusca: "Si no es un evento traumático, ni un padecimiento que pone en riesgo su vida, no puede ser atendido aquí, tiene que ir a una unidad médica familiar". No me revisó, ni me hizo más preguntas. Mientras me tomaban la presión y la temperatura, llenaba su formulario en la computadora. Nada más que encontraron que tenía una tensión muy elevada 164/137, con la misma actitud seca y distante, me dijo que me quedara por mi tensión. A los cinco minutos de haber salido del consultorio *triage*, la enfermera me llamó por mi nombre para darme una pastilla. "¿Tiene agua?", me preguntó. "No, pero voy a salir..." contesté. La enfermera desapareció.

Me di cuenta que se puede pedir prestada una cobija a cambio de una identificación. (Hay cierto número de personas mayores y traen ropa gruesa). Por su forma de vestir, su apariencia y su forma de ser, puedo afirmar que salvo cuatro cinco personas de clase media, todos los demás eran de clase baja e incluso muy baja. Había muchos acompañantes con exceso de peso. La sala de espera se fue llenando cada vez más. Los 32 asientos estaban ocupados o reservados con una prenda encima. En total había más de 50 personas esperando entre los de afuera, los del andén, y los de las salas de espera, ahí una parte estaba esperando parada como yo. [La doctora que me atendió en “consultorio adulto” me dijo que ese día era muy, muy tranquilo]. Había tres mujeres en silla de ruedas. El rostro de la mayoría de las personas era de cansancio y angustia. Varias pacientes mostraban signos de dolor. Era el caso de una mujer de alrededor de 30 años (acompañada por su novio/esposo), quien salió decepcionada de la oficina de *triage*: no la quisieron atender y tuvo que irse. Su semblante era el de una persona muy enferma.

A las 11:10 me examinó superficialmente una doctora cansada y desencantada, en un “consultorio adulto”. Capturaba mis respuestas en una vieja computadora conectada a una impresora medio rota. No me preguntó sobre antecedentes familiares, ni mencionó ninguna patología posible. Pidió que me tomaran nuevamente la presión, 164/107. Me envió a esperar media hora.

Al decirle a la mujer de urgencias que llevaba una hora esperando, cuando ya había pasado media hora para checar nuevamente mi presión, ella me contestó: “A veces, a los médicos se les va la hebra... Toque en el consultorio donde lo atendieron”. Así que obedecí. Toque la puerta del consultorio que no tenía número. Nadie me contestó, ni me abrió.

Cinco minutos pasaron hasta que la doctora salió del consultorio y me llamó por mi nombre. Pidió a una joven enfermera (tenía una playera del Conalep, Milpa Alta) que tomara mi presión. Lo hizo en los brazos, pero dudando si lo tenía que hacer sobre la manga de mi camisa o no. Temblaba. Carecía de experiencia. Mi tensión era 132/90. Una trabajadora del hospital interrumpió a la doctora para decirle que tenía que llenar un formato con preguntas respecto de las incapacidades y otros asuntos. “¿Tengo que ir al segundo piso?”. “Sí”, contestó apenada la trabajadora. “Eso me va a quitar tiempo sobre todo cuando hay gente...” asentó la doctora antes de firmar el listado. La doctora fatigada, apenas amable, me recetó medicinas para bajar la presión, otra medicina para la celulitis de la pierna, llenó también los formularios de urgencias y el formulario para darme un día de incapacidad. A mi pregunta de saber cómo podía hacer para que no subiera mi presión, me contestó vagamente que no tenía que comer sal, embutidos ni conservas. También me dijo

que tenía que tomarme la presión a diario, hacer un registro, con tal de averiguar si era hipertenso o no.

La farmacia se encuentra en otra parte del mismo hospital, el cual ocupa una cuadra. Ahí tuve que hacer cola. Varias personas de la tercera edad quisieron formarse en la segunda ventanilla, pero una paciente les informó que ya había una fila reservada para las personas mayores. “De todos modos, es igual...” agregó esta mujer que, después de un tiempo, se llevó una gran cantidad de medicinas que puso en una bolsa negra. Explicó a alguien por qué estaba esperando en una ventanilla donde no había nadie detrás de ella: “Hay que esperar. Son medicinas controladas. Y cuando llegan las medicinas, la cola da vuelta en la calle...”.

Extracto de mi Diario de campo (2)

23 de febrero de 2023

Experiencia como paciente en el Hospital XX de Noviembre

Era noche y tenía la presión muy alta. No logré controlarla. El fuerte malestar que sentía me obligó a ir de urgencia al hospital para ser atendido. Así es que me llevaron directamente al área de admisión continua del Hospital XX de Noviembre.

Llegamos a medianoche. En la caseta de entrada del hospital todo estaba cerrado y a oscuras. Ingresamos caminando al tiempo que un auto entraba al estacionamiento. El policía nos dejó pasar sin pedir nada. Llegando a admisión continua no pudimos ingresar porque las puertas automáticas estaban cerradas. El policía al interior estaba dormido en su silla, lo mismo que el recepcionista detrás del mostrador. A la fuerza tuvimos que abrir las puertas de cristal para poder pasar, pues el sistema de apertura automática estaba suspendido. Llegando al mostrador, Karla, mi acompañante, indicó al recepcionista que me sentía muy mal, que estaba a punto de infartarme. Se puso a buscar las hojas de admisión. No las encontró. Debido a que no había lugar para sentarme —y que los minutos transcurrían antes de ser atendido— recosté mi cabeza sobre mis brazos que recargué en el mostrador. En ese momento la policía ofreció su silla. A los dos minutos salió una doctora y me permitió sentar en el área de *triage*. Sin preguntarme nada y con la sola indicación de mi acompañante de que tenía la presión muy alta, y a punto de infartarme, me hizo pasar al área de choque.

La médica que me atendió me pidió recostarme en una cama. Me pidieron quitar la camisa, el reloj, la pulsera de metal, mi cadena y los lentes para poder colocar un aparato de electrodos en mi pecho. Ya acos-

tado, la profesionista se quejó de mi vasto vello en el pecho. Los electrodos no lograban adherirse a la piel. Después de batallar, en cierto momento pidió apoyo a un residente. Este último fue a buscar un rastrillo, lo que le llevó algo de tiempo. “La jefa dice que hay que darle choques si se está infartando”, dijo en voz alta la mujer a su colega. Hasta este momento no habían preguntado cómo me sentía o si era la primera vez que padecía de estos síntomas. Mientras estaba acostado observaron los datos del electrocardiograma. No detectaron indicios de infarto, por lo que me quitó los electrodos y me pidió levantarme para caminar hasta las camas de observación. Estando medio vestido, la seguí hasta una sala grande. Me permitieron sentarme en una de sus sillas. Alguien me dio una bata y me pidió cambiarme. Otros prepararon la cama número 3. Me cambié prácticamente en medio de ellos, sin privacidad alguna. No sólo me sentí despojado de mis pertenencias, sino de mi propia intimidad. A partir de ese momento tuve la sensación de que me pertenecía.

Mientras tanto, otro doctor abordó en el pasillo a Karla para preguntarle sobre el medicamento y las dosis que tomaba. Le enseñó la caja de medicinas que portaba. Dado que a ciencia cierta no conocía la posología, el residente asumió que me la suministraba incorrectamente, por lo que llamó la atención a mi acompañante y enseguida pasó el reporte a la doctora con desesperación: “Doctora, el paciente trae medicación descontrolada”. (aseveración que me pareció completamente irracional, dado que yo seguía el tratamiento prescrito). Enseguida la doctora entrevistó a Karla para pedirle datos generales: mi nombre, edad, lugar de trabajo, oficio y tipo de sangre.

Me acosté en la cama número tres y de inmediato una enfermera me colocó un catéter en el brazo derecho; al mismo tiempo, un residente dejó una cánula en una vena de mi muñeca izquierda para monitorear mis signos vitales. Cumplieron a cabalidad sus gestos técnicos sin darme mayores explicaciones. Habían sido formados para eso, no para interactuar con los pacientes.

Afuera se escuchaba cómo la doctora y otro joven (quizá un residente) disentían sobre la dosis que me correspondía. “¿Cómo ve, doctora? ¿Le suministramos dos gramos?”. “No creo, porque la otra vez que se descontroló más el paciente. Yo creo que mejor uno, ¿cómo ves?”. “Va. Y pues ya vemos, ¿te parece?”. En ese instante supe que me estaría convirtiendo en conejillo de indias.

Una enfermera me tomó la presión por primera vez. El valor de 200/147 se quedó en pantalla. Alguien lo anotó en unas hojas que estaban en una mesita y se fue. Una enfermera me dio una primera pastilla indicándome al mismo tiempo el nombre de la medicina. Hasta ese momento, el personal me había dado un trato regular, aunque sin pre-

guntarme cómo me sentía ni inquirir si necesitaba algo. Mientras tanto, afuera, en la zona de *triage*, Karla concluía el trámite de registro para que pudieran hacerme estudios de laboratorio.

Rápidamente tuve la necesidad de orinar. La presión en mi vejiga se hacía cada vez más fuerte. Pero una vez que habían terminado con sus gestos técnicos, las enfermeras no volvieron a acercarse. Habían cerrado las cortinas. Las escuchaba platicando y riéndose en medio de la sala. Incluso, escuché cómo un miembro del personal veía una telenovela. Debido a mis ganas cada vez más fuertes de orinar, me arrimé hasta la extremidad de la cama y abrí las cortinas para pedir asistencia. Tuve que esperar más tiempo antes de ver pasar a alguien. Lamentablemente no había ningún botón de emergencia para poder ser auxiliado. Así es que al primero que pasó por ahí le externé mi necesidad. Una enfermera vino enseguida con un pato, me lo dio y cerró nuevamente la cortina. Sentado en el borde de la cama, ambos brazos conectados y con el chaco-teo del personal a unos cuantos metros de mí, era imposible concentrarme. También necesitaba pararme por completo. Cuando logré poner mis pies en el piso, escuché a un médico vestido de azul, de complexión obesa, sentado en su silla, advertir a todos: “El paciente está parado”. Fue como una señal de alarma para todos. Dos enfermeras se precipitaron, abrieron sin reparo la cortina y me dieron la instrucción de quedarme acostado. Les contesté que no podía orinar sobre la cama. No obstante, insistieron. Suplicándoles, les pedí que me dejaran parar. Mi dolor estaba a altura de mi desesperación. No quisieron escucharme y amartillaron que debía permanecer acostado. Con fuerza les pedí que abrieran el barandal lateral para que pudiera girar y pararme a un costado de la cama sin jalar los catéteres. Se negaron rotundamente. Elevaron la voz. Es cuando pude escuchar al mismo médico, testigo pasivo de la escena, decir: “El paciente se está poniendo grosero”. Nueva movilización de las enfermeras. Fueron a buscar a su jefa. La doctora, las enfermeras y uno o dos residentes me hicieron frente. Con malos modales la responsable me ordenó acostarme de inmediato. Volví a explicarles que necesitaba orinar urgentemente y que por supuesto me acostaría después; mi dolor era insoportable. Así es que supliqué y supliqué su comprensión. Lo único que me dijeron fue: “Usted no se puede levantar. Le puede dar un infarto en cualquier momento y se nos puede caer”. Con gran desesperación les contesté que bastaba con que me ayudaran a abrir el barandal. Pero no me escucharon y todos se fueron. La doctora fue a buscar a mi acompañante para decirle que me había portado grosero, que les había gritado e insultado, y que si no me tranquilizaba daría la orden de no atenderme y sacarme de admisión continua.

Por mi lado, una enfermera finalmente se presentó para abrir el barandal lateral izquierdo. Mal encarada me lanzó cortante: “¡Usted no me presione!” y se fue. Ya parado en el borde de la cama me dispuse a orinar, aunque al final no pude terminar por las constantes interrupciones de la enfermera preguntando con insistencia: “¿Ya orinó? ¿Ya orinó?”. Cuando por fin la enfermera vino a recoger el pato, cerró las cortinas y desapareció. Durante un largo rato no vi a nadie. Ninguna enfermera me vino a tomar la presión. Supuse que me estaban castigando. “Hay dos avisos de gravedad”, dijeron entre ellos un momento después. Luego escuché cómo una parte del personal se disponía a dormir bromeando respecto de qué cama les tocaría esta vez. Los que se quedaron despiertos siguieron platicando y riéndose a carcajadas.

Después de un largo tiempo (no tenía mi reloj), por fin llegó un asistente a quien yo no había visto. Notó que mi tensión arterial seguía muy alta. “Esto es porque usted se alteró, es la consecuencia de su actitud”, me culpó. Me dio otra pastilla y se fue.

En otro momento llegó un camillero. Se presentó, y advirtiéndome mi altura, en tono de broma me dijo que mis pies no tenían que estar fuera de la cama. Me recogí hacia atrás. Movié la posición de la cama a su entender y se fue. No lo volví a ver. Pero había inclinado la cama de tal forma que mi cabeza quedó más abajo que mi cuerpo. La sangre empezó a fluir sobre mi cabeza, causando una gran molestia. Desafortunadamente no podía ajustar la posición de la cama, porque los botones de comando estaban fuera de mi alcance. Entonces resolví sentarme al pie de la cama cerca de la cortina. Allí esperé antes de que viniera una enfermera. Amable, después de tomarme la presión, me hizo el favor de poner la cama en posición horizontal y la cabecera inclinada moderadamente.

Más tarde se presentó un joven. Me dijo que tomaría una muestra de sangre. (Cabe precisar que la doctora no me había informado de este análisis de sangre y del porqué del mismo; ella sólo se había aparecido en un par de ocasiones, y a la distancia repetía que mi presión tenía que bajar a niveles normales y nada más). Realizó esta operación con mucha minuciosidad, pero cuando estaba llenando los tubos de muestra alguien apagó la luz. “¡Luz!”, gritó el joven. Nadie hizo caso, por lo que su labor terminó en la penumbra y con la cabeza cerca de la fosa de mi codo derecho para lograr ver lo que hacía sin lastimarme. Me dijo que enseguida llevaría las muestras al laboratorio y se fue.

Un momento después pedí nuevamente el pato a una enfermera que pasó delante mío. Muy amable, me lo dio y abrió el barandal lateral, lo que me permitió girar sobre la cama y ponerme de pie. Sin conflicto ni intercambio de palabras, como sucedió la primera vez, pude orinar con

tranquilidad y entregar el pato lleno. La satisfacción de esta necesidad fisiológica me permitió volver a la cama para esperar.

Mientras tanto, afuera, en la sala de espera, Karla presenciaba cómo la misma doctora se portaba un tanto grosera con los familiares de otros enfermos. Alcanzó a oír algo como: “A mí no me involucren en sus chismes, a mí lo único que me interesa es que su paciente esté bien”. Las personas insistían en comentarle los malos tratos y la negligencia que habían sufrido por parte del personal, pero la doctora no quiso escuchar. Varias veces los paró en seco: “Ya les dije que no me interesan los chismes, solamente me importa su paciente. Pero si quieren quejarse, pueden reportarlo”.

Después una acompañante se le acercó a Karla para decirle que desde las once de la noche que había ingresado su enfermo, hasta las cinco de la mañana, nadie le había dado información. Se le veía desesperada y muy desanimada para preguntar, pues había asumido que nadie le haría caso o le podía ayudar. “Deberían poner una pantalla, algo de café o ya de menos una máquina para poder aguantar tantas horas aquí, porque además afuera no venden nada”, se quejó la señora.

Cuando Karla quiso acercarse a las puertas de acceso para ver si lograba interceptar a algún doctor y preguntar por mí (igualmente había pasado mucho tiempo), la policía le impidió caminar y le dijo que debía permanecer en la sala de espera, sentada en aquellas sillas metálicas cuyo frío le traspasa la ropa. No obstante, a otras personas sí dejó circular y estar al pendiente de sus enfermos. Nunca entendió el criterio que aplicaba la señorita vigilante de la entrada. En otro momento, percibió que un joven (quizá algún doctor o residente) salía a preguntar por los familiares de tal o cual enfermo y si no obtenía una respuesta inmediata, simplemente se retiraba y no volvía más. Tampoco dejaba a la oficial de la entrada la instrucción de seguir anunciando al familiar requerido. En varias ocasiones, Karla advirtió que a los acompañantes les ganaba el sueño o estaban en el sanitario, por lo que no podían responder al llamado que sólo se hacía una vez y no más.

Un momento después, una enfermera volvió a tomar mi presión. La presión diastólica estaba por debajo de 140. “Ya lo vamos a dar de alta”, anunció. La idea de regresar a mi casa me dio un gran alivio, aunque tuve que esperar más tiempo y escuchar dos veces más este aviso antes de que se hiciera realidad. Por fin, apareció mi acompañante con todas mis cosas. Me vestí feliz de irme. La doctora se dirigió a Karla para indicarle que debía seguir el tratamiento al pie de la letra, recoger los medicamentos en la farmacia y sacar cita en la clínica correspondiente para ser atendido por un cardiólogo en consulta externa.

La doctora ya no se volvió a dirigir a mí, tampoco se despidió y mucho menos me entregó la receta. Antes de irnos preguntamos a una persona, cuyo escritorio estaba enfrente, por la prescripción médica. Se volteó y con el dedo nos señaló que la habían dejado sobre la mesa. La recogimos sin más explicaciones. Nunca supimos los nombres de las personas que nos atendieron (no portaban gafete alguno). Nadie me habló de la posibilidad de tener una incapacidad; era las cinco de la mañana y en principio tenía que impartir mi seminario en la universidad unas horas después. Tampoco nos dijeron nada respecto de los resultados de los exámenes de sangre, cuándo y dónde recogerlos. Sólo las dos enfermeras que me atendieron en la segunda mitad de mi estancia (fueron las únicas en presentarse: Luz y Paz) se despidieron de nosotros.

Si hubiéramos querido quejarnos por el mal trato recibido no hubiéramos podido hacerlo porque en estas horas de la noche nadie estaba en la oficina del “Buen Trato” (aunque la luz estaba prendida), y tampoco había un buzón de quejas en la sala de espera.

Cuando salimos de admisión continua (batallando nuevamente con la puerta), el policía y el recepcionista estaban completamente dormidos, por lo que no se dieron cuenta de nuestra presencia. Afuera, el módulo de policía estaba en completa oscuridad. Uno de los dos uniformados igualmente estaba recogido en su asiento, dormitando. No supimos por dónde salir a la calle (estaba oscuro y sin señalamiento alguno), hasta que un policía nos indicó salir por el portón donde entran los coches.

Etnografía de la espera en urgencias.
Caso de los hospitales públicos
de la Ciudad de México, de Bruno Lutz,
se terminó de imprimir en noviembre de 2023.
Se tiraron 500 ejemplares.
El cuidado de la edición estuvo a cargo
de David Moreno Soto
y Caricia Izaguirre Aldana.
Formación de originales:
Maribel Rodríguez Olivares.

En la presente obra se analizan los rasgos organizacionales y los mecanismos institucionales que fomentan una dilatación de los tiempos así como conductas gremiales y personales por parte de los trabajadores del Sector Salud. Su objetivo es visibilizar tendencias generales que caracterizan la lentitud de los procesos en los servicios de Urgencia de los hospitales públicos de la Ciudad de México.

En el campo y en las ciudades, los enfermos de escasos recursos están habituados a esperar horas e incluso días para recibir atención médica, para ser programados a estudios, conseguir su medicina y, en su caso, ser intervenidos quirúrgicamente. Incontables son los enfermos cuyo estado de salud se deteriora significativamente mientras esperan ser atendidos en el área de Urgencias de los hospitales públicos.

En esta obra exploramos el fenómeno de la espera en los hospitales. Al delimitar las condiciones de espera de quienes solicitan una atención médica urgente identificamos los agentes que inciden en el acceso a la salud (presupuesto, infraestructura, marco jurídico; organización laboral, jerarquías, afiliación sindical; actitudes individuales, relaciones interpersonales, historias personales).

El presente estudio sobre el tiempo de espera de los enfermos y sus familiares en la unidad de Urgencias en hospitales de la Ciudad de México es continuación de un trabajo exploratorio (no publicado) sobre la tardanza de los trámites administrativos y la inercia burocrática en dos poblaciones marginadas ubicadas al sur de la Ciudad de México.

