

Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana

Martha Adiel López Betancur¹, María Lucelly García Henao²,
Martha Cecilia Madrigal Ramírez³, Constanza Forero Pulido⁴

Resumen

Objetivo: comprender el proceso de recibir la atención de urgencias para los pacientes y su familia. **Metodología:** el trabajo fue realizado con personas adultas de ambos sexos que consultaron en servicios de urgencias de la ciudad de Medellín (Colombia). Se utilizó un enfoque cualitativo, con herramientas de la etnografía focalizada, se realizaron 9 entrevistas y 50 horas de observación. El análisis se hizo a partir de los diarios de campo y las entrevistas, se extractaron códigos que luego fueron agrupados en las categorías que mejor representaran el fenómeno estudiado. **Resultados:** las personas acuden a los servicios de urgencias buscando atención, pero al llegar allí encuentran una serie de barreras que deben sortear para poder ser admitidos, recibir información y poder recibir compañía. En la atención de urgencias hay un desencuentro entre tres miradas: la primera es la de los participantes, que la consideran inhumana; la segunda es la del sistema de salud, que la considera un conjunto de actividades que garantizan una atención oportuna y de calidad; y la tercera es la que muestran otras investigaciones que han encontrado barreras de acceso para ser admitido y para obtener información. **Conclusión:** hay una serie de barreras para que los pacientes reciban atención en los servicios de urgencias en las instituciones estudiadas.

Palabras clave: servicio de urgencia en hospital; humanización de la atención; triaje; barreras de comunicación.

Difficulties for care in the emergency room services: the in-human wait

Abstract

Objective: to understand the process of receiving emergency care services for patients and their families. **Methodology:** the research was performed with adult people from both genders who consulted the emergency room services in the city of Medellín (Colombia). A qualitative focus was used with focalized ethnographic tools, 9 interviews and 50 observation hours were conducted. The analysis was done from the field journals and interviews, codes were extracted and

1 Enfermera Magíster en Enfermería. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). Correo electrónico: adiel@tone.udea.edu.co

2 Enfermera Especialista en Gerencia. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). Correo electrónico: chely@tone.udea.edu.co

3 Enfermera Magíster en Educación. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). Correo electrónico: mmadrigal@tone.udea.edu.co

4 Enfermera Magíster en Salud Pública. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). Correo electrónico: cforero@tone.udea.edu.co

Subvenciones: Artículo producto de la investigación "Significado de la percepción de la duración del tiempo en las personas en una urgencia en casa", inscrita en el Comité para el Desarrollo de la Investigación de la Universidad de Antioquia en el 2007.

Fecha de recibido: 1 de abril de 2009.

Fecha de aprobado: 26 de febrero de 2010.

then grouped in categories that best represented the studied phenomenon. **Results:** people assist to the emergency service looking for care, but when they get there they find themselves with a series of barriers that should be handled to be able to be admitted, to receive information and to be accompanied. In the emergency service there is a disagreement between three views: the first one is the one from the participants who consider it inhuman, the second one is the health system one that ensures timely and quality care, and the third one is the one shown in other researches: they have found access barriers for admission and information. **Conclusion:** there are a number of barriers for patients to receive care in the emergency room services in the studied institutions.

Key words: emergency service hospital; humanization of assistance; triage; communication barriers.

Dificuldades para o atendimento nos serviços de urgências. A espera desumana

■ Resumen ■

Objetivo: comprender o processo de receber o atendimento de urgências para os pacientes e sua família. **Metodologia:** o trabalho foi realizado com pessoas adultas de ambos sexos que conferiram em serviços de urgências da cidade de Medellín (Colômbia). Utilizou-se um enfoque qualitativo, com ferramentas da etnografia focalizada, realizaram-se 9 entrevistas e 50 horas de observação. A análise se fez a partir dos diários de campo e as entrevistas, se extraditaram códigos que depois foram agrupados em categorias que melhor representassem o fenômeno estudado. **Resultados:** as pessoas vão aos serviços de urgências procurando atendimento, mas ao chegar ali se encontram com série de barreiras que devem sortear para poder ser admitidos, receber informação e poder receber companhia. No atendimento de urgências há um desencontro entre três miradas: a primeira é a dos participantes que a consideram desumana, a segunda é a do sistema de saúde que a considera como atividades que garantem um atendimento oportuno e de qualidade, e a terça é a que mostram outras investigações que encontraram barreiras de acesso para ser admitido e para obter informação. **Conclusão:** há uma série de barreiras para que os pacientes recebam atendimento nos serviços de urgências nas instituições estudadas.

Palavras chaves: serviço hospitalar de emergência; humanização da assistência; triagem; barreiras de comunicação.

Introducción

Cuando se solicita atención de urgencias se está buscando precisamente que ésta sea inmediata, o por lo menos en el mínimo tiempo posible.¹ Sin embargo, el sistema de salud exige, para la prestación de la atención, el cumplimiento de ciertos requisitos. En muchas ocasiones los usuarios desconocen la normatividad, y al considerar su situación como urgente no tienen en cuenta las exigencias del sistema. Su mirada es diferente a la del sistema. Esto ocasiona roces y dificulta-

des, despierta sentimientos y provoca reacciones frente a las restricciones que no les permite una rápida atención.^{2,3} Aunque hay estudios cuantitativos que exploran la oferta y la demanda de los servicios de urgencias,^{3,4} no se encontraron estudios cualitativos realizados en Medellín. Por esto surge la pregunta: ¿cuál es el significado que tiene para las personas la espera para la atención de urgencias?. La información obtenida permitirá tener herramientas para el diseño de proyectos de gestión del cuidado más humanizado.

Metodología

Para comprender la realidad vivida por quienes esperan en las salas de los servicios de urgencias hospitalarios, se partió de la perspectiva de la investigación cualitativa. Se utilizaron técnicas de la etnografía que “busca comprender el sentido de los hechos, el sentido de las proporciones y de las articulaciones”.⁵ Su orientación es la del enfoque particularista, que consiste en aplicar el método etnográfico a cualquier unidad social o grupo humano aislable,⁶ y nos permite saber que los datos obtenidos representan la realidad vivida por quienes esperan en las salas de los servicios de urgencias hospitalarios.

Técnicas de recolección de la información

Observaciones. Fueron 50 horas de observación de las personas que buscaban atención de urgencias y de sus acompañantes. El observador se sitúa en las calles cercanas a las salas de urgencias de diferentes niveles de atención de la ciudad. Se cubrieron los siete días de la semana y las 24 horas del día. La observación fue detallada, según lo recomendado por Mauss.⁵ En los diarios de campo se plasmaron sucesos, movimientos, diálogos, rostros y espacios físicos.

Entrevistas. Se realizaron nueve entrevistas a pacientes o a sus acompañantes, dentro de las dos semanas posteriores a la experiencia de atención de urgencias, buscando que ni la condición de salud, ni la emotividad afectaran las respuestas. Según Morse,⁷ es mejor dejar pasar un tiempo para que las personas hablen de sus experiencias más desde la reflexión que desde la emotividad. Las entrevistas fueron abiertas, para permitir comprender mejor el significado de la espera en urgencias para los pacientes y sus familias. Los participantes se contactaron a su egreso del hospital y se seleccionaron con propósito^{4,8} entre personas adultas de ambos sexos, de diferentes edades y situación socioeconómica.

Análisis. Se realizó una lectura general y posteriormente párrafo a párrafo de las transcripciones de entrevistas y observaciones. Éstas se fragmentaron y reagruparon en encabezados temáticos,⁶ y de esta manera se fueron encontrando categorías. El análisis se hizo paralelamente a la obtención de los datos, teniendo en cuenta, como lo recomienda Galeano, “el carácter emergente del estudio”.⁹

Criterios de rigor. Para garantizar que los resultados den cuenta de la realidad vivida por los participantes, el diseño de los códigos y categorías tuvo en cuenta sus relatos y puntos de vista. Las entrevistas se grabaron para lograr el máximo de fidelidad en la información recolectada, y fueron transcritas por los mismos investigadores a la mayor brevedad posible para detectar aspectos deficientes o insuficientes en la grabación. Las observaciones fueron exhaustivas, sin descuidar ningún detalle.⁵ Es importante anotar que algunos de los investigadores no tenían experiencia en los servicios de urgencias. Después del análisis de los datos, los resultados se contrastaron con la literatura, para hacer la discusión y presentar las conclusiones. Se consideró saturada la información cuando en el análisis del material recolectado no aparecía información nueva.

Aspectos éticos. Las consideraciones éticas se refieren a “la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información, la garantía de privacidad de los participantes, el respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines exclusivos para este proyecto y la devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes”.¹⁰

Se considera que esta investigación no presenta riesgo alguno para los participantes. De acuerdo con lo establecido por la Resolución 8430 de 1993,¹¹ a cada persona se le pidió el consentimiento informado antes de realizar la entrevista, y para grabarla se le garantizó la confidencialidad de la información obtenida; cuando alguna información mereció precisarse, se hizo de manera impersonal; los nombres en las entrevistas y los diarios de campo se cambiaron. Los investigado-

res no tienen conflicto de intereses con la investigación.

Resultados

Cuando el paciente y su familia deciden ir a un servicio de urgencias tienen como meta lograr atención rápida, considerada ésta como un proceso con tres componentes; admisión, información y compañía. Para lograr dicha atención encuentran varios obstáculos que perciben como una carrera de obstáculos que deben sortear uno a uno: *“Es como si fuera una carrera de obstáculos. Ya había pasado en sí el principal. Por lo menos ya estaba en un proceso y eso es ya significativo”* (E8p4).

A los obstáculos que se presentan en cada parte del proceso los participantes les otorgan un significado, de acuerdo con el cual elaboran estrategias para vencerlos.

Obstáculos para la admisión

La admisión es el primer paso del proceso de atención, donde se autoriza el derecho del paciente y se le practica la valoración médica. El significado que dan los participantes a los obstáculos durante esta etapa está relacionado con el número de personas que hay en la sala y la actitud del personal encargado de dicha admisión.

Espera larga. Cuando al llegar al servicio de urgencias, el paciente encuentra muchas personas que necesitan ser atendidas, piensa que su espera será más larga de lo pensado: *“Las horas que había que esperar eran muy largas porque había muchísima gente”* (E5p3). Comprende que todas las personas que acuden al servicio de urgencias lo hacen por necesidad y supone que en algún momento todos serán atendidos. De acuerdo con su percepción de su condición de salud, decide quedarse y esperar, o irse: *“Pero el problema es que había bastante gente y a todos los tenían que atender. Yo, cuando llegué, eso estaba ‘taquiao’ de gente allá”* (E2p1).

Incomprensión. Es el significado que le dan los participantes a la actitud del personal cuando en el proceso de admisión identifican un desencuentro entre las normas institucionales y sus necesidades. Para superar este obstáculo intentan estrategias como discutir dichas normas, tratar de conmovir o convencer al vigilante o al personal de admisiones. El vigilante y el auxiliar administrativo son los primeros contactos al ingreso a un servicio de urgencias; son las personas que, de acuerdo con los participantes, se encargan de aplicar las normas sin tener en cuenta la situación individual. El vigilante que custodia la puerta es considerado una barrera física que impide acceder a la sala: *“¿Es ésta la hora de venir a consultar? No creo que el doctor lo atienda”* (O26). Los participantes relatan que este cargo no tiene supervisión y que los trabajadores de la salud *“no se asoman a la sala”* (E1p3).

El personal auxiliar administrativo, que comprobaba el derecho al servicio en la base de datos, es visto como obstáculo, porque si falta algún documento el usuario debe ir a buscarlo. Además, no toma decisiones ni da información, lo que causa reacciones de este tenor: *“Esas viejas son como brutas, me estaban poniendo problema”* (E3p1). *“En admisiones son muy groseras... porque si uno va y pregunta, le dicen ‘yo no sé’”* (E5p6).

Pérdida de tiempo. Es el significado que le dan los participantes a la clasificación que define la prioridad en la atención, remisión, o cobro del valor de la consulta, si en la clasificación se define que no es urgente. Les resulta desconcertante porque no tienen claro cuáles son los objetivos del triaje: *“Aparentemente son dos evaluaciones, una pérdida de tiempo de los profesionales y no tiene sentido”* (E9p1). La estrategia para vencer el obstáculo del triaje es exagerar los síntomas. Los participantes creen que quienes tienen signos evidentes de trauma o de enfermedad serán los primeros en ser atendidos. Pero a los demás: *“(...) Nadie les presta atención, puesto que no tienen signos visibles de hemorragia, ni de nada”* (E9p2).

Insensibles para sobrevivir. Los participantes consideran el personal de salud insensible cuando se

muestra indiferente, desinteresado, como si no le importara la situación de los pacientes de urgencias. También piensan que se trata de una táctica que utiliza dicho personal para no verse afectado con la situación y poder desempeñarse adecuadamente: *“Pero esos manes, adentro, estaban como acosados...ni se asomaban o yo no sé si les importaba... pues... eso debe ser así, ellos se van volviendo insensibles, necesitan serlo para sobrevivir...porque si no se vuelven de alguna manera insensibles, se mueren de la angustia ¿sí me entiende? ¡Que más van a hacer, no pueden cambiar las cosas y volverse inhumanos! Es una estrategia para que todo eso que pasa afuera, en la sala de espera, no los bloquee”* (E3p2). En este caso la estrategia es justificar la actitud del personal. Consideran, además, que la cantidad de empleados disponibles es insuficiente para atender la demanda.

Obstáculos para obtener información

Obtener información oportuna y suficiente sobre el estado de salud del familiar o sobre el propio es una meta en todos los pasos del proceso de atención. Los participantes expresan tener dificultades para obtenerla por parte del personal de salud, pues encuentran en ellos actitudes desobedientes a las cuales les otorgan diferentes significados, relacionados tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal y con el contenido de la información.

Miedo. Es el significado que dan los participantes a la posibilidad de un regaño, de una mala noticia o de perder el turno para la atención: *“Son muy regañonas, uno no se puede parar a preguntar porque ahí mismo lo regañan”* (E5p3). El miedo obliga a los participantes a crear estrategias, como quedarse quietos, expectantes ante un posible llamado, buscar con la mirada a alguien que los ayude “una palanca”, o levantar la voz para llamar la atención del personal de salud: *“Al interior es bueno tener una persona que le ayude a uno...es lamentable que todo tenga que funcionar teniendo quién ayude o pagando prerrogativas”* (E9p6).

Información que no informa. Se refiere a los clichés que utiliza el personal de urgencias y a los cuales los participantes no les encuentran significado. No sólo no los tranquilizan sino que las consideran una estrategia para no dar información, darla de cualquier manera o salir del paso. Se trata de una información que no informa, al contrario, produce malestar y descontento, por lo que resulta mejor no pedirla: *“(...) uno siente rabia...lo sacan a uno de taquito con ese: ‘está estable’ ”* (E p6). Los participantes encuentran toda una serie de palabras que son lenguaje propio del personal de salud pero carecen de significado para ellos: *“Nunca le dan información a uno, siempre le dicen es que está estable”* (E5 p6). *“No es culpa de nadie”* (E7p3), *“No hay nada que hacer, sino esperar”* (E7 p3). *“Paciencia, que a todos los vamos a atender”* (E8p3). *“Hay que esperar, todavía no se sabe nada”* (E6p2),

Ser espectador. Los participantes necesitan información sobre los procedimientos que les van a realizar: de qué manera, por qué y para qué. Así, ellos comprenderán las medidas terapéuticas y no asistirán como simples espectadores a las decisiones tomadas por el personal de salud. Consideran que, aunque la enfermera no deba dar información completa, sí puede brindar alguna que sea de su competencia y ayudarles a obtener el resto de información de quien corresponda: *“Pero allá nadie le dice a uno nada, no dan información adentro, menos afuera. Yo entiendo que las enfermeras no digan nada, porque no están autorizadas, pero por lo menos le deberían ayudar a uno a que le digan algo, o creo que cualquier cosa sí podrían decir”* (E1p2). Las estrategias de los parientes son: inferir, buscar información por otras vías (como intentar leer la historia clínica o llamar al mismo paciente por celular para que les comunique lo que ha entendido de su situación), o buscar al especialista con la esperanza de que les informe. Ellos afirman que dejan de ser espectadores cuando el paciente está muy grave. En estas circunstancias obtienen información sin solicitarla, porque el personal de salud reúne a la familia para dar información: *“Entonces el cirujano habló con todos”* (E2p3).

Obstáculos para lograr compañía y ayuda.

Para los participantes es importante tener la oportunidad de acompañar a la persona sujeto de la atención de urgencias. Pero dicha compañía está restringida por las normas institucionales que interponen diferentes obstáculos, entre ellos el horario de visitas o la prohibición de las mismas: *“Siempre llega alguien y te dice: ‘Tú no puedes estar acá’. Las enfermeras, y a veces el portero. Casi siempre son las enfermeras”*. (E5p3).

Estar cautivos. Estar cautivos es el significado que las familias y los pacientes le dan a la imposibilidad de acompañar o ser acompañado en el servicio de urgencias. Del otro lado, en la sala de espera están los parientes, que no pueden entrar porque las normas no lo permiten, y no pueden irse porque temen por la seguridad y la comodidad del paciente, y porque piensan que si el personal de urgencias es escaso, dedicarán poco tiempo a su cuidado; también piensan que en algún momento podrían ser llamados para suplir alguna necesidad del paciente: *“Pensaba en si la estarían atendiendo bien, si le habrían llevado el pato”* (E5p3). *“Adentro le dijeron que no le responderían si el niño se caía de la cama”* (E1p1).

Las normas son un obstáculo imposible de vencer. Los participantes tienen como única opción estar atentos en la sala de espera, a la expectativa de una oportunidad para entrar a ayudar al paciente: *“Me ha pasado varias veces, que me llaman y salgo...y me dicen ‘vaya para que le ponga el pato’”* (E5p3).

Discusión

Frente al proceso de la atención de urgencias hay desarmonía entre tres miradas. La primera es el significado que los participantes dan a su experiencia: atención deshumanizada; la segunda tiene que ver con la normatividad del sistema de salud: garantía de oportunidad; y la tercera, expuesta por autores e investigadores: barreras y desinformación. Dicha desarmonía se evidencia

en la mirada de los participantes que, como ya hemos visto, designan el proceso de la atención de urgencias como una carrera de obstáculos impuesta por el sistema de salud. La mayor dificultad la encuentran en los requerimientos legales para la admisión, seguida por el déficit de información, y los inconvenientes para ser acompañados por su familia. Esta perspectiva contrasta con las otras dos miradas

Obstáculos para la admisión

Los participantes ven el triaje, el proceso administrativo que acredita el derecho al servicio, y el desequilibrio entre oferta y demanda como obstáculos para la admisión. El triaje significa para ellos pérdida de tiempo; el proceso de comprobación del derecho, incomprensión; y el desequilibrio entre oferta y demanda, expresión de insensibilidad por parte del personal de salud, aunque dicha “insensibilidad” sea explicada como una estrategia para sobrevivir ante la impotencia para atender la demanda de manera eficaz por falta de personal.

El sistema de salud describe el triaje como un proceso de obligatorio cumplimiento para los prestadores del servicio, con el objetivo de realizar una atención oportuna y de calidad dentro de parámetros de racionalidad. Además, permite habilitar las instituciones. En cuanto a la verificación del derecho, es parte del proceso de atención de urgencias, de obligatorio cumplimiento para efectos de pago.¹² Respecto a la oferta y la demanda, el sistema de habilitación colombiano reglamenta que los servicios de urgencias deben contar con adecuados recursos técnicos, tecnológicos y humanos, acordes con su nivel de complejidad;¹³ además, obliga a cada prestador a definir el número de personas por turno, conforme a la demanda y la capacidad instalada.

Para investigadores y autores ha sido una preocupación constante y se han encontrado diferentes investigaciones sobre los tres aspectos. Así, el triaje, para algunos de ellos, es una forma de establecer prioridades en la atención ante la cre-

ciente demanda de los servicios de urgencias;¹⁴ en contraste, otros trabajos encontraron que el triaje constituye el establecimiento de barreras de acceso, tanto para ser admitido como para obtener información,³ opinión que se reafirma en una investigación realizada en Andalucía, donde se encontró que las personas sienten su tránsito por el sistema sanitario como una continua carrera de obstáculos, llena de trabas y dificultades, por lo que se sienten en soledad,¹⁵ además encuentran, en muchos casos, que su consulta no se considera de carácter urgente.³

Respecto al proceso de comprobación de derechos al servicio, en un estudio realizado en Medellín aparece como una limitante de tipo administrativo y financiero³; por su parte Coe¹⁶ describe la experiencia de los pacientes en el proceso de admisión como desagradable, porque el trato de los empleados es “*impersonal, con comportamiento burocrático y oficioso*”. Frente al desequilibrio entre la oferta y la demanda no se encontraron estudios publicados en el país que muestren la suficiencia o no del personal de urgencias. No obstante, hay investigaciones que demuestran que dicho personal tiene sobrecarga laboral. Labrador,¹⁷ en su trabajo, concluye que los médicos fueron los profesionales que marcaron un nivel mayor de burnout, especialmente en lo que se refiere a la despersonalización. De modo similar, en un estudio realizado en Lima con personal de urgencias, se encontró como causa de estrés laboral la sobrecarga de trabajo, la presión del tiempo, la inestabilidad laboral, la ambigüedad de roles, entre otros aspectos que afectan el desempeño laboral, la calidad de los cuidados y la productividad.¹⁸

Obstáculos para obtener información

Para los participantes, solicitar información tiene el significado de miedo, y lo justifican por la actitud del personal de salud, administrativo y operativo. Además, consideran que, en general, la “poca información” que reciben es “información que no informa”, lo que los convierte en simples espectadores de sus propias situaciones de salud

porque, además no encuentran una sola persona que les ayude a obtenerla.

Para el sistema de salud, la información es un derecho respaldado por la Ley 911,¹⁹ que aboga por la obligación de brindar un trato humanizado. En los estándares de calidad del sistema de salud, es obligación de las instituciones prestadoras de servicios de salud mantener informados a los usuarios, aunque en dichos estándares no se considera un indicador que mida la información que se le ofrece al usuario en lo relacionado con su propio estado de salud o el de un familiar.¹³

Para los autores e investigadores también éste ha sido tema de constantes pesquisas. Así pues, existen varios estudios que demuestran que la información acerca de la condición y progreso del paciente es una de las necesidades más sentidas.²⁰ Además, se hallaron trabajos que hablan sobre la influencia que tiene la actitud del personal en aquellos que esperan ser informados de una situación de salud. Parra²¹ encontró que, por su actitud, no inspiran confianza para pedirles información, ayuda o explicaciones. Así mismo, Coe¹⁶ concluye que las personas no sienten confianza hacia el personal y considera que están sometidos al aplomo científico de enfermeras y médicos. Como ya se dijo, el sistema de salud, mediante la Ley 911, considera la adecuada información como una responsabilidad de los profesionales de enfermería frente a los sujetos de cuidado; no obstante, García²² encontró que el deber de ofrecer información a los usuarios y a sus familias puede ser fuente de ansiedad para el personal. Esta ansiedad, según Travelbee,²³ es mitigada con el uso de clichés o expresiones automáticas que permiten tener algo que decirle al paciente. También encontró que los pacientes consideran esta actitud como una forma de bloquear la comunicación.

Algunos autores han reportado que existe una tendencia del personal a tratar el cuerpo del paciente sin informarle los motivos para ello, o incluso sin comunicarse en absoluto con él.¹⁶ Por otra parte “*se ha señalado que en los hospitales*

hay dificultades en la comunicación con el paciente, el enfermo está privado de información sobre el hospital, y sobre su propio estado, siendo ésta la queja más importante de los pacientes en el hospital y llevándolos a sentirse humillados".¹⁶ Henderson²⁴ opinaba que actitudes como negar información a los pacientes acerca de los procedimientos y tratamientos que se les practicaban, los hacía sentir ciudadanos de segunda clase. Por otra parte, la misma autora afirma que puede suceder que la información "sea ininteligible para el paciente, al usar terminología médica o de enfermería, lo que lo hace sentir como si estuviera en una sociedad secreta".

Obstáculos para lograr compañía y ayuda

Para los participantes, estar cautivos es el significado que dan a la imposibilidad de obtener compañía y ayuda. El sistema de salud no establece de manera clara estándares en lo referente a la compañía y ayuda al paciente, dejando a cada institución la libertad de establecer políticas en este sentido.

Autores e investigadores han encontrado que para la familia es una preocupación la seguridad y la comodidad del paciente. También quieren tener "la certeza de que el paciente está recibiendo el mejor tratamiento".²⁰

Como conclusión se puede afirmar que la normatividad del sistema de salud y la actitud del personal que presta los servicios en las salas de urgencias hacen que los usuarios vean el proceso de la atención de urgencias como una cadena de obstáculos, algunas veces difícil y otras imposible de salvar, lo que los lleva a considerar la atención como deshumanizada. Para los participantes, el personal de salud obstaculiza o facilita el proceso de atención en los servicios de urgencias.

El conocimiento de las situaciones descritas sirve como base para implementar políticas, proyectos y programas encaminados a mejorar la atención de las personas, tanto física como emocionalmente, dentro unos parámetros económicos

razonables. En la academia, y para las personas que trabajan en los servicios de urgencias, el conocimiento del significado de la atención en el servicio de urgencias facilita el análisis y la construcción de propuestas de grupos de trabajo e investigación que generen alternativas de solución para un cuidado más humanizado. Las autoras sugieren una serie de estrategias que podrían ayudar a que la atención y la espera en los servicios de urgencias fueran más humanizadas: a) reconsiderar el cálculo de personal de acuerdo con la oferta, la demanda y la complejidad; b) diseñar un sistema de triaje estructurado que incluya la recepción, la acogida, la clasificación y el seguimiento a los pacientes; c) proponer la asignación de una persona encargada de suministrar información a las personas que esperan la atención, de manera que se pueda establecer una comunicación constante con el paciente y su familia, y d) realizar estudios que permitan identificar el significado que tiene para el personal de salud el tiempo de espera de los pacientes en las salas de urgencias.

Referencias

1. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006;18(3):156-164.
2. González G, Valencia M, Agudelo N, Acevedo L, Vallejo I. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. *Biomédica*. 2007;27(2):180-189.
3. García B, Oñedo F. Retorno a los servicios de urgencias un marcador de calidad asistencial. *Todo hosp*. 2003;22(195):195-201.
4. Valencia M., González G, Agudelo N, Acevedo L, Vallejo I. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. *Rev salud pública*. 2007;9(4):529-540.
5. Mauss M. *Manual de Etnografía*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2006.p. 22,32,24.
6. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p 199, 211.

7. Morse J. Los métodos cualitativos: el estado del arte. Revista Universidad de Guadalajara [Internet]. 1999-2000 [Acceso 2008 Jun 12]; Número 17/Invierno: Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html>
8. De la Cuesta C. Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2004. p.38.
9. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit; 2003. p. 59.
10. Gómez GE, Molina ME. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. Invest educ enferm. 2006;24(1):68-77.
11. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Oct 4, 1993).
12. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. (Dic 7, 2007).
13. Bogotá, Ministerio de la protección social. Anexo técnico número 2, Manual único de procedimientos de habilitación de la resolución 1043/2006 de 3 de Abril 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. (Abr 3, 2006)
14. Navarro R, López L, Brau J, Carrasco M, Pastor P, Masiá V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias: Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la comunidad Valenciana. Emergencias. 2005;17(5):209-214.
15. Cruz M, Sorroche JF, Prados F. Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad sobre la atención sanitaria recibida. Index Enferm. 2006;15(54): 15-19.
16. Coe R. El sentido de la Hospitalización. En: Sociología de la medicina. Madrid: Alianza Central; 1973. p. 333, 347,345.
17. Bernardo M, Labrador F. Evaluación del estrés laboral y Burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. Int J Clin Health Psychol. 2007;7(2):323-335.
18. Mamani A, Obando R, Uribe A, Vivanco M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Rev Peru obstet Enferm. 2007; 3(1):50-57.
19. Colombia. Congreso de la república. Ley 911 de octubre 5 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693, (Oct 6, 2004).
20. Maruiti M, Galdeano L. Necesidades de los familiares de pacientes internados en unidad de cuidados intensivos. Acta paul enferm. 2007;20(1):37-43.
21. Parra M. Fundamentos para el cuidado coronario. Serie temática. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería, p.14. 2006.
22. García F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med Intensiva. 2006;30(9):452-459.
23. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 2ª ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1966. p. 110,115.
24. Henderson V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. Invest educ enferm. 2000; 28(1):125-6.