

Nombre:

Sala de espera de la Actividad Ambulatoria del Hospital de Clínicas. Una experiencia de integración de funciones universitarias en la enseñanza curricular de Facultad de Ciencias Sociales (FCS).¹

Autoras

Prof. Adj. Mariana Aguirre (mariana.aguirre@gmail.com)

Dra. Graciela Martínez (gracielabmartinez@gmail.com)

Prof. As. Florencia Ferrigno (florencia.ferrigno@gmail.com)

Prof. Ay. Laura Zapata (laura.zapata@cienciassociales.edu.uy)

Resumen

La ponencia presenta los resultados de una investigación que tuvo como objetivo central aportar al conocimiento del vínculo entre la Universidad de la República (UdelaR) y los usuarios de los servicios ambulatorios que brinda el Hospital de Clínicas. La misma se enmarcó en un proceso de investigación-extensión perteneciente al curso Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Sociales, durante el año 2015.

Partió de una propuesta de trabajo conjunta entre la Coordinación de la Actividad Ambulatoria del Hospital de Clínicas, el staff médico del servicio del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas y el equipo docente de la materia Extensión Universitaria. El acuerdo estableció como espacio de trabajo, la sala de espera del servicio de Emergencia.

La materia Extensión Universitaria es una optativa que forma parte del segundo semestre del Ciclo Inicial de FCS; conforma un Espacio de Formación Integral (EFI) que se

¹Trabajo presentado en las XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR. Montevideo, 13, 14 y 15 de setiembre de 2017.

propone articular las tres funciones de la Universidad: extensión, enseñanza e investigación. En este sentido, la propuesta curricular del curso consta de tres componentes: espacio teórico, talleres y trabajo de campo.

A partir de los acuerdos alcanzados entre los equipos docentes de ambas facultades (FCS y Medicina), se trabajó con los estudiantes en el espacio taller la construcción de herramientas para alcanzar el objetivo propuesto, diseñándose pautas de observación y entrevistas de cara al trabajo de campo.

La presente ponencia aborda una experiencia de articulación de funciones universitarias en el marco de un curso curricular de FCS, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación.

Palabras Clave: enseñanza, investigación, extensión.

1. Introducción

Este documento de trabajo presenta los resultados de una investigación cuyo objetivo central es aportar al conocimiento del vínculo entre la Universidad de la República y la comunidad, específicamente, entre ésta y los usuarios de los servicios ambulatorios que brinda el Hospital de Clínicas.

Dicha investigación se enmarcó en un proceso de investigación-extensión perteneciente al Curso Extensión Universitaria de Facultad de Ciencias Sociales, en el año 2015. Partió de una propuesta de trabajo conjunta entre la Coordinación de la Actividad Ambulatoria del Hospital de Clínicas, los médicos del servicio del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas y el equipo docente de la materia Extensión Universitaria. El acuerdo estableció como espacio de trabajo para el año 2015, la sala de espera de Emergencia del mencionado hospital.

1.1 La materia Extensión Universitaria

Extensión Universitaria es una materia optativa curricular que forma parte del segundo semestre del Ciclo Inicial de FCS. Conformar un Espacio de Formación Integral (EFI) que se propone articular las tres funciones de la Universidad: extensión, enseñanza e investigación. La propuesta curricular de la asignatura consta de tres componentes: espacio teórico, talleres y trabajo de campo. A partir de los acuerdos alcanzados entre los equipos docentes de ambas facultades (FCS y Medicina), se trabajó con los estudiantes en el espacio de taller la construcción de las herramientas para llevar adelante observaciones y entrevistas en su trabajo de campo. Dichas técnicas buscaron indagar en dimensiones vinculadas a nociones teóricas trabajadas en aula en pos del objetivo de investigación.

El proceso y la articulación de los talleres con el espacio teórico y la experiencia de trabajo de campo, posibilitó una participación activa del estudiante, el intercambio de opiniones y el conocimiento con sus pares, problematizando los conceptos puestos en juego. Supuso a su vez, una aproximación a la investigación y al vínculo con la comunidad, promoviendo la sensibilización del estudiante con relación a la temática.

1.2 La Emergencia del Hospital de Clínicas

La Emergencia del Hospital de Clínicas funciona como un centro de referencia metropolitano y nacional del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), tanto para el subsector público como en algunos casos, para el sector privado. Presenta una alta concurrencia de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de diversa procedencia, sin que se haya definido algún tipo de regionalización que circunscriba la población habilitada para hacer uso de este Servicio.

En algunos casos la referencia programada de los usuarios se realiza desde las “puertas” de Emergencia de la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana, proponiendo interconsultas con especialistas. No obstante en general, el servicio recibe numerosos pacientes derivados de efectores de ASSE sin coordinación. Por otra parte existe una importante demanda espontánea, que no es posible prever ni reorientar, mientras la Emergencia del Hospital esté “abierta” para el Sistema como polivalente. La estrategia utilizada para la atención, consiste en recibir a los pacientes, clasificarlos según su condición clínica (“triage”²), atenderlos oportunamente y referirlos en forma ágil a los servicios que correspondan.

La Emergencia del Hospital Universitario tiene como valor agregado, la responsabilidad de formar a los recursos humanos médicos y no médicos para la atención en salud, tanto a nivel de pregrado (internos, estudiantes según ciclos) como de postgrados.

2. Objetivos y Metodología

2.1 Primera etapa

En una primera etapa de la investigación se partió de la siguiente pregunta: *¿Qué percepción tienen los usuarios del servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas sobre*

² *Triage* es un método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

el vínculo establecido con los docentes, estudiantes y funcionarios que forman parte del mismo? Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Relevar la percepción que las personas que están en las salas de espera de los servicios ambulatorios - Emergencia del Hospital de Clínicas y policlínicas - tienen sobre los mismos, durante los meses de mayo y junio del año 2015.
2. Indagar en las expectativas previas de los usuarios sobre los servicios del Hospital de Clínicas al momento de su llegada a las salas de espera.
3. Identificar las dificultades y los facilitadores percibidos por la población para la resolución de la situación problema por la que acuden al Hospital.

Inicialmente la propuesta de investigación incluía realizar el estudio en salas de espera de otras policlínicas especializadas situadas en distintos sectores del Hospital. Sin embargo, por motivos de tiempo y recursos, se decidió trabajar y recabar datos sólo del Departamento de Emergencia.

Se propuso una metodología cuantitativa y cualitativa de investigación, en la que se analizaron las asignaciones de sentido en el discurso y el comportamiento de los usuarios de la Emergencia del Hospital de Clínicas. Se consideraron para este estudio los usuarios de la Emergencia y los acompañantes, utilizando técnicas de observación y entrevista.

En el relevamiento de información se tuvieron en cuenta indicadores de los Derechos de los usuarios en relación con los servicios y en particular, el Consentimiento Informado. La tarea de relevamiento de datos fue realizada por los estudiantes del curso Extensión Universitaria del Ciclo Inicial de la F.C.S. El trabajo de campo comprendió los meses de mayo y junio de 2015, llevándose a cabo observaciones y entrevistas (un total de 246) todos los días de la semana (de lunes a domingos), en el horario de 8 a 22 horas.

El diseño de las pautas de entrevista y observación, así como el análisis de los datos obtenidos, se abordaron bajo el formato de talleres en el marco de la asignatura durante el primer semestre del año 2015. Participaron en estos espacios estudiantes, docentes de la materia y docentes de la Facultad de Medicina.

2.2 Segunda etapa

La segunda etapa de investigación estuvo a cargo del equipo docente y se centró en relevar la percepción del personal que se desempeña en el Servicio.

Para ello se mantuvo el mismo objeto de investigación, partiendo de la siguiente pregunta *¿Qué percepción tienen los docentes, estudiantes y funcionarios de la Emergencia del Hospital de Clínicas sobre el vínculo establecido con los usuarios del servicio?* Los objetivos específicos propuestos fueron:

1. Indagar la percepción de quienes desempeñan funciones en la Emergencia del Hospital de Clínicas sobre la población que consulta en el servicio.
2. Identificar las dificultades y los facilitadores percibidos para el desempeño de los distintos roles en la Emergencia.
3. Relevar la valoración sobre el servicio de quienes desempeñan funciones en la Emergencia del Hospital de Clínicas.

Para alcanzar estos objetivos, se diseñó una metodología de investigación cualitativa a través de entrevistas semi-estructuradas.

Las entrevistas fueron grupales e individuales y se implementaron de acuerdo a las posibilidades del Servicio. Se lograron concretar dos entrevistas grupales y dos entrevistas individuales, participando de las mismas un total de nueve personas, entre los meses de noviembre y diciembre de 2015.

Se buscó abarcar los distintos turnos que hacen al funcionamiento de la puerta de Emergencia, así como los diversos roles que cumplen los funcionarios del lugar, siendo partícipes de las entrevistas representantes de Vigilancia, Admisión y Registros Médicos, Medicina (G°2 y G°3), Enfermería y una estudiante interna de Medicina.

3.Resultados

3.1 Primera etapa de investigación: Percepción de los usuarios sobre la sala de espera del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas.

La información obtenida a través de las entrevistas está organizada en cuatro grandes grupos: el perfil de los entrevistados, la información con la que cuentan respecto al servicio de Emergencia, sus opiniones con relación al mismo y el conocimiento sobre el “Consentimiento Informado”. Se presentan a continuación datos de las 246 entrevistas realizadas por los estudiantes entre los meses de mayo y junio de 2015.

Perfil de los entrevistados

Lugar de procedencia

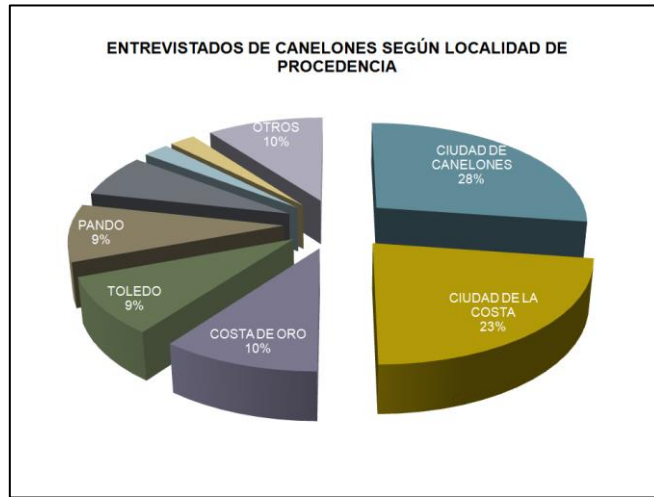
Sobre el total de las personas entrevistadas, 126 declararon provenir del interior del país: un 34 %. En el siguiente mapa se muestra la distribución de los entrevistados según departamentos sobre este total³.



Elaboración propia a información relevada.

El 70 % de los usuarios del interior, declaran ser oriundos del departamento de Canelones; específicamente la capital departamental y Ciudad de la Costa, aportan más de la mitad de las personas que proceden del mismo. Los restantes entrevistados mostraron una distribución relativamente homogénea entre los demás departamentos.

³Se registraron cuatro casos en los cuales no se obtuvieron datos.

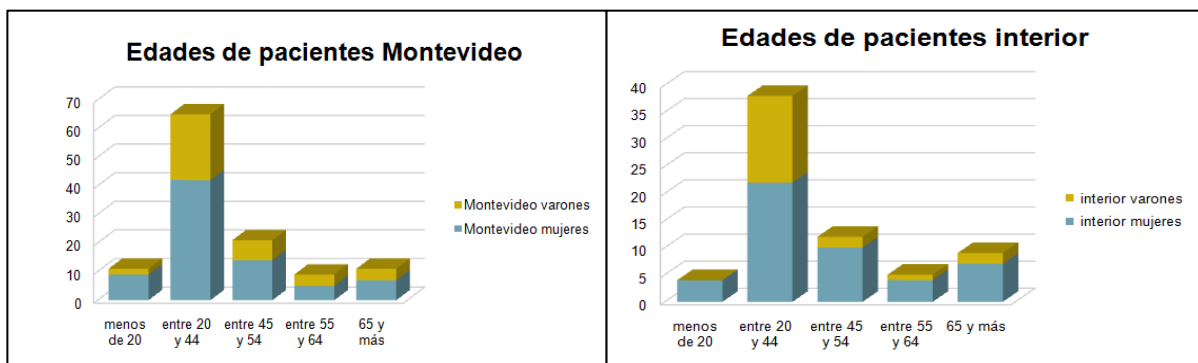


Elaboración propia a información relevada.

Edad, sexo y lugar de procedencia.

Otro elemento a señalar es la edad de los usuarios que consultan. Desde el punto de vista analítico, las cohortes de edad elaboradas (ver gráfico que sigue a continuación) buscaron identificar las variables de actividad laboral y etapa reproductiva de la población.

Entre los entrevistados existe una mayor representación de personas con edades entre 20 y 44 años, poniendo en evidencia que quienes hacen uso del servicio conforman la población joven, activa y en etapa reproductiva del país. Esta prevalencia se registró en ambos sexos, tanto para las personas procedentes de la ciudad de Montevideo como del interior del país.



Elaboración propia a información relevada.

En todos los grupos etarios se registró una mayor presencia femenina, sin diferenciarse según el lugar de procedencia, aunque cabe mencionar que esta tendencia tiene un mayor porcentaje para el grupo etario de 20 a 44 años, procedente de Montevideo.

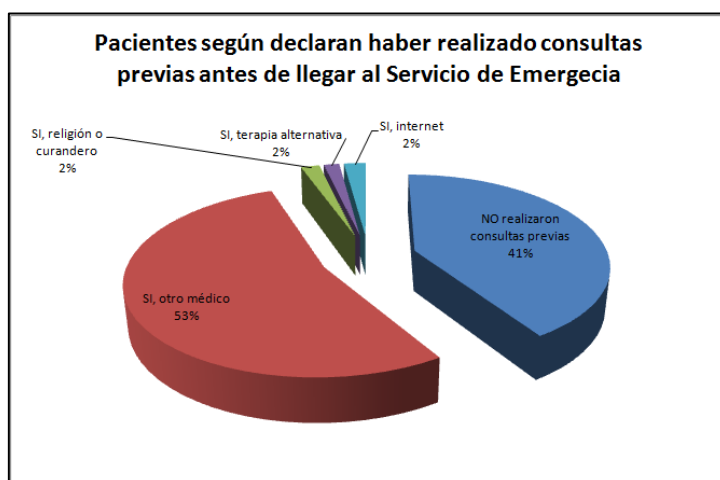
Información con la que cuentan los entrevistados

Con relación a la información previa con que contaban los entrevistados al momento de llegar a la Emergencia del Hospital de Clínicas, se indagaron las siguientes dimensiones: la realización de consultas previas por la situación que los llevó a la Emergencia, los conocimientos que tenían para el acceso a la planta física de la Emergencia, conocimiento de los trámites que debían realizar para ser atendido, así como también la expectativa de quien podría asistirlos.

Consultas previas

Respecto de esta primera dimensión, se preguntó a los entrevistados si habían realizado o no consultas previas vinculadas al motivo por el que concurrían a la Emergencia, diferenciando el comportamiento según el lugar de procedencia y el sexo. Se buscó conocer cuál era el factor determinante que llevaba a la persona a realizar la consulta en el servicio.

El 53 % de la población declaró haber realizado una consulta previa a otro médico antes de concurrir a la Emergencia del Hospital de Clínicas.

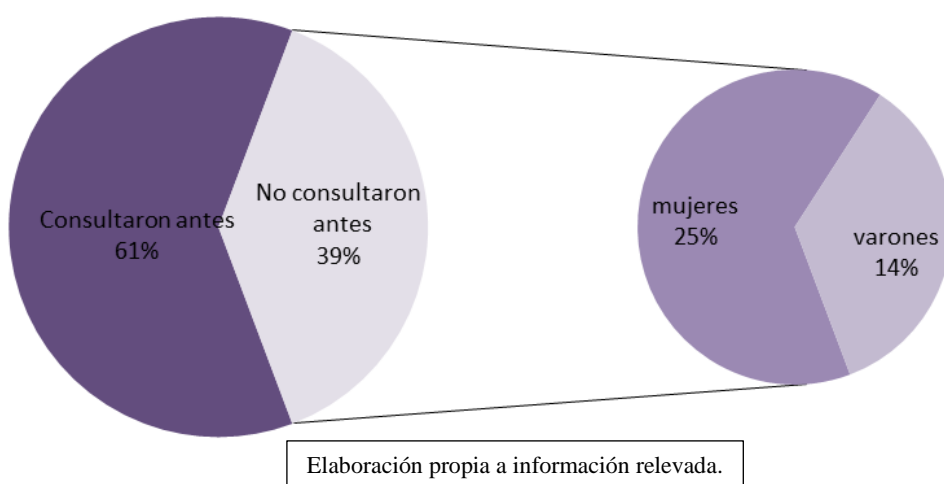


Elaboración propia a información relevada.

El porcentaje de pacientes que realizaron o no la consulta previa también guarda relación con la proporción de personas provenientes del departamento de Canelones con respecto al resto del interior y con la tendencia general con respecto a los varones y las mujeres que consultan.

El 61 % de la población declaraba haber realizado una consulta previa antes de concurrir a la Emergencia del Hospital de Clínicas. De quienes concurren a la Emergencia sin haber consultado, las dos terceras partes provenían de Montevideo, lo cual se corresponde con el porcentaje de pacientes a nivel general (2/3 Montevideo, 1/3 interior).

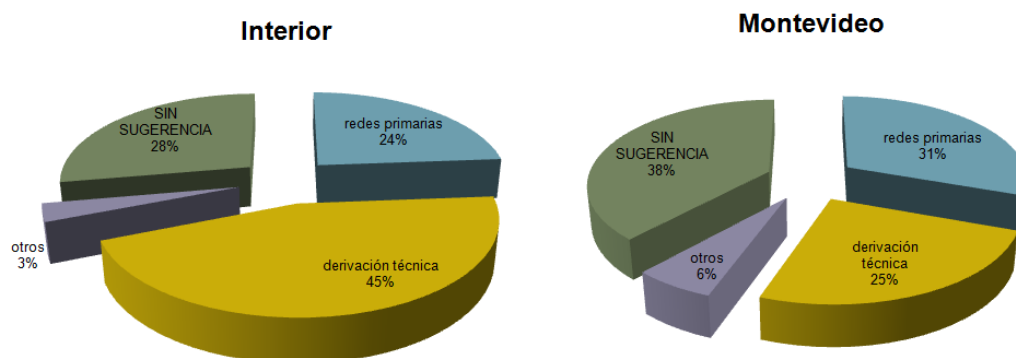
Entrevistados según hayan consultado antes de concurrir a la emergencia, según sexo



Acceso a la Emergencia

En los siguientes gráficos se sistematizan las respuestas de los entrevistados en relación a si su concurrencia a la Emergencia fue orientada y/o sugerida por alguien. Se buscó conocer si las redes de acceso al servicio son de tipo formal, sustentada en el servicio de salud nacional o se establecen a través de vías informales, el “boca a boca”. Importaba conocer el imaginario colectivo sobre el servicio de Emergencia del Hospital como lugar de referencia para realizar una consulta médica, frente a una dificultad en la salud. Esta información se clasificó a su vez con respecto al lugar de procedencia del paciente.

Los resultados muestran que existe una mayor incidencia de la derivación técnica desde el interior del país respecto de Montevideo. En concordancia con este dato, las redes primarias y la asistencia sin sugerencia de terceros tuvieron un mayor peso en Montevideo respecto del Interior.



Elaboración propia a información relevada.

Acceso a la planta física y conocimiento de los trámites que debe realizar

Con respecto a las consultas referidas a dificultades y conocimientos que facilitaban el arribo al lugar y los trámites para acceder a la asistencia, aproximadamente el 10 % de los entrevistados dijo haber tenido dificultades para encontrar el lugar. Este porcentaje no tiene diferencias entre quienes provienen de Montevideo y/o del interior del país.

Consultados si conocían los requisitos necesarios para ser atendidos en la Emergencia del Hospital de Clínicas, las respuestas obtenidas se presentan a continuación, ordenadas según la frecuencia con la que fueron dadas: cédula, carnet de asistencia y cédula, tarjeta del hospital, estar afiliado a ASSE, no tener mutualista, ser pobre, tener “dolencias” y “tener pase”.

En las respuestas recabadas, apareció con mayor frecuencia la importancia de la identificación (cédula de identidad, carnet de asistencia, tarjeta de hospital) y luego la afiliación o no afiliación a otros sistemas de atención. Por su parte, la mención a la condición de pobreza estaría señalando una percepción del servicio como parte de una política social focalizada a un sector de la población. Cabe destacar que en ningún caso

se mencionó el pago de la prestación como condición de asistencia o la situación de riesgo de vida.

Expectativa de atención por parte de los entrevistados

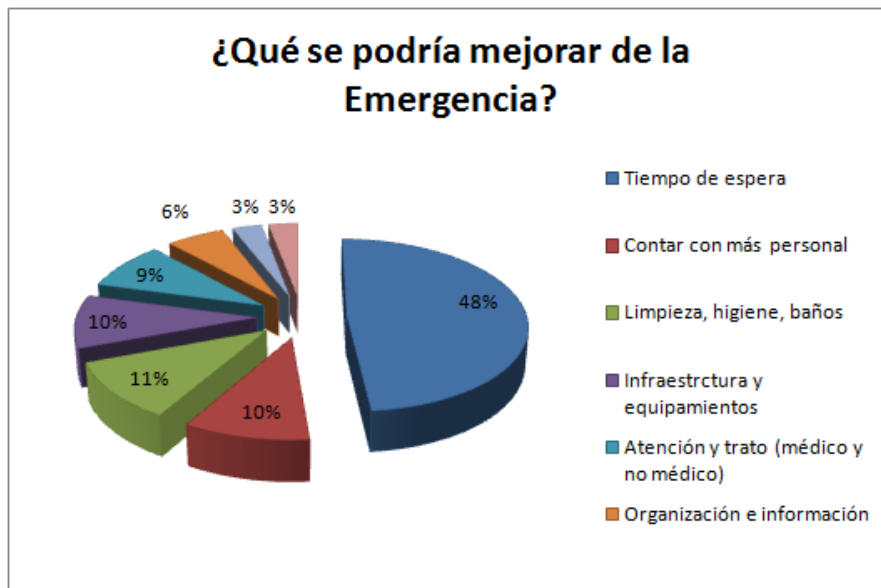
La pregunta acerca de la expectativa del entrevistado respecto de quien lo atendería una vez en el consultorio, buscó indagar sobre el grado de conocimiento acerca del funcionamiento del servicio. Los entrevistados que concurren a la Emergencia declararon mayoritariamente tener la expectativa de ser atendidos por un médico. La mención de los otros participantes del servicio (estudiante, enfermero) podría dar cuenta del conocimiento previo o ya existente del servicio como Hospital Universitario.



Elaboración propia a información relevada.

Valoraciones sobre el servicio

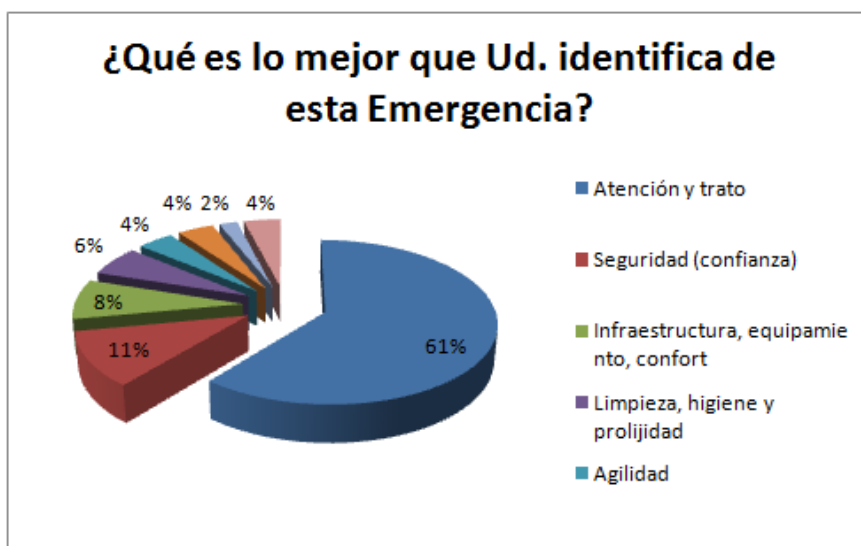
A la totalidad de los entrevistados se les preguntó: ¿Qué se podría mejorar de la Emergencia? Las respuestas obtenidas se agrupan en el gráfico que sigue a continuación.



Elaboración propia a información relevada.

El tiempo de espera (49 %) y la cantidad de personal (10 %) aparecieron como dos componentes vinculados, ya que el primero dependería del segundo. En el mismo sentido, la falta de higiene también apareció asociada a la falta de recursos humanos y materiales.

A continuación se preguntó: ¿Qué es lo mejor que Ud. identifica de esta Emergencia? La atención y trato (61 %) y la seguridad - confianza (11%) aparecieron nuevamente como dos componentes vinculados ya que los segundos dependerían de los primeros. Los entrevistados asociaron la suma de estos componentes al saber científico, el rol docente de los médicos y la seguridad del diagnóstico recibido. En igual sentido se destacó la presencia de especialistas y el hecho de que se realizaran los análisis clínicos en el mismo lugar que se asisten a los pacientes.



Elaboración propia a información relevada.

Consentimiento informado

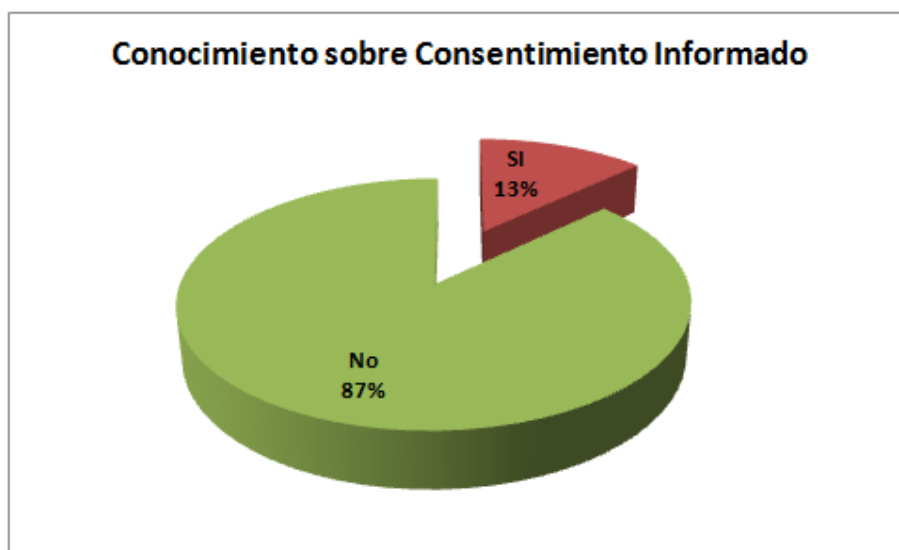
Considerando una serie de cambios ocurridos en las políticas de salud (a escala nacional e internacional), se valoró la importancia de conocer la forma en que los usuarios de los servicios de salud perciben estas modificaciones y su derecho a tomar “decisiones informadas” respecto al cuidado de su cuerpo y salud.

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) plantea que toda intervención médica, diagnóstica y terapéutica habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada⁴. Esto está reglamentado en nuestro país, mediante la Ley N°18.335 y su Decreto Reglamentario 274/010. Se postula al Consentimiento Informado como un derecho del paciente y su obtención como un deber del médico o el profesional. Por otra parte, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir de la reforma de 2008 en la Ley N°18.211, supone también transformaciones en la relación médico-paciente.

En consecuencia, se incorporaron en las entrevistas a los usuarios del servicio, preguntas referidas al Consentimiento Informado.

⁴ Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, Artículo 6.

Resultó significativo que ante la pregunta “¿Escuchó hablar sobre el Consentimiento Informado?”, un 87% respondió negativamente, mientras que sólo un 13% lo hizo en forma afirmativa.



Elaboración propia a información relevada.

Seguidamente, se consultaba al entrevistado que había contestado afirmativamente “¿Qué escuchó sobre el Consentimiento Informado?”. Las respuestas demostraron que del 13% de estos entrevistados, un 16% no supo responder de qué se trataba. Se considera entonces, que el porcentaje de afirmativo se reduciría al 10.5% de los usuarios consultados.

Las respuestas sobre el significado que los entrevistados dieron al Consentimiento Informado, se ilustran en la nube de ideas que se presenta a continuación.



Las categorías emergentes se sintetizan en las palabras utilizadas en las respuestas, las cuales pueden organizarse según el grado de frecuencia con el que fueron mencionadas. Así, el Consentimiento Informado se asocia en primer lugar con una autorización para realizar estudios, tratamientos y operaciones. Luego, en una menor cantidad de casos, se vincula con un documento a firmar, sin mayor especificación se dice “es algo que se debe firmar”. En tercer lugar se lo asocia a la información recibida sobre el riesgo que se corre frente a ciertas intervenciones y/o tratamientos. Por último, en menor frecuencia, aparece el consentimiento como un derecho del paciente (sólo se brindó esta respuesta en dos oportunidades).

4. Segunda Etapa: Percepción del personal sobre el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas.

En primer lugar, cabe aclarar que la posibilidad de realizar entrevistas al personal estuvo limitada en duración y cantidad, fundamentalmente por las exigencias de la tarea que desempeñan los funcionarios del servicio de Emergencia. Esto impactó en la metodología y en los resultados en tres aspectos significativos:

- Durante el curso de las entrevistas no se logró cubrir la totalidad de las dimensiones que se buscaba investigar⁵.
- Se pudo trabajar sólo con los turnos matutino, tarde y vespertino y no con el nocturno.
- No se alcanzó la saturación de la muestra.

Aun así, entendemos que los aportes fueron de interés para el objeto de la investigación, incorporando elementos sustanciales para la reflexión y generando pistas valiosas para futuras investigaciones. A continuación se presenta una sistematización de los principales aportes realizados en las instancias de entrevistas a los funcionarios⁶. En éstas se refleja la percepción que aquellos tienen sobre los aspectos que hacen al vínculo entre el Hospital y los usuarios.

4.1 Percepción del perfil

En primer lugar se le solicitó a los entrevistados que expusieran el modo en que, desde sus diferentes roles, percibían a los usuarios de la Emergencia del Hospital de Clínicas. En este sentido, el personal que se encontraba en el acceso a la Emergencia, es decir en la sala de espera, entendió que se trata de personas con carencias de todo tipo:

“Yo puedo resumir en una sola palabra: carente. Muchísimas veces no es el problema de salud lo que lo trae el paciente, sino un problema económico social, familiar. Está estudiado que el 80% de personas que concurren a la Emergencia, no se encuentra en un riesgo de salud.”(Funcionaria Admisión y Registros Médicos); *“Coincido, hay un alto número de personas que concurren en situación de carencia. Eso yo lo veo desde la vigilancia.”*(Funcionaria de Vigilancia).

Según los entrevistados, muchas veces se desencadenan situaciones complejas en la sala de espera, personas que se encuentran nerviosas e inician situaciones tensas que afectan a las demás personas que están esperando. Esto hace necesario solicitarle al médico que lo atienda cuanto antes, aun cuando ya fue clasificado como un *“paciente de bajo riesgo”*.

⁵ Ver dimensiones propuestas en anexo.

⁶ A diferencia del taller, en este caso si se identifica claramente a qué área pertenece cada participante.

Dado que el personal comparte el espacio de espera con los pacientes, expresaron que perciben algunas características o modos de comportamiento entre quienes se encuentran allí. En algunos casos se manifestó la percepción de que existe cierto grado de riesgo personal frente a algunos usuarios, no sólo en relación a la integridad física del personal sino a la responsabilidad legal (por ejemplo ante pacientes que dejan el servicio sin ser dados de alta).

Asimismo, se expresó que perciben que el público es mayormente de las zonas periféricas de la ciudad, que no cuenta con información sobre la red de policlínicas de la ciudad: *“Las personas no van a las policlínicas dado la falta de información.”*(Funcionaria de Vigilancia).

Los funcionarios entendieron (en base a conversaciones que han mantenido con los usuarios) que todo el sistema de salud tiene un alto número de derivaciones a la Emergencia del Hospital de Clínicas. También se mencionó un alto número de personas con consultas recurrentes, que algunas veces son *“excusas”* para ser ingresados, cuya causa de fondo es la situación de privación o carencias en la que se encuentran: *“Por ejemplo, personas que viven solas, en situación de calle, con escaso “sostén emocional”* (Funcionaria de Admisión y Registros Médicos).

“La gente que viene es más que nada de nivel socioeconómico bajo, por supuesto que hay excepciones y que vienen extranjeros por ejemplo, puntualmente, pero la gente que está acá internada de la puerta para adentro es gente de nivel socioeconómico bajo mayoritariamente”. (Médica G° 3).

“[Concurren personas] con mucha problemática social, situación de calle, difícil de insertarlos socialmente, que a veces vienen por motivos... no por enfermedad sino hasta por comida”. Se plantea que muchas veces hay situaciones de *“personas que buscando algo de su enfermedad ingresan a la puerta aunque de pronto no tienen una emergencia real en ese momento, sino problemas sociales... personas que no acceden a nada de nada”.* (Médica G° 2).

“Muchas veces las personas se van de los refugios y toman el Hospital como un especie de albergue que les asegura techo y comida, porque no quieren estar ahí por un tema de robos (...) y en el invierno buscan cualquier tipo de situación solamente para poder ingresar”. (Funcionaria de Vigilancia).

En estos casos se entiende que esta población asiste con la expectativa de ser internada, es decir, tomando la puerta de Emergencia como la entrada al Hospital.

Según el personal que recibe a los usuarios, las personas que llegan al Hospital de Clínicas tienen una actitud altamente demandante, se presentan a la Emergencia demandando el servicio sin tener en cuenta los costos que implica. Se plantea que las demandas no siempre son apropiadas en relación al servicio que debería brindar una puerta de Emergencias, por eso se realiza un primer filtro en Admisión preguntando el motivo de la consulta que menciona el paciente (por ejemplo pacientes que concurren para tomarse la presión sin tener síntomas o dolencias, retiro de puntos de cirugías, entre otros). Sin embargo, frente a un paciente que relata síntomas de reciente aparición necesariamente deben ingresar a la consulta con un médico, sea o no una situación de emergencia a priori:

“De repente te agarran en al aire y te dicen ‘ah sí me duele la cabeza’ y bueno, ahí uno no se va a arriesgar... o de repente ‘tengo un dolor en el pecho’, con toda la propaganda que se hizo con lo cardiovascular venía todo el mundo con dolor en el pecho”. (Funcionaria de Admisión y Registros Médicos).

“La gente toma la puerta de Emergencia como puerta de entrada al Hospital, sin clasificar ellos mismos si es una emergencia o no. Si bien está esto en los informativos sobre todo en el invierno que llaman la atención de la población ‘traten de ver si realmente es una urgencia o no’, pasa también con las Emergencias Móviles”. (Funcionaria de Vigilancia).

Según la información suministrada, el promedio de personas que concurren a diario es de 120, usualmente la mayor afluencia de pacientes se da durante el día, recibiendo a la noche un máximo de 30 pacientes. Otra entrevistada plantea que reciben un promedio de 4000 a 4500 consultas por mes (Funcionaria de Registros Médicos). Se observa que durante el día se produce una gran afluencia de usuarios y cada uno de ellos insume tiempo de atención que va desde la admisión hasta su alta. *“Esta es la Emergencia más grande, es la única que tiene como referencia neurocirujano las 24 horas (...), oftalmólogo 24 horas también para niños, yo creo que es el servicio más amplio”.* (Funcionaria de Enfermería).

“La espera por ejemplo, podría entenderse como una consecuencia a la completa atención que recibe el paciente al atenderse.” (Funcionaria de Vigilancia).

Asimismo, se identifican como principales vías de llegada la derivación desde el Primer Nivel de Atención e incluso otros hospitales, otro grupo son los usuarios habituales del Hospital y aquellos que tienen una problemática social. También los tiempos de espera para obtener consultas con especialistas en el Primer Nivel hacen que la población intente resolver determinados problemas de salud en las puertas de Emergencia: *“yo creo que la demora general en el sistema, no sólo en este Hospital, hace que se sobrecarguen la Emergencias”*. (Médica G²).

Por otra parte, un médico entrevistado resume de modo general las personas que concurren a la Emergencia del Hospital de Clínicas:

“El usuario de la Emergencia del Hospital de Clínicas es muy heterogéneo. Podes encontrar gente que hace años que se atiende acá, muy fieles al Hospital de Clínicas, que conocen el valor que tiene el Hospital de Clínicas como centro de referencia en varios aspectos y la calidad de la atención. Por otro lado, hay otro grupo de gente que no tiene más remedio que atenderse acá, algunas especialidades que sólo se encuentran en el Hospital de Clínicas. Por último, se encuentra el consultante ocasional. Este último es el grupo con lo que tenemos experiencias más variadas en el relacionamiento. Existe además un alto número de población con patologías psiquiátricas o adicciones, que complejizan la tarea en emergencia.” (Médico G^o 2).

Asimismo, el médico se refiere a la situación que se da en la sala de espera cuando el paciente que consulta por una dolencia simple, debe compartir la sala de espera con personas con patologías psiquiátricas o adicciones ya que no es una situación simple de abordar.

Una funcionaria de Registros Médicos señala lo siguiente en la misma línea:

“Yo pienso que hoy por hoy está viniendo una mezcla de la población, todo tipo de niveles sociales, porque desde estudiantes, a gente de clase media y hay gente

de bajos recursos. Porque la gente lo que te plantea en ventanilla es que la mutualista hoy por hoy entrás (...) y tenés que pagar mucho para remedios, para ésto, para lo otro. Entonces está viniendo un poco de todo.” (Funcionaria de Admisión y Registros Médicos).

Esta persona indica que si bien antiguamente asistía una población de muy bajos recursos, esto ha ido cambiando con el paso del tiempo.

Al respecto considera que el cambio quizá puede verse explicado por la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que en principio promovió la captación de población de bajos recursos por parte de las mutualistas. No obstante, se señala que muchas veces esta población termina volviendo a atenderse en Salud Pública ante la imposibilidad de costear los diagnósticos y tratamientos a precios de mutualista.

En esta misma línea se indica que: *“Como que el usuario empezó a ir a la mutualista, tiene dinero como para ir a la primera consulta con el médico, pero en el caso de seguir un tratamiento ya no puede costear eso, no sólo medicación sino algún tipo de estudio”*. (Funcionaria de Vigilancia).

Dentro de la población que atiende el Hospital se señala también que hay una minoría de usuarios que son extranjeros. A pesar de estas excepciones, hay acuerdo entre los entrevistados en que la amplia mayoría de la población que se atiende en el Hospital de Clínicas es de un perfil socio económico bajo. Se indica que atender a esta población es un desafío: *“se trabaja ante la demanda y en realidad tiene que ser un trabajador que esté formado y que esté motivado”* (Funcionaria de Enfermería). También se hace notar que a la Emergencia de Hospital de Clínicas concurren los pacientes en situación de mayor complejidad: *“Acá se ven los pacientes más complicados de todos”* (Médico G° 2).

4.2 Valoración del servicio de la Emergencia del Hospital de Clínicas

Con relación a la valoración del servicio, los entrevistados consideraron distintos indicadores. Respecto a la higiene algunos funcionarios declararon que no siempre la sala de espera se encuentra en las condiciones mínimas para que los pacientes puedan habitar el espacio. Eso dificulta la espera de las personas y el trabajo de los funcionarios que son

la “cara visible” de la Emergencia. La protección contra enfermedades infecto-contagiosas tampoco es óptima a criterio de algunos entrevistados.

“La sala que se utiliza como aislamiento por ejemplo en principio no se hizo con la idea de que fuera un aislamiento sino con la idea de que fuera un consultorio de ginecología (...). Algunos de esos pacientes que van allí son inmunodeprimidos y ese lugar no tiene ni ventilación ni entrada de luz solar”. (Funcionaria de Enfermería).

Se indicó que a veces entre un paciente y otro no hay tiempo suficiente para ventilar ese espacio y ello representa una dificultad. Por otra parte se señaló que la sala de reanimación no está próxima al economato y este hecho también puede dificultar la tarea en ciertos casos.

Otro indicador usado para la valoración del servicio es la atención clínica que reciben los usuarios. El personal coincidió en que ésta es de excelencia y que ello se debe principalmente a los profesionales y la atención integral que se brinda.

“El paciente se va con una idea integral de su situación.” (Funcionaria de Vigilancia).

“Una paciente viene una tarde y acá se le hace todo: electro, placa, sangre. Se va, si vuelve al otro día se le hace todo de vuelta”. (Funcionaria de Enfermería).

Se plantea que no sólo los usuarios y la población tienen al Hospital de Clínicas como referencia sino que también desde la Coordinadora⁷ se derivan muchos pacientes y éstos rara vez no son admitidos.

Por otro lado, la población suele identificar al Hospital de Clínicas como el centro de referencia por excelencia:

“No sé si por su monstruosidad edilicia, por su fama, por su carácter universitario -porque realmente acá está la gente más formada... pero eso el Pasteur también lo tiene- y sin embargo acá... es como que goza de una fama, una reputación, que podrá ser real a veces y a veces no, que la gente viene”. (Médica G° 3).

⁷ Refiere a la Coordinadora de ASSE que centraliza las derivaciones a las distintas Puertas de Emergencia.

“También apunto el nivel de los profesionales que atienden en la Emergencia, lo clínico.” (Funcionaria de Admisión y Registros Médicos).

Los médicos coincidieron en que el servicio que se brinda es muy bueno, y que ello se debe a un plantel que ingresa por concurso.

“Las personas que saben valorar las cosas se dan cuenta que si bien hay esperas a veces prolongadas la atención es muy buena. En este Hospital se demora porque la atención es integral.”(Médico G° 2).

4.3 Dificultades y facilitadores percibido para el desempeño de los roles

La percepción de las dificultades y facilitadores para desempeñar las tareas varía considerablemente en relación al rol que analiza la emergencia del Hospital de Clínicas. Existen sin embargo, coincidencias entre aquellos funcionarios que desempeñan roles en la sala de espera y quienes lo hacen desde los consultorios. En este sentido, se presenta a continuación una sistematización de las percepciones de las dificultades y facilitadores de cada tarea separando la mirada desde “afuera” y desde “adentro” (sala de espera y consultorios, respectivamente).

La mirada desde afuera (sala de espera)

Respecto a las dificultades que identifican para el desempeño de las tareas, los funcionarios que se encuentran en el ingreso (vigilancia y registros médicos) afirman que los roles en la sala de espera muchas veces se desvirtúan y los funcionarios asumen tareas que no tienen que ver con la función para la que son contratados. Deben responder consultas y quejas de todo tipo (especialmente vinculadas al procedimiento de atención y el tiempo de espera) y hacerse cargo de las situaciones hostiles que se generan en los pacientes por las largas esperas. Entonces, por ejemplo, un licenciado en registros médicos que se encargaría de registrar los ingresos e identificar la situación de las personas, realiza tareas de una “ventanilla de informes” en donde los pacientes dirigen todas sus consultas y quejas. Esto, según los propios funcionarios, genera un desgaste en

el personal. *“La Emergencia es un lugar tremendamente estresante.”* (Funcionario de Admisión y Registros Médicos).

En este sentido, entienden que para el abordaje de las tareas de vigilancia y registros médicos ambos roles se complementan, dado que son *“la primer cara visible de la Emergencia”*. Sin embargo, llaman la atención respecto a la necesidad de que el trato sea más fluido entre los diferentes funcionarios: *“Por decirlo de alguna manera, falta un poco de fluidez en el trato entre el adentro y el afuera, no obstante la relación es bastante buena”*. (Funcionario de Vigilancia).

Según los entrevistados, registros médicos tiene una interacción más fluida con los funcionarios que se encuentran en el *triage* (existe una ventanilla para comunicación interna, además del teléfono interno), mientras que vigilancia se relaciona directamente con enfermería mediante un teléfono interno.

Los funcionarios de vigilancia tienen una aproximación bastante cercana a lo que perciben los usuarios en la sala de espera y entienden que un aspecto que podría mejorar considerablemente la situación de la sala, es una mayor comunicación entre el adentro (los consultorios, boxes, pero también los médicos y enfermeros) y el afuera (la sala de espera, los pacientes, los funcionarios de registros médicos y vigilancia).

“Los médicos transitan por la sala de espera son interpretados por los pacientes como funcionarios que no están desempeñando sus tareas (independientemente de que el médico se encuentre en su intervalo de descanso): Las personas vienen a decirme ‘hay 25 de blanco que pasan y ninguno me puede atender’, a los efectos del usuario esa persona no está trabajando, no importa si hace cinco minutos estaba desfibrilando una persona. Para el paciente ese médico no está trabajando.” (Funcionario de Admisión y Registros Médicos).

“Yo creo que acá se podría mejorar mucho más si la comunicación fuera más clara. Muchas de las situaciones que se dan en la sala de espera se podrían solucionar si circulara información. Si vos te tomás un momento para explicarle ‘mirá estás acá y tenés que llegar acá pero en el medio va a pasar esto’ pero si por el contrario entran a un lugar donde ven gente que sale y

entra, que le hablan mal, se empieza a generar una hostilidad...”

(Funcionario de Vigilancia).

Cuando los funcionarios de archivos médicos no se encuentran (dado que finalizan su turno a las 20:00 horas, quedando sin funcionarios de 20:00 a 8:00 horas), la dinámica de la sala de espera cambia por completo. El vigilante comienza a ser el funcionario encargado de comunicar a los médicos que hay un paciente para que estos últimos realicen la hoja de ingreso. Por otra parte, al no haber personal de Registros en los horarios mencionados, los médicos también deben asumir tareas que no les corresponden “*a veces se les traba la impresora por ejemplo, y eso no es el trabajo de ellos*” (Funcionaria Admisión y Registros Médicos). Además indican que los funcionarios de Admisión a veces pueden captar el mal estado de un paciente e intervenir para que ingrese al consultorio urgente, sin embargo al no estar ese primer canal, el personal médico que está dentro de los consultorios no tiene forma de saberlo.

“Ellos [funcionarios de Admisión y Vigilancia] a veces tienen que asumir roles asistenciales, nosotros a veces tenemos que asumir roles administrativos... porque somos todos seres humanos entonces si vos ves a alguien que está mal no decís ‘ah no yo soy Vigilante’ obvio... se mezclan todos los roles, prima lo humano” (Médica G° 3).

En el caso de Enfermería sucede algo similar “*Nutricionista acá no hay, anda a saber por qué motivo ese trabajo lo tenemos que hacer las Licenciadas*” (Funcionaria de Enfermería).

Por último, respecto a los aspectos que facilitan el desempeño de los roles, los entrevistados coinciden en que la implementación del método de clasificación para determinar la situación de Emergencia (*triage*) fue una transformación que impactó de forma positiva en el desempeño de las tareas. Esto se debe a que descomprime la sala de espera y delimita las tareas de cada funcionario.

Desde otras perspectivas, aún con el *triage* se ingresan pacientes que no presentan urgencias reales:

“Creo que se da entrada a todo, se filtra poco porque (...) nadie arriesga a decir ‘no, una uña encarnada no es para tanto’ (...) entonces de repente el box siete que es de tránsito (área de sillones para pasar medicación y observación), donde el paciente debería estar de pasada (...) está todo lleno y hay pacientes en sala de espera, esperando por las dudas”. (Funcionaria de Enfermería).

En otros casos se considera que habría que revisar el sistema del *triage*: *“entiendo que acá lo hacen los estudiantes porque es un Hospital universitario... en otras instituciones lo hace la Licenciada en Enfermería”* (Funcionaria de Enfermería).

Respecto a la infraestructura de la Emergencia, entienden que es muy buena. Sin embargo, hay algunos aspectos que no están previstos, por ejemplo un baño para los funcionarios de vigilancia y registros médicos en la sala de espera.

Se considera que la Admisión debería funcionar las 24 horas y, por otra parte, que debería haber una sección de Recaudación permanentemente a su lado, de modo que algunos trámites fueran más simples; en particular cuando llegan pacientes que tienen mutualistas a quienes se les brinda una primera consulta que deben abonar si no se trata de emergencias reales (al igual que en todas las Instituciones) pero luego hay que derivarlos.

En algunos casos se plantean dificultades vinculadas a los horarios de cambios de guardias y aquellos previstos para dar los informes médicos.

La mirada desde adentro (consultorios)

Algunas funcionarias destacan como un aspecto positivo la forma en que se ha ido mejorando en la gestión y organización de la Emergencia: *“Hay un sistema organizado de Emergencia y tenés la infraestructura para eso”* (Funcionaria de Vigilancia),

“De unos años a esta parte se ha organizado (...) como que vas pasando etapas, (...) hay un sistema de triage para clasificar según la gravedad de la enfermedad. Para eso tenemos también la Policlínica (...), donde van los pacientes que van a estar muy poco tiempo y se van a ir de alta, después tenemos la parte de adentro de internación, la parte de reanimación y un mini CTI.” (Médica G° 3).

Los médicos perciben que la primera dificultad que enfrenta la Emergencia del Hospital de Clínicas es la falta de conocimiento o el incorrecto funcionamiento de la Red de Policlínicas:

“El sistema de policlínicas del Uruguay no funciona bien, a todo nivel. Entonces los médicos de policlínicas tienen poca capacidad de resolución, porque si por ejemplo al paciente se le solicitan algunos estudios, en Salud Pública la realización de los mismos puede llevar entre dos y tres meses. Entonces el paciente sabe que si va a la puerta de la Emergencia del Hospital de Clínicas, la espera puede ser de una tarde pero se va con todos los estudios. Esto lleva a un abuso del sistema de Emergencia.” (Médico G° 2).

Se señala que en muchas ocasiones los pacientes asisten con “*pases urgentes*” desde el primer nivel de atención que no siempre lo ameritan: “*es un problema de esa contra referencia de pacientes que vienen acá, como que todo se termina acá.*” (Médica G° 2).

No obstante, se reconoce que esta no es la única dificultad que se enfrenta, una muy importante tiene que ver con la falta de camas de CTI y los pacientes críticos:

“Este es un Hospital que tiene 300 camas aproximadamente y 8 camas son de CTI. Cuando la relación ideal sería de un 10%, es decir 30 camas de CTI (...) esto hace mucho más compleja la tarea, porque Emergencia debe hacerse cargo de pacientes críticos cuando no está preparada para eso.” (Médico G° 2).

“La Emergencia debería ser un lugar de diagnóstico, tratamiento y estabilización. Pero lo que pasa es que tenemos pacientes en los boxes que deben ser ingresados en piso o CTI, pero no hay disponibilidad.” (Médico G° 2).

“Hay gente que pasa tres o cuatro días acá (...). El gran problema que tenemos ahora es el enfermo crítico, no tenemos salida (...)- No hay camas en CTI” (Médica G° 3).

A esto se le suma los pacientes que los funcionarios denominan “*sociales*”, son aquellos que se encuentran en una situación desfavorable que no permite que se den de alta, ya sea porque no cuentan con un hogar, familiares o recursos para continuar su tratamiento una vez que se lo dé de alta. Esto reduce el número de camas disponibles para atender a los pacientes de Emergencia, así como también limita los recursos disponibles. Es decir, el escaso flujo de pacientes hacia otras áreas del Hospital de Clínicas y los pacientes denominados “*sociales*” reducen considerablemente la capacidad de la Emergencia del Hospital de Clínicas. Asimismo, muchas veces las condiciones económicas y sociales de los usuarios no permiten que una internación domiciliaria de las garantías necesarias para que continúe el tratamiento en su casa. Ante ello, ciertos tratamientos en este tipo de población pueden prolongar su estadía en el Hospital.

Por otro lado, también es necesario que se aumenten las dedicaciones de los médicos, ello con el objetivo de que el funcionario no deba recurrir a otras fuentes de trabajo para subsistir.

“En otros países los funcionarios médicos que trabajan en un hospital trabajan solamente en el hospital no requieren de otros trabajos para sostenerse económicamente. Acá a las 12:00 estás mirando el reloj porque te tenés que ir a trabajar a otro lado. Esto hace que sea difícil producir científicamente”. (Médico G° 2).

“El tiempo que estás, estás absorbido por las tareas asistenciales y la supervisión de estudiantes, pero el salario docente no da para trabajar solo acá, entonces no tenés tiempo para producir científicamente.” (Médico G° 2).

En relación a la cantidad de personal se considera que sería necesario reforzar el área de Admisión y Registros, ampliando los turnos de funcionamiento, así como también reforzar la Enfermería, “*hay un estudio hecho que dice que sería necesario tener 30 o 35 Licenciadas para atender la Puerta, somos 15 con fuerza y viento a favor, desde hace ya 12 años por lo menos*”. (Funcionaria de Enfermería).

También en el caso del Área de Trabajo Social se entiende que debería funcionar en un horario más amplio teniendo en cuenta las características de la población con la que se trabaja, pues sólo se dispone en parte de la mañana.

Respecto a los aspectos que facilitan el trabajo desde la percepción de los médicos, entienden que el trabajo en equipo es una de las principales fortalezas con la que cuentan. Específicamente, la comunicación fluida entre los distintos equipos que integran la Emergencia. Asimismo, se hace referencia a que los médicos conocen los profesionales con los que trabaja y se generan vínculos fuertes entre el equipo médico particularmente. Se hace referencia a la mejoría que ha tenido la Emergencia en los últimos 15 años, tanto en lo que hace a la infraestructura como la gestión de la atención médica.

“Yo trabajo con gente que preparé para la prueba del internado, después para la prueba de residente y ahora los tengo de residentes. Esa es la parte enriquecedora del trabajo y más linda.” (Médico G°3).

“También el rol asistencial es muy gratificante, después de un tiempo ya conocés a los pacientes y la gente es muy agradecida y eso es muy gratificante” (Médico G° 2).

Desde Enfermería también se reconoce un vínculo fluido entre las diferentes áreas que componen la Emergencia, donde el aporte de cada disciplina es valorado,

“En el correr de los años creo que hemos ido mejorando, en las relaciones, con los médicos creo que se puede hablar más. Estábamos en un nivel donde ellos estaban acá y nosotros allá, esa franja creo que se ha ido equilibrando y está bueno porque creo que ellos también se han dado cuenta que todo el personal hace lo mejor posible y que no son los únicos que están sobre exigidos.”
(Funcionaria de Enfermería).

Por otra parte, una dificultad -inherente al carácter universitario del servicio- tiene que ver con la constante rotación del personal médico: *“cada tres meses tenés once personas nuevas sin experiencia, que son los internos, cada año se renuevan los residentes, los grado 2 o grado 3 cada cuatro años”* (Médica G° 3). Este aspecto a veces dificulta la organización de la tarea, no obstante lo cual se asume como parte del funcionamiento

normal de este Hospital. Asimismo, se produce una interacción con personal que es más fijo como Enfermería y Admisión, donde hay funcionarios con mucha antigüedad y experiencia. No obstante, en Enfermería sí hay mucha rotación, *“hay muchos compañeros que se certifican porque es un Servicio muy desgastante y no hay motivación alguna, no hay motivación económica (...) no se lo premia al funcionario”* (Funcionaria de Enfermería). En esta disciplina, muchas veces el personal lo toma como un ámbito de inserción laboral que le permite aprender pero en cuanto logran una oportunidad laboral mejor remunerada o menos compleja cambian su trabajo.

5. Reflexiones finales

Los resultados que se encuentran en este trabajo derivan de un proceso integral, de enseñanza-aprendizaje, investigación y extensión. La propuesta permitió múltiples aperturas y deslocalizaciones, tanto espaciales (el aula y el Hospital de Clínicas) como en los roles, dado que el proyecto fue integrado por estudiantes como por docentes y el consecuente aprendizaje de todos los participantes. Supuso además un trabajo interdisciplinario entre dos facultades que habilitó la voz de los participantes del vínculo investigado: usuarios y funcionarios.

Los datos obtenidos no buscan ser concluyentes, sino aproximarse al objeto de estudio para facilitar nuevas preguntas en futuras investigaciones y brindar elementos de análisis a funcionarios, usuarios, estudiantes y quienes toman decisiones en cargos de conducción.

Más allá de los datos proporcionados en el documento, este último apartado propone poner ciertos focos de atención en aspectos emergentes del proceso de investigación. Hay tres elementos que se quieren destacar: la asistencia de los usuarios al Servicio, la sobrecarga de la Emergencia del Hospital y el Consentimiento Informado. A continuación se presenta cada uno con algunos aportes a su análisis.

5.1 Asistencia de los usuarios al servicio

Un primer eje sobre el cual es posible reflexionar refiere a la asistencia de los usuarios al servicio de Emergencia. En este aspecto existen distintas dimensiones a considerar:

Lugar de procedencia

La ausencia de una regionalización que circunscriba a la población adscripta a la Emergencia del Hospital de Clínicas, se ve reflejada en los datos relevados sobre la procedencia de la población. La misma proviene de distintos puntos del país y de diferentes barrios de Montevideo, no registrándose significativas concentraciones de usuarios o ausencia de los mismos en ninguna zona en particular de la capital. Tampoco se evidencia la influencia de rutas de acceso, locomoción o proximidad geográfica dentro de Montevideo y Área metropolitana. La ausencia de usuarios de algunos departamentos del país probablemente responda más al tamaño de la muestra que a la falta de los mismos.

El perfil de la población que asiste a la Emergencia

El sexo y el lugar de procedencia de los usuarios no marcan tendencias significativas en el conjunto de población entrevistada. Con respecto a la edad, las franjas etarias seleccionadas para el análisis procuró identificar a la población que se encuentra en etapa activa y reproductiva (entre los 20 y 44 años). Una posible explicación de la concurrencia de parte de este grupo es el funcionamiento de una puerta Gineco-obstétrica como parte del Departamento, la cual puede operar como puerta de entrada al Hospital.

La otra especialidad que está disponible las 24 horas y que podría explicar en parte el perfil de la población que consulta, es la Oftalmología. Sin embargo, al no consultarse en las entrevistas el motivo de asistencia, no se registró el dato de la cantidad de personas que concurrieron por cada especialidad.

El grado de emergencia

En el procedimiento de ingreso, los usuarios son recibidos en la Ventanilla de Admisión realizándose el registro correspondiente en el sistema informatizado, momento en el cual se verifica si figura en el padrón de afiliados de ASSE o si tiene otra cobertura, su lugar de procedencia y el motivo de su consulta. Luego el equipo asistencial los llama para un primer interrogatorio y la medición de controles vitales básicos, estableciendo una

categorización de la urgencia y/o gravedad de las situaciones de cada paciente, criterio según el cual se distribuyen en diferentes sectores para su atención (triage).

Quedan así en la sala de espera para ser llamados desde los consultorios aquellos pacientes que presentan algún problema de salud que debe ser atendido en forma urgente (media hora es el tiempo máximo previsto de respuesta). Las emergencias “reales” se atienden en forma inmediata y las otras personas que consultan por problemas no urgentes son atendidas en otra Policlínica del “día”⁸ de manera de dar prioridad a quienes sí necesitan ser atendidos en forma urgente. En este sentido aparecen dos datos interesantes: el desconocimiento en general por parte de los usuarios acerca de qué tipo de consultas ameritan efectivamente el uso del Servicio de Emergencia y la percepción por parte de los funcionarios sobre el número de situaciones que asisten sin ser de emergencia.

Los motivos de la elección de la Emergencia del Hospital como lugar de consulta

Distintas variables parecen incidir en el flujo de asistencia a la Emergencia del Hospital de Clínicas. Por un lado se registra la demanda espontánea de los usuarios hacia un servicio al que se asocia a la seguridad y la confianza por ser un hospital universitario caracterizado por la investigación científica, el rol docente de los médicos y la seguridad del diagnóstico recibido.

Otro componente está dado por la derivación del resto del sistema de salud. Esta derivación es percibida como excesiva por los funcionarios de la Emergencia ya que llegan consultas que podrían resolverse en la atención primaria brindada por la Red de Policlínicas y las puertas de emergencia que funcionan en varias de ellas.

Un tercer elemento a considerar es la percepción (tanto de usuarios como de técnicos que derivan) de que el ingreso por puerta de Emergencia del Hospital facilita la realización de estudios clínicos, la internación hospitalaria y el acceso al tratamiento en tiempos significativamente más breves que en el resto de ASSE.

⁸ Funciona en un contenedor contiguo a la puerta de Emergencia en el horario de 8 a 20 hs. Su puesta en funcionamiento depende de las necesidades del servicio.

5.2 La sobrecarga de la Emergencia

Asociado a la asistencia de usuarios al servicio, otro eje sobre el cual reflexionar es la sobrecarga de la Emergencia. Aparecen en los discursos distintos elementos que explican esta sobrecarga, los que podrían agruparse en tres grandes grupos: ingreso, permanencia y egreso de pacientes.

A los ingresos de usuarios a la emergencia descritos en el punto anterior, se le suma la complejidad de un sector de la población que llega al Hospital de Clínicas y cuyas particularidades traspasan la tarea meramente médico-asistencial incrementando la sobrecarga del Servicio. Son situaciones donde existen privaciones importantes desde el punto de vista social que abarcan: situación de calle, pobreza extrema, adicciones, privación de libertad y pacientes infectocontagiosos.

Con relación a la permanencia del paciente una vez admitido, la misma supera los tiempos previstos. Se señala la falta de camas en sala y en el CTI (Centro de Tratamiento Intensivo) como causa principal que demora la derivación de los pacientes a otros servicios. Esta situación conlleva dificultades para el tratamiento de pacientes críticos por períodos prolongados en las instalaciones de la Emergencia, que no está preparada a tales efectos.

Un último elemento a señalar con respecto a la sobrecarga de la Emergencia es la falta de personal suficiente de acuerdo a las necesidades del Servicio. Esta dificultad lleva a la “fusión” de los roles, desdibujando la tarea de cada especialidad, colaborando así a la saturación del personal presente.

5.3 Consentimiento Informado

Fue interés de esta investigación ahondar en las percepciones respecto al Consentimiento Informado, reglamentado en nuestro país, mediante la Ley N°18.335 y el Decreto Reglamentario 274/010. Éste postula al Consentimiento Informado como un derecho del paciente y su obtención como un deber del médico o el profesional.

El tema parece generar más preocupación en el personal que en los usuarios. Entre los funcionarios no existe una posición unánime y en los usuarios del servicio prevalece la desinformación. Los usuarios entrevistados asociaron mayormente el Consentimiento

Informado a una firma que el paciente debe entregar al médico, apareciendo como una protección legal para el profesional más que como un derecho propio del usuario. Con respecto a los funcionarios, también aparece la vinculación con la judicialización de la salud, aunque la preocupación mayor es operativa, intentando dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo implemento el Consentimiento Informado sin que éste interfiera de forma determinante en la práctica médica de la Emergencia?

De lo relevado al personal del Hospital se observa que la co-responsabilidad que implica el Consentimiento Informado no ha tomado mayor visibilidad. Por otra parte, en muchas opiniones aparece un desconocimiento del significado del ejercicio y del respeto de los derechos humanos en la práctica médica. Lo anterior lleva a considerar la importancia de realizar una profundización del debate sobre las consideraciones éticas del Consentimiento Informado a los funcionarios del Hospital, así como en incrementar la información sobre las responsabilidades de los usuarios respecto al tema.

Dos consideraciones finales

Con relación a los aspectos a mejorar dentro del Servicio queremos hacer énfasis en la ampliación de la comunicación en la sala de espera, debido al escaso costo y al alto impacto que entendemos que el mismo potencialmente tendría. Esta comunicación implica facilitar la información referida a indicaciones espaciales, al funcionamiento del sistema de clasificación primaria y a los criterios para el orden de ingreso.

Por último cabe destacar sobre el Servicio la valoración positiva que realizan los funcionarios en general y un sector de los usuarios en particular, con respecto a la mejora de la infraestructura y de la gestión (clasificación primaria - sistema de triage), componentes todos que operan como facilitadores para la realización de la tarea.

Documentos consultados

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. “Misión y Perfil”. [Internet] Disponible en: <http://www.hc.edu.uy/index.php/conozca-el-hc/mision-y-perfil>

Procesos de Cambio en Emergencia Etapa 2010- 2012 – curso dictado en la Unidad de Capacitación de ASSE en noviembre 2012 .-encuadra al HC en relación a ASSE y el proceso de implantación del modelo del Triage

UNESCO, 2005. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.

Procesos de Cambio en Emergencia Etapa 2010- 2012 – curso dictado en la Unidad de Capacitación de ASSE en [noviembre 2012](#) .-

Triage informático en Hospital Universitario presentado en el INFOLAC. Montevideo, Nov. 2014.-

Manual para la implementación de un sistema de triaje en

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5259%3A2011-manual-un-sistematriaje-cuartos-urgencias&catid=3181%3Aemergency-medical-services&Itemid=3544&lang=es

Caracterización de la demanda asistencial del Dpto de Emergencia del Hospital de Clínicas, Setiembre, 2014.- presentación en la semana académica del año 2015.

Percepción sobre la población que consulta:

- Perfil de población (edad, sexo, lugar de procedencia, grupo social)
- Motivos de consulta (demandas realizadas)
- Problemas percibidos (patologías diagnosticadas)
- Pertinencia de la consulta/demanda hacia un servicio de Emergencia
- Potencialidades del usuario para la resolución del problema (capacidad para transmitir su problema, comprensión del discurso técnico, recursos culturales y/o materiales)
- Satisfacción con la respuesta recibida (espera, estudios, medicación, derivación)
- Conocimiento de sus derechos

Dificultades y los facilitadores percibidos para el desempeño de los distintos roles:

- Recursos materiales (instrumental, medicamentos, mobiliario)
- Infraestructura (características del lugar en que se trabaja, espacio, adecuación a la tarea)
- Recursos humanos (cantidad con relación al número de usuarios, especialidades, trabajo en equipo, capacitación con relación a la tarea)
- Grado de resolución de problema/s planteado/s (grado de resolución con respecto a la potencial resolución del problema del usuario)
- Vínculo con los usuarios (comunicación, situaciones de conflicto y situaciones de riesgo, empatía, tensiones)
- Vínculo con los compañeros de trabajo (cooperación, aprendizaje, comunicación, situaciones de conflicto, tensiones)
- Vínculo con las autoridades (comunicación, apoyo, planificación)

Valoración del servicio

- ¿Cuál diría Ud. que es la misión de la Emergencia del Hospital de Clínicas?
- Valoración de la calidad del servicio prestado (en lo personal, en la Emergencia en general)
- F.O.D.A.
- Valoración interna (DEBILIDADES Y FORTALEZAS)

- Valoración externa (AMENAZAS Y OPORTUNIDADES)
- Sugerencias para la modificación del servicio