

CONSULTORIO DE 24 HORAS

Perspectivas sobre la urgencia de usuarixs y trabajadorxs de un servicio de guardia.

Autorxs:

Armas Belavi, Natalia

Peiró, Florencia

Vidal, María Belén

Residentes de 3^{er} año de Medicina General y Familiar

Lugar de realización:

Hospital Protomédico Manuel Rodríguez

Recreo – Provincia de Santa Fe. Ruta 5 Km 2,5.

Tel: (0342) 4574921

Email:

flopeiro@gmail.com

natu_85_@hotmail.com

vidalmabelen@gmail.com

Fecha:

Mayo - Agosto 2018

Título: CONSULTORIO DE 24 HORAS: PERSPECTIVAS SOBRE LA URGENCIA DE USUARIXS Y TRABAJADORXS DE UN SERVICIO DE GUARDIA.

Autorxs: Armas Belavi, Natalia; Peiró, Florencia; Vidal, María Belén. Hospital Protomédico Manuel Rodríguez – Recreo – Provincia de Santa Fe. Ruta 5 Km 2,5. Tel: (0342) 4574921. E-mail: flopeiro@gmail.com

Tipo de trabajo: Trabajo de investigación cualitativo

Categoría temática: Clínica ampliada

Resumen: Clásicamente, lxs integrantes de los equipos de salud entienden a la urgencia como la situación que pone en riesgo la vida de un sujeto. Sin embargo, el concepto de riesgo no es unánime entre los distintos actores que participan en la consulta médica. Esta investigación persigue conocer que percepciones tiene el personal de salud y lxs usuarixs sobre qué es lo urgente y que elementos condicionan estas apreciaciones. Esta investigación fue realizada por tres residentes de Medicina General y Familiar de la Ciudad de Santa Fe. Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas a usuarixs y trabajadores de la Guardia de Urgencias del Hospital Protomédico durante los meses de julio y agosto de 2018. Observamos, tras analizar las respuestas obtenidas, que existe un concepto unificado sobre peligro de vida incluso entre personal de salud y usuarixs, aunque todos reconocen que cuando reflexionan desde el lugar de lxs pacientes suelen percibir su padecimiento como urgente. Existen numerosos estudios que indagan sobre la proporción de consultas banales en las guardias de urgencias, sin embargo creemos que para comprender esto, que es sentido como un problema para lxs trabajadores de salud en general, es importante indagar sobre qué motiva este tipo de consultas en el ámbito del servicio de emergencias. Esta investigación nos permitió reconocer algunos de los factores propios del sistema de salud y aspectos individuales subjetivos que determinan la aparición de la consulta no urgente en un servicio de guardia.

Palabras clave: urgencia, salud, subjetividad

Soporte técnico: Proyector, computadora, pantalla, micrófono

ÍNDICE

Problema	4
Objetivo general	4
Justificación	4
Marco teórico	4
Concepto de urgencia y emergencia	4
Concepto de accesibilidad al sistema de salud	6
Concepto de salud	6
Materiales y métodos	7
Criterios de inclusión	8
Criterios de exclusión	8
Análisis	8
Resultados	9
Lo que dicen lxs profesionales de salud de la guardia	9
¿Qué piensan los usuarixs?	19
Conclusiones	23
Propuestas	24
Bibliografía	26
ANEXO 1	28
ANEXO 2	29
ANEXO 3	31
ANEXO 4	47

PROBLEMA

La consulta en la guardia: perspectivas sobre el concepto de urgencia entre personal de salud y usuarios del servicio de emergencias del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez en el período junio-agosto del año 2018.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la concepción de la emergencia en el personal de salud del servicio de emergencia del Hospital Protomédico y los pacientes que asisten a dicho servicio.

JUSTIFICACIÓN

Numerosos estudios sobre las consultas médicas en los servicios de urgencias de diversos hospitales de la Argentina y otros países indican un aumento constante de la demanda de atención, y también concluyen en contar con un número creciente de consultas no urgentes. La realidad de la guardia del Hospital Protomédico de la Ciudad de Recreo no es ajena a estas observaciones. El personal de salud interviniente en la atención médica de este servicio percibe que gran número de consultas no constituyen, desde una visión médica tradicional, una situación urgente donde haya un compromiso grave de la salud del usuario.

Cuando el personal de salud identifica una situación de salud que requiere una atención inmediata por el riesgo que representa para el paciente, la asistencia de las demás personas cuyas consultas no demandan un abordaje urgente, se ve demorada. Esta demora muchas veces es recibida con enojo por parte de quienes aguardan en la sala de espera. Otras veces, son las mismas personas esperando las que advierten que otro individuo requiere una atención con mayor premura, aunque esto implique ceder su turno.

Nos propusimos entonces realizar una investigación con el fin de identificar que concepto de urgencia tiene la población atendida en la guardia del Hospital Protomédico para comprender que motivaciones reales existen detrás de la consulta y también reflexionar sobre nuestra propia concepción de salud y urgencia. Cabe aclarar que en el siguiente trabajo no se hace distinción entre concepto de urgencia y emergencia, tomándose los mismos como sinónimos.

MARCO TEÓRICO

Concepto de urgencia y emergencia

Tradicionalmente, los motivos de consulta médicos se han clasificado desde el punto de vista de la atención sanitaria en urgentes y no urgentes. A su vez, dentro de la urgencia se distingue otro concepto que es la emergencia (o urgencia vital). Según la Asociación Médica Americana, emergencia es aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en el lapso de una hora. Diferente es el concepto clásico de urgencia según la OMS, definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

Esta clasificación de los motivos de consulta médica viene atravesada por el enfoque del paradigma médico hegemónico, donde no hay lugar para la perspectiva del usuario de los servicios médicos, donde la percepción del mismo sobre lo que le ocurre la mayoría de las veces no es escuchada. Repensando estos criterios arraigados en la mayoría de los sistemas de atención sanitaria encontramos un nuevo concepto que ayuda a ampliar la mirada de lo que ocurre dentro del consultorio o sala de emergencias: la urgencia subjetiva. Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) reformula la urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso, y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución, lo que indica, por una parte, que todas las urgencias no son iguales, por otra, que urgencia y gravedad no son sinónimos, y por último, que cualquier intento de clasificación de la urgencia ha de contemplar tanto los aspectos objetivos como los subjetivos de la misma, siendo precisamente estos aspectos subjetivos los que tienen más peso para el usuario y su entorno. En esa "conciencia" se juega el grado de sufrimiento del paciente (grado de alteración producida por el dolor y/o el grado de intolerancia psicológica

a la espera para ser visitado) y por otro sus expectativas como el conjunto de condiciones esperadas por el paciente y su entorno en relación a la asistencia a recibir.

Concepto de accesibilidad al sistema de salud

La accesibilidad de la población al sistema de salud constituye uno de los elementos fundamentales de la noción misma de Atención Primaria de la Salud (APS), como fue definida en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2007. Existen variadas conceptualizaciones sobre que se requiere para poder establecer el grado de acceso a la salud de una comunidad, por ejemplo diferenciando la accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural. Otra concepción es la que plantea la accesibilidad en términos de la existencia de una articulación entre la oferta y la demanda en salud. Otros autores prefieren diferenciar la accesibilidad como el contar con los “medios” necesarios para utilizar los servicios de salud por un lado, y la disponibilidad de servicios en un territorio determinado y la aceptabilidad de aquel sistema que responde a las necesidades, expectativas y valores de los usuarios, por el otro. Stolkiner identificó una nueva dimensión de la accesibilidad que denomina accesibilidad simbólica, en la que analiza que el modo en que las personas conceptualizan la atención gratuita en el ámbito de salud público, como derecho o como acto de beneficencia por su condición de pobreza, puede constituirse en una barrera para acceder al sistema de salud y a sus beneficios, y destaca que los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos también pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta. Resulta más cercano a la realidad pensar la accesibilidad entonces como la capacidad de respuesta que pueda dar el sistema de salud a las discontinuidades que se observan, en el contexto de la atención médica, entre los profesionales de la salud (portadores de saberes médicos o científicos) y los pacientes (poseedores de saberes empíricos, experienciales o cotidianos), que se traduce en diferentes intereses y prioridades que deben ser identificadas y alojadas por los equipos de salud para poder actualizarse y dar la respuesta sanitaria que el momento, el lugar, el contexto y la subjetividad del sujeto requieran.

Concepto de salud

¿Estoy sano? Esta pregunta o inquietud es inherente a nuestra calidad de ser humano. La preocupación por la salud nos interpela en cada esfera de la vida como seres además de humanos, sociales. Necesitamos salud para poder desarrollar nuestras

potencialidades y adaptarnos al medio, en una relación dialéctica con éste último, que necesita de nuestras capacidades para poder sostener un estado de bienestar colectivo en armonía con la naturaleza. ¿Pero estar sano, es no estar enfermo? Comúnmente entendemos la salud de ese modo: quien no tiene un diagnóstico médico de enfermedad está entonces, SANO. Diego Gracia afirma que "el concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. De ahí que la salud haya solido definirse de modo negativo, como ausencia de enfermedad". Mucho ha cambiado y evolucionado el concepto de salud con el tiempo, como se ha transformado a su vez el paradigma de salud desde el mágico religioso, hasta el de la medicina comunitaria que coexiste con el paradigma médico hegemónico al que intenta superar con grandes dificultades. La definición más ampliamente difundida es la de la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946), que intenta redefinirla no en carácter negativo sino introduciendo al bienestar como indicador de salud. Definir salud es tan dificultoso que pareciera que cada vez que se avanza en profundizar el concepto, más lejos nos encontramos de lograr comprenderlo. Lo cierto es que la dificultad para poder establecer los límites entre la salud y la enfermedad ponen de manifiesto que es entre esos dos extremos donde transcurre la vida de los sujetos, y como cada uno se autoperciba será condicionado por factores externos, por la percepción de bien o malestar, por la posibilidad de recuperarse y relacionarse, y por el ideal que el sujeto tenga sobre cómo debe comportarse su organismo. Pero no es nuestra finalidad hacer un repaso histórico sobre definiciones ni crear nuevas, sino pensar críticamente que entendemos nosotros en tanto sujetos, por salud y que rol juega dicha subjetividad en la relación que se establece entre el personal de salud y los usuarios del sistema sanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas anónimas y con previo consentimiento verbal de lxs entrevistadxs, utilizando 2 cuestionarios diferentes como guía: uno para lxs usuarixs de la guardia del Hospital Protomédico y otro

para el personal de salud de la guardia del Hospital Protomédico. Las mismas fueron realizadas y grabadas durante el mes de julio y agosto de 2018.

Con respecto a lxs usuarixs entrevistadxs, fueron hombres y mujeres de entre 20 y 45 años de edad, todos con nivel secundario de educación (incompleto o completo), con trabajo estable, y la mayoría de los cuales no era ésta su primera consulta en la guardia de este hospital.

Criterios de inclusión:

- Usuarixs: selección por conveniencia de 8 usuarixs en sala de espera de Hospital Protomédico sin discriminar edad, género, procedencia, motivo de consulta. En caso de niñxs menores de 14 años se entrevistará al/la adulto/a acompañante.
- Personal de salud: selección por conveniencia de 7 integrantes del equipo de guardia del Hospital Protomédico entre ellxs: 3 médicxs de planta que trabajen en el hospital hace más de 3 años, 1 residente de Medicina General y Familiar de 3er año, 2 enfermerxs con más de 5 años de antigüedad en el servicio de guardia y 1 admisionista de 2 años de antigüedad.

Criterios de exclusión:

- Usuarixs en condición crítica que requiera asistencia inmediata.
- Usuarix o personal que rechace la realización de la entrevista.
- Usuarixs que consulten por prácticas de enfermería.
- Usuarixs que sean parte del plantel del Hospital Protomédico.
- Personal que intervenga en el diseño de la investigación.

ANÁLISIS

Se analizaron las siguientes categorías:

1. Consultas en la guardia: incremento en su número y cambios en los motivos.
2. Priorización en la atención. Concepto de triage.
3. Cuidado de la salud de lxs profesionales de la salud.
4. Concepto de urgencia.
5. Urgencia subjetiva.
6. Motivación de los usuarixs de la guardia para consultar en el hospital y no en el Centro de Salud.

RESULTADOS

Luego de analizar los resultados de los cuestionarios realizados tanto al personal de salud como a lxs usuarixs del servicio de guardia del Hospital Protomédico, pudimos sacar las conclusiones que presentamos a continuación:

LO QUE DICEN LXS PROFESIONALES DE SALUD DE LA GUARDIA

1) Más consultas, mismos motivos. ¿Por qué eligen venir a esta guardia?

“Históricamente siempre vino gente del norte de Santa Fe, quizás después eso aumentó por el incremento poblacional. Lo poblacional y lo estacionario y lo geográfico. La cercanía geográfica hace que aunque sea público, personas con obra social vienen igual. Es como un consultorio de 24 horas con una respuesta rápida y casi siempre te vas con la terapéutica en mano.”

La totalidad de profesionales entrevistadxs alegaron que los motivos de consulta permanecen casi invariables a lo largo del tiempo, siendo los más comunes los relacionados con patologías respiratorias y digestivas de características estacionales. En dos casos hicieron hincapié en la frecuencia de atención de pacientes accidentadxs: unx de ellxs consideraba que este tipo de consultas aumentó por la presencia de rutas en las cercanías combinada con la lejanía del Hospital Cullen como centro de referencia del/la paciente politraumatizadx, mientras otrx opinó que observó una disminución de estas atenciones probablemente por un mejoramiento en el funcionamiento de los servicios de ambulancias locales. Unx de lxs entrevistadxs concluyó que tiene mucho peso en la cantidad de consultas la aparición de brotes de enfermedades estacionales de magnitudes no previstas.

Lo geográfico y poblacional se destaca también. Han expresado que las características del medio rural-urbano en el que se asienta el Hospital Protomédico incide en parte en la accesibilidad del usuarix al sistema de salud que acude a dicha institución casi “sin elección” por no haber disponibles otros centros de mediana complejidad cercanos. El segundo factor analizado es el aumento demográfico, han expresado que el crecimiento de la oferta de profesionales en el hospital no es proporcional al incremento poblacional en el área de influencia del mismo.

Observando la progresión de la población en los censos 1991-2001-2010 se valora un incremento de la misma en torno al 55-60% en las localidades de Recreo, Monte Vera y Ángel Gallardo, muy por encima del 22% de crecimiento demográfico de todo el

conglomerado de la Ciudad de Santa Fe en su conjunto. A su vez, la comuna de Monte Vera por ejemplo, estimaba en 2015 que su población había aumentado otro 19% respecto de 2010. Esto ha condicionado cambios también en las características geográficas, donde se ha ido reemplazando el uso rural del territorio por el uso residencial. Este crecimiento y la transformación de un ambiente rural a uno de tipo urbano podríamos considerar que se relaciona con aumentos absolutos en el número de consultas en nuestro servicio e incrementos en la cantidad de accidentes de tránsito en consonancia con un aumento en la circulación de vehículos y personas.

A través de la implementación de servicio de admisión y sistemas informáticos que permiten procesar la información sobre los motivos y cantidad de consultas, un racconto realizado por el Jefe del Servicio de Guardia del Hospital Protomédico arrojan los siguientes resultados: comparando el total de consultas que se realizaron en el período enero-junio de 2005, a igual período del 2018 se registra un aumento del 140% (Fig 1). También analizó el total de consultas por mes de enero a diciembre desde 2005 a 2016, de estos datos se observa que los meses de invierno (mayo-junio-julio-agosto) fueron los de mayor número de consultas en 7 de los 11 años analizados, los restantes 4 mostraron el mayor número en los meses de verano (diciembre-enero). (Fig 2)

A partir de la observación del aumento en la demanda en dicho servicio, se incluyó al equipo de guardia, médicos de refuerzo para los horarios de 10 a 22 horas de lunes a domingos. Esto ha sido de gran utilidad para poder descomprimir la atención, sobre todo de consultas que no revisten riesgo vital, permitiendo dividirse el trabajo dando la asistencia inmediata a quien lo requiera mientras se continúa en la medida de lo posible con la atención del resto de usuarios.

Por último, los entrevistados han coincidido en que la restricción en los horarios de atención y de disponibilidad de turnos en los centros de salud para la atención de procesos agudos aunque no graves condiciona que el/la paciente asista a la guardia de urgencias a modo de consultorio sin limitación de horario. A su vez también, el/la usuario que consulta vuelve a su hogar en la mayoría de los casos con un tratamiento farmacológico en mano que implica evitar las demoras que se producen en la resolución de problemas de salud en el primer nivel o el gasto que implica pagar una consulta particular o comprar un medicamento en la farmacia de turno. Este último punto se inscribe en algunos de los aspectos que hacen a la accesibilidad del sistema de salud y sus barreras.

Los centros de salud ubicados en el área de influencia de nuestro hospital son los mismos que en el pasado: SAMCO Recreo, SAMCO Monte Vera, Centro de Salud Ángel Gallardo, Centro de Salud Mocoví, Centro de Salud Arroyo Aguiar, Centro de Salud Candiotti, Centro de Salud Constituyente, Centro de Salud Recreo Sur, Centro de Salud Barrio Parque. Algunos han aumentado el plantel de profesionales disponibles para la atención, lo que ha permitido que aumente su capacidad de respuesta frente a los problemas de salud de la población. Sin embargo, parece dificultoso a veces el acceso a las consultas por demanda espontánea ya que en este primer nivel se prevalece la atención de pacientes con turnos programados tanto para controles de salud periódicos como para el seguimiento de patologías crónicas. Frente a ésta situación de alta demanda, pareciera que la cantidad de centros de primer nivel de atención ha quedado desfasada respecto del crecimiento poblacional. Los horarios de atención en los centros de salud, quienes en su mayoría no atienden durante la tarde, implica que lxs usuarixs, especialmente quienes trabajan durante la mañana y la tarde, muchas veces consulten cuando sus horarios laborales lo permiten, generalmente por fuera de los horarios del centro de salud, utilizando muchas veces la guardia como dijera unx entrevistadx como *“consultorio de 24 horas”*.

“Los motivos no cambiaron para nada, al contrario, se han incrementado. Parece que se transmite que acá se atiende bien y cada vez viene más gente a consultar.”

Se ha destacado a lo largo de las entrevistas que existe un factor elemental en la predilección de lxs usuarixs por éste servicio: el trato humano. Todxs coincidieron en la apreciación de que en la guardia del Hospital Protomédico se atiende bien, haciendo referencia a que comparativamente con otros servicios, en este en particular al/la paciente se lx respeta, se lx escucha y se lx contiene sea cual fuere su motivo de consulta. Y aparece allí también el factor tiempo: se lxs atiende bien, y rápido. En algunos casos, esta valoración parecía tener una connotación negativa, como si el trato ameno e integral que se brinda fuera en desmedro de la calidad de atención de este servicio en tanto guardia de urgencias. Estos argumentos sobre factores relacionados con un buen grado de satisfacción de lxs usuarixs que condicionan una preferencia por este servicio, por momentos parecen contraponerse con los expresados anteriormente sobre que la falta de otro centro asistencial disponible 24 horas en la zona o la lejanía del casco urbano implica tener que asistir a esta guardia por falta de otras opciones.

El concepto de satisfacción de lxs usuarixs se ha analizado ampliamente desde hace ya mucho tiempo. En un principio era un tema que preocupaba a estudiosxs de las ciencias sociales y era muchas veces menospreciado por trabajadorxs del sistema de salud cuya formación giraba en torno al modelo médico hegemónico. Esto ha cambiado en los últimos años, donde se ha visto una mayor preocupación por estxs actores sobre en qué grado cumplía su trabajo con las expectativas del/la usuarix. Se ha intentado conceptualizar la satisfacción intentando explicar cómo realizan este tipo de evaluaciones lxs pacientes. Linder-Pelz revisó las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción de lxs consumidorxs para concluir que se trata de "*una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud*". Esto incluye desde aspectos más duros como tiempo de atención, calidad de recursos tecnológicos y técnicos, idoneidad de profesionales de salud, hasta cuestiones mayormente subjetivas relacionadas con el respecto, la amabilidad, la contención, la relación médicx paciente. Creemos que en nuestro servicio, la rapidez en la atención y la buena relación médicx-paciente que se establece en las consultas es primordial a la hora de escoger la atención en ésta guardia, lxs mismxs profesionales refieren que lxs usuarixs hacen este tipo de devoluciones: vienen porque se lxs atiende bien.

2) Priorización en las consultas. Concepto de triage.

"No corresponde que nosotros como administrativos hagamos esta tarea porque no tenemos la capacidad o el conocimiento médico para determinar si una urgencia es tal o no. Nosotros lo aprendimos viendo y preguntando."

El triage en la guardia del Hospital Protomédico generalmente lo realizan en primer lugar lxs admisionistas. Esto se debe a que son quienes reciben a lxs usuarixs de la guardia. En algunas cuestiones demasiado obvias no dudan en hacer ingresar a la persona, por ejemplo mujeres embarazadas con pérdidas o contracciones, niñxs con heridas sangrantes o accidentadxs, pero debido a que no poseen grandes conocimientos respecto a la medicina, hay situaciones que deberían también priorizarse y que pueden pasarse por alto, como pueden ser dolores precordiales atípicos o síndrome febril en niñxs pequeñxs.

En algunas oportunidades, cuando el personal de admisión duda sobre una prioridad, se la comenta a enfermería y son ellxs quienes realizan un "nuevo triage", o lxs médicxs mismos, en guardias de gran demanda, al recibir las fichas de consultas repasan los

motivos de consulta y realizan un nuevo triage dejando el mayor tiempo de espera en aquellas consultas que son para un primer nivel de atención.

Justamente, el coordinador de la guardia es quien opina que debería ser personal capacitado quien realice el triage.

El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y necesidades clínicas superan los recursos.

El término triage nace en Francia en la Segunda Guerra Mundial como consecuencia de los bombardeos alemanes a hospitales franceses y la saturación de los mismos, debido a la inadecuada selección de los hospitales, lo que trajo como consecuencia la pérdida de vidas humanas por la demora en la llegada al centro asistencial con los recursos necesarios. Las primeras personas encargadas del triage fueron lxs enfermerxs del campo de batalla.

Un buen sistema de triage debe cumplir con las propiedades de reproductibilidad, utilidad y validez, lo que implica tener una buena concordancia interobservador/a, ser útil para medir el grado de urgencia, tener validez empírica para predecir la gravedad y la evolución de lxs pacientes, ser aplicable a cualquier servicio de urgencias, ser aplicable a adultxs y niñxs y disponer de indicadores de calidad propios de la escala.

Es indispensable que el/la profesional de enfermería tenga conocimientos claros y actualizados del perfil epidemiológico de lxs pacientes que ingresan o solicitan atención en el servicio de urgencias, así como la fisiología y patología de las alteraciones más frecuentes para dar atención o cuidado específico de enfermería.

En la bibliografía se presentan múltiples trabajos donde se hace referencia a que debe ser el personal de enfermería quien por su cualificación profesional sean lxs gestorxs del sistema. En ellxs se debe confiar este proceso de clasificación como beneficio para lxs usuarixs y una mejora en la calidad y la eficacia de los servicios mediante una respuesta adecuada ante las necesidades de lxs pacientes, todo ello desde una perspectiva integradora humana y profesional.

“En la guardia siempre la prioridad la tiene el riesgo, siempre se debe hacer estratificación del riesgo, tanto se haga en un triage organizado o protocolizado o se haga en un triage espontáneamente como lo hacemos un poco acá. Si bien el primer filtro lo hace el admisionista que se sabe algunos motivos de consultas por los cuales tiene que alertar al enfermero, el enfermero que toma la ficha también al ver ciertos motivos de consulta a veces

llama al paciente y le toma los signos vitales, y nosotros mismos como médicos al asomarnos al pasillo debemos mirar a los que están esperando y ver si alguno tiene algún gesto que nos llame la atención. Eso nos faltaría hacerlo en forma protocolizado, pero en la práctica y en la experiencia uno lo hace.”

El concepto de triage estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios de urgencias, que permita realizar la clasificación de lxs pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

La clasificación de lxs pacientes se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para que el proceso no pierda su razón primaria de ser, que es garantizar la seguridad de lxs pacientes que esperan para ser atendidxs por lxs médicxs. Lxs pacientes más urgentes serán asistidxs en primer lugar y el resto serán reevaluadxs de forma continua hasta poder ser atendidxs por el equipo médicx.

El triage se convierte así en un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencias, colaborando en la eficiencia del servicio y aportando un orden justo en la asistencia, basado en la urgencia/gravedad de lxs usuarixs.

Dentro de las funciones del triage, podemos enumerar como las principales el identificar rápidamente a lxs pacientes en situación de riesgo vital, asegurar la priorización en función del nivel de clasificación acorde con la urgencia de la condición clínica, asegurar la reevaluación periódica de quienes no presentan condiciones de riesgo vital, determinar el área más adecuada para tratar a lxs usuarixs que se presentan al servicio de urgencias, informar a lxs pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el/la paciente y el tiempo de espera probable, disminuir la congestión del servicio mejorando el flujo de pacientes y dar información que ayude a definir la complejidad el servicio.

Al margen de disminuir los riesgos de lxs pacientes, el triage estructurado aumenta la satisfacción de lxs usuarixs y de lxs profesionales, y racionaliza el consumo de recursos, colaborando en la mejoría de la calidad global del servicio.

3) ¿Quién cuida a lxs que cuidan?

“Hay que decirlo y ser sincero también, uno tiene otros circuitos que puede aprovechar, pero ni me pregunten cuando fue el último control que me hice.”

En cuanto a la atención médica del personal de salud, todxs lxs entrevistadxs dijeron no tener médicx de cabecera; quienes necesitaron alguna vez consultar con otrx profesional lo habían hecho por guardia o por medios informales mediante consultas telefónicas a colegas, o directamente se habían automedicado.

Es bien conocida la paradoja de que lxs profesionales de la medicina no tienen el mismo cuidado de su propia salud que la que pretenden de sus pacientes. La importancia de la salud de lxs médicxs, tanto física como la relacionada con el equilibrio psicológico y afectivo, es fundamental para poder ofrecer a lxs ciudadanxs una atención de calidad y evitar los errores médicos.

Probablemente gran parte de las situaciones de salud que se presenten puedan ser solucionadas por ellxs mismxs, sin necesidad de consultar a colegas, pero algunos casos requieren de la mirada de especialistas, y es ahí donde no se utilizan los medios formales para objetivar su estado de salud.

“Todos los médicos de la guardia son mis médicos de cabecera.”

Así mismo, han referido no realizarse los controles de salud que corresponden a cada sexo y según su edad. Es posible que esto suceda por subestimar la importancia de estos controles.

Otra situación frecuente en el personal de salud es la asistencia al trabajo encontrándose enfermxs, inclusive en tratamiento por alguna patología.

La mayoría de los estudios consultados sobre la utilización de servicios de salud por parte de médicxs ponen de manifiesto que estxs profesionales utilizan menos los servicios sanitarios formales que la población general.

Un estudio promovido por el Colegio de Médicos de Barcelona en el año 2000 mostró que un alto porcentaje de médicxs no tenía una historia clínica abierta (48%), un 47% no realizaba las revisiones de salud periódicas que ofrecía en centro de trabajo y más de la mitad (52%) no seguía las instrucciones del/la profesional que había consultado, otro resultado impactante es que un 82% se automedicaba.

Respecto a la autoprescripción, los resultados de un estudio realizado en Noruega subrayan que el 90% de lxs médicxs que ha utilizado medicación que requiere prescripción se ha autorecetado.

Otro estudio similar realizado en Barcelona y publicado en la revista de medicina clínica, presenta como resultados que la mitad de los encuestados (n=795) reconoce no

tener médicx de cabecera y sólo el 33% utiliza el/la que le corresponde en la seguridad social. El 48% carece de historia clínica. Es frecuente (52%) consultar a distintxs compañerxs ante cualquier problema de salud. Sólo el 48% sigue las indicaciones del/la médicx que ha consultado y el 82% se automedica de modo habitual.

En relación con las actitudes preventivas, el 47% no efectúa los exámenes de salud que ofrece el centro de trabajo y el 19,5% de los que sí se someten a ellos no siguen las recomendaciones propuestas.

4) Concepto de urgencia

“Lo urgente para mí en la guardia es lo que implica un riesgo vital inmediato, una intervención médica específica, pero es muy subjetivo, para la persona es todo urgente, para el médico lo urgente puede ser desde lo orgánico con un riesgo vital inmediato o también lo subjetivo o social que para mí no tienen tanto peso.”

La mayoría de lxs entrevistadxs al ser preguntadxs sobre que consideran una urgencia, plantean que es aquella situación en que se pone en juego la vida del/la usuarix. Esto se condice con definiciones clásicas como la de la Asociación Médica Americana (A.M.A.) que la define como “aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano”. Podemos analizar entonces que dentro del equipo de salud, la noción de peligro se vincula con el compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, donde existe a corto plazo riesgo de fallecimiento.

Pero existen también lo que lxs mismxs trabajadores caracterizan como urgencias de origen subjetivo, en otras palabras el/la profesional de salud se erige muchas veces como el dueño de la objetividad. Pareciera entonces que en esos casos sólo lo que se puede medir, palpar o auscultar es real.

La contracara de las afirmaciones hechas por lxs entrevistadxs aparece cuando les toca ocupar el lugar de usuarix de salud frente a un padecimiento propio o de un ser querido. En ese punto, por factores como el miedo y el no tener el control de la situación que lx aflige toma una postura similar a la que muchas veces como profesional critica, porque le toca ser el/la que se siente vulnerable.

Así como el concepto de salud ha ido cambiando con el tiempo, dando lugar a aspectos psico-sociales, apartándose de la concepción puramente biologicista, también lo ha hecho el de urgencia, que la OMS ha definido como “la aparición fortuita (imprevisto o

inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”

5) Urgencia subjetiva.

“Por ahí el motivo en realidad viene por otro lado, algo más psicosomático y se le da más tiempo en la consulta, se lo escucha más y se lo acompaña de otra manera, porque es lo que a esa persona en ese momento lo aflige.”

“Pero nunca nada grave. Ah, una vez cuando estaba embarazada consulté por guardia, pero no era urgencia... lo que pasa es que yo estaba asustada. O sea, para mí era una urgencia. Lo que pasa que no tenía tampoco el conocimiento que tengo ahora. Por ahí, cuando uno ve la gente que está tan apurada, uno tampoco tiene que juzgarlo, porque uno ante esa misma situación capaz que haría lo mismo.”

“Yo soy médico, no voy a una guardia por una cuestión menor. Y cuando estoy al frente de la guardia no me pongo a pensar por la cuestión menor que consulta. No tiene los elementos la persona para hacer ese análisis. Te terminas enojando con vos mismo o con la gente. Te consultan a las 2 de la mañana por fiebre... y si yo no fuese médico también vendría.”

Observamos que lxs entrevistadxs, si bien entienden a la urgencia en su clásica definición de riesgo vida, no desconocen el concepto urgencia subjetiva o percibida e incluso comprenden en parte las motivaciones de usuarixs que consultan cuando no se objetiva un peligro inminente para la vida. Ante estas circunstancias, que son caracterizadas como banales por muchxs profesionales, ellxs refieren que se brinda una atención amable y respetuosa, buscan resolver la consulta dando contención y espacio a que lxs usuarixs despejen dudas o miedos.

Al profundizar en la búsqueda bibliográfica nos encontramos con conceptos de urgencia subjetiva y percibida, que dan lugar a la dimensión que lxs usuarixs tienen de su propio cuerpo o estado de salud. La percepción de si la urgencia es real o sentida depende de las características del usuarix, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y en general de la aceptabilidad de la atención médica que proporcionan las instituciones de salud.

La contención emocional es un procedimiento terapéutico en la cual utilizamos la empatía y la escucha activa para llevar tranquilidad a quien atraviesa una situación que lo angustia. No se trata de juzgar si los motivos de su malestar o preocupación son o no suficientes o justificados, sino de poder abandonar los prejuicios al momento de tomar contacto con una persona que desde el momento en que decide acudir a un profesional de la salud pone su bienestar en manos de otro.

6) ¿Por qué no se acude al centro de salud?

“La falta de médicos en los centros de salud o un horario extendido en los mismos, hace que muchas de esas consultas vengan directamente a la guardia saltando el primer paso del primer nivel.”

“Resulta más cómodo y más rápido venir a hacerse atender a la guardia que hacer el circuito que demanda a veces pasar por el centro de salud.”

Algunos entrevistados han expresado que el primer nivel de atención presenta muchas veces barreras a la atención, generalmente relacionadas con escasez de recursos humanos, dificultad y demoras para conseguir turnos y horarios de atención limitados que reducen también la accesibilidad del usuario al centro de salud. Uno de los profesionales manifestó que cuando mejora la accesibilidad en un centro de salud del área de referencia, esto se hace notar en la guardia ya que disminuyen las consultas de habitantes de esos barrios. Por otra parte, otros entrevistados al ser preguntados sobre las causas del aumento de demanda en la guardia, no se refirieron a deficiencias en la atención en los centros de salud de la zona, sino que remarcaron características propias del servicio de emergencias de nuestro hospital que lo hacen más accesible como la rapidez en la respuesta y la disponibilidad de recursos técnicos de mayor complejidad.

¿Cómo se accede a una consulta por un evento agudo en un centro de salud? Los médicos entrevistados son o fueron trabajadores en centros de salud también y trabajaron en este primer nivel durante su residencia y por tanto conocen cual es el proceso que deben atravesar los usuarios para acceder a una consulta. Implica en un principio un conocimiento del funcionamiento del centro de salud, de sus horarios y los profesionales disponibles, de las formas de organización de turnos y demandas en el mismo y muchas veces requiere una visita en un segundo nivel por estudios complementarios o tratamientos específicos. En oportunidades los pacientes ni siquiera intentan acceder a una primera consulta en el primer

nivel por conocer por experiencia propia estas limitaciones y poner nuevamente el factor tiempo en juego para resolver un problema de salud que le preocupa hoy. El inconveniente que surge, y que se le es referido a lxs usuarixs con frecuencia, es la falta de continuidad en la atención en los servicios de guardia, que impide un seguimiento adecuado de los procesos de salud-enfermedad-cuidado.

¿QUÉ PIENSAN LOS USUARIXS?

1) Más consultas, mismos motivos. ¿Por qué eligen venir a esta guardia?

“Porque por ahí, a pesar de que me queda más cerca otro hospital, es más tranquilo y las veces que la traje la atendieron muy bien”

“Siempre vengo por una cosa u otra, te soy sincero... por la comodidad de venir acá, es más rápido, más tranquilo”

La mayoría de lxs usuarixs dicen que el principal motivo que lxs lleva a elegir la guardia es la rapidez y la comodidad en la atención.

El tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción de lxs usuarixs e influye en las expectativas del/la prestador/a y de la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios. Algunxs autorxs clásicxs lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado. Si pensamos que como hemos relatado, la población del área del Hospital Protomédico y centro de salud de referencia ha crecido considerablemente, sin un aumento proporcional de la oferta de profesionales y/o servicios de salud, las demoras para ser atendidx en cualquier punto del sistema tiende a incrementarse y esto condiciona una mayor insatisfacción del/la usuariix.

La comodidad referida puede pensarse en función del tiempo de espera, pero también del mayor acceso a la atención médica que brinda una guardia por: mayor accesibilidad geográfica, horarios de atención sin limitaciones, menor burocratización del proceso de admisión para la atención médica. Muchas veces lxs usuarixs deben hacer peripecias para conseguir ser atendidxs por un/a profesional: siempre es el tiempo lo que se sacrifica. Y el/la usuariix busca sortear este obstáculo refugiándose en el servicio de guardia: ahí me van a atender rápido, me van a hacer estudios, tienen todos los medicamentos necesarios para mi problema... en un solo viaje me ahorro ir y venir muchas veces, incluso si es necesario me interno hasta sentirme mejor.

2) Priorización. Triage de urgencias.

“Mientras yo esperaba llegaban urgencias y los atendían antes... la verdad que no me molestó”

En múltiples ocasiones ha sucedido que se presentaban urgencias que demandaban atención en el momento y generando una importante demora en el resto de las consultas que se encontraban desde tiempo antes esperando. Inclusive, cuando ciertas situaciones deben ser trasladadas a hospitales de mayor complejidad de la ciudad, la espera de la llegada de la ambulancia de traslado suele incrementar aún más la demora.

Lo que suele suceder también es que la puerta de entrada a los consultorios de lxs usuarixs que se anotaron en la guardia es por el lado opuesto del pasillo por el que ingresan las situaciones de urgencia, produciendo esto que no siempre la persona que se encuentra esperando sabe que el consultorio se encuentra ocupado por una urgencia, a excepción de cuando la ambulancia concurre con la sirena.

En general, situaciones como estas no producen conflictos entre los usuarixs, las bocinas, la sirena, la ambulancia generan la sensación de *“esa consulta debe ser urgente”*.

Pero a veces el conflicto se presenta cuando al leer el motivo de consulta en la ficha de guardia el/la médicx hacen ingresar al consultorio a una persona que se encuentra sentada al lado y esperando como el resto de lxs usuarixs. Por ejemplo, consultas por dolor de pecho en personas de 70 años quizás no llamen la atención al resto de quienes esperan, pero en el caso de detectar esta consulta se le daría prioridad, y es ahí donde aparece el problema.

“La verdad que hace muchísimo tiempo que no tenemos violencia en la guardia, violencia explícita. Quejas puede haber un poco, pero eso cambió mucho desde que implementamos el admisionista en la guardia.”

Como lo menciona el médico coordinador de la guardia, no se han presentado actos de violencia.

Sólo a veces lxs usuarixs golpean nuevamente la puerta para preguntar cuánto falta para que sean atendidxs o aprovechan el ingreso de otrx paciente para preguntar al lxs médicxs *“¿por qué esa persona que se anotó después ingresa antes?”*.

Pero en todos estos casos basta con la explicación por parte del personal de salud, sea médico, enfermero o admisionista para tranquilizar a quien se encuentra esperando. Las personas son tolerantes cuando se les habla y explica con respeto, porque muchas veces contestan que *“que otro día pueden ser ellos quienes requieran de atención urgente”*.

3) Concepto de urgencia

“Y yo nunca me dejé estar con ella, siempre la llevo. Pero no considero que sea una urgencia. Muchos me dicen para qué la llevas, pero yo igual por más que pierda el tiempo yo me quedo tranquila de que la revisaron, porque yo médico no soy”

“Estoy embarazada y vine por un sangrado, me asusté, porque además cuando me pasó la otra vez me dijeron que si me volvía a pasar que vaya directamente a una guardia”

Al igual que en otras partes del mundo es frecuente que lxs usuarixs consulten en las guardias por *“el buen trato dispensado en el servicio de urgencias, así como la capacidad resolutive de éste.”* Al analizar en detalle las entrevistas podemos observar que lxs usuarixs en su mayoría opinaron que era urgente consultar e interpretaron esta urgencia en función de la sensación de malestar que les provocaba o el desconocimiento sobre las consecuencias que pudiera acarrear el no ser asistidxs en forma inmediata. Al finalizar cada entrevista se realizó un pequeño ejercicio de priorizar la atención en 3 situaciones de diversa gravedad y todxs lxs usuarixs utilizaron el criterio de peligro inminente para la vida para jerarquizar la severidad de cada evento, salvo unx que utilizó como herramienta de priorización la edad; su interpretación fue en parte correcta porque concluyó que en primer lugar debía asistirse a quien presentó dolor de pecho de inicio súbito que causaba sensación de opresión y falta de aire, pero al continuar clasificando las otras 2 opciones concluyó que a menor edad el riesgo de perder salud es menor.

Podemos concluir que la mayor parte de lxs usuarixs que concurren a la guardia conocen el concepto de urgencia vital o por lo menos se aproximan al mismo, pero que en general su propio acercamiento a los servicios de guardia está dado por la urgencia relativa. Aparecen también la comodidad en el acceso al servicio y la satisfacción por la calidad de como factores que inciden en la consulta.

Podemos interpretar que la educación, la experiencia personal o la transferida por otrxs y saberes adquiridos previamente condicionan en qué forma lxs usuarixs perciben y forman un concepto propio de urgencia. Se comprende que cada situación nueva o

desconocida para ellxs o allegdxxs implica un quiebre en el equilibrio bio-psico-social en el que se autopercibe diariamente.

4) ¿Por qué no se acude al centro de salud?

“Ahí en el centro de salud por urgencias también te atienden. Tenés que ir y preguntar por la doctora y ella te atiende”

La mitad de lxs usuarixs refirieron consultar habitualmente en el centro de salud o con médicxs de cabecera por su obra social, pero al no poder acceder a una consulta con el/la profesional en ese momento, por una necesidad de ser atendidxs con inmediatez, acudieron a la guardia. La mayoría consultaba por problemas de salud de un/a hijx. Lxs demás refirieron que cuando algo lxs aqueja, siempre van a la guardia, no teniendo médicx de cabecera.

La mayoría de las consultas implicaban a niñxs. Analizando las características de lxs entrevistadxs, lxs que aseguraban consultar principalmente en centros de salud con médicx de cabecera eran mujeres o varones que llevaban a sus hijxs a la consulta y contaban con pediatra propix. Vimos que los varones fueron los que principalmente se refirieron a la guardia como su espacio de consulta ante problemas de salud. Esto se puede relacionar con el hecho de que los horarios en que los centros de salud están abiertos suelen coincidir con horarios laborales, y aun hoy en nuestra población es principalmente el hombre el que trabaja fuera del hogar. A su vez, es común que el varón niegue sentirse enfermo hasta que el malestar es acuciante.

Una interesante investigación realizada por la Universidad de Buenos Aires publicada en 2006, basada en la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación del año 2003, analizó entre otras cosas las desigualdades entre la demanda de servicios de salud entre hombres y mujeres. Observaron que las mujeres consultan al médicx más que los hombres y concluyeron que esto puede deberse a que la mujer tiene una peor percepción de su salud que los hombres y que tengan más incorporadas las prácticas preventivas relacionadas con controles ginecológicos y obstétricos. A su vez, la mujer consulta más que los varones para controles de rutina, siendo más común la consulta del hombre por procesos agudos que lo aquejen.

Aquí también se pone en juego que consideración tienen lxs usuarixs sobre la salud-enfermedad. En un estudio cualitativo realizado en México en 1994 sobre determinantes

microsociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud se postula que lxs entrevistadxs conceptualizan a la salud como ausencia de síntomas que le imposibiliten desarrollarse normalmente en su cotidianeidad, y cuando deciden consultar a profesionales de la salud es porque aparece una “incapacidad” que ya no puede tolerar. Si continuamos con ésta lógica, parece coherente pensar que llegado este punto, el/la usuarix tras observar una progresión de su padecimiento, el malestar sobrepasa un límite que no está dispuesto a soportar y esto reviste una percepción de gravedad de su cuadro que puede tranquilamente ser interpretado como urgencia. Mientras su cuerpo lo acompañe en su trabajo, sus obligaciones y responsabilidades se siente sanx, y deja para cuando tenga tiempo, los controles preventivos. Refiere el estudio antes citado “(...) Al parecer, la importancia de utilizar los programas preventivos se diluye frente a la necesidad de resolver otro tipo de satisfactores que no necesariamente tienen que ver con la salud. En general, la utilización de los servicios de salud para la prevención se hace de manera pasiva, entendiendo por esto que el servicio es el que busca de manera intencionada a la población blanco”.

CONCLUSIONES

Los motivos de consulta en la guardia del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez se ha mantenido casi invariables con el paso del tiempo, sin embargo el flujo de personas que solicitan atención ha aumentado drásticamente según cifras del propio servicio de guardia, posiblemente a causa de un crecimiento demográfico muy importante en el conglomerado Santa Fe. Este aumento de demanda no se ha acompañado de una adecuación a esta nueva realidad por parte de los servicios de salud, tanto del hospital, como de los efectores de primer nivel del área de referencia. Se observó también que existen elementos asociados a la accesibilidad y buena atención provista por el servicio de emergencia que hacen a lxs usuarixs elegirlo frente a otras opciones. La comodidad, la rapidez, el acceso a atención durante las 24 horas, el contar con tratamientos al alcance de la mano, el buen trato son los elementos que se manifestaron como ventajas de acudir a este servicio de guardia.

Analizando el funcionamiento de los centros de salud de la zona basados en los testimonios recogidos, existe una problemática de accesibilidad en estos efectores asociada a una población creciente. Esto implica un desequilibrio entre la demanda de lxs usuarixs y la capacidad de respuesta de las instituciones, cuyos horarios y disponibilidad de turnos resultan acotados para la gran cantidad de personas que transitan los centros de salud a diario.

Frente a la situación observada por personal de salud de un gran afluente de usuarixs que consultan en guardia por motivos que no comportan riesgo de vida, aparece la necesidad de realizar

una priorización en la atención para dar respuesta inmediata a eventos que si supongan un riesgo vital. Este triage, que se realiza en la guardia del Hospital Protomédico por personal de admisión principalmente y en segundo lugar por enfermerxs y médicxs, no se encuentra protocolizado y en muchas oportunidades la población desconoce la necesidad de jerarquizar la atención según la condición clínica de lxs usuarixs.

Existe una concordancia entre la concepción de urgencia vital entre personal de salud y usuarixs, ya que se comprende que aquel paciente que se presente a un servicio con un problema de salud que ponga en peligro su vida en forma inminente debe ser atendido en forma inmediata sin importar cuantas consultas deban ser postergadas hasta tanto el/la usuarix deje de correr peligro. Cuando se abandona el lugar de observador y se es protagonista de un padecimiento de cualquier tipo, esta apreciación sobre lo urgente cambia y aquello que podía ser postergado se transforma en una emergencia que requiere ser resuelta rápidamente.

La consideración que lxs usuarixs tienen de su propio estado de salud o enfermedad es influida principalmente por la capacidad de continuar con su vida cotidiana sin obstáculos o por el grado de tolerancia tenga frente a un padecimiento en particular. Muchas veces, mientras su cuerpo y mente lo acompañe en el quehacer diario se autopercibe saludable, y cuando este equilibrio entre el cuerpo y el mundo se rompe, aparece el miedo. El miedo a morir, al dolor, al malestar, a enfermar gravemente. Los usuarixs que trabajan dentro del sistema de salud son quienes más posponen sus propios cuidados de salud, en parte por el conocimiento académico que tienen sobre las enfermedades, sus manifestaciones y consecuencias, y por otro lado por tener mayor acceso a la atención en salud, aunque casi nunca continuada y preventiva.

Los conceptos de salud, enfermedad y urgencia, han ido variando ampliamente a lo largo de la historia. Iniciamos ese camino como sociedad buscando los culpables en el exterior de los cuerpos, y llegamos a entender parcialmente hoy que la salud-enfermedad se trata de un proceso dinámico que el sistema de salud debe comprender y acompañar con la respuesta adecuada en el tiempo necesario. Es decir, las personas se han enfermado desde el comienzo de los tiempos, sólo ha cambiado nuestra forma de ver las cosas. El proceso de salud- enfermedad se cierne sobre la objetividad del sufrimiento personal que debe ser indiscutible; y la subjetividad de ese sujeto que nunca podrá separar su opinión y percepción de lo que lo rodea de los componentes culturales de su identidad.

PROPUESTAS

- Investigar sobre las consultas por urgencias en los centros de salud de referencia del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez.

- Realizar una encuesta de satisfacción entre lxs usuarixs de la guardia del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez y también entre lxs que asisten a centros de salud de su área de referencia.
- Fomentar la realización de controles de salud periódicos adecuados al personal de salud del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez.
- Reforzar en la formación de médicxs y residentes del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez los aspectos subjetivos de los procesos de salud-enfermedad-cuidados.
- Proponer la aplicación de un triage protocolizado en la guardia del Hospital Protomédico Manuel Rodríguez.

BIBLIOGRAFÍA

- Soijet, M.; Gramaglia, V.; García, V.; Santiago, J. y Poeta, P. (2015, Junio). Santa Fe-Paraná en el inicio de la consolidación metropolitana. Observatorio urbanístico. Área metropolitana Santa Fe-Paraná. Boletín N° 7 2015 de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Universidad Nacional del Litoral. Recuperado de www.metrociudades.com.ar
- Arri F. (17 de febrero de 2015) 15) El Gran Santa Fe se expande por los créditos Procrear. *Diario El Litoral*. Recuperado de: <https://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2015/02/17/metropolitanas/AREA-03.html>
- López, E.; Findling, L. y Abramzón, M. (2006). Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Salud Colectiva*, 2(1): pp 61-74. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n1/v2n1a06.pdf>
- Ayuso Raya, M. C.; Pérez López, N.; Simarro Herráez, M. J.; Escobar Rabadán, F. (2013, Octubre). Valoración de un proyecto de “triage” de urgencias por enfermería en atención primaria. *RevClinMedFam vol.6 no.3*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300005
- García, M. M. (2013). Estudio del triage en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista de enfermería, CyLVol 5*. Recuperado de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/91/69>
- Manosalva Murillo, J. (2005). Rol del enfermero en el área de triage. *Avances en Enfermería*, 23(1), 82-89. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37816/60131>
- Gómez Jiménez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias 2003; 15:165-174*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion_y_triage.pdf
- Soler, W.; GomezMunoz, M.; Bragulat, E. Y Alvarez, A. (2010). El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra vol.33, suppl.1, pp.55-68*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008
- Herrera Medina, N.; GutierrezMalaver, M. E.; Ballesteros Cabrera, M.; Izzedin

Bouquet, R.; Gómez Sotelo, A. P.; Sánchez Martínez, L. M. (2010, Junio). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, vol. 12, núm. 3, junio, 2010, pp. 343-355. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217801001>

- Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. (2007) Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. *Fundación Galatea*. (no se obtienen datos completos). Recuperado de: http://www.fgalatea.org/pdf/salut_cast.pdf

- Bruguera, M.; Gurí, J.; Arteman, A.; Grau Valldosera, J. y Carbonell, J. (2001, Enero). La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica*, vol. 117, num. 13, pp.492-494. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301721549>

- Bronfman, M.; Castro, R.; Zúñiga, E.; Miranda, C. y Oviedo, J. (1997) Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, Volumen: 39, Numero: 5. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10639507.pdf>

ANEXO 1

Figura 1

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTALES ENERO-JULIO
Año 2005	1905	1219	1286	1081	1419	1547	1718	10175
Año 2006	1802	1426	1340	1376	1392	1952	1722	11010
Año 2007	1754	1435	1499	1504	1939	2839	1712	12682
Año 2008	1885	1552	1750	1508	1683	2101	2148	12627
Año 2009	2045	1719	2009	2100	2072	2895	2159	14999
Año 2010	2253	1941	1908	1785	1869	1882	1883	13521
Año 2011	2366	1958	2063	1941	1770	2192	2298	14588
Año 2012	2281	2197	2017	1904	1810	1912	2138	14259
Año 2015	2654	2280	2526	2570	2586	2770	3074	18460
Año 2016	3817	3453	3073	2372	4396	3175	2577	22863
Año 2017	3532	3164	3515	2781	3178	4332	3480	23982
Año 2018	3802	3299	3453	3304	3028	3430	198	23514

Cantidad de consultas en guardia de Hospital Protomédico – Enero a Julio 2005/Enero a Julio 2018. Fuente: Diagnose

Figura 2

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
2005	1905	1219	1286	1081	1419	1547	1718	1654	1350	1508	1440	1581	17708
2006	1802	1426	1340	1376	1392	1952	1722	1568	1449	1693	1385	1643	18748
2007	1754	1435	1499	1504	1939	2839	1712	1533	1435	1650	1485	1737	20522
2008	1885	1552	1750	1508	1683	2101	2148	1817	1914	1832	1943	2149	22282
2009	2045	1719	2009	2100	2072	2895	2159	1613	1694	1954	1804	1961	24025
2010	2253	1941	1908	1785	1869	1882	1883	2658	1942	1983	2125	2346	24575
2011	2366	1958	2063	1941	1770	2192	2298	2285	2096	1956	2096	2398	25419
2012	2281	2197	2017	1904	1810	1912	2138	1810	2118	2085	2117	2100	24489
2013	2654	2280	2526	2570	2586	2770	3074	2497	2494	2589	2600	2944	31584
2014	3817	3453	3073	2372	4396	3175	2577	3316	2971	2849	2958	3052	38009

Cantidad de consultas en guardia de Hospital Protomédico – Enero 2005-Diciembre 2016. Fuente: Diagnose

ANEXO 2

MODELO CUESTIONARIO PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

1. ¿Hace cuánto que trabaja en el servicio de urgencias?
2. ¿Qué función cumple en él?
3. ¿Considera Ud. que en los últimos años ha cambiado el motivo de las consultas en la guardia?
 - a. Si su respuesta es SI, ¿por qué cree que esto es así?
4. ¿Considera Ud. que en los últimos años ha aumentado el número de consultas en la guardia?
 - a. Si su respuesta es SI, ¿por qué cree que esto es así?
5. ¿A qué le da prioridad en la atención?
6. ¿En general las personas en la sala de espera comprenden y aceptan esta priorización?
7. ¿Consultó alguna vez Ud. por guardia?
8. ¿Va al centro de salud?
9. ¿Tiene médico de cabecera?
10. ¿Qué es para Ud. la *urgencia*?

MODELO CUESTIONARIO POBLACIÓN EN GENERAL QUE CONSULTA EN SERVICIO

DE URGENCIAS

1. Edad:
2. Nivel de instrucción:
3. ¿A qué se dedica?
4. ¿Es su primera consulta en esta guardia?
5. ¿Por qué consulta en la guardia?
6. ¿Por qué vino hasta esta guardia?
7. Motivo de consulta enunciado por el paciente
8. ¿Conoce qué centro de salud queda cerca de su casa? ¿Conoce a los médicos que allí atienden?
9. ¿Dónde consulta habitualmente por sus problemas de salud?
10. ¿Considera que era urgente venir ahora?
11. Se presentan 3 situaciones, enumere del 1 al 3 según considere usted que tiene mayor urgencia (en caso número 1 es el que debería ser atendido en primer lugar, y el caso número 3 puede esperar hasta una hora en ser atendido)
 - Niño de 14 años que se corta el dedo con un cuchillo
 - Señor de 35 años que presenta tos con catarro desde hace 2 semanas que se hace más intensa durante la noche
 - Mujer de 50 años que estaba en su casa barriendo cuando sintió un fuerte dolor en el pecho que la paralizó y la oprimía, con la sensación de que se quedaba sin aire

ANEXO 3

ENTREVISTAS PERSONAL DE SALUD

Entrevista 1: Residente de Medicina General y Familiar de 3er año

I: ¿Qué edad tenés?

E: 28

I: ¿Y hace cuánto tiempo que estás en el servicio de guardia? ¿A qué te dedicás?

E: Soy médica residente de Medicina General y Familiar, de tercer año, estoy hace 3 años (un año previo siendo pasante).

I: O sea que conocés mucho la dinámica de la guardia.

E: Y, tengo un poco de conocimiento a esta altura.

I: Y cómo ves el funcionamiento de la guardia, respecto a los motivos de consulta cuando empezaste a venir como pasante hasta hoy... ¿ves la misma cantidad de consultas, han aumentado o es menor?

E: Con respecto a la cantidad de consultas lo que noté estos últimos dos años es que ha disminuido un poco respecto al año cuando fui pasante, que había mucha demanda por consultas banales más que nada. Si se veía en la época de invierno que no solamente colapsaba el servicio por las consultas banales sino que había muchas urgencias sobre todo de patologías respiratorias, más que nada niños, y adultos mayores con algunas descompensaciones cardiológicas o respiratorias en la época de invierno. Después, el resto del año la consulta disminuía, primando más las consultas por cuestiones banales. Pero éste año veo que ha colapsado menos que en años previos, hasta ahora.

I: ¿Y pensás que hay algún motivo de por qué esto es así? ¿Por qué en ese momento viste más consultas y luego que disminuyeron?

E: En ese momento hubo una especie de brote, de infecciones respiratorias más que nada en los niños y ahora no se vio tanto, hasta ahora a ésta altura del año. Y por ahí lo que había era falta de médicos en los centros de salud o un horario extendido en los mismos, lo que hacía que muchas de esas consultas vengan directamente a la guardia saltando el primer paso del primer nivel.

I: O sea que en general, vos decís, que los motivos por los que la gente consulta siguen siendo los mismos.

E: Si, los motivos siguen siendo los mismos. Hay motivos de consulta muy banales que se pueden resolver tranquilamente en el centro de salud... dolores de garganta, de panza, resfríos, tos, odontalgias..., eso tranquilamente se podría resolver en el centro de salud hasta que te vea el especialista o el médico, pero terminan cayendo igual en la guardia. Creo que también es una cuestión de que en el servicio de acá se atienden a las personas de una manera bastante rápida comparando con otros lugares, entonces acuden acá porque saben que en media hora ya están atendidos con un tratamiento o una derivación y por eso vienen directamente. Y la atención es buena, comparando con otros servicios.

I: Y por ejemplo cuando vos estás en la guardia, ¿qué priorizás en tu atención? Si ves las fichas con sus motivos de consulta, ¿a qué le das primer lugar?

E: Voy viendo de acuerdo a las edades de las personas que consultan y a los motivos de consulta. Si veo un adulto joven que consulta por un dolor de garganta y después de él está anotado un chiquito de un año por tos y agitación, obviamente que priorizo eso porque puede ser un cuadro grave y no un dolor de garganta que puede esperar tranquilamente en la sala de espera. O incluso el mismo personal te va diciendo, tanto de administración que ven al paciente cuando va a anotarse, o de enfermería, si tiene alguna característica que nos haga actuar de manera más rápida.

I: Y en general ves que el resto de las personas, las que están en la sala de espera, ¿comprenden ésto de darle un orden de prioridad a las consultas o no?

E: Ni (risas). La mayoría de las veces se han molestado, lo notás en las caras o sus gestos. Por ahí también está en tomarse cinco minutos, salir a explicar que es por prioridad como para que la gente no se ofusque tanto. El hecho de salir y llamar al que está mucho después que vos genera incertidumbre como ¿por qué lo llaman a él primero y a mí no? y eso molesta más. Pero si se les explica, algunos han entendido y otros no (pero eso también va en la personalidad de cada uno), pero se ha podido solucionar... no he tenido situaciones mayores. Algunos se han ido, cuando llega una urgencia y les avisás que se va a priorizar esa urgencia, se enojan y se van. Pero bueno, ahí te das cuenta que el motivo de consulta de ellos no era tan vital.

I: Y ahora un poco más en el ámbito personal, ¿sos de consultar en el centro de salud, tenés médico de cabecera o alguna vez has tenido que consultar en una guardia?

E: No, a nada (risas). Salvo acá, cuando he tenido alguna cuestión de infección gastrointestinal, un suerito en la guardia y nada más. Pero no he tenido ningún control hace años.

I: Bueno, y ya lo último. ¿Qué es para vos la urgencia?

E: La urgencia, teniendo en cuenta la salud del paciente, la vitalidad del paciente. Es algo que prima en la atención para impedir que el cuadro se empeore y comprometa la vida del paciente. Eso es lo que nosotros interpretamos como urgencia en el servicio para darle prioridad a las personas que consultan, que la mayoría acá no lo son.

I: ¿Y siempre considerás que esa es la urgencia?

E: ¿A dónde vas con la pregunta?

I: O sea, pregunto si en algún momento no surge como un cuestionamiento hacia vos misma, tal vez ante alguna situación que te genera una empatía determinada, que tal vez no es una urgencia vital desde el concepto más médico y que vos veas que ahí está jugando otro tipo de urgencia.

E: Si, de hecho eso también se ve acá. Por ahí tenés consultas donde ves que el motivo en realidad viene por otro lado, algo más psicosomático y se le da más tiempo en la consulta, se lo escucha más y se lo acompaña de otra manera, porque es lo que a esa persona en ese momento lo aflige. En ese caso, uno le dedica un poco más de tiempo respecto a otras consultas por otros motivos.

I: Muchas gracias

Entrevista 2: Admisionista

I: ¿Hace cuánto que trabajás acá?

E: Va a ser 4 años en agosto.

I: ¿Qué función cumplís en la guardia?

E: Administrativa, admisión de guardia.

I: En tu experiencia en los últimos cuatro años, ¿creés que ha cambiado los motivos de consulta, o el número de consultas?

E: No, no cambiaron para nada, al contrario, se han incrementado. Parece que se transmite que acá se atiende bien y cada vez viene más gente a consultar.

I: ¿Y los motivos de consulta son los mismos?

E: Si, son siempre banales, no es que vienen por urgencias realmente.

I: ¿Cómo llegaste a trabajar acá?

E: Yo presenté mi currículum, después de haber hecho un trabajo de investigación en éste hospital sobre desarrollo gerencial, sobre cómo se organizaba el hospital y cómo eran los diferentes sectores. Y 7 años después de haber dejado mi currículum me llamaron y empecé a trabajar.

I: ¿Antes habías trabajado en salud en otro lugar?

E: Si, trabajé 6 años pero en la parte privada, en una empresa de alimentación asistida en un cargo administrativo.

I: Y cómo admisionista en el sentido de ver los motivos de consulta de la gente esta es la primera vez.

E: Si.

I: ¿Tuviste alguna capacitación o con la práctica misma vas viendo que parece más urgente?

E: Cuando yo empecé a trabajar no tuve capacitación, fue más que nada lo que hablamos con los enfermeros que me indicaron más o menos que triage tenía que hacer dentro de lo que yo podía entender y cualquier duda les preguntaba a ellos. Y después hubo un curso de admisionistas que lo dictó la provincia, que eso fue a los 2 años que yo ya trabajaba. Todo lo que aprendí fue por experiencia error.

I: Y en el curso que dictó la provincia, ¿se habló algo de lo que se trata el triage?

E: La realidad que tenemos nosotros es diferente a la de otros hospitales, donde la primera instancia que atraviesa el paciente es el enfermero. Acá, es distinto... en realidad no corresponde que nosotros como administrativos hagamos esta tarea porque no tenemos la capacidad o el conocimiento médico para determinar si una urgencia es tal o no. Nosotros lo aprendimos viendo y preguntando, pero no lo tenemos como formación en nuestra carrera.

I: ¿Considerás que eso se podría agregar?

E: Y no, porque escapa a lo administrativo.

I: Pero vos algo del priorizar las consultas hacés...

E: Si, claro. Lo que se conoce como triage de enfermería a mí me lo dieron a conocer y es lo que implementamos para dejar pasar a una persona al shockroom directamente o que espere a ser llamado por el pasillo. Ese triage, no le corresponde a un administrativo porque no tiene la capacitación para eso, pero bueno, lo hacemos igual. Aunque siempre, ante la duda, se pregunta.

I: ¿Que hacés pasar vos por ejemplo como prioridad en tu día a día?

E: Por ejemplo, una embarazada de 6 meses con hemorragia la hago pasar. Un accidente o una herida cortante que se ve que está sangrando o cosas muy evidentes... alguien con pérdida de conocimiento, falta de aire, crisis asmática.

I: ¿Te pasó alguna vez que la gente que está para anotarse se enojan porque dejás pasar primero a otro?

E: Siempre se enojan. Es como que no se entiende el tema de la urgencia en la guardia. La gente no logra dejar de venir a la guardia por consultas banales. Y exigen la atención aun cuando se les está diciendo que están atendiendo una urgencia y sin embargo quieren ser atendidos primero. Es como que no hay capacitación en la población en sí en lo que es una urgencia, sobre a lo que se dedica una guardia de urgencia. Y eso que se les dice continuamente, pero no.

I: Si vos tuvieras que definir que es una urgencia ¿qué dirías?

E: Peligro de vida. Pero eso no está instaurado en la sociedad me parece.

I: ¿Considerás que existe otro tipo de urgencia que no sea peligro de vida?

E: Si, puede ser. Una herida cortante no necesariamente está peligrando la vida pero está ensuciando todo el piso y hay que dejarlo pasar. O alguien que está con vómitos.

I: Vamos con algunas preguntas más personales. ¿Fuiste alguna vez a un centro de salud? ¿Tenés médico de cabecera?

E: Si, fui. Médico de cabecera no tengo. He ido por urgencias digamos, por dolores de oído y esas cosas.

I: ¿En guardias has consultado?

E: Si, hace mucho. Por abscesos después de inyecciones... una cosa muy dolorosa. Pero nunca nada grave. Ah, una vez cuando estaba embarazada consulté por guardia una vez, pero no era urgencia... lo que pasa es que yo estaba asustada. O sea, para mí era una urgencia.

I: Claro.

E: Lo que pasa que no tenía tampoco el conocimiento que tengo ahora... Por eso por ahí, cuando uno ve la gente que está tan apurada, uno tampoco tiene que juzgarlo, por uno ante esa misma situación capaz que uno haría lo mismo. Uno porque ya va adquiriendo otro tipo de conocimiento...

I: Muchísimas gracias.

Entrevista 3: Médico de guardia de planta.

I: ¿Hace cuánto tiempo trabajás en el servicio de urgencia?

E: En éste servicio trabajo como médico de guardia desde 2016, y como residente desde 2011.

I: ¿Creés que en los últimos años cambiaron los motivos de consulta en la guardia?

E: Mmm, no sé si cambiaron los motivos de consulta. Lo que creo que cambió es la cantidad de consultas, sin duda. Desde que entré en el servicio de emergencias desde 2011 a ahora, se nota. Los motivos de consulta en si suelen ser más o menos los mismos. Antes quizá, talvez es una percepción mía, había más accidentes de tránsito como un motivo de consulta talvez más grave. Ahora los hay, pero antes como que todos caían acá. No sé si hubo algún cambio respecto del 107 pero me da la impresión que antes había más consultas de ese tipo.

I: Entonces, vos decías que aumentó la cantidad de consultas... ¿y tenés alguna opinión de por qué eso cambió así?

E: Yo creo que se mezclan distintos factores. Antes el Protomédico estaba en una zona que era rural originalmente y después la Ciudad de Montevera, Recreo, Montevera creció muchísimo. Es el centro de referencia para una población ahora mucho más grande. Creo que en parte tiene que ver con eso y con cierta accesibilidad que no se da en todas las guardias.

I: ¿Cómo ves esta cuestión de la accesibilidad respecto de otros lugares?

E: Comparando con otros lugares, algo que siempre charlamos como una posible causa de que la gente elija este lugar es la rapidez en la atención. En general se atiende en función de la demanda... obviamente por momentos hay mucha demanda y uno se demora un poco más; en general no hay grandes esperas... en las peores guardias se espera como máximo 2 horas, en otras guardias tenés que esperar como mínimo 3 o 4 horas.

I: ¿En general cuando ves los motivos de consulta por los que vienen las personas, vos priorizás de alguna manera?

E: Eso también ha cambiado mucho a lo largo de los años. Cuando yo entré, que no había servicio de admisión, la admisión la hacía el enfermero que hacía una especie de triage. No era algo formal, pero el enfermero que atendía en la puerta y hacía la admisión ya jerarquizaba de acuerdo a lo que le parecía. Después esa función la pasó a ocupar la gente de admisión y ahí se perdió un poco la visión del triage, al menos el equipo de enfermería

perdió ese lugar y nosotros nos apoyábamos mucho en ellos. Hoy por hoy, es más o menos mirar el motivo de consulta de la ficha y a veces uno prioriza pero sin tener muy claro que está priorizando. Si a veces la gente de admisión te avisa cuando ve algo que le llama mucho la atención, pero quizás eso es algo que se podría trabajar desde la guardia de priorizar lo que es más urgente de lo que no lo es tanto.

I: ¿Vos creés que en general la gente de admisión entonces debería priorizar las atenciones?

E: En general los chicos de admisión cuando ven algo que les llama mucho la atención en general te avisan, pero no sé si tienen la misma preparación que tiene un enfermero para hacer el triage por ejemplo. Esto se podría reforzar. La mayoría de las consultas son cuadros que no revisten mayor urgencia en realidad.

I: Y ya que lo mencionaste, ¿que vendría a ser para vos la urgencia?

E: La urgencia como riesgo de vida en un período de tiempo dado son contadas con los dedos de una mano las que ves en el día. Quizás hay días que ninguna, quizás otro día son 5 o 6, el resto de las 100 consultas en general, no los deslegitimo como motivo de consulta pero, no me parece que sean urgencias reales, son consultas que podrían hacerse en forma diferida en centro de salud tranquilamente. Para la persona por supuesto que es un motivo de consulta que considera urgente, pero yo creo que vienen más acá porque hay momentos del día en los que no hay otro servicio disponible o porque los disponibles resulta más cómodo y más rápido venir a hacerse atender a la guardia que hacer el circuito que demanda a veces pasar por el centro de salud.

I: ¿Y vos alguna vez te tuviste que atender en una guardia?

E: En situaciones más que nada familiares donde ha habido internaciones sí o incluso consultas más urgentes que, hay que decirlo y ser sincero también, uno tiene otros circuitos que puede aprovechar... no es lo mismo estar como paciente que estar del otro lado, cuando tenés a tu hijo internado en una Neonatología eso te descoloca totalmente porque no tenés la misma percepción de lo que es urgente de lo que no, todo te parece urgente.

I: ¿Y vas al centro de salud? ¿O tenés algún médico de cabecera?

E: (risas) No... ni me pregunten cuando fue el último control que me hice porque creo que fue cuando entré a la residencia.

I: Y a tus hijos, ¿sos de llevarlos a consultas médicas?

E: Y, ahí se complica porque ambos somos médicos y mi mujer incluso es pediatra. Tal vez durante el primer año o dos años de los chicos tal vez si fuimos más fieles al seguimiento y después como ya por suerte mis dos hijos venían bien, dejamos la consulta con el pediatra para cuando pasa algo. Pero no, no hacemos un uso regular de los controles de salud.

E: Bueno, muchas gracias.

Entrevista 4: Enfermera

I: ¿Hace cuánto estás en el servicio de emergencia de este hospital?

E: Desde que se abrió la guardia del Protomédico, año 1996. Ya 22 años...

I: Actualmente, ¿qué cargo ocupás acá en la guardia?

E: Ahora estoy como supervisora, fui jefa de la guardia desde 2003 hasta 2017.

I: ¿Vos creés que cambiaron los motivos de consulta desde que comenzaste a trabajar, la cantidad de gente que acude a atenderse en los años que ya pasaste acá?

E: Si, fue un incremento muy notable. Cuando nosotros comenzamos con la guardia porque se vio la necesidad de que el pueblo necesitaba porque no había médicos 24 hs, solamente los de consultorio y el privado, empezaron a aparecer esas consultas de gente de la zona, ya sea Monte Vera, Recreo, Ángel Gallardo.

I: ¿O sea que antes solo había consultorios?

E: Y el privado. Y los centros de salud que estaban en funcionamiento de día, de lunes a viernes, con turnos de 7 a 19 hs. Entonces la gente no tenía donde acudir en una emergencia a la noche, y principalmente tampoco en una zona como la nuestra que era zona inhóspita y de quintas, tampoco tenían como movilizarse. Se manejaban mucho con las ambulancias de los pueblos que los traían a las consultas a las 2 o 3 de la mañana, por chicos con fiebre. Y desde ese entonces hasta ahora, el incremento fue muy notable.

I: ¿Por qué creés que aumentó tanto la cantidad de consultas en la guardia?

E: Aumento también la población, mucho. Y el servicio fue perfeccionándose cada vez más. Nuestro hospital, desde entonces que recién se comenzaba la residencia de Medicina General en éste hospital, empezó a aumentar la atención de los pacientes en atención primaria, en los centros de salud, y bueno, la gente ya fue conociendo un poco más las posibilidades que tenía de atención. Sino nosotros, antes teníamos que tomar un colectivo e irnos al Hospital Iturraspe, a veces con un chiquito con una sutura sangrando

porque no había ni medios para ir. No teníamos. O un vecino que te llevara que tuviera auto. Incluso las parturientas, las pacientes que estaban en trabajo de parto tenían que irse con un vecino que la llevara. Recién en 1995 comenzaron a tener ambulancias de traslado, un poquito antes de que abra esta guardia.

I: ¿Y los motivos de consulta son diferentes a los que veías años atrás?

E: Sí, muchísimo. Estamos hablando de un incremento de cantidad de atenciones, de cantidad de accidentes de tránsito por el propio hecho que se incrementó la circulación de vehículos. Si bien antes había accidentes, ahora se incrementó. Y las consultas, siempre son las mismas, pacientes cardíacos, pacientes accidentados, convulsiones. Y en la guardia en general, el grueso creo que siempre van a ser las mismas cosas, fiebre, dificultad respiratoria en criaturas, dolores abdominales según la época. En verano vamos a tener más deshidratación. Eso siempre pasó. Pero aumentó el número. En la época que recién comenzamos la guardia, teníamos muchas consultas por ejemplo de recreo y barrio mocoví, y después se fueron perfeccionando en la atención en los centros de salud y fueron disminuyendo las consultas de diferentes centros.

I: Si vos tuvieras que definir que es una urgencia ¿qué dirías?

E: (Pausa). ¿Una urgencia o emergencia? La emergencia corre riesgo de vida. Si yo tengo un accidente que tiene que ser intubado o ventilado, está con un riesgo de vida. Una urgencia es una convulsión por ejemplo, no hay riesgo vital aunque se debe atender de inmediato.

I: ¿Cuando estás en la guardia usás algún modo de priorización de las consultas?

E: Siempre se hizo un triage. A medida que iban apareciendo los pacientes, o cuando hay acumulación de pacientes, se ve cual es la consulta más urgente que hay que hacer. Siempre explicándole a la gente porqué pasa ese paciente primero si hay 3 o 4 antes.

I: Cuando les has explicado eso ¿alguno se ha enojado?

E: Mmm no, porque la gente entiende cuando uno habla, entiende. Yo creo que una de las cosas que nosotros tenemos en ésta guardia es eso justamente. El trato con la gente. Y el explicar y el hablar favorece mucho la atención. Porque si no uno explica, sale al pasillo y dice "esperen por favor que el médico está atendiendo una urgencia", obvio que la gente del otro lado no sabe que están haciendo.

I: Y algo más personal ya, ¿tuviste que ir a una guardia alguna vez vos como paciente?

E: He ido a llevar pacientes, y también he tenido que llevar familiares.

I: Y esas consultas, ¿han sido por esos motivos que vos acá considerás como enfermera urgentes o capaz que no tanto y jugaban otros elementos para que vos o tu familiar hayan tenido que consultar?

E: No... no han sido cosas urgentes, si he tenido que ir a la guardia del Cullen por un politrauma de un familiar.

I: ¿Vas a algún centro de salud, o médico de cabecera que tengas?

E: (risas)

I: Reíte tranquila que todos se ríen en este momento de la entrevista

E: Todos los médicos de la guardia son mi médico de cabecera. Por ahí alguien con quien me controlo más es con la cardióloga que la veo una vez al año, pero médico clínico no tengo.

Entrevista 5: Médico de guardia

I: ¿Hace cuánto estás trabajando en el servicio de guardia?

E: Hace 10 u 11 años.

I: ¿Siempre como médico de planta o en algún momento tuviste otra función?

E: Como residente más tiempo, desde 2005. O sea, 13 años.

I: Desde este tiempo que estás, ¿creés que cambiaron los motivos de consulta de la guardia? ¿o el número de consultas que se ven en la guardia?

E: Si, siempre hay una percepción de eso... El jefe de guardia nos mostró que en 2005-2006 teníamos una media de 50-60 pacientes y ahora tenemos una media del doble, 100-105. Y después recuerdo que los motivos eran bastante similares, lo que pasa que antes eran más espaciados.

I: ¿A qué creés vos que se debe este aumento casi triplicando el número de consultas?

E: Históricamente siempre vino gente del norte de Santa Fe, quizás después eso aumentó por el incremento poblacional. Antes barrio Mocoví era un factor que movía mucho la guardia, ahora no tanto, pero debe ser como en todos lados, lo poblacional y lo estacionario y lo geográfico. Porque hay mucha consulta que tiene obra social, y que en centros más urbanos no sé si van tanto a guardias hospitalarios como van a los sanatorios... acá no tienen esa posibilidad. La cercanía geográfica hace que sea público o con obra social

vienen igual. La cercanía y también está el factor que, si te ponés a hilar fino, el porcentaje de urgencia concreta y real es ínfima, o sea que es un consultorio de 24 hs con una respuesta rápida y muchas veces te vas con la terapéutica en mano que hace un plus diferencial me imagino. Las otras guardias no te dan medicación.

I: ¿Y esto que mencionas vos de que las urgencias son mínimas, cómo definirías vos el concepto de urgencia?

E: Lo urgente para mí en la guardia es lo que implica un riesgo vital inmediato, una intervención médica específica que modifique la evolución natural de algo. Que implique que deba ser resuelto acá o una derivación a un centro de mayor complejidad en tiempo y forma. Desde un síndrome coronario hasta un accidente de tránsito, o cuestiones que uno considere... es muy subjetivo, para la persona es todo urgente, para el médico lo urgente puede ser desde lo orgánico con un riesgo vital inmediato o también lo subjetivo o social que para mí no tienen tanto peso. O sea, la urgencia tiene que ver con modificar el pronóstico de una persona frente a una determinada situación hoy.

I: ¿Vos tuviste que consultar alguna vez en una guardia? Seas vos o algún familiar

E: No... Ah, sí, cuando nació mi hija.

I: ¿Cómo viviste esa experiencia de estar del otro lado, como paciente?

E: (Risas) Como se pudo, porque sabía que era una urgencia.

I: ¿Vos notaste del otro lado que priorizaron esa situación como una urgencia?

E: No había nadie adelante nuestro, por lo que era imposible no priorizarlo. Y aparte, no fuimos vistos por un médico general sino específicamente por un ginecoobstetra. Creo que la mayor urgencia fue que demoró 5 o 10 minutos en llegar el médico. Uno lo vive con angustia.

I: ¿Y alguna otra situación que vos como médico no considerarías como una urgencia que hayas ido a una guardia?

E: Mmm, no. Igual te toca, no sé si una guardia, pero en un consultorio y uno espera. Mi viejo, mi hija. Pero no voy a una guardia. No entiendo a qué va la pregunta.

I: Nos referimos a si uno estuvo en esa situación de uno consultar en una guardia por lo que nosotros a veces llamamos un motivo banal, que hoy lo ves a la distancia y decís "no era una urgencia realmente".

E: No... no hago ese ejercicio porque si no me enloquezco. Yo soy médico, no voy a una guardia por una cuestión menor, habitualmente no voy a una guardia directamente. Y si

alguien me consulta, un conocido, trato que evite esa circunstancia. Y cuando estoy al frente de la guardia no me pongo a pensar por la cuestión menor que consulta. No tiene los elementos la persona para hacer ese análisis. Te terminás enojando con vos mismo o con la gente, más si no involucra directamente a ellos, sino por ejemplo un niño... y te consulta a las 2 de la mañana por fiebre... y si yo no fuese médico también vendría. Es simple.

I: ¿Tenés médico de cabecera, sos de hacerte controles de salud?

E: No, soy médico... hace mucho que no me hago un control.

I: ¿Y a tu hija por ejemplo la llevás a controles?

E: Si. La madre organiza eso. Es una cuestión que la tengo incorporada, está bueno hablar con el pediatra, que alguien te diga que viene bien.

Entrevista 6: Enfermero

I: ¿Hace cuánto que trabajás en el servicio de urgencias de nuestro hospital?

E: En el servicio de urgencias de este hospital hace 20 años. Trabajé mucho en terapia también.

I: ¿Qué función cumple en él?

E: Hago de enfermero en emergentología.

I: ¿Vos pensás que en los últimos años ha aumentado el número de consultas en la guardia?

E: Si, mucho. Un poco por lo social y un poco porque, si te referís acá al hospital en sí, por la atención que se brinda, si me preguntás por qué muchos con obra sociales vienen a los hospitales públicos es para evitar la parte económica.

I: Y el motivo por el que consultaba la gente antes, ¿sigue siendo el mismo que ahora?

E: En este hospital en sí siempre se manejó no tanto la emergencia sino más bien la atención primaria y la de urgencia y no la de emergencia.

I: ¿A qué le das prioridad vos en la atención?

E: Depende la atención.

I: ¿Qué ficha te parece que dejarías pasar primero?

E: Entre una crisis asmática con falta de oxígeno y un dolor abdominal elijo la primera, lo otro puede esperar un poquito más, a menos que vos consideres que puede haber otro tipo de problema.

I: ¿En general las personas en la sala de espera comprenden y aceptan esta priorización?

E: A veces se enojan, a veces no. Pero en general están dispuestos a esperar porque saben que en otros hospitales esperan mucho más que acá. Salvo ciertas personas, si venís a la madrugada y venís de lejos en un remis que tiene que esperarlos, y le cobra caro la espera, entonces te apuran preguntando cuánto tiempo van a demorar y si los tenés en observación también te preguntan cuánto tiempo van a estar.

I: ¿Alguna vez consultaste en una guardia?

E: SI

I: Cuando vos consultaste en una guardia, ¿considerás que era un motivo urgente o era importante para vos en ese momento?

E: No, era importante para mí en ese momento. Por ejemplo, tenía que rendir y me dio una reacción alérgica y yo quería rendir, no pedí que me dejaran internado sino que me sacaran la alergia para poder ir a rendir.

Y en la parte traumatología por hacer pesas me comí dos años de reposo y terminé operándome porque ya no podía manejar el brazo, no podía ni manejar la moto. Empecé durmiendo en una posición, después cambié de posición, después con el brazo arriba de mi señora, después ya no tenía posición, y hasta que no me operé no pude dormir. Aun así hoy tengo problemas para dormir por la posición.

I: ¿Va al centro de salud?

E: No.

I: ¿Tenés médico de cabecera?

I: No, sólo el traumatólogo. No tengo médico clínico ni generalista. Hasta ahora nunca me hice un control médico, por la edad ya debería hacerme uno, pero nunca lo hago.

E: ¿Qué es para vos la *urgencia*?

I: La urgencia es cuando viene algún paciente con algún dolor, un dolor abdominal, un cuadro de hipotensión por dolor, una hipertensión que no sea severa, un paciente con varios vómitos y diarrea.

Entrevista 7: Médico de guardia

I: ¿Hace cuánto que trabajás en el servicio de urgencias?

E: 12 años

I: ¿Qué función cumplís en él?

E: Actualmente soy el coordinador de la guardia.

I: ¿Vos pensás que en los últimos años ha cambiado el motivo de las consultas en la guardia?

E: No, el motivo de consultas me parece que no, no ha cambiado. Sí la cantidad, pero no me parece que haya cambiado el motivo, seguimos viendo de todo. Lo primero son las consultas de tipo ambulatorio, cuadros estacionales, respiratorios, gastroenteritis, algias varias y además los trabajos de parto y los politraumatizados y la patología cardiovascular. Lo de siempre, siempre fue así. Antes eran menos las consultas, ahora son un poco más pero la distribución me parece que es la misma.

I: Y este aumento en el número de consultas en la guardia, ¿por qué pensás que pasó?

E: No lo sé (risas). No tengo datos demográficos, no sabemos si la población ha crecido tanto en el área de influencia como para justificarlo directamente. No, no tengo la causa. No lo hemos evaluado, no hemos estudiado el por qué. Nos hemos dedicado a el cómo atender a todos y no el por qué vienen tantos.

El director del hospital dice que las consultas han aumentado en todos los efectores de la zona, en los centros de salud ha aumentado muchísimo el número de consultas respecto a años anteriores, viene aumentando año a año también proporcionalmente. No sé los demás efectores, todas las guardias también dicen que atienden más, han implementado dispositivos de triage o cosas apuntando a manejar la consulta, así que evidentemente hay un aumento generalizado de consultas. Pero no tengo datos como para decir el por qué.

I: Y ahora que mencionás lo del triage, ¿a qué le das prioridad vos en la atención en la guardia?

E: En la guardia siempre la prioridad la tiene el riesgo, siempre se debe hacer estratificación del riesgo, tanto se haga en un triage organizado o protocolizado o se haga en un triage espontáneamente como lo hacemos un poco acá. Si bien el primer filtro lo hace el admisionista que se sabe algunos motivos de consultas por los cuales tiene que alertar al enfermero, el enfermero que toma la ficha también al ver ciertos motivos de consulta a veces llama al paciente y le toma los signos vitales, y nosotros mismos como médicos al asomarnos al pasillo debemos mirar a los que están esperando y ver si alguno tiene algún

gesto que nos llame la atención. Eso nos faltaría hacerlo en forma protocolizado, pero en la práctica y en la experiencia uno lo hace.

Siempre la prioridad la tiene el que mayor riesgo tiene, que sea de enfermar gravemente o de morir.

I: En general las personas en la sala de espera comprenden y aceptan esta priorización, ¿lo toman bien?

E: La verdad que hace muchísimo tiempo que no tenemos violencia en la guardia, violencia explícita. Quejas puede haber un poco, pero eso cambió mucho desde que implementamos el admisionista en la guardia. Antes del admisionista teníamos hechos de violencia verbal, casi nunca, sólo una vez llegó a algo físico, pero había un clima bastante más rarecido, era difícil manejar la gente que estaba afuera y creo que era entendible porque la gente llegaba a un pasillo con ventanas cerradas y puertas cerradas. No había nadie que le diga qué iba a pasar, cuánto iba a esperar, cómo iba a ser atendido, ni cuándo. La introducción del admisionista fue un cambio notable porque la gente llega, lo recibe una persona que le toma los datos, le pregunta qué le pasa y le explica cómo está la situación, cuánto va a tener de espera.

Creo que mejoraría aún más si pudiéramos implementar un “mini triage” como se está haciendo en otros lados, donde le dicen por lo que Ud. consulta y debido a la demanda que hay probablemente vas a tener que esperar *tanto* tiempo. El que avisa no traiciona, y la gente lo toma bien a eso. No tenemos conflictos grandes con la gente.

I: ¿Vos alguna vez consultaste en una guardia?

E: Si, me acuerdo y lo tomo como mi ejemplo, siempre tengo en cuenta el trabajo cuando era estudiante de medicina y me pasaba una pavada, un ardor de ojos, y fui a una guardia a hacerme atender y llegué a un pasillo de puertas cerradas donde había gente, les pregunté qué había que hacer y me dijeron “golpea aquella puerta y ya van a atenderte”. Golpeé la puerta y a los 20 minutos apareció alguien que me preguntó qué me pasaba, al final esperé un rato y como era estudiante de medicina me atendieron antes, pero la sensación es fea, una guardia donde no hay respuesta.

I: Y el motivo por el que consultaste, hoy viéndolo a la distancia, ¿era para una guardia realmente o podrías haber ido a un centro de salud?

E: No, era una consulta *recontra* banal, el tema es difícil. Sí, era un motivo de consulta ambulatorio. En ese momento yo ni sabía si existían centros de salud, a dónde

quedaban, hay áreas donde no hay centros de salud cerca. Nos pasa acá en nuestro hospital, la gente vive en el cuadrado vecino, la zona rural le queda más cerca venir acá que irse a algún centro de salud de barrio Parque, Recreo Sur, de Mocoví o de Ángel Gallardo, entonces muchas veces usan la guardia como su consultorio de consultas.

Y después tenés el tema de horarios, la gente sale de trabajar y le viene doliendo la espalda y va a la guardia, no tiene la posibilidad de ir a un centro de salud a esa hora, tampoco tiene la posibilidad de ir al otro día pidiéndose el día para consultar por el dolor de espalda, así que en ese sentido yo creo que la guardia siempre va a atender motivos de consultas ambulatorios, de consultorios, que eso es inherente a una guardia, tiene que estar preparada también para atender eso. Pasa en todos lados, no creo que haya lugar del mundo donde en una guardia no consulte gente por un resfrío.

I: ¿Tenés médico de cabecera?

E: No

I: ¿Cuándo querés consultar con quién lo haces? Lo que no podés resolver por vos mismo.

E: Yo creo que nuestra situación como médicos y médicos generalistas es bastante particular, nunca he tenido una enfermedad grave que me lleve a consultar en otra cosa, si tengo un problema traumatológico tengo un amigo traumatólogo al que consulto, no he tenido problemas quirúrgicos, pero tengo un amigo cirujano, después el resto lo resuelvo. Mis mismos hijos si bien tienen la pediatra amiga que aborda los problemas graves, los atendemos nosotros.

I: ¿Qué es para vos la *urgencia*?

E: Una situación que es necesaria resolverla rápidamente porque hay un riesgo de enfermar gravemente o de morir.

ANEXO 4

ENTREVISTAS USUARIAS DE LA GUARDIA HOSPITAL PROTOMÉDICO

Entrevista 1 – Usuaría 3 años Madre 23 años

I: ¿Cuántos años tiene tu hija?

E: 3 años

I: ¿Y vos cuántos años tenés?

E: 23.

I: ¿Ella va a la escuela?

E: Si, a salita de 2 años.

I: ¿Vos fuiste a la escuela?

E: Si, secundaria completa.

I: ¿Ahora estás estudiando algo más?

E: No, estoy trabajando, soy cajera en una distribuidora.

I: ¿Hace cuánto que trabajás?

E: Hace como 4 años.

I: ¿Estas en blanco en tu trabajo?

E: Si

I: ¿Es la primera vez que consultás en esta guardia?

E: No.

I: ¿Y por qué consultás hoy en esta guardia?

E: Porque por ahí, a pesar de que me queda más cerca es más tranquilo que el hospital de niños, y las veces que la traje la atendieron muy bien.

I: ¿En dónde vivís?

E: En Barrio Nuevo Horizonte

I: ¿Y hoy que te trae a consultar?

E: Por el tema de que ella seguía con fiebre

I: ¿Hace cuánto que está con fiebre?

E: Hace una semana.

I: ¿Conocés el centro de salud que está cerca de tu casa?

E: Si, Nuevo Horizonte.

I: ¿Conocés a los médicos de ahí? ¿Ahí se atiende toda la familia?

E: Si, ella tiene obra social por el padre, pero la pediatra que trabaja por obra social trabaja ahí también así que la llevo ahí.

I: ¿Cuándo tenés algún problema de salud, donde más comúnmente consultás?

E: Ahí, en el centro de salud.

I: ¿Vos consideras que el motivo de consulta que te trae hoy era una urgencia para consultar en la guardia?

E: Y yo nunca me dejé estar con ella, siempre la llevo. Pero no considero que sea una urgencia. Muchos me dicen para que la llevás, pero yo igual por más que pierda el tiempo yo me quedo tranquila de que la revisaron, porque yo médico no soy.

I: Te voy a presentar 3 situaciones con la idea que vos me digas cuál era la que se tendría que haber atendido primero, cual después y cuál podía esperar un poco más.

E: El corte del chico y la señora que le oprimía el pecho, y por último el señor que tenía tos.

Entrevista 2 – Usuario de 45 años

I: ¿Cuántos años tenés?

E: 45

I: ¿Fuiste a la escuela?

E: Si, hice el primario completo y 1 y 2do año de la secundaria.

I: ¿A qué te dedicás?

E: Soy albañil, de tarde hicimos un micro emprendimiento que cortamos leña y vendemos con otro chico. Trabajamos mucho con panaderías y fábricas.

I: ¿Es la primera vez que consultás en ésta guardia?

E: No, siempre vengo por una cosa o por otra. Traigo los nenes.

I: ¿Y hoy porque consultaste acá?

E: Te soy sincero, es por la comodidad de venir acá.

I: ¿De dónde sos?

E: De Montevera. Y otra es porque es más rápido, más tranquilo, siempre encontrás un conocido y hacés las cosas más rápido.

I: ¿Me contarías más de tu motivo de consulta de hoy?

E: Porque yo me sentía mal de la presión, tenía zumbido en la cabeza, me sentía re mal. Justo llego mi yerno, porque yo me estaba por venir en el auto, y me dijo que me traía él.

I: ¿Conocés el centro de salud que queda más cerca de tu casa, conocés los médicos de ahí?

E: Si, conozco el centro de salud pero no a los médicos. En Montevera tenemos el centro de salud común, que atiende chicos, mujeres, las chicas. Pero yo voy a Ángel Gallardo, resulta que hace 2 años yo trabajaba para obras públicas, y yo hice reformas ahí en el centro de salud, hice muchas cosas. Ahí me descompuse yo por primera vez, de la diabetes. Me atendió ese día una chica y me dijo esperá un ratito que te va a atender sin turno el Dr. Neme. Hasta ese momento nunca había caído en el médico yo.

I: ¿Te gusta la atención del centro de salud?

E: Sí, sí.

I: ¿Probaste ir al centro de salud de Montevera?

E: Si, una vez, pero se me complica. El tema que yo soy medio vergonzoso, no me gusta cuando hay gente... Hay ahí a la tarde un médico, que es re bueno, me atendió re bien la vez que fui un día. Pero ahí me conoce todo el mundo. Yo soy nacido ahí, yo nací de un parto domiciliario, ahí donde vivo ahora en ese terreno era todo rancho, y bueno después por el transcurso de la vida se separaron mis viejos y yo quedé viviendo en la casa paterna, un rancho. Después dividieron los terrenos y yo compre ahí, es mi lugar, desde que nací, hace 45 años...

Ahora tengo proyectos, de irme a Helvecia, yo amo Helvecia, por el tema de la pesca, la cacería. Siempre les digo a mis hijas que traten de hacerse algo ahí, yo tengo terreno para todas ellas.

I: ¿Y vos generalmente donde consultás ante algún problema de salud?

E: Al Dr. Neme.

I: ¿Y vos considerás que el motivo de consulta de hoy, era una urgencia?

E: Si, porque me sentía mal. Nunca me pasó esto que me aturdía, no tenía ni ganas de hablar. Y en mi casa era un quilombo, y mi mujer siempre tira para mis hijas, para la más chica. Y la del medio siempre me defiende a mí. Y la mayor es todo para mí, está internada allá en el Iturraspe, tiene el nene internado con Neumonía.

I: Lo último, con lo que cerramos. Yo te voy a presentar 3 problemas, cortitos, y vos me tenés que decir cuál es más urgente del primero al último.

E: Primero la mujer de 50 años, en segundo lugar el señor porque un niño es jovencito no es tanta la urgencia.

Entrevista 3 – Usuario de 20 años

I: ¿Qué edad tenés?

E: 20 años

I: ¿Fuiste a la escuela?

E: Si, hasta 1ero de la secundaria.

I: ¿A qué te dedicás?

E: Hago chanchas, ahora estaba trabajando en una carnicería.

I: ¿Es la primera vez que consultás en guardia?

E: No

I: ¿Y por qué consultás hoy acá?

E: Porque tenía diarrea, vómitos y dolor de pecho. Las otras veces fue que me había salido sarna, después un quiste que me tenía que operar.

I: ¿De dónde sos?

E: Soy de Barrio San Lorenzo pero hace 2 años vivo acá en Cabaña Leiva. Como en el psiquiátrico no te dicen bien lo que tenés, empecé a venir acá. Me gusta la atención.

I: ¿Conocés el centro de salud que está cerca de tu casa?

E: El de Cabaña Leiva. Conozco al Dr. Puigpinos. Pero no voy yo, lo conozco porque va mi mujer.

I: ¿Y cuándo tenés algún problema de salud donde consultás?

E: Acá.

I: ¿Y considerás que tu motivo de consulta hoy, los vómitos y diarrea, eran una urgencia?

E: Mmm, no, pero no daba más tampoco...

I: Te voy a presentar 3 situaciones y vos me tenés que decir cuál es más urgente del primero al último.

E: La más urgente la señora, después el nene con el corte, y por último el señor.

I: ¿Qué cosas te parece que son urgencias que se tienen que atender acá en el hospital?

E: Y, un accidente, cortarse la mano, un brazo...

I: ¿Y consultas para ir al centro de salud?

E: Y, lo que me pasa a mí hoy.

I: ¿Y por qué no fuiste al centro de salud?

E: Porque no me gusta (risas).

Entrevista 4 – Usuaría de 4 años. Padre 36 años

I: ¿Qué edad tiene la nena?

E: 4 años

I: ¿Y vos que edad tenés?

E: 36 años

I: ¿Ella va a algún jardín?

E: Si, jardín de 4.

I: ¿Vos fuiste a la escuela?

E: Si, secundario completo.

I: ¿A qué te dedicás?

E: Trabajo de operario en una fábrica y por mi cuenta trabajo en un taller de herrería.

I: ¿Es la primera vez que consultás en ésta guardia?

E: No, he venido bastantes veces.

I: ¿Y porque consultaste en la guardia?

E: Porque me genera confianza, he venido siempre acá y me tratan bien.

I: ¿Cuál fue el motivo de hoy?

E: Porque mi hija de 4 años, sufrió un accidente doméstico, y nos asustamos.

I: ¿Conocés el centro de salud que queda cerca de tu casa?

E: Sinceramente no.

I: ¿Por dónde viven?

E: Por Barrio Yapeyú, tenemos un centro de salud a unas 6 cuadras pero no he ido.

I: ¿Y dónde atienden a la nena cuando no es una urgencia?

E: Su pediatra, por la obra social, queda por Avenida López y Planes.

I: ¿Considerás que el motivo de consulta de hoy era una urgencia como para venir a la guardia?

E: Particularmente creía que sí

I: Te voy a presentar 3 situaciones y vos me tenés que decir cuál es más urgente del primero al último.

E: Creo que la señora con dolor en el pecho, luego el chico que se cortó el dedo, y por último el señor con tos.

Entrevista 5: Usuaria de 21 años, embarazada.

I: ¿Qué edad tenés?

E: 21

I: ¿Sos de por acá cerca?

E: No, soy de Guadalupe.

I: ¿Y trabajás?

E: No, trabajaba pero me quedé embarazada y no pude trabajar más.

I: ¿Pudiste ir a la escuela?

E: Terminé la primaria y después me quedé en primer año.

I: ¿De qué has trabajado?

E: Limpiando casas.

I: Nos contaste que sos de Guadalupe, ¿es la primera vez que venís a ésta guardia?

E: Si, porque estaba mi sobrinito internado acá y me quedé acá con mi hermana.

I: ¿Estabas acá en la sala de internación y te sentiste mal?

E: Si, fui al baño y cuando me sequé vi un poco de sangre en el papel y les dije a las enfermeras de la sala y me dijeron que venga para la guardia.

I: O sea que no habías consultado nunca acá. ¿Y en otras guardias que no sea esta?

E: Si, en el Iturraspe.

I: ¿Consultaste por razones relacionadas con éste embarazo o por otras causas?

E: No, por el embarazo.

I: ¿Y en otras oportunidades en que no hayas estado embarazada?

E: No, he consultado en el dispensario de mi barrio.

I: ¿Te queda cerca de tu casa?

E: Si, cerquita.

I: O sea que siempre te hacés atender ahí en el dispensario.

E: Si, siempre...

I: ¿Y conocés ya a lxs médicxs que te atienden ahí? ¿Tenés buena relación, te atienden bien?

E: Si, una doctora me atiende a mí, yo siempre me atendí con ella desde que empecé a cuidarme con pastillas o inyección.

I: En el centro de salud, ¿consultás con turnos programados o por urgencias también?

E: Ahí por urgencias también te atienden. Tenés que ir y preguntar por la doctora y ella te atiende.

I: Y en esa oportunidad que has consultado en el centro de salud por urgencias, ¿por qué ha sido por ejemplo?

E: Dolor de pecho, mareos, dolor de panza.

I: Y esta vez que consultaste acá, por este sangrado, ¿nunca te había pasado? ¿te asustaste?

E: Una vez tuve un sangrado, me había caído y después me dijeron que fue por el susto.

I: ¿Y fuiste a la guardia esa vez?

E: Si, la del Iturraspe. Y me hicieron ecografía, me dijeron que estaba todo bien y me mandaron a mi casa nomás. Me dijeron que haga reposo.

I: Y hoy cuando viste ese sangrado, ¿te asustaste? ¿si te hubiese pasado en tu casa, hubieses venido igual a la guardia?

E: ¡Sí!, porque además cuando me pasó la otra vez me dijeron que si me volvía a pasar que vaya directamente a una guardia... que no espere a ver si sangraba de nuevo.

I: Cuando te anotaste, ¿vos les dijiste que estabas embarazada? ¿te hicieron pasar enseguida?

E: Si, yo me estaba anotando y le dije a la chica que estaba sangrando y me dijo esperá acá nomás que ya te atienden. Y vino la chica y me atendió enseguida.

I: Bueno, ya la última pregunta. Te vamos a presentar 3 situaciones hipotéticas y la idea es que vos nos digas del 1 al 3, cuál te parece que en una guardia creés que se tiene que atender primero, entendiendo que la más urgente sería la que vos considerarás que se tiene que atender enseguida y la menos urgente aquella que puede esperar sin problemas en la

sala de espera. La primera situación es un niño de 14 años que se corta el dedo con un cuchillo, la segunda es un señor de 50 años que tiene tos con catarro hace dos semanas y la tercer situación es una señora de 50 años que mientras barría en su casa sintió un fuerte dolor en el pecho y que la paralizó y la dejó sin aire. ¿Cuál te parece que se debe atender primero?

E: La tercera

I: ¿Y la menos urgente?

E: La opción del niño con el corte

I: Y te hago otra pregunta... ¿te pasó alguna vez que fueras a alguna guardia y que hayas visto que personas que se anotaron después que vos hayan sido atendidas antes?

E: Si.

I: ¿Y te pareció que esas personas tenían un motivo de consulta más importante como para pasar primeros? ¿Te molestó que los vean primero?

E: Si, creo que eran más importantes, mientras yo esperaba llegaban urgencias y los atendían antes... la verdad que no me molestó.

I: Muchas gracias.

Entrevista 6 – madre 33 años Usuaría 3 años

I: ¿Cuántos años tiene tu hija?

E: 1 año y 6 meses

I: ¿Fuiste a la escuela?

E: Si

I: ¿hasta cuándo hiciste?

E: Secundario completo después ya no seguí

I: ¿Tu hija va a algún jardín?

E: Noooo, es chiquita todavía.

I: ¿A qué te dedicas?

E: Ama de casa no más

I: ¿Es la primera vez que consultas en esta guardia?

E: No. Siempre vengo

I: ¿Por qué consultaste en la guardia?

E: Porque en el centro de salud tenés que ir temprano y te atienden re tarde, se te va la mañana esperando

I: ¿Y por qué consultas hoy en esta guardia?

E: Porque que atienden rápido, si hay que hacer algún estudio ya te lo haces acá

I: Me nombraste un centro de salud, ¿está cerca de tu casa?

E: Sí, Yapeyú, vivo a media cuadra yo.

I: ¿Conoces a los médicos que atienden en Yapeyú?

E: Sí, son re buenas las doctoras.

I: ¿Cuándo tenés temita de salud dónde vas a consultar primero?

E: Y..., depende, si es de mañana y hay turnos en el centro de salud voy, si veo que se hizo tarde o que parece grave vengo hasta acá

I: ¿Consideras que el motivo de consulta que te trae hoy era una urgencia para consultar en la guardia?

E: Sí, desde anoche que esta con vómitos, hasta el agua vomitaba, no tenía nada en el estómago .

I: Llegamos al final, Te voy a presentar 3 situaciones, necesito que me digas cuál es la que se tiene que atendido primero, cual después y cuál podía esperar un poco más.

E: La señora que le oprimía el pecho, el chico que se cortó el dedo y por último el señor que tenía tos.

Entrevista 7 – Usuario 21 años

I: ¿Cuántos años tenés?

E: 21

I: ¿Fuiste a la escuela?

E: Si, hice el primario completo, hasta 2do año de la secundaria, ahora estoy terminando a la noche

I: ¿A qué te dedicas?

E: Hago changas, ayudo a mi papá que es albañil o a mi tío, y en verano corto el apasto

I: ¿Es la primera vez que consultas en ésta guardia?

E: No, siempre vengo por una cosa o por otra.

I: ¿Por qué consultaste acá?

E: Porque me atienden rápido en los otros hospitales sino te estás muriendo no te dan bolilla, y yo tengo que trabajar viste.

I: ¿En qué barrio vivís?

E: Soy de Recreo.

I: ¿Qué te trajo hoy hasta acá?

E: Me duele una banda la garganta, ya no puedo tragar y encima tengo mi bebé chiquito, tiene 1 mes no lo quiero contagiar.

I: ¿Conoces el centro de salud que queda más cerca de tu casa, y a los médicos de ahí?

E: Si, el centro de salud siempre lo veo pero no a los médicos.

I: ¿Y vos generalmente donde consultas ante algún problema de salud?

E: Nunca voy al médico, ahora no más por el nene chiquito

I: ¿Crees que el motivo de consulta de hoy, era una urgencia?

E: La verdad no, pero mi suegro me quiso traer por las dudas.

I: Estamos por terminar, te voy a leer 3 situaciones y vos me tenés que decir cuál es más urgente del primero al último.

E: Primero la mujer de 50 años, después el nene del corte que sangra y el señor que tose.

I: Eso es todo, gracias.

Entrevista 8 – Usuario 7 años, padre 42

I: ¿Qué edad tenés?

E: 42años.

I: ¿Y el nene?

E: 7

I: ¿Fuiste a la escuela?

E: Si, secundario completo

I: ¿A qué te dedicas?

E: Policía

I: ¿Es la primera vez que consultas en guardia?

E: si, no somos de por acá.

I: ¿Y por qué consultas hoy acá?

E: Estábamos en un torneo de fútbol acá cerquita y el nene chocó con un compañerito y le costó recuperarse un ratito.

I: ¿Siempre consultas en guardias?

E: No, no, vamos a la clínica o al sanatorio.

I: ¿De dónde son?

E: Soy de Barrio Candiotti

I: ¿Conoces el centro de salud que está cerca de tu casa?

E: Si, se cual es.

I: ¿Van, digo la familia?

E: No, tenemos obra social, vamos como te dije con el pediatra o a la guardia

I: ¿Crees que el motivo de consulta que te trajo hasta acá era una urgencia para consultar en una guardia?

E: Si, como no lo va a ser, si se golpeó la cabeza.

I: Lo último que necesito es que me digas cuál de las siguientes situaciones en más grave en orden.

E: La señora del dolor de pecho, no se jode con eso. Después el nene que se cortó y el señor yo lo pondría último.

I: Gracias por tu colaboración