

Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México

Institutional Violence Forms in a Public Hospital Emergency Waiting Room in México

Formas de violência institucional na sala de espera de emergências em um hospital público do México

Clara Bellamy, PhD;^{1*}

Roberto Castro, PhD.¹

Recibido: 20 de febrero de 2018 - **Aprobado:** 10 de agosto de 2018

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>

Para citar este artículo: Bellamy C, Castro R. Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. Rev Cienc Salud. 2019;17(1): 120-137. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>

Resumen

Introducción: se analizaron algunas formas de violencia institucional en los servicios públicos de salud en relación con la configuración del espacio, la lógica burocrática y la actuación de los agentes institucionales sobre el comportamiento de los pacientes y acompañantes durante la espera para recibir atención médica. *Desarrollo:* el estudio se realizó con observación participante y doce entrevistas semi-estructuradas y se analizó con tres categorías: la espera, la producción institucional de la sujeción y la alienación del derecho a la salud. *Conclusiones:* se sostiene que estas formas de violencia institucional son instrumentales en la reproducción de la dominación y la exclusión que se ejercen sobre los usuarios.

Palabras clave: violencia, servicio de salud, derecho a la salud.

Abstract

Introduction: This study analyzes some forms of institutional violence seen in public healthcare in relation to space configuration, bureaucratic logic and the performance that institutional agents have on the behavior of patients and their companions while awaiting to receive medical care. *Content:* This was carried out with participant observation and twelve semi-structured interviews based on three

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), sede Cuernavaca, México.

* Autora de correspondencia: clarabellamy@yahoo.com

categories: Waiting time, institutional production of subjection and alienation from the right to health. *Conclusions:* We argue that these forms of institutional violence are instrumental in the reproduction of the domination and exclusion exercised over the patients.

Keywords: Violence, health services, right to health.

Resumo

Introdução: analisamos algumas formas de violência institucional nos serviços públicos de saúde em relação à configuração do espaço, a lógica burocrática e a atuação dos agentes institucionais sobre o comportamento dos pacientes e acompanhantes durante a espera para receber atenção médica. *Desenvolvimento:* o estudo realizou-se com observação participante e doze entrevistas semiestruturadas e analisou-se com três categorias: a espera, a produção institucional da sujeição e a alienação do direito à saúde. *Conclusões:* sustentamos que estas formas de violência institucional são instrumentais a reprodução da dominação e a exclusão que se exercem sobre os usuários.

Palavras-chave: violência, serviço de saúde, direito à saúde.

Introducción

En este trabajo investigamos la violencia institucional que sufren las personas que utilizan los servicios de urgencias de un hospital público de la Ciudad de México. La violencia institucional constituye un interés para la sociología porque remite a un orden de realidad que se les impone a los individuos. Se refiere al conjunto de ordenamientos supraindividuales que constituyen simultáneamente el contexto y la fuente de ciertas formas de violencia. La noción está emparentada con el concepto de ‘violencia estructural’, que Galtung caracterizó como violencia que no es ejercida por una persona sino por la estructura social, en el mismo sentido que Farmer, Scheper-Hughes y Bourgois, y otros (1-3). Si bien, el concepto no está libre de dificultades epistemológicas y metodológicas, como hace notar Farmer citando a Wacquant, es útil pues refiere a un ordenamiento social que reproduce la dominación sin que se trate de un acto deliberado de agresión interpersonal (2). Su uso supone una perspectiva crítica que denuncia la producción y reproducción de las injusticias sociales (4).

El concepto ‘violencia institucional’ comparte sus principales atributos con el de violencia estructural: su producción no siempre es reductible a la deliberada “mala fe” de los actores, se origina en la organización que estructura las conductas de estos, y tiene efectos negativos sobre los individuos, pero además permite centrar la mirada en una institución específica. Para su definición, se adoptó la propuesta de Armida, Cassino, Ciarniello y Witis, que implica tres componentes: prácticas específicas, funcionarios públicos que las realizan y contextos de restricción de autonomía y libertad (5). Como indican Fleury,

Bicudo y Rangel, Lourau señaló que “el sustrato material, la infraestructura organizativa de la institución y su materialidad, hablan más alto que sus palabras articuladas” (6, 7).

La violencia institucional está entretejida con otras violencias relacionadas con la exclusión social, como aquellas que remiten a un método invisibilizado de prácticas violentas con una intención definida y que, en el caso de “las instituciones estatales, lejos de intervenir de manera resolutiva en los padecimientos que causa el proceso de exclusión-extinción social, los reproduce” (8). Auyero mostró que la espera es un elemento clave en la dominación en los servicios públicos: las personas aprenden a ser pacientes del Estado (9).²

Se muestra la violencia institucional ejercida sobre las personas que buscan atención médica y sus acompañantes. En los estudios sobre violencia institucional se diferencian aquellos que abordan el problema como maltrato y abuso ejercido sobre pacientes o estudiantes de medicina, y aquellos que lo abordan en términos de violencia, ejercida por pacientes sobre el personal de salud, y contra los usuarios (10-14). Muchos estudios construyen su objeto como un problema de calidad de la atención y no hacen una crítica de fondo de las instituciones de salud como agentes de control del Estado (15). Otros, desde una perspectiva crítica, buscan el origen social de la violencia que se ejerce contra los usuarios (16-19).

Este trabajo se inscribe en esta última perspectiva. En México, aun cuando el derecho a la salud está reconocido por la Constitución y la Ley General de Salud, se encuentran testimonios que evidencian las dificultades para la exigibilidad de ese derecho y obligan a reflexionar sobre el funcionamiento del sistema de salud como parte integral del Estado.

Para documentar la violencia institucional, se realizó un estudio con metodología cualitativa. El trabajo de campo se realizó entre enero y junio de 2017 con observación participante en la sala de espera. Se realizaron doce entrevistas semiestructuradas a familiares de personas que requerían de atención urgente. Todos dieron su consentimiento informado³. Las observaciones y entrevistas fueron transcritas y codificadas con las categorías de la violencia institucional: la espera, la producción institucional de la sujeción y la alienación del derecho a la salud. Son categorías relacionales y no jerarquizadas.

Ubicamos el hospital como un escenario de poder con actores que deben negociar sus agendas y conciliar sus circunstancias con las demandas a las que están sujetos (20). Son instituciones jerarquizadas donde el paciente está al final y donde las negociaciones ocurren bajo una estructura de poder. indagarse indagó acerca de cómo se espacializa el

2 Se retoman categorías de dicho análisis: la espera, la incertidumbre, la arbitrariedad, la indignidad de la espera, el peligro en la demora y la peregrinación.

3 Se denomina ‘pacientes’ tanto a los pacientes como a sus familiares, caracterizados como ‘Pacientes del Estado’ de acuerdo con Auyero (9).

poder en relaciones asimétricas. Y se analizó cómo las desigualdades de poder entre prestadores y usuarios originan prácticas de dominación que reproducen las desigualdades.

Construimos el objeto de estudio a partir del análisis de las relaciones institucionales e interpersonales en los espacios de ingreso y espera, antes incluso de que se dé la relación médico-paciente. Desde su llegada, los pacientes enfrentan experiencias de violencia que pueden arrojarlos fuera del hospital y que constituyen un trabajo de domesticación que se ejerce sobre ellos en las fases previas a acceder al médico, estructuradas institucionalmente y en las que el Estado cumple un papel central.

Se analizó el espacio en la división tripartita —absoluto, relativo y relacional— propuesta por Harvey (21). Entendiendo lo absoluto como cosa en sí misma, lo relativo como relación entre los objetos y, lo relacional, que considera su existencia en la medida en que se relaciona con otros objetos. Se identificó al hospital como un espacio estructurado desde la lógica funcional administrativa, donde la distribución está atravesada por una red de relaciones que institucionalizan prácticas de poder como parte de la organización de los servicios de salud, y que se sustentan en las estructuras administrativas y en los agentes institucionales (22).

Para la codificación del material se siguieron las estrategias que se han descrito anteriormente (23). También se buscaron temas emergentes para elaborar una clasificación de categorías de las unidades temáticas.

Desarrollo

Los usuarios de los servicios de salud donde se realizó la investigación son pacientes sin derechohabiencia o afiliados al Seguro Popular. Este es un seguro público y voluntario para quienes no tienen seguro social laboral. Su financiamiento proviene del gobierno federal, el gobierno estatal y una cuota de los afiliados que se calcula de acuerdo con su nivel de ingresos. El seguro ofrece un paquete básico de servicios, muy inferior a los otros seguros (24).

El hospital está ubicado en la Ciudad de México, sin embargo, más de la mitad de los pacientes provienen de otros estados,⁴ dado que en la ciudad se concentra gran parte de la infraestructura hospitalaria del país. Además, a nivel estatal se acentúan los problemas del sistema de salud como: la falta de personal sanitario, de equipos especializados o el mal funcionamiento de estos, la burocracia y la falta de camas, aunque la ciudad tampoco represente un escenario ideal.

⁴ Los datos provienen de una evaluación de la satisfacción del usuario realizada por el propio hospital en 2016, cuyos detalles reservamos para mantener el anonimato de la institución.

El escenario

El hospital y la sala de espera se constituyen no solo como espacios físicos, sino como una materialidad con mensajes, objetos, personas, procesos de subjetivación e interacciones sociales que regulan las prácticas (25).

El área de urgencias es un servicio saturado, que no logra atender oportunamente a la gente que llega porque la infraestructura y el personal son insuficientes. Se retoma el espacio-temporal desde una perspectiva relacional en los recorridos y las demandas de atención de los pacientes que fluyen entre el ‘adentro’ y el ‘afuera’ por medio de transacciones, negociaciones, subordinaciones y resistencias (26).

La entrada a urgencias es independiente de la entrada principal del hospital. Se encuentra protegida por una reja metálica que custodia un policía encargado de permitir o negar el acceso a los pacientes y solo a un familiar de cada uno de ellos; si van más familiares tienen que permanecer afuera del hospital, donde es común observar a gente sentada en una banca pública, al tiempo que se tapan del sol con los documentos que traen en la mano. Muchos de los que esperan afuera del hospital dormitan, sentados o acostados en el piso, sobre pedazos de cartón con cobijas. La comunicación entre el familiar que está adentro con los familiares que están afuera es a través de la reja.

Pasando la reja hay que subir una rampa para llegar a un módulo de recepción. Ahí, una trabajadora social solicita al familiar algunos datos generales del paciente y le proporciona un “pase”, un permiso para ingresar. Adentro está la sala de espera para los familiares, con ventanas enrejadas, y al lado está la sala de espera de pacientes, que a su vez conecta con los consultorios médicos. Ambas salas tienen filas de bancas soldadas entre sí, que rodean el perímetro. Entre la sala de espera de los familiares y la sala de espera de los pacientes hay un muro divisorio cuya mitad inferior es de concreto y la superior de cristal. Este muro no divide por completo ambas salas, pues hay un espacio que las conecta. En este punto de acceso único entre ambos espacios se ubica un escritorio ocupado por un policía, quien recibe a los pacientes que dejó pasar el policía de abajo. El policía en este módulo es el único elemento del personal que se encuentra permanentemente en la sala de espera, el resto (médicos, enfermeras, etc.) aparece de forma intermitente, por las puertas de los consultorios mencionados antes. Por lo tanto, el policía es la única persona que puede atender las dudas de los usuarios y, además, debe mantener el orden, vigilar que no haya más de un familiar por paciente, que los familiares no invadan la sala de pacientes, y debe asignar y seguir el orden de turnos de los pacientes. Su rutina consiste en recibir a los pacientes recién llegados y preguntarles qué tienen; les pide su documento y, entonces, con voz fuerte pregunta: “¿quién es el último?”. El policía le dice al recién ingresado que le toca sentarse en la silla contigua al que contestó. Al familiar lo manda del lado de los familiares. Ahí comienza la espera.

La espera

Los pacientes interactúan en el tiempo y el espacio de la institución en un esquema relacional de actores con interacciones sociales en movimiento y en espera y con subniveles e intermediaciones durante el proceso de atención. En el espacio se pueden trazar líneas y flujos que están atravesadas por jerarquías de poder, en relaciones asimétricas entre el oferente y el demandante (22). Es en la espera donde se observa una primera dimensión de la violencia institucional.

Los pacientes que acuden a urgencias tienen que esperar para recibir atención. Dado que se trata de una urgencia, donde puede estar en peligro la vida, el tiempo es un factor crucial. Por ello, la configuración de dicha espera y las formas de violencia y dominación se diferencian de otras esperas. En el trabajo de campo se pudo constatar la sumisión de las personas que solicitan el servicio, donde la espera se normaliza con resignación. Al llegar los pacientes, una enfermera los valora rápidamente para clasificarlos en el espacio de acuerdo con los criterios de urgencia, les toma los signos vitales y, si es necesario, los estabiliza con fármacos, tras lo cual tienen que esperar a la consulta. Aunque la Norma Oficial Mexicana indica que los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica, ocurre que en muchos casos las esperas son más prolongadas, incluso de días (27).

Por ejemplo, está el caso de la señora María (nombres ficticios), quien llevó a su mamá de 67 años porque se golpeó la cabeza. Luego de tres días esperando, la madre pasó a consulta. Cuatro días después observamos a María aún en la sala de espera. Relató que afuera había cinco familiares en una camioneta donde “vivían”, para no gastar en pasaje; se turnaban durante las guardias diurnas, nocturnas y para comer.

La incertidumbre asociada con la espera hace que muchos familiares no coman durante largos periodos, pues temen perder su turno si salen a buscar comida. Otros comen lo que hay alrededor del hospital en puestos informales poco salubres o lo que les regalan voluntarios que a veces visitan el hospital. Algunos familiares pernoctan sentados en la sala de espera para estar al pendiente de sus pacientes, otros se desplazan a otro cuarto reservado para los familiares que se encuentra abajo.

Los entrevistados refieren que la espera rebasa sus expectativas. Aunque preveían un largo periodo, imaginaban que, al tratarse de un servicio de urgencias, la espera sería más corta. Algunos se resignan por falta de alternativas. Una joven que llegó desde lejos con su abuela en la madrugada en una ambulancia, y que llevaba seis horas esperando, señaló:

Entiendo que no tengan camas ni algún cuarto disponible para mi abuela todavía. Hay muchos enfermos y hay algunos que tienen mayor prioridad. Esperaremos prácticamente hoy todo el día. Esperemos que no pase de hoy porque mi abuela no está bien, además la complicación es que ella también tiene lo del azúcar.

-Y, ¿planean estar aquí hasta que la atiendan o se regresan?

- No, no, no, no regresamos hasta que la atiendan” (E2).

La espera, de acuerdo con Auyero, está marcada por dos características vinculadas entre sí: incertidumbre y arbitrariedad (9). La incertidumbre es concomitante al endeble conocimiento que los pacientes tienen tanto del funcionamiento del hospital como del padecimiento que les aqueja, es mucho más lo que ignoran. Los pacientes saben (como producto de experiencias pasadas) que, al ser un servicio público con alta demanda tendrán que esperar y que se van a enfrentar a un escenario de precariedad respecto a la infraestructura y recursos; pero, no necesariamente saben cuánto tiempo tendrán que esperar ni qué hacer en caso de que la espera se alargue. No saben cómo funciona la institución (debido a la poca claridad en los trámites y en las funciones del personal), ni a dónde dirigirse o a quién preguntar en caso de dudas. Un entrevistado relató que lo mandaron a pagar unos estudios; él no sabía cómo era el trámite, dónde tenía que pagar ni a dónde dirigirse con su familiar. Pero no preguntó: decidió seguir a una señora que mandaron a hacer un trámite similar. Cuando preguntamos a otra persona a dónde iría si tenía dudas, respondió que “al módulo de información”, cuando en el servicio de urgencias no existe ese módulo. Siempre que se acudió al hospital se identificaron varios pacientes que deambulaban buscando algún lugar o preguntando a cualquier policía o personal uniformado.

Íntimamente ligada a la incertidumbre está la arbitrariedad. Por medio de trámites cambiantes y burocráticos, se plantean ciertas excepciones regulares, oxímoron que caracteriza al servicio de urgencias (9). Un ejemplo de la incertidumbre y la arbitrariedad es la poca claridad que los pacientes tienen sobre a quién se atiende primero y con qué criterios. Para algunos, es el criterio de gravedad, dado por el dolor o por lo aparatoso de la lesión; para otros, es el orden en que llegaron, máxime si se trata de adultos mayores. Aquí también, como se ha reportado en otras investigaciones, los pacientes pueden recurrir a la estrategia de exagerar los síntomas con el fin de lograr una pronta atención (28). La falta de un procedimiento claro respecto al orden de las consultas abre un margen para la discrecionalidad de parte del personal para decidir a quién atender, cuándo, y por qué.

En ocasiones, los pacientes deciden abandonar el espacio aun sin haber sido atendidos, cansados de tanto esperar. Esta ruptura de la espera puede darse por agotamiento emocional o por el “peligro en la demora”, es decir, cuando el familiar anticipa el riesgo de una posible tragedia ante la falta de atención:

Me llevo a mis pacientes. Los traje desde ayer a mediodía, mi esposo tiene un intestino enredado y tiene hernias, al comer, ya siente dolor porque no digiere rápido. Me los llevo porque me dicen que no hay camas, que nada más lo van a valorar porque hay personas que vienen con mayor gravedad y es a los que les van a dar prioridad

[...]. Pues yo no lo veo así, ni lo tomo de esa manera, porque desde hace tres días no ha tomado nada y se me puede deshidratar, se me puede complicar y es diabético. Entonces ya opté por llevármelo (E1).

La producción institucional de la sujeción

La segunda dimensión de la violencia institucional que se observa en la sala de espera del área de urgencias del hospital es lo que se denomina la ‘producción institucional de la sujeción’.

Se trata de un conjunto de mecanismos, lógicas y prácticas por medio de los cuales se sujeta a los pacientes adentro y afuera del espacio. Al respecto, cabe destacar la vigilancia, la dominación y algunas conductas de resistencia de los pacientes.

El Estado construye espacios y otorga funciones (poder) a los agentes dentro de los espacios, lo que genera jerarquías espaciales y escalares no incidentales con prácticas burocráticas (29). La vigilancia hospitalaria es inseparable del carácter estatal de la institución hospitalaria estudiada. Dado que la policía solo existe como fuerza del Estado, la presencia del policía en el hospital es la presencia manifiesta del Estado. Como parte del personal asistencialista-burocrático, el policía tiene como objetivo controlar a las personas que demandan el servicio al mismo tiempo que cumple la función de legitimar el uso de la fuerza en caso de ser necesaria. Además, el policía tiene una función simbólica: en el cuerpo del guardia se encarna el hospital como una institución de vigilancia. El policía representa una figura de autoridad y control, y con su presencia se busca generar efectos inhibitorios y de autorregulación en las personas. En campo, se observa que al policía en funciones se le transfieren poder y decisiones que no le corresponden. El policía no se limita a permanecer en silencio mientras vigila, o a hacer puntuales intervenciones como parte de sus funciones de vigilancia, sino que persistentemente amenaza, regaña y reprime a los pacientes y familiares. Varios ejemplos ilustran dicha conducta persecutoria: si algún paciente se recuesta en la banca por el cansancio o porque se siente mal, el policía ordena: “¡No, siéntese bien!”; si mandan a un familiar por algún alimento o medicamento y éste entra apurado, le grita y amenaza: “¡No corra, aquí no se puede correr o la saco!”. Otras órdenes que atestiguamos fueron: “¡Ponga sus bolsas en el suelo porque las bolsas no se cansan!” (a una persona que las había puesto en una silla); “¡Quítese la gorra!”; o “¿A dónde va, caballero? No, no se puede pasar”.

Una entrevistada relató que una muchacha había salido enojada y llorando, luego que el policía se peleó con ella y la sacó sin escuchar explicaciones:

La muchachita salió llorando [...] porque le dijo que se saliera, como su hermano se había ido a comer, se metió ella, a mí también me sacó pero yo me quede ahí, se puso

a llorar de coraje porque la sacó, le digo pues que por qué le da de importancia a ese viejo (E10).

Los pacientes de urgencias llegan directamente a esa área, donde detrás de la reja se encuentra un policía encargado de interrogar y otorgar (o negar) acceso a los pacientes, sin tener la capacidad para diferenciar adecuadamente una urgencia médica:

Otra cosa que también se me hace terrible son los guardias, es que a ellos les pides los favores. Prácticamente llegas a urgencias y (hay que decirles) ‘¡por favor, por favorcito déjeme pasar!’ Y creo que les dices más de lo que le dices a los médicos cuando todavía estás en espera, tienen más información (E3).

Se identificaron contradicciones en algunos criterios institucionales, por ejemplo, prohibir el ingreso de menores de edad por “su seguridad”. Se está ante un criterio restringido de seguridad: aquella que interesa a fines organizativos del hospital y no la de los pacientes. Se observó que una mujer tuvo que dejar a su hija de seis años esperándola afuera del hospital cuatro horas (ubicado en una zona de alta peligrosidad) porque se le negó el acceso y no tenía quién la cuidara.

Por otra parte, al preguntar entre los familiares por qué era necesaria la presencia de un policía en el hospital, las respuestas repetían la necesidad de seguridad, por ejemplo, en casos de locura. Sin embargo, la cuidadora de una paciente psiquiátrica nos comentó que, contrario a lo que se piensa generalmente, si un paciente mental perturba a otro, o si un paciente necesita ayuda, el policía no actúa como se esperaría:

Los vigilantes tienen el poder de dejarte entrar o no, de que hagas un trámite o no y cuando pasa algo, pues no hacen mucho. Dentro de una camilla se estaba cayendo el señor y el policía siguió viendo televisión. Cuando mi paciente intentó quitarle el suéter a la paciente de al lado, tampoco dijo nada. No, sí te revisan el carnet y así, pero si te falta un detalle pues ya te jodiste ¿no? Pero si se está cayendo un paciente de una camilla, no lo van a ayudar. Y si alguien está atacando a otro paciente, tampoco (E3).

El policía encargado de mantener el orden vigila a los pacientes y reprime sus comportamientos, ordena con la mirada para que se autorregulen y repetidamente pregunta a los familiares: “¿Quién es tu paciente?”. Esta pregunta la hace sistemáticamente a cada familiar o a quien vea deambulando, para asegurarse de que no haya más de un cuidador por paciente. Los interrogados responden temerosos. Cuando el policía descubre que hay más de un familiar por paciente, le ordena a uno de ellos que se retire sin dejarlo hablar mientras que con su *walkie-talkie* se comunica con el policía de la salida para asegurarse de que la persona expulsada efectivamente salga. La misma vigilancia se ejerce respecto a los objetos prohibidos, como las cobijas, por lo cual se ve a los familiares encorvados del frío y con las manos metidas entre las axilas o las bolsas del suéter.

A pesar de los elementos de vigilancia, algunos pacientes desarrollan estrategias que se denominaron como “conductas marginales de resistencia”. Los pacientes introducen artículos prohibidos, ingresan más familiares del permitido o están dentro de la sala de pacientes. En las narrativas se encontró que es estratégico contar con más de un familiar en la sala de espera para repartirse funciones como la realización de trámites, conservar el lugar, proveer de alimentación al cuidador principal, llevar alguna prenda de vestir o relevar a otro familiar por la noche. El siguiente fragmento corresponde a una entrevista donde había cuatro cuidadoras para el mismo paciente dentro de la sala de espera:

En lo que una se forma la otra, ‘tú ve a preguntar acá’, porque cuando nada más venimos dos se nos hace más difícil. Tenemos que dejar al paciente y andar corriendo para allá y ‘ve a pagar esto y yo voy a formarme acá, y así. Para eso nos metemos, no porque queramos estar aquí, es por ayudarnos (E5).

Otra entrevistada se metió a la sala de pacientes sin permiso para auxiliar a su hermana:

El policía no quiere que pase uno, y mi hermana no puede caminar sola, le duelen los pies y luego se marea, y el policía no quiere que pase [...], le dije: Por qué no deja pasar, ¿usted va a llevar a mi hermana al baño? Yo sí le dije... me escapé y me fui con mi hermana... bueno como el policía se fue para allá, no sé dónde fue, yo me metí rápido y ya (E10).

Sin embargo, los pacientes casi no reclaman ante estas formas de violencia, esperan resignados. En las entrevistas los pacientes nos decían cosas que les molestaban y al preguntarles si se habían quejado nos contestaban que no, se reían apenados o decían que iban a esperar un poco más antes de preguntar o quejarse:

-No nos hemos quejado. No, por lo regular no nos quejamos, solo notamos.

- ¿Y por qué no se quejan?

-Pues no sé ni a quién se le podrá decir, no sé ni a quién, aquí no... (E2).

Así, se identificó que hay una programación de obediencia y un quebrantamiento de la voluntad. Son, en términos de Goffman, prácticas que “desbaratan la economía de su acción” al obligar a las personas a pedir permiso para cosas minúsculas. “Esa obligación no solo impone al individuo una invalidez antinatural en un adulto, sino que por añadidura, deja su línea de acción expuesta a las intromisiones del personal” (30). Un ejemplo extremo es el caso de una persona que, para no perder su turno después de nueve horas de espera con su paciente (psiquiátrica) prefiere que esta se orine en la sala de espera antes que llevarla al baño y perder su lugar:

Se hizo pipí sobre la falda que traía y lo que yo hice fue ponerle el pants ahí...pues es que te digo, mira cuando eso pasó, cuando yo la cambié ya estábamos en los cinco (primeros lugares), pues no te vas a ir (E3)

La alienación del derecho a la salud

Si bien, por definición los derechos humanos son inalienables (y la salud es un derecho humano), se sostiene que en los servicios de salud como el hospital donde se realizó este estudio operan un conjunto de prácticas que pueden conceptualizarse como evidencias de una alienación del derecho a la salud (31). En efecto, es evidente que la noción de la salud como un derecho no está presente en la actuación de los usuarios y los prestadores de servicios observados, y que, más bien, lo que se tiene es la sistemática implementación de un contraderecho (32, 6).

Entre los usuarios que acuden al área de urgencias, el ejercicio del derecho a la salud se invisibiliza e impera una lógica del “favor” antes que de los derechos. En lugar de exigir el cabal cumplimiento del derecho hay una súplica por la atención y un agradecimiento si se les atiende; se normaliza y acepta la espera. Los pacientes, a pesar de sentir enojo y molestia, pocas veces se quejan y difícilmente logran identificar la violencia y la violación del derecho a la salud. En general, no expresan malas opiniones, pues tienden a comprender que hay falta de insumos o infraestructura inadecuada, a menos que sean casos y formas graves:

Pero oía yo que chillaba (su esposo) y le dije a los enfermeros ¿Pueden hacer algo?, está muy mal mi paciente y yo me siento mal. No, le llamaron a su doctor, ese señor nomás se está haciendo tarugo y ‘está rebien’, dice. (Sin embargo) al tercer día falleció... lo mandaron de regreso a la casa y a los tres días falleció... ahí si me cayó mal ese médico, muy mal (E4).

Otro hallazgo fue la inexistencia del enfermo ambulante. Con esta categoría se quiere dar cuenta de la desaparición del paciente del hospital cuando llega a su propio límite en la frontera de la espera: esto es, llega un momento donde los pacientes deciden irse, a veces sin que la institución se entere, o bien consiguen el “alta” bajo su propia responsabilidad. En ninguno de los dos casos la institución se responsabiliza por el destino de los pacientes:

Muchos se van, como que esta desesperación... al no poderle reclamar a alguien directamente o pedirle un informe directamente a alguien, pues se van... no eres paciente, no necesitas un alta, no necesitas nada... es que no estás siendo parte todavía, estás ahí como esperando (E3).

El flujo de las personas que llegan transcurre desde esperar como un paciente en la sala de espera, a convertirse en un paciente reconocido por la institución cuando finalmente pasa a consulta. En ese tránsito, generalmente de varias horas, la enfermedad puede agravarse por lo que a veces las personas deciden irse. Cuando esto ocurre, la institución no asume ninguna responsabilidad dado que el esperante aún no había sido aceptado como paciente por el hospital.

Una señora nos relató el caso de su mamá diabética y nos mostró tres fotos del desarrollo de la complicación. Durante las 15 horas de espera, (en las cuales un pasante se equivocó y le dijo que no podía comer) la evolución fue dramática: en la primera foto se veía una lesión ubicada por debajo de la uña del pie, en la última foto se observaba la pérdida del dedo y la lesión proliferando.

-Ahorita ya tiene su pie bien hinchado... Si le iban a cortar el dedo, ahora le van a cortar ya hasta el pie, entonces por eso se enojan (los médicos) porque les digo, pero pues ¿entonces? ¡Es que sí es importante!... Porque les digo que ¿dónde está el cirujano? Y dicen que ahorita no está, que espere... ese que va ahí (señalando a un médico que va pasando) me dijo: si se lo quiere llevar, lléveselo. Y no es que sea así, digo si estamos aquí es por algo, no porque podamos... (E6).

En la alienación del derecho a la salud una categoría importante es la atadura por exclusión. Con ello no se hace referencia al escaso margen de elección que tienen los pacientes por su condición de excluidos. Los pacientes “deciden” volver al mismo servicio porque muchas veces es su única opción, a pesar de haber tenido experiencias previas desastrosas en términos de la violencia institucional descrita hasta ahora. Es el caso, por ejemplo, de una mujer que en una ocasión anterior sufrió un accidente automovilístico, por lo que acudió al hospital con una hemorragia fuerte. Sin embargo, ante la falta de atención y las demoras, decidió marcharse a un hospital privado. A pesar de haber vivido con anterioridad esa experiencia, en esta ocasión decidió acudir al mismo servicio por falta de alternativas, es decir por atadura por exclusión, esta vez para atender a su papá:

Nosotros fuimos (a otro hospital público) y ahí nos dijeron: ¿Ustedes traen 20 mil pesos? Eso es lo que se va a cobrar. Nos dijeron que ahí era de paga, medicamento, todo va a pagar usted, inyecciones, todo y la verdad no lo teníamos... Para qué vamos si no tenemos, o si lo tuviéramos no estuviéramos aquí, estuviéramos en un hospital privado, qué bueno que lo tuviéramos, pero no (E5).

En múltiples relatos se encontró que, antes de llegar al servicio de urgencias, los pacientes habían realizado una peregrinación por diversas instituciones de salud del mismo sector público, por otros servicios al interior de la misma institución e incluso por el sector privado. Dicha peregrinación desgasta emocionalmente a los pacientes, además de que

los obliga a gastar recursos y tiempo, que son fundamentales en el deterioro progresivo de la enfermedad. La peregrinación como parte del proceso de exclusión puede verse como “la mayor expresión de las desigualdades injustas, fortalecida por factores estructurales como la precarización de los servicios que potencian las asimetrías de poder (6).

La indignidad de la espera es otra categoría importante en este análisis. En la entrada de la sala se encuentra pegado un letrero que dice: “Prohibido usar cartones y usar cobijas para pernoctar en la sala”. En comparación con la investigación de Auyero que describe como parte de la indignidad de la espera la situación de las personas que duermen en cartones cubiertos por cobijas mientras esperan, en el área de urgencias esto no es posible, de tal suerte que la indignidad de la espera se acentúa ante la imposibilidad de poder recostarse o taparse (9). Dichas medidas de prohibición se ligan con la dominación del policía que, en una actitud de vigilancia constante, impide que se introduzcan cobijas o que las personas se recuesten en el espacio de la espera.

Tampoco es posible dormir porque se da lo que se denomina como demanda de atención absoluta. Los cuidadores tienen que estar al pendiente de las necesidades y complicaciones de sus pacientes, por si llega su turno o si algún médico los llama. Esto pone a los cuidadores en una situación de alerta constante que impide cualquier tipo de descanso: “No pude descansar porque me dijeron que ya iba a pasar, entonces si la pasaban había que estar a las vivas” (E2).

Otro elemento dentro de la indignidad de la espera es la configuración del espacio físico, que no prioriza las necesidades de cuidado de los pacientes ni de los cuidadores respecto al acompañamiento: los cuidadores se encuentran de un lado de la sala y los pacientes del otro. La sala de espera dividida parcialmente con un cristal obliga a que los cuidadores que se encuentran de un lado de la sala se mantengan de pie o sentados volteando hacia atrás (pues las sillas están orientadas de espaldas al cristal) tratando de no perder de vista a su paciente, durante la espera de varias horas o días.

La configuración de la sala de espera no está hecha para facilitar la espera, existen algunas normas que se sustentan de acuerdo con criterios de higiene (como prohibir alimentos, cobijas y cartones), pero hay otras que escapan a la lógica normativa y regulatoria y que se inscriben dentro de normas arbitrarias (como la separación física entre pacientes y familiares o el acomodo de las sillas). En el espacio se producen formas asimétricas y de ejercicio de poder, y se crean significados que se reproducen en las prácticas concretas durante la espera (como la lógica del turno en el recorrido de las sillas) las cuales operan como formas de comportamiento ritualizadas que organizan la interacción social (33).

Finalmente, está la composición espacial del ambiente patológico. La sala de urgencias alberga a personas muy enfermas, donde los fluidos abundan en el espacio público. Los

pacientes sangran, vomitan, babean, orinan, defecan, etc., produciendo una espera con nulas condiciones de higiene.

Conclusiones

En este trabajo se ha mostrado la violencia institucional que se ejerce en los servicios de salud y que opera por medio de tres categorías: la espera, la producción institucional de la sujeción y la alienación del derecho a la salud.

En la espera se discutió la lógica de dominación que actúa en una dimensión simbólica por medio de la manipulación del tiempo, que se magnifica a diferencia de otras esperas por la condición patológica de los pacientes. Se encontró una espera prolongada que rebasa los parámetros que se contemplan dentro de la norma y se describieron las incongruencias burocráticas marcadas por la incertidumbre y la arbitrariedad. Se mostró cómo al interior de la sala hay una efervescencia de emociones que lleva a algunos pacientes a una frontera donde la espera ya no es tolerable.

En la producción institucional de la sujeción, se caracterizó la vigilancia, la dominación y algunas conductas marginales de resistencia de los pacientes. Se describieron las acciones del policía en su función legitimada del uso de la fuerza, pero también en su función simbólica que impone efectos inhibitorios y de autorregulación. La mayoría de los pacientes no se queja; hay una programación de la obediencia y se desbarata la economía de la acción durante su estancia en la sala. A pesar de todo, se encontraron conductas marginales de resistencia que rompen con algunas medidas de prohibición.

En la alienación del derecho a la salud se analizó el derecho a la salud en contrasentido respecto de la condición de inalienabilidad de los derechos humanos, donde identificamos que las personas excluidas que acuden a los servicios de salud públicos no son reconocidas, en la práctica, como sujetos de derecho. O, si se prefiere, un derecho convertido en contraderecho de la salud (6). En ellos impera una lógica asistencialista de la atención que reproduce la conformidad. Están atados a la institución por su condición de exclusión que los obliga a peregrinar antes de llegar al servicio, a aguantar una larga espera en condiciones indignas, y en algunas ocasiones a desaparecer sin que la institución asuma la responsabilidad por su destino.

De tal manera, en la carrera del paciente desde antes de su llegada, durante la espera y hasta su salida del sistema, se puede ver la producción institucional de la sujeción en los procesos de interacción social con diversos agentes jerarquizados institucionalmente (34). En este sentido, en el espacio percibido, concebido y vivido durante la espera se repro-

ducen formas de violencia marcadas por el poder que en los sujetos excluidos da como resultado una alienación del derecho a la salud (21).

Se ha mostrado que el hospital público es un escenario de poder donde operan formas de violencia poco visibles tanto para los agentes que la ejercen como para las personas que la reciben. En el hospital se articulan diferentes interacciones jerárquicas entre el personal, pero el control del tiempo y el espacio del paciente es ejercido por la totalidad del personal en forma imperativa. La estructura jerárquica hospitalaria produce una inversión sobre la relación del servicio, que implica la subordinación del paciente a mecanismos ajenos a la recuperación de su salud como un objeto del complejo asistencial y de la práctica docente (35). La invisibilidad de estas formas de violencia se reproduce, desde luego, en el plano político:

Estas cuestiones no son tematizadas como formas de opresión, siendo vividas como dramas individuales la mayoría de las veces. En la vivencia de la micropolítica, el derecho se trasvierte en contraderecho a la salud y los dramas individuales no alcanzan a ser problematizados en una esfera pública de los derechos (6).

Al interior de la sala de espera operan un conjunto de normas no escritas en relación con la espacialización. En el espacio intervienen lógicas desde arriba (institución) y desde abajo (pacientes), es decir que se construye un espacio de poder entre las lógicas impuestas desde la institucionalidad medicalizada burocrática y vertical y las lógicas que incorporan los pacientes en referencia a la enfermedad, a la atención y al funcionamiento. Es un espacio de poder, pero no un poder absoluto, sino relacional, donde incluso surgen conductas marginales de resistencia. A partir de los relatos y la observación, se han identificado diversos mecanismos que hacen posible diversas formas de violencia institucional que sin duda son responsabilidad del Estado (9). Descubrir estos mecanismos es indispensable para avanzar en el análisis de la violencia institucional al interior de los servicios de salud públicos y replantear mejores espacios y formas de relación que respondan al ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Agradecimientos

Agradecemos especialmente a Marcia Villanueva Lozano y Samantha Flores Rodríguez por el apoyo, las reflexiones y miradas críticas que enriquecieron profundamente este trabajo.

Descargos de responsabilidad

Esta investigación se realizó gracias al Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM.

Referencias

1. Galtung J. Violence, Peace and Peace Research. *J Peace Res.* 1969;6(3):167-91.
2. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Curr Anthropol.* 2004;45(3):305-25.
3. Scheper-Hughes N, Burgois P. *Introduction to Violence in war and peace: An anthology.* Basil Blackwell; 2002.
4. Abadía Barrero C, Ruiz Sánchez HC, Melo Moreno MA, Pinilla Alfonso MY. Algunas violencias del capitalismo en Colombia. *Dispositivos de tortura y autodestrucción.* Maguaré. 2011;25(1):203-40.
5. Armida MJ, Cassino M, Ciarniello L, Witis R. *Los derechos humanos Frente a la Violencia Institucional.* Buenos Aires.
6. Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colect.* 2013;9(1):11-25.
7. Lourau R. *El análisis institucional.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores; 1970.
8. Bialakowsky AL, Rosendo E, Crudi R, Zagami M, Reynals C, López AL, et al. La violencia del método institucional en el continuum de exclusión-extinción. *Subj y procesos Cogn.* 2006;9:69-89.
9. Auyero J. *Pacientes del Estado. Primera.* Buenos Aires: Eudeba, editor; 2013.
10. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health. Reproductive Health;* 2017;14(127):1-18. Doi: [10.1186/s12978-017-0389-z](https://doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z)
11. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* 2005;5(36):1-12.
12. Singh M. Intolerance and Violence Against Doctors. *Indian J Pediatr.* 2017;84(10):768-773. Doi: [10.1007/s12098-017-2435-9](https://doi.org/10.1007/s12098-017-2435-9)
13. Castro R, Lozano MV. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. 2018;539-70.
14. Forbat L. The Care and Abuse of Minoritized Ethnic Groups: The Role of Statutory Services. *Crit Soc Policy.* 2004;24(3):312-31. Doi: <https://doi.org/10.1177/0261018304044362>
15. Castro R. La calidad de atención como epifenómeno de la estructura del campo médico. En: Castro Vázquez M del C, editor. *De pacientes a exigentes Un estudio sociológico*

- sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2008. p. 17-23.
16. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: A concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(1):123-32.
 17. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadersh Heal Serv.* 2009;22(1):8-19. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17511870910927994>
 18. Sutton H, Fuentes GR, Aguirre HR, Ramírez OF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. *Atención Familiar* 2013;22(4). Doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fac-med.14058871p.2015.4.52721>
 19. Castro R, Erviti J. *Sociología de la Practica Medica Autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos.* Morelos: CRIM/UNAM; 2015.
 20. Strauss AL, Schatzman L, Bucher R, Ehrlich D, Sabshin M. The hospital and its negotiated order. In: Friedson E. editor. *The Hospital in Modern Society.* Glencoe, Ill.: Free Press; 1963. p. 147-69.
 21. Harvey D. O espaço como palavra-chave. *Em Pauta.* 2015;13(35):126-52.
 22. Raffestin C. *Por una geografía del poder.* México: El colegio de Michoacán; 2011.
 23. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. 13-377 p.
 24. Laurell AC. *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano.* Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2013.
 25. Álvarez Pedrosian E. Espacios de internación hospitalaria. Desafíos para la etnografía. En: Editorial Nordan-Comunidad, editor. *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2009-2010.* Montevideo; 2010. p. 12-40.
 26. García MG, Recoder ML, Margulies S. Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud Colect.* 2017;13(3):391-409. Doi: [10.18294/sc.2017.1150](https://doi.org/10.18294/sc.2017.1150)
 27. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica [internet]. 2002 [citado 2017 ago 16]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/206ssa102.html>
 28. Lopera Betancur MA, García Henao ML, Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(1):64-72.
 29. Ferguson J, Gupta A. Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality. *Am Ethnol.* 2002;29(4):981-1002.

30. Goofman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu. 2001.
31. De Sousa Santos B. Si Dios fuese un activista de los derechos humanos. Madrid: Editorial Trotta; 2014.
32. Rueda EA. Salud, violencia estructural y ley estatutaria: un vistazo rápido a nueve patologías estructurales. *Anamnesis Rev Bioética*. 2013;8:91-5.
33. Ferrero L. Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuad Antropol Soc*. 2003;(18):165-83.
34. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas *Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations*. *Cien Saude Colet*. 2003;8(1):185-207.
35. Crivos M. Estudio antropológico de una sala de hospital. *Med y Soc*. 1988;11(5/6):127-37.