

EXPECTATIVAS Y EXPERIENCIAS EN LA RELACIÓN USUARIOS – PERSONAL DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E.

Yudi Fernanda Palacios Banguero
Estudiante Universidad del valle, Cali, Valle del Cauca, Colombia
yudi.palacios@correounivalle.edu.co

RESUMEN

El hospital Francisco de Paula Santander desde su fundación, se ha orientado al cuidado de los pacientes, la formación universitaria y la investigación, igualmente ha contribuido en el mejoramiento de la calidad de vida de la población más necesitada del departamento del Cauca y ha exigido modelos de atención integral que proporcione al individuo, las familias y a las comunidades acciones más eficaces y oportunas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de salud cuando éstos lo requieran. La calidad de la atención, es uno de los componentes principales del sistema general de seguridad social en salud el cual se basa en los principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios y requiere como herramienta principal para su determinación, la identificación de los niveles de satisfacción de sus usuarios. Este artículo de investigación intenta recoger los resultados de un estudio sobre experiencias sociales en un ámbito de prestación de servicios en salud, específicamente en el hospital Francisco de Paula Santander E.S.E. de Santander de Quilichao, en donde se puede percibir un entorno propicio para el análisis de aspectos sociológicos en este tipo de instituciones.

En este espacio se desarrollan la mayoría de las relaciones que se puede establecer entre los usuarios de este servicio de salud pública y los diferentes interlocutores en toda área previa al acceso efectivo del servicio de salud. Este proyecto pretende abrir una discusión acerca de las dinámicas que se desarrollan en la relación usuario-institución, las formas de comunicación utilizadas y el manejo que la institución hace del tiempo, lo cual debe permitir el desarrollo y mejoramiento de metodologías en la atención, prestación y satisfacción en los dos sentidos. Los resultados obtenidos y el material empírico que se han logrado recoger nos han permitido determinar aspectos importantes de la relación usuario-personal de salud como evaluar si en general la población se encuentra satisfecha con el servicio recibido en esta institución, identificando si existen o no aspectos débiles en la organización física y estructural, que requieren estrategias de mejoramiento; así como algunas fortalezas, que se deben mantener y alentar, por medio de evaluaciones periódicas, dentro de los procesos de mejoramiento continuo.

Palabras Claves: Salud, experiencia, expectativas, satisfacción, calidad.

INTRODUCCIÓN

Este artículo es el resultado de un estudio sobre expectativas y experiencias sociales en el ámbito de la salud. Este estudio tuvo como objetivos primarios analizar las expectativas y experiencias en la relación usuarios – personal del área de urgencias del hospital Francisco de Paula Santander E.S.E. del municipio de Santander de Quilichao (Cauca).

En el marco del hospital Francisco de Paula Santander E.S.E. del municipio de Santander de Quilichao, se definió un espacio, al que se denominó “un día en el servicio de urgencias”, en donde se analiza los aspectos sociológicos de la salud en un contexto de expectativas y experiencias sociales. Este, abarcaba todas las relaciones que los usuarios de la salud mantienen con diferentes prestadores de servicio en todo el espacio previo al acceso efectivo de un servicio satisfactorio. En este hospital, existe la preocupación por mejorar la calidad de atención de salud, entre los cuales, se encuentra el servicio de urgencias, que puede ser visto como uno de los que se utiliza con una frecuencia media, debido al nivel de complejidad que tiene la institución y por ende el cubrimiento que pueda hacer de la población del municipio de Santander de Quilichao y sus alrededores.

Esta investigación es una forma de reflexionar académicamente sobre las dinámicas que se desarrollan en la relación usuario-institución, las formas de comunicación utilizadas, el manejo que la institución hace del tiempo, lo cual es un indicador del desarrollo y metodologías en la atención, prestación y satisfacción del servicio de salud. Si bien la institución presta el servicio de urgencias, debido a las fallas estructurales del sistema de salud, donde se evidencian problemas en relación con la falta de implementos y personal, la atención brindada en el área de urgencias se hace de manera aceptable, haciendo que el personal se las arregle como pueda al momento de prestar el servicio. Estos hechos motivaron a preguntarme: ¿Qué pensara un paciente y su familia cuando llegan a la institución, es hospitalizado y se encuentran con estas fallas? ¿Cómo vive su experiencia? ¿Qué piensa del servicio que le prestan?

Este trabajo de investigación consideró la necesidad de dar cuenta de aspectos como situaciones en donde se involucra la expectativa y la experiencia de los usuarios, que se relacionan directamente con la atención en salud en el servicio de urgencias, ofrecido por el hospital Francisco de Paula Santander, considerando la relación usuario – institución como una relación social específica que denota unas características particulares, donde puede hacerse una reflexión a la luz de la sociología.

A partir de la revisión bibliográfica se encontró que la mayor parte de los estudios de sociología de la salud, sobre expectativas y experiencias, se centraban en la relación médico-paciente. Mi interés se basó más hacia el análisis enfocado al fenómeno dado por el servicio de urgencia que el usuario decide consultar antes de definir una enfermedad. En este espacio, se desarrollan la mayoría de las relaciones, un espacio previo a la consulta implica relaciones sociales y es determinante para el buen desarrollo del servicio que se deriva en la necesidad de analizar las experiencias y expectativas determinadas en la relación usuario personal de salud en un día de urgencias en el hospital.

Debido al método que se desarrolla en la investigación, decidí emplear la descripción etnográfica de las relaciones observadas en diferentes situaciones del servicio de urgencias del hospital, con el propósito de estudiar el papel que jugaban los consultantes al servicio en relación a la expectativa que mantenían con el personal de salud, y de qué manera estas relaciones afectaban la calidad del servicio en términos de las experiencias y satisfacción, la transmisión de información y los posibles efectos sobre la salud de los pacientes¹.

Los resultados y el material empírico que se encuentra en este estudio fueron derivados en la necesidad de profundizar la discusión sobre ciertos aspectos de la relación expectativas-experiencias usuario-personal de la salud en el servicio de urgencias. Por ello, sobre la base de determinados referentes teóricos y empíricos, este artículo pretende discutir acerca de la dinámica de la expectativa con la que los usuarios consultan y las experiencias que reciben finalmente.

Para el efecto, primero se muestra, en forma breve, la descripción contextual de los usuarios con respecto a la relación de la situación que se maneja en la atención del servicio de la salud. Luego se aborda, con cierto detenimiento, el concepto de describir las expectativas sobre la atención recibida por los usuarios en el área de urgencias. Por último, conocer las experiencias de los usuarios acerca de la atención recibida en el área de urgencias conceptos que, de alguna manera, incorporan a la calidad percibida en la determinación de la satisfacción, y se resalta que ésta no constituye la totalidad de la explicación. Se trata de las categorías que ponen de presente el papel de las expectativas y su mayor o menor corroboración mediante las percepciones de los usuarios en el campo de la sociología de la salud.

En cuanto a la metodología, el estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital Francisco de Paula Santander, y se garantizó el respeto a la dignidad, la protección a los derechos humanos y el bienestar de todos los participantes. Hacer parte de esta investigación fue decisión de cada uno de los usuarios. De acuerdo a la resolución 8430 del ministerio de salud y protección social, el estudio se clasificó como una investigación con riesgo mínimo.

Teniendo en cuenta el carácter de la investigación, se contó con el método cualitativo como el más apropiado para el análisis de la información recolectada. El estudio fue realizado bajo el enfoque de tipo descriptivo; el cual establece la percepción e identificación de la satisfacción de los pacientes que recibieron atención en el servicio de urgencias durante los días que restan de diciembre de 2018 e inicios del 2019. El trabajo expuesto está desarrollado bajo el siguiente esquema: introducción, planteamiento del problema, marco teórico y metodología rescatando algunas particularidades de la institución y los resultados de forma particular.

La población con la que se realizó el presente estudio son todos aquellos individuos que asistieron al servicio de urgencias durante la fecha anteriormente señalada. El muestreo

¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947), «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia».

realizado es de tipo no probabilístico. Para poder recolectar la muestra se establecieron los días lunes, miércoles y viernes de cada semana del mes en la franja de tiempo comprendida de 7 de la mañana a 10 de la noche, sin contar días festivos. Se realizó la encuesta a los pacientes inmediatamente al salir de la atención o definir conducta.

Los datos se recogieron por medio de entrevistas: 6 entrevistas; 3 hombres y 3 mujeres, residente del casco urbano y veredas aledañas al municipio de Santander de Quilichao, rango de edad entre 30 y 60 años de edad, usuarios elegidos aleatoriamente los días que se realizó la investigación, quienes contemplaron y autorizaron a la entrevista la cual se implementa en los usuarios del servicio de urgencias, quienes evaluaron aspectos físicos, estructurales y humanos del hospital; se trató de una entrevista sencilla, legible y fácilmente entendible, aplicada con previa autorización y consentimiento informado del paciente, posterior a la atención prestada por la persona de salud. Otras fuentes de datos utilizadas en esta investigación fueron las notas de observación participante (tomadas mientras se prestaba el servicio o en espera de este), observando las dinámicas que tenían lugar en relación a los intereses de esta investigación, o mientras se acompañaba. Esta fuente de datos fue muy útil para completar el análisis de los datos procedentes de las entrevistas. Por último, se utilizó documentación adicional del hospital, (información de la web, documentos internos de la organización como las descripciones de los puestos de trabajo), fuentes secundarias que proporcionaron un contexto muy rico para poder comprender mejor los datos procedentes de las entrevistas en profundidad y la observación participante.

LA SALUD COMO UN PROBLEMA SOCIOLÓGICO

La importancia de los estudios en relación a la salud, y más específicamente, los que tienen que ver con las interacciones de los individuos en situaciones sociales específicas (como ocurre con la prestación de dicho servicio), radica en la necesidad de comprender la relación *usuario–institución*, porque se puede identificar lo esperado por el primero y la efectividad de la atención ofrecida por el segundo como parte de la dinámica social presente en el sistema de salud. Una investigación en este sentido, llevada a cabo en el caso del hospital Francisco de Paula Santander E.S.E., que atiende un aproximado de 64.745 consultas al año, le resultaría importante debido a que los resultados o el proceso de la investigación en sí, ofrecerían elementos que permitirían replantear parte de los paradigmas de planificación utilizados en el control de gestión, dirección, organización, supervisión, control, evaluación, etc., y en los mecanismos para la toma de decisiones locales, regionales o nacionales.

La observación realizada a diario en la relación entre usuarios y prestadores del servicio de salud se constituyen como un espacio propicio para el análisis de aspectos sociológicos que surgen en torno a la prestación de servicios de salud, como el área de hospitalización, cuestionando el tipo de relaciones que se establecen a propósito del servicio de salud que se está ofreciendo, la capacidad del personal del hospital en su intento por mejorar la condición en que llega el usuario y sus acompañantes. El estudio sociológico de los problemas de salud se aborda desde los relacionados con las percepciones, creencias y representaciones que sobre la salud y la atención médica tiene la población, el grado de satisfacción con los servicios de salud incluida la población que los recibe y el trabajador que los presta. La discusión de estos aspectos induce a ver la necesidad de que los científicos sociales contribuyen a dar respuesta

a los principales dilemas y necesidades de la interacción de las ciencias sociales y las ciencias de la salud.

Cuando se hace referencia al análisis sociológico de la salud está implícita la necesidad de profundizar en el estudio de lo particular en su articulación con la totalidad histórico social, pero, sobre todo, en el análisis e interacción de los factores sociales. Durkheim, figura cimera de la sociología clásica europea, plantea que “para las sociedades como para los individuos, la salud es buena y deseable; la enfermedad, al contrario, es lo malo y lo que debe ser evitado”². Partiendo de esta premisa, se determina que la conducta social está encaminada para promover lo bueno y buscar que todo se mantenga en lo que es socialmente deseable, lo que no haga parte de ello “debe ser evitado”; y es allí donde entra la enfermedad, lo malo, eso que contrae el individuo y debe ser tratado desde la salud para llegar a “lo bueno”. Se caracteriza el problema de la salud en el servicio de urgencias a partir de las patologías presentadas.

Parsons³, interpretando a Durkheim, considera que “la enfermedad consiste en aquellos fenómenos no ligados a la estructura y función de la especie como tipo”. Es decir, que es una enfermedad todo aquello que no genere un orden a partir de las funciones sociales. Esto, más adelante objeta al manifestar que “en el campo fisiológico la enfermedad es un hecho: un hecho de gran importancia”. El debate planteado por Parsons para definir en sí la enfermedad es la manera en cómo esta afecta el tejido social, pues, la enfermedad, definiéndola como “un hecho”, (hecho que “consiste en la manera de hacer o de pensar”⁴) determina el cómo hacer para que la sociedad llegue a estar en lo que se considera bueno y estable. Parsons, enfoca dicho fenómeno hacia la *práctica médica*, ya que esta “se orienta a superar las alteraciones de la «salud» del individuo, es decir, la «enfermedad»”⁵.

En algunos casos, dichos trabajos han propuesto soluciones claramente sociológicas, desde una perspectiva hermenéutica, respecto al problema sobre la manera en que la experiencia y los significados en torno a la salud se articulan con la estructura social más general, así como con la desigualdad de género (Castro, 1995; Castro y Eroza, 1998; Castro, 2000). Finalmente, un significativo grupo de trabajos sociológicos se ha centrado en el análisis de las políticas de salud, así como en la práctica profesional de los médicos y la utilización de los servicios de salud y de medicamentos. Desde un enfoque que critica el rumbo que han tomado las políticas en la actualidad, autores como López y Blanco (1993) y Hernández (1982) han tratado de demostrar cómo la génesis de las políticas actuales se puede rastrear desde la década de los ochentas. También han aparecido ya algunos estudios cualitativos que buscan conocer la percepción que tienen tanto los usuarios de servicios de salud (Goffman

² Durkheim, E. Las reglas del método sociológico. P. 93. Disponible en https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45453/mod_resource/content/1/LAS_REGLAS_DEL_METODO_SOCIOLOGICO_-_EMILE_DURKHEIN_-_PDF.pdf

³ Parsons T. The structure of social action. P. 464. Disponible en: <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/Parsons-37%20a%2063-La-Estructura-de-la-Accion-Social-I%20%28Cap%20%29.pdf>

⁴ Op cit. P. 27

⁵ Parsons, T. Sistema social. Estructura social y proceso el caso de práctica médica moderna. P. 276. Disponible en <https://es.scribd.com/document/123775458/PARSONS-Talcott-El-Sistema-Social-cap-10-Estructura-social-y-proceso-el-caso-de-la-practica-medica-moderna-pdf>.

et al 1997) como los propios prestadores de servicios (Goffman et al 1997) acerca del problema de la utilización de los servicios, o bien que buscan identificar el tipo de barreras culturales que dificultan la utilización (Lazcano-Ponce, [et.al.](#) 1999). En un estudio notable por su rigor sociológico, Herrera (2009) mostró la suma de determinantes sociológicos que enfrenta una política pública, como la destinada a erradicar y prevenir la violencia de género, en el largo proceso que va desde su formulación hasta su implementación.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Para poder abordar el tema acerca de la relación usuario – institución de salud, se indagaron bases de datos, libros y revistas, para así entender como sucede esta relación. Al mismo tiempo, se pueden definir expectativas y experiencias más allá de los planteamientos donde se ubiquen reflexiones. Durante la investigación, se realizó una búsqueda en internet, fuentes bibliográficas, revistas etc., logrando encontrar estudios relacionados con el tema de “relación institución de salud-usuario”, “satisfacción y efectividad en instituciones-usuario”. También se logró encontrar trabajos realizados a partir de otras relaciones e interacciones en contextos propiciados por servicios de salud en otros países.

Inicialmente se revisó el artículo escrito por Otero, Pérez, González y Betegón (1991) titulado “Estudio del Servicio de Urgencias del Hospital General "Río Carrión" de Palencia” donde se planteó como propósito describir y reflexionar el funcionamiento de la sala de urgencias. Para desarrollar este objetivo inicialmente se parte de la idea sobre la necesidad y responsabilidad de un servicio como este, al igual que las implicaciones que tiene para el personal médico. Se utilizó una metodología cuantitativa descriptiva donde se realizaron registros de los pacientes atendidos durante una semana y las distintas razones a tener en cuenta por el personal para atender a los pacientes al momento de ingresar al servicio.

Después de identificar los tipos de urgencias y clasificarlas según los síntomas, los autores miden el tiempo y al final destacan el hecho de que para poder tomar decisiones con respecto a lo que sucede en el servicio de urgencias, el personal médico que las atiende debe conocer muy bien lo que sucede y estar atento al desarrollo de los acontecimientos. Al final concluyen que para mantener una constante en el servicio es necesario conocer la dinámica en la que desenvuelve el servicio y las implicaciones tanto para el personal médico y los pacientes, porque al fin de cuentas en la relación entre ellos, sobre todo por la comunicación que establecen, es que se logra determinar la magnitud del mismo.

Un estudio realizado en México por Herrera, Villamil, Pelcastre, Cano y López (2009) titulado “Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México”, tuvo como objetivo analizar la calidad de la relación del personal de salud con los pacientes hospitalizados, teniendo en cuenta que las percepciones sobre la atención en salud han sido abordadas desde una lógica cuantitativa, por lo que el estudio resulta novedoso al abordarlo desde una metodología cualitativa que va más allá de las cifras. El análisis planteado se hizo a partir de diferentes categorías como la percepción que tienen los enfermos y familiares de los pacientes, frente a las actitudes, y la efectividad del servicio por parte del personal de salud durante el tiempo de permanencia del paciente en la institución. La conclusión más destacada de este estudio es que, el ofrecer un buen servicio colocando en práctica los valores éticos y morales, la parte de humanización genera expectativas y contribuye de algún modo

a que la institución se vea en la necesidad de ofrecer cada día un mejor servicio, independientemente de su condición social.

El artículo de investigación escrito por Elers y Gibert (2016) de la Universidad Ciencias Médicas de La Habana-Cuba, titulado “Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales” tuvo como objetivo indagar sobre la relación enfermera-paciente, a través de las teorías de las relaciones interpersonales en enfermería. Para plantear este objetivo se partió de una cuestión muy puntual, la relación entre enfermera y paciente esta mediada por la comunicación y ello contribuye para que la terapia de recuperación sea efectiva. Entre las conclusiones se plantea que esta indagación sobre la relación enfermera-paciente le permitió presentar la visión que se tiene de ella en las diferentes teorías de enfermería relacionadas con el tema, a partir de su expresión en los elementos de la comunicación necesarios para lograr el cuidado y con ello satisfacción de necesidades.

Salazar (2012) escribe un artículo titulado “Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria” el objetivo fue describir las estrategias de acción/interacción entre el equipo de enfermería – paciente, emergidas durante una investigación denominada "Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado". Para construir este objetivo se partió del reconocimiento de la interacción que hay entre enfermera y paciente que es importante dentro del cuidado y la recuperación. Se utilizó una metodología cualitativa, donde las técnicas privilegiadas para recolectar la información fueron la observación y las entrevistas. Se desarrollan los conceptos de interacción y sentimientos. Aquí se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como si estuviera en casa. Esto permite concluir que a través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual.

Uno de los puntos más importantes a destacar en este trabajo fue que las significaciones en las interacciones y los sentimientos cumplen una función particular e individual. Por lo tanto, el equipo de enfermería debe poseer algunos atributos indispensables como la sensibilidad humana para estar disponible a las solicitudes del paciente, no sólo desde el punto de vista biológico sino también, ofrecerle respeto y consideración como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad. A través de las interacciones del equipo de enfermería y del paciente se expresan su ser y la humanidad de cada uno, que junto con la camaradería y el humor buscan el bienestar y la tranquilidad del paciente.

Un texto que se puede considerar clave dentro de la revisión realizada es el escrito por Hamui, Fuentes, Aguirre y Ramírez (2013) titulado “Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica” quienes se propusieron identificar los elementos que se asocian con el bienestar subjetivo de los usuarios y sus acompañantes cuando reciben atención a la salud, así como las expectativas y experiencias en su paso por el sistema de salud. La atención en salud es uno de los principales aspectos que originan la delimitación de este objetivo, porque se considera que de ella parte la buena prestación del servicio, para ello debe revisarse muy bien lo que plantea el usuario

al momento de recibirla y la valoración, porque antes de ser atendido tiene una idea o percepción de la misma y luego puede expresar lo que sucedió después de haberla recibido.

Para desarrollar la anterior investigación, los autores se basaron en un diseño metodológico mixto, donde las técnicas y análisis fueron de carácter cuantitativo, donde se elaboró un cuestionario que indagó principalmente por las características demográficas de los pacientes atendidos, su condición de salud, experiencias y expectativas y la percepción de la atención y el trato recibido; mientras que la parte cualitativa se enfocó principalmente en la vivencia de la atención por parte de los pacientes y/o acompañantes, donde se trata de aclarar detalladamente como se presentan las relaciones interpersonales entre usuarios y el personal de las instituciones de salud, compuesto por una parte médica y otra administrativa. En total se aplicaron 2191 cuestionarios y 57 entrevistas a profundidad.

Al final del estudio encontraron que, el 95.4% de los asistentes a los servicios de salud de las instituciones de salud son mujeres, mientras que el 4,6% son hombres; el grupo de edad que está entre los 35 y 64 años de edad son quienes más asisten a los servicios de salud, el 40% de los hombres no tiene sino primaria incompleta; mientras que el 25% de las mujeres tiene un poco más de escolaridad, aunque se destaca que el 30% de la población tenía escolaridad baja; el 49% de los encuestados manifestó tener algún tipo de limitación física a causa de su enfermedad; el 49% de los hombres atendidos fueron reportados como solteros y 44.3% como casados o vivían en unión libre, mientras que de las mujeres el 40.6% eran solteras y 47.5% vivían en pareja (casadas o en unión libre).

Con respecto a la condición de salud encontraron que el 28% de los usuarios asiste por primera vez a los servicios de salud, mientras que el 72% lo hace regularmente; el 46% de los pacientes manifestaron tener alguna limitación producto de su padecimiento, lo que les impide hacer actividades como cargar cosas pesadas, trabajar, estudiar o trasladarse; el 54% han sido atendidos en más de una especialidad médica.

Por otra parte, los resultados del componente cualitativo muestran que la experiencia y expectativa de atención en salud presenta dos momentos, el primero hace referencia al momento de asistir a un centro de salud para ser atendido por una molestia o padecimiento leve de salud, que después de un tiempo persiste, termina por motivar la decisión de recurrir a un centro de mayor complejidad en la atención; el segundo momento es cuando ya ha recibido atención en salud especializada, donde el padecimiento es superado.

Esta situación es entendida entonces como una expectativa que tiene el usuario de la atención cuando va al centro de salud y se da cuenta que lo recibido por él en ese momento no era realmente lo que necesitaba para mejorar su salud, entonces aprende que es la atención, lo que le permite tener una experiencia para tenerla en cuenta al momento de tener un padecimiento de salud. Asimismo, puede calificar los servicios de salud si conoce en detalle los pasos o trámites administrativos que debe hacer para poderla recibir, lo que da la percepción de que el servicio es bueno, pero si no ha tenido buena experiencia y su expectativa era diferente a lo recibido, su percepción va ser negativa.

Seguido, el trabajo de Marta Allué⁶ (2013) titulado “Presuntos implicados: el etnógrafo paciente” sitúa su experiencia personal como punto de partida para una reflexión sobre una etnografía realmente implicada desde el punto de vista del paciente, partiendo, como dice ella, de una observación ultra participante y que tiene como principal finalidad claramente explicitada una antropología aplicada a la transformación de las condiciones de los pacientes en los hospitales, recogiendo información «[...] de forma premeditada, para ahondar en cuestiones relacionadas con los derechos de los enfermos, la relación médico-paciente, con el dolor y el sufrimiento, con los roles profesionales, la discapacidad y también con la supervivencia» (p. 143); la distancia crítica que consigue la autora mediante la prioridad analítica que se impone le permite pasar de víctima de la gestión institucional a observadora de la misma. El hecho de «estar allí», como parte del paisaje institucional, le permite practicar aquellas conversaciones más provechosas que las entrevistas a las que se refiere el texto de Susana Ramírez, ya que los distintos espacios de interacción invitan a los relatos íntimos, en unos casos, pero también a los comentarios críticos con el sistema, ambos aspectos de gran utilidad para el etnógrafo.

El texto del antropólogo Rubén Muñoz (2013)⁷, titulado “Un antropólogo en la consulta hospitalaria”, parte de su experiencia como investigador/terapeuta en el campo de la etnopsiquiatría en un hospital belga. Se trata, por tanto, de una autoetnografía aplicada que intenta dilucidar las implicaciones metodológicas de su rol como investigador —«a) La articulación de la subjetividad del antropólogo con las expectativas y funciones a desempeñar que le exige el campo social objeto de estudio. b) Los métodos utilizados por el investigador y la gestión de su entrada en escena...c) El manejo de la contratransferencia cultural» (p. 212) — y como terapeuta, en relación a la metodología específica desarrollada en este dispositivo etnopsiquiátrico. Después de una breve historia de la introducción de la etnopsiquiatría en el hospital, explica cómo un cierto manejo del silencio, de la presencia y de la contratransferencia le permitieron ejercer las dos caras de su desdoblamiento de antropólogo a terapeuta en este contexto, a través de los temores, conflictos y ventajas que una posición así le planteaba (incluida la de ser emigrante en una consulta para emigrantes). La exposición de la metodología etnopsiquiátrica utilizada en el hospital Brugmann le permite presentar finalmente un análisis de caso como ilustración de los problemas tratados.

Para finalizar los estudios de Sara García⁸ y Hilda E. Argüello⁹ (2013), sobre antropología médica donde narran la experiencia relacionado al padecimiento de una mujer indígena mexicana, sus padecimientos que no especifican en la historia clínica del paciente enfocado

⁶ Investigadora del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social (DAFTS), Universitat Rovira i Virgili (URV) mallue@tinet.org TOMADO: capítulos del libro Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto” Coordinación de Oriol Romaní (2013).

⁷ Antropólogo Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), rubmuma@hotmail.com, TOMADO: capítulos del libro Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto” Coordinación de Oriol Romaní (2013).

⁸ Máster en Antropología Médica (MAMSI), URV Enfermera del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid mariacoyoto@gmail.com TOMADO: capítulos del libro Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto” Coordinación de Oriol Romaní (2013)

⁹ Programa Doctorado en Antropología Médica, URV Observatorio Mortalidad Materna de México hildaen@gmail.com TOMADO: capítulos del libro Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto” Coordinación de Oriol Romaní (2013).

en un análisis paciente- enfermera. Para el trabajo que enfermería desempeña en este servicio, requiere del personal una continua puesta al día de conocimientos en las diversas materias. Un punto importante a tener en cuenta, es el trabajo de enfermería en urgencias como fuente de estrés por las siguientes características: Rutina de trabajo alta y frecuentemente sobrecargada. Estos profesionales de enfermería se enfrentan cada día al reto de nuevos casos, lo que repercute en la calidad que se presta al propio usuario. Pero, a pesar de ello, es importante (por parte de enfermería) contribuir de forma considerable a un total apoyo: desde el primer contacto con el enfermo hasta la admisión del tratamiento, apoyo en todas las vertientes del ser humano (integral) físico-psico-social.

Los escasos antecedentes de análisis¹⁰ de este objeto de estudio condujeron a objetivos de investigación exploratorios y descriptivos de esa problemática sociológica. Se procedió entonces, a la descripción etnográfica de las relaciones observadas en diferentes situaciones de pasillo del hospital con el propósito de estudiar el papel que jugaba la condición social del paciente en las relaciones que mantenían con sus interlocutores, y de qué manera estas relaciones afectaban la calidad del servicio en términos del trato humano, la transmisión de información y los posibles efectos sobre la salud de los pacientes.

Esta investigación es un referente muy importante para el presente artículo, porque señala elementos de carácter contextual de la atención médica y aclara como se construye y mide la experiencia/expectativa, al tener presente los aspectos que la configuran desde el momento en que los usuarios del servicio de salud entran en contacto con el personal médico y administrativo de las instituciones.

Experiencias, expectativas y satisfacción

En este apartado se abordan los conceptos de experiencia, expectativa y satisfacción como los que permiten hacer una interpretación acerca del problema planteado, teniendo en cuenta que son los más cercanos a él, al mismo tiempo sirvieron de guía para reformular los tópicos de la entrevista aplicada. Este concepto está más arraigado en la tradición filosófica, donde (según Larrosa, 2006) el sujeto, en medio de interacciones, llega a vivir situaciones en las que puede o no tener algún tipo de aprendizaje que después pueda llegar a ser un referente para su vida. De manera que, la experiencia para los sujetos no deja de ser resultado de su vida social. Es decir, las relaciones con los demás, en un contexto específico, tendrá sentido solo cuando se referencian lo vivido a otro contexto. Por ejemplo, en el campo de la educación es recurrente la reflexión sobre las experiencias porque ellas son el sustento y aporte para desarrollar prácticas educativas o pedagógicas que tengan impacto en las instituciones educativas.

Aunque el concepto puede tener diversas miradas teóricas debido, no solo a la reflexión y análisis propuestos dentro de la Filosofía, sino, también obedece a miradas en campos muy específicos que denotan una amplia diversidad de experiencias sociales. Por ejemplo, la conceptualizada por Dubet (2011); quien plantea lo siguiente. “La noción de experiencia posee un significado doble. El primero se refiere a lo vivido, el flujo de emociones, sentimientos e ideas; el segundo designa técnicas de medición, verificación y resolución de problemas. Por mi parte, lo que llamo experiencia social remite más bien al segundo

¹⁰ Véase Sonia Romero, *Madres e hijos en la Ciudad Vieja*, Montevideo, NorDan-Comunidad, 20

significado. En efecto, a medida que las lógicas de acción se separan y se distinguen, transforman la acción en problema”. (pp. 141)

Como se puede entender en la anterior definición ofrecida por este autor, la experiencia puede ubicarse en lo social, aunque tenga componentes psicológicos que la hacen posible para la vida de los sujetos, donde estos pueden asumirla como parte de la construcción que hacen de la realidad social. Por otra parte, la problematización de Larrosa (2006) parte de una idea muy puntual, la experiencia no es algo que se viva bajo control o de manera planificada, porque solo sucede en la complejidad de lo social, aunque sea el sujeto quien la construya, siempre tendrá relación con lo externo y eso no significa que venga de allí, sino de las interacciones mismas presentes en lo social.

Lo planteado hasta aquí sugiere lo siguiente: la experiencia hace referencia al conjunto de hechos y situaciones vividas por los sujetos en lo social, en tiempos y espacios concretos donde hay por lo menos una interacción que permite en ellos un aprendizaje que servirá como una ruta para validar la realidad vivida y sentida por ellos, estableciéndose como una forma de comprender y transmitir la realidad.

Con este fundamento, se debe tener en cuenta a Ross C (1987) et al, Frommelt G (1987) et al, Hezelwood L (1987) et al, y Chang RW (1987) et al ¹¹, cuando afirman que, al entender las expectativas como creencias, hay lugar a la posibilidad de modificarlas mediante la nueva información que suministren la publicidad, el médico, y la experiencia de otros y del propio consumidor. Más aún, en la experiencia de interactuar con los cuidados, se pueden modificar las expectativas del paciente e igualmente se puede modificar la propia experiencia. En coherencia con la teoría de la asimilación contraste, el paciente podría alterar sus percepciones de la realidad para conformarlas a sus expectativas, pero también podría alterar sus expectativas para conformarlas a la realidad, dependiendo de la magnitud de la disconformidad inicial.

En este marco, Sitzia y Wood (1997)¹²: “...también pueden afirmar que las expectativas cambian con el conocimiento y las experiencias previas, y recordar que Bond y Thomas (citado por Sitzia y Wood) notaban que las expectativas crecen con el mejoramiento de la calidad, de modo que los más altos niveles de calidad llegan a asociarse con más bajos niveles de satisfacción”

Por último, con relación con el nivel, las expectativas se han distribuido en distintas formas, aparte de la ya mencionada distribución en deseadas y adecuadas de Parasuraman¹³. Una forma, procedente de la investigación en mercadeo, las clasifica en ideales, esperadas, mínimas tolerables y merecidas, en donde lo ideal es un nivel deseado, lo esperado es una probabilidad objetiva de realización, lo mínimo tolerable es el más bajo nivel aceptado por el consumidor, y lo merecido es un nivel subjetivo de lo que se debe recibir por la inversión

¹¹ Ross C, Frommelt G, Hezelwood L, Chang RW. The role of expectations in patient satisfaction with medical cares. JHCM, december 1987.

¹² Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. Soc Sci Med 1997.

¹³ Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. Sloan Management Review, Spring 1991

hecha. Otra forma de distribuirlas es en expectativas predichas y expectativas deseadas, siendo estas últimas más altas que las primeras.

Es importante resaltar el trabajo de Oliver¹⁴. En este, para poder ubicar en su correspondiente lugar a las expectativas, el autor tuvo que someter a prueba un modelo muy completo, con tres factores, para explicar la satisfacción e insatisfacción global: el efecto de la disconformidad, los efectos de los afectos positivos y negativos (planteados en términos de sus componentes), que se entienden originados en la satisfacción e insatisfacción con los atributos, y estas a su vez originadas en la experiencia de los atributos y, el efecto directo de la satisfacción e insatisfacción con los atributos. No incluye en la prueba otras variables independientes como las expectativas mismas, la equidad, ni tampoco, de manera explícita, la “atribución” (la comparación de los resultados propios con los ajenos) por considerar, en este último caso, que se manifiesta a través de las categorías del afecto negativo

En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud. Es un ser humano, que, además de tener derecho a la atención y a la salud, también tiene el derecho a ausentarse de sus actividades habituales y responsabilidades, tal como lo obliga, en cumplimiento de las recomendaciones médicas, el cuidado de la enfermedad. Se puede decir, entonces, que aquel sujeto que acude diariamente a las instituciones de salud en espera de algo, es alguien que sufre la enfermedad y solicita el cuidado. Frente a él, otros, antes o después de cualquier consideración de realidades como el mercado, deberían, solícitamente, procurarle el cuidado que puedan, de la manera más satisfactoria posible.

La complejidad del problema de las expectativas ha dado lugar a que estas sean tratadas en muchas disciplinas. Así, Thompson y Suñol¹⁵ lo encuentran en la Psicología, la Sociología, la investigación biomédica, al igual que en la investigación en gerencia de servicios de salud y en mercadeo. Es en este último campo en donde el tema, según los autores, ha logrado el mayor desarrollo teórico.

A medida que han ido desarrollándose estudios al respecto de la satisfacción, el concepto de satisfacción del cliente ha sufrido diversas modificaciones y ha sido enfocado desde distintos puntos de vista a lo largo del tiempo. Ya en los años 70 del pasado siglo, el interés por el estudio de la satisfacción era tan importante que se habían realizado y publicado más de 500 de estos estudios en esta área (Hunt 1982). Este interés, por el concepto de *satisfacción*, no parece decaer, sino más bien, todo lo contrario, como pusieron de manifiesto Peterson y Wilson (1992) que, basados en un análisis de la literatura (relativa a la satisfacción del cliente) se logró identificar en los últimos veinte años, que aproximadamente unos 15.000 artículos académicos abarcaban el tema de la satisfacción o insatisfacción. El enfoque dado a la investigación del constructo satisfacción del cliente ha ido modificándose a lo largo del tiempo. De este modo, mientras en los años 60 el interés de los investigadores era

¹⁴ Oliver R. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. Journal of Consumer Research 1993.

¹⁵ Thompson AGH, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care 1995; 7 (2).

fundamentalmente determinar cuáles eran las variables que intervienen en el proceso de la formación de la satisfacción, en los años 80 se va más lejos analizándose también las consecuencias del procesamiento de la satisfacción (Moliner, Berenguer y Gil 2001). Los primeros estudios realizados al respecto se basaron en la evaluación cognitiva entrando a valorar aspectos como los atributos de los productos, la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud entre la satisfacción y las emociones generadas por el producto o servicio, solapando los procesos que subyacen del consumo y la satisfacción (Westbrook 1987; Westbrook y Oliver 1991).

Se puede observar una gran similitud entre los conceptos de expectativa, experiencia y satisfacción obtenida tras la investigación y conceptos de diferentes autores; si bien se implementaron herramientas diferentes, en los tres conceptos de estudios, se evaluaron variables similares, sin embargo analizaron por separado la percepción frente a los conceptos por parte de los autores encontrándose que cada concepto tiene sus diferencias según en el espacio social elegido, con diferentes ejemplos que denota que la mayoría de la población percibe de irregular para la realización de los trámites en los procesos de asignación de citas, información que respalda los resultados obtenidos en este estudio, pues se encuentra que las dificultades referidas por los pacientes, están más determinadas por variables que no se refieren a los trámites que dispone la institución, sino a la oferta y demanda de los servicios. Sin embargo, se encontraron características institucionales, que se comportan de una forma similar, mostrando que independientemente de la zona en la que se encuentra el Hospital el aseo es a nivel nacional uno de las fortalezas de los diferentes hospitales en relación a la expectativa y experiencia.

Finalmente, es por esto que el abordaje sociológico resulta muy útil en la práctica de las acciones de salud para determinar el problema en su carácter complejo, facilita el establecimiento de las relaciones existentes entre las características de los usuarios, el funcionamiento del sistema y la atención ofrecida por el personal. Al afrontar esta relación se puede entender lo que espera recibir el usuario y lo que ofrece la institución, mediados por el contexto que, del sistema de salud, el cual se materializa en la cotidianidad del hospital y las disposiciones expresadas por cada actor social involucrado en este espacio, donde se evidencia una relación social. Estas son todas las razones que justificaron la realización de esta investigación.

EL hospital Francisco de Paula Santander y su contexto

El hospital Francisco de Paula Santander se encuentra ubicado en el municipio Santander de Quilichao (norte del departamento del Cauca), considerado como una empresa social del Estado que brinda atención de nivel II, a través de la ordenanza 040 del 23 de noviembre de 1995. Su atención se basa en el modelo de operación por procesos en concordancia con los estándares del sistema obligatorio de calidad, que aparentemente le dan la posibilidad de estar mejor organizado; además, es el único prestador con urgencias de baja complejidad: atención de partos, servicio de radiología, laboratorio clínico las 24 horas.

Dentro de su portafolio de servicios esta la atención hospitalaria, atención quirúrgica, atención ambulatoria, ayudas diagnósticas, soporte terapéutico, atención de urgencias, atención urgencias ginecológicas, central de referencia y contra referencia, atención a

víctimas de violencia sexual, servicios complementarios, también cuenta con consulta médica especializada. Dermatología, cirugía ortopedia, servicio farmacéutico, entre otras. Tiene esa característica tan especial de ser el único hospital de al norte del Cauca. Que no quiere decir que no haya otros lugares donde se atiendan usuarios. Pero sí es el único hospital de complejidad media (que cuenta con médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados. Defínase como la atención médica, no quirúrgica, no procedimental y no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles 11 y 111 de complejidad atención, es decir consulta ambulatoria de cualquier especialidad o subespecialidad.) Y con servicio de urgencias de los municipios norte Caucanos. Eso le confiere una significación dentro del sistema de salud muy especial.¹⁶

Población objetivo de la E.S.E.

Buenos Aires	32225
Caldono	33122
Caloto	17642
Corinto	31872
Guachené	19815
Jámbalo	17590
Miranda	39718
Padilla	7882
Puerto Tejada	45678
Santander de Quilichao	93545
Suárez	18656
Toribio	29187
Villa Rica	16189
TOTAL	403121

Fuente: Proyecciones de Población 2005-2020, grupos quinquenales de edad; DANE 2011.

¹⁶ 12 municipios pertenecientes a la Región Norte más el municipio de Caldono Ver <https://hfps.gov.co/plan-desarrollo-hospital-francisco-paula-santander/>

La población beneficiada del área de influencia conforme a la proyección de la población por grupos quinquenales de edad; DANE 2011 muestra al año 2015 una población de 403,121 habitantes de los cuales 171.160 se encuentran ubicados en la zona urbana y en la zona rural de la región. Durante el año 2014 la población total de estos municipios fue de 398.775 habitantes donde el 50.22% corresponde a la población masculina, superior a la población femenina con 49.78%; con respecto a las zonas donde se establece la población el 57.71% de la población de los municipios mencionados vive en zonas rurales y el 42.29% en la zona urbana. En el año 2015 la población total de los municipios del área de influencia de la E.S.E se incrementó con respecto al año 2014 en 2.487 habitantes, para el año 2015 los porcentajes relacionados con el género de la población cambian en relación a los presentados en el año 2014, en este caso el porcentaje de población masculina corresponde al 49.89% y el porcentaje de población femenina corresponde a 50.11% ubicándose la población femenina como la más frecuente de la zona a diferencia del año 2014; los porcentajes relacionados con la zona son muy similares a los presentados en el año anterior, el 42.46% de la población vive en la zona urbana y el 57.54% en la zona rural.

Política de humanización propuesta por el hospital Francisco de Paula Santander es el compromiso a fomentar entre sus funcionarios, trabajadores y colaboradores a generar una cultura organizacional centrada en el usuario, su familia y/o cuidador, donde cada uno sea capaz de comprender al ser humano, como un ser integral; en la que se respeten sus derechos, su privacidad y se le brinde un trato digno, cálido, amable, tolerante y esperanzador.

Una jornada en el servicio de urgencias

En el servicio de urgencias se pudo identificar que existe algunas deficiencias, lo que ha llevado hacia una inconformidad de los pacientes atendidos por la demora a la hora de su egreso de la institución: una vez los pacientes llegan al espacio destinado para urgencias, se hallan con una entrada que está señalizada indicando que siempre debe estar libre para dar paso a cualquier tipo de emergencia, tiene unas barandas (como soporte de seguridad para el paciente que se dirige al ingreso de pie o en camilla), la rampa para la movilización de camillas, una sala de espera para demás familiares de algún usuario, portería amplia (donde encontrarán a un guarda de seguridad quien es el encargado de controlar el ingreso y salida de pacientes). Ver imagen 1.

Aparte de lo anterior, el personal encargado de la seguridad debe de realizar las siguientes funciones laborales: inscribir al usuario paciente y el familiar o acompañante familiar con el cual ingresa, indicar dónde debe realizar la apertura de historia clínica o admisión del paciente el cual consulta (para ello se dispone de un escritorio, una silla, libro de control de ingresos y egresos del servicio, teléfono y monitoreo de camas de seguridad), es la primera persona que cada usuario se encuentra al ingresar al servicio. (Ver imagen 2).

Imagen 1. Entrada al servicio de urgencias.



Fuente: tomada por la autora.

Imagen 2. Guarda de seguridad encargado de controlar la entrada y salida del personal. Después de ingresar al lugar, el paciente realiza un registro en la ventanilla de ADMISIÓN, donde se realiza la apertura de historia clínica y se informan el motivo de consulta, datos del paciente y familiar, también es el lugar donde se realiza la facturación además del ingreso a la plataforma para ser atendido.

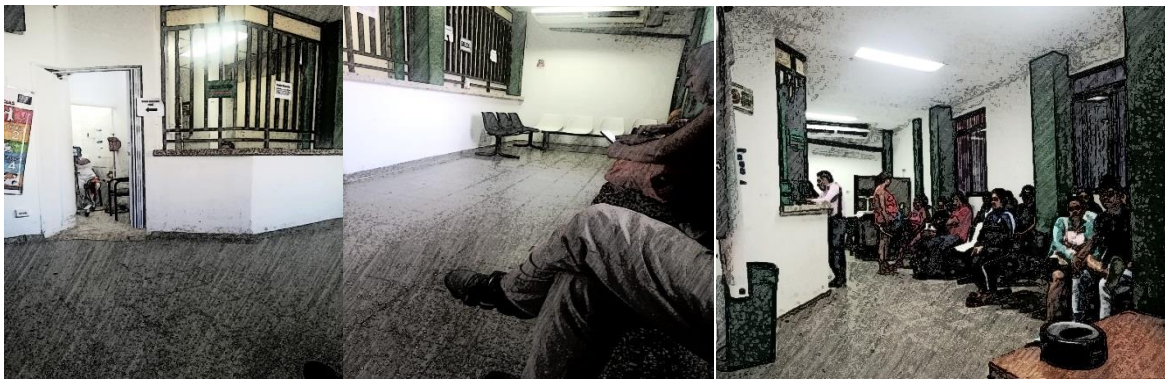


Imagen 3 y 4 Ventanilla de admisión- Sala de Espera

Fuente: tomada por la autora

Después de hacer el ingreso y haberse registrado, el paciente debe pasar a la sala de espera que es prestado por un auxiliar de enfermería quien debe tomar signos vitales. En esa sala hay una báscula de peso para adultos y bebés, tallímetro, tensiómetro, fonendo, manillas de identificación del paciente, rótulos de riesgos si el paciente es alérgico o no, gasas, guantes, etc. utensilios principales de primeros auxilios, silla para usuario (ver imagen 5). Después de pasar por la sala de triage, la enfermera auxiliar encargada informa al jefe (o médico de turno) para brindar la atención de acuerdo a la sintomatología, seguido de ello, el paciente pasa a sala de espera, donde hay sillas unidas, organizada en 3 filas, espacio por el cual los usuarios,

junto con el acompañante, esperan el llamado por altavoz y así poder ser atendidos (ver imagen 6).

Imagen 6. Clasificación triage



Fuente: tomada por la autora

Figura 6. Entrada al triage, finalmente donde se define el servicio. ¹⁷

El triage: Es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. Según La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, el triage se divide en cinco categorías:

El triage I requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata. Por otra parte, el triage II tiene en cuenta la condición clínica del paciente, pues, puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría. Siguiendo del triage III donde la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa. Ya en el triage IV el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. Finalmente, en el triage V el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el

estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. El usuario se atiende de acuerdo a la clasificación del triage, tal cual como se observa en el cuadro de la imagen 6, el cual informa que el servicio no es por orden de llegada sino por orden de triage, estableciendo diferencia para niños, embarazadas y adultos de la tercera edad.

Basado en el funcionamiento del triage, Parsons claramente expone que “la salud, casi por definición, está dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional”¹⁸. Estar enfermo para Parsons, es un problema para el buen funcionamiento de la sociedad, “esto se debe a que, en primera instancia, la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales”¹⁹. Según el nivel de triage es el grado de disfuncionalidad que aporta el individuo a su rol social.

A continuación, se realiza una breve presentación de la forma como está conformado el lugar de estudio de esta investigación. La mayor parte del material empírico en el que se basa este trabajo surge del estudio sobre expectativas, experiencias y satisfacción de la salud. El proceso de facturación se da en el horario de 7:00 am a 7:00 pm (según el servicio con el cual el paciente tiene relación): cuenta con 4 facturadoras encargadas de hacer ingresos, egresos, salidas y hospitalizaciones. El servicio de triage cuenta con un auxiliar de enfermería que es el encargado de tomar los signos vitales de cada paciente que ingresa al servicio de urgencia, el jefe de enfermería es quien realiza la atención y define al paciente si considera o no una urgencia. Cuenta con dos vigilantes en la portería de urgencias pendientes del ingreso y registro de cada paciente que ingresa al servicio. En la noche, el personal disminuye, no se cuentan con cuatro facturados, sino, con dos para realizar el mismo rol; un jefe en triage que se encarga de hacer el papel del auxiliar de enfermería; un solo vigilante para el proceso de portería y registro de usuarios que ingresan al servicio.

Dentro del Hospital Francisco de Paula Santander se encontró un espacio social donde analizar los aspectos sociológicos de la salud. Este espacio social tiene relación a la experiencia y expectativa de espera para ser atendido, información en ventanillas; allí los usuarios interactúan con el colectivo del personal de la salud, integrado por todos aquellos que conforman el servicio (médicos, enfermeros, funcionarios administrativos, trabajadores sociales, guardias de seguridad y otros). Surgió, por lo tanto, la necesidad de observar este espacio y analizar la expectativa del usuario y la experiencia en relación al servicio de salud que reciben, las relaciones que mantienen, sus interlocutores y los significados que guían sus comportamientos.

Los usuarios recorren los corredores del hospital debido a la sensación que se vive en el momento de la espera, es una manera de “quemar” el tiempo de demora para tener acceso a la atención. Las relaciones que allí tienen lugar son relaciones sociales que pueden tener efectos sobre las condiciones de salud de los usuarios. Haber sido guiado correctamente al

¹⁸ Parsons, T. Sistema social. Estructura social y proceso el caso de práctica médica moderna. P. 276. Disponible en <https://es.scribd.com/document/123775458/PARSONS-Talcott-El-Sistema-Social-cap-10-Estructura-social-y-proceso-el-caso-de-la-practica-medica-moderna-pdf>.

¹⁹ *Ibíd.* P. 276

sector donde recibir atención, haber obtenido o no la atención requerida a tiempo y, finalmente, haber recibido un diagnóstico y atención médica correcta, no depende únicamente de factores económicos y de infraestructura del sistema de salud, sino, también de las relaciones sociales que encarnan valores éticos, prejuicios y valoraciones sociales del otro.

Mi posición como observadora no fue externa; me situé en el campo en la sala de espera donde se puede observar desde el ingreso hasta cuando es atendido el usuario. Esto implicó que la observación y comprensión del objeto de estudio dependiera de mi posición en el espacio social.

Según Bourdieu²⁰ la Sociología debe incluir una Sociología de la percepción del mundo social, es decir una Sociología de la construcción de las visiones del mundo que contribuyen también a la construcción de ese mundo. Pero dado que hemos construido el espacio social, sabemos que estos puntos de vista, la palabra misma lo dice, son vistas tomadas a partir de un punto, es decir de una posición en el espacio social y por tanto la visión que cada agente tiene del espacio depende de su posición en ese espacio.

El trámite

Las relaciones entre usuarios y personal de la salud están caracterizadas por el hecho de que una de las partes ofrece el servicio que busca la otra parte. Las notas de campo ilustran la forma en que fue percibida la dinámica de esta investigación con respecto a las relaciones sociales. Se identificó que algunos de los usuarios consideraron que la manera en cómo se tramita el procedimiento para llevar a cabo la prestación del servicio de urgencias es complejo debido a que algunos viven en veredas donde solo existe un solo transporte al día y deben desplazarse a tempranas horas de la madrugada para obtener una posible atención: Nota de diario de campo, siendo las **7:00 a.m., viernes 12 de abril, Urgencias Hospital Francisco de Paula, Sala de espera**

Jorge, 45 años “La verdad antes era más difícil porque se debía madrugar a las 4 o 5 de la mañana porque no había transporte, ahora la carretera pavimentada ha servido mucho, pero, de todas maneras, hay que madrugar mucho para alcanzar y que no le dé a uno todo el día acá para que lo atiendan, a veces uno madruga y el servicio está vacío, pero viene después de las 10 y le toca esperar”. **Diario de Campo 1, viernes 12 de abril 2019.**

Esta dificultad es atribuida a la cantidad de personas que requieren de atención y en la vereda donde viven no existe un servicio de salud cercano, así como problemas en la organización de las instituciones de salud:

Doña Lucia, 56 años manifestó que “Si los vigilantes se organizaran, todo fluiría más rápido, pero todo es un desorden, a mí en particular no me gusta consultar a este

²⁰ BOURDIEU, Pierre, *Cosas dichas*, Buenos Aires, Gedisa, 1988. *La distinción, criterio y bases sociales del gusto*, Buenos Aires, Taurus, 1998.

hospital, prefiero tomarme algo, pero ya cuando no se puede con la medicina natural toca venir acá a esperar”. (**Diario de Campo 1, viernes 12 de abril 2019**).

Una vez que los usuarios han ingresado, deben esperar el llamado en el triage, algunos usuarios consideran que el motivo de su consulta es una urgencia y cuando se le indica sacar una cita por la entidad de salud que lo cubre no encuentran satisfactoria la atención brindada porque la cita es asignada, en algunos casos, para el siguiente día por falta del especialista para la atención. Aunque existe una división del trabajo especializado en el área de urgencias del hospital, aún se presentan dificultades para el manejo del tiempo. Para ello, es útil la práctica médica, el cual Parsons señala que la práctica médica implica una serie de roles institucionalizados²¹.

9:00 a.m. del día Domingo 5 de mayo 2019, Urgencias Hospital Francisco de Paula, Sala de espera:

“A veces se pierde todo el día para que digan “venga mañana porque no se cuenta a esta hora con el especialista”, o “el especialista ya se fue”. Yo hoy vengo porque me caí y me realizaron una radiografía y tengo fractura, pero, me toca venir mañana porque no hay ortopedista” (Ana, 48 años).

Frente al tiempo que los pacientes deben esperar hasta ser atendidos por el profesional de salud, algunos usuarios refirieron que puede tardar en promedio entre 10 y 20 minutos o al día siguiente dependiendo de la causa. Según la paciente Ana, 48 años: “Hasta que el médico me atiende tengo que esperar unos 10 minutos, depende del turno”. (**Diario de Campo 2, domingo 5 de mayo 2019**).

Respecto a la oportunidad en las consultas, algunos usuarios expresaron que el proceso para acceder a la atención es sencillo debido a que generalmente, no hay congestión en el servicio. Así lo pude recoger en algunas observaciones realizadas en la sala de espera:

Son las 10:25 am. Llega a ventanilla de admisiones una pareja de cincuenta años aproximadamente (Doña Diva y Don Nilson) a realizar el ingreso para ser atendidos en el servicio de urgencias. Ambos pasan al servicio de toma de signos vitales. Don Nilson manifiesta que la enferma es Doña Diva, ingresa exponiendo una petición “Por favor darle prioridad a mi esposa no pasó buena noche anoche y hasta ahora fue posible venir a consultar”. El auxiliar de enfermería le informa que debe esperar a que la paciente se encuentre estable. Don Nilson se lleva a Doña Diva a la silla de la sala de espera, muy paciente esperan al llamado, que tuvo una demora de aproximadamente diez minutos, en la sala (antes de ellos) solo se encontraban cinco pacientes y todos no iban a consultar, finalmente fue atendida en el triage, donde se pasó con el médico. Don Nilson exclamo: “Hubiéramos madrugado más ya iríamos saliendo”, salió agradeciendo al jefe de servicio de triage por la atención. “Con enfermería me ha ido muy bien, solo voy al consultorio, la atención es buena y no me demoro nada”. (**Diario de Campo 3, miércoles 10 de junio 2019**).

²¹ Op. Cit. P 277

Algunos usuarios manifestaron que el acceso a la atención por urgencias generalmente es ágil, como es el caso de Julio (un paciente de 45 años): “Aquí en urgencias me atendieron en más o menos veinte minutos”. No obstante, también se reconoció que el tiempo de espera hasta que se realice la atención depende de la cantidad de personas que requieren del servicio y de la gravedad de la urgencia. “A veces hay que esperar hasta tres horas para que lo atiendan porque hay mucha gente, uno tiene que llegar medio muerto para que lo atiendan rápido...”. Nos decía Julio. (Diario de Campo 3, miércoles 10 de junio 2019).

El trato del personal asistencial que genera confianza en los profesionales para el manejo y superación de su enfermedad: “La amabilidad y la forma en que he sido tratada me generan la sensación de que estoy en buenas manos”. Asimismo, se reconoció la importancia de ser escuchados en la consulta como un factor que contribuye con su satisfacción: “Me han atendido bien, si me han escuchado y yo también pregunto y ellos me dan las respuestas en el mismo momento”.

Las características del personal

Es el miércoles 1 ° de mayo de 2019. Estoy realizando la observación en el servicio de admisión de la sala de espera de las Urgencias del Hospital Francisco de Paula. Son las 8:00 pm; debido a que fue un día festivo (celebración del día del trabajo) me interesó evidenciar el flujo de usuarios por ser un día festivo, día que no se cuentan con todas las especialidades. A partir de esta situación fue posible observar la relación entre el personal de la salud y los usuarios, en términos de oposición y conflicto. Era un día que no se contaba con el servicio de oftalmología. Llega al servicio José, 35 años, accidente laboral: “trabajo en una empresa de químicos y me cayó algo en el ojo”, el vigilante lo apunta en el cuaderno de control, le indica pasar reporte del accidente a la funcionaria del servicio de admisión para poder ser atendido, ella le solicita la cédula y reporte del accidente, el usuario no cuenta con el reporte y empieza a levantar la voz: “si por un papel no me van atender y pierdo el ojo es culpa de ustedes”. Se encontraban unos 10 usuarios esperando su llamado. Este estado de ánimo generó el descontento entre muchos de los usuarios y los llevó aconsejar a demandar y a quejarse. La funcionaria le informa que ya realizó el ingreso pero que es necesario en caso de ser remitido y por papelería, don José continuaba muy enojado. Finalmente, y después de varios comentarios, lo atienden delante de otros servicios, cuando sale del servicio de triage sale más furioso debido a que la jefa del servicio le informa que se debe ir remitido porque no se cuenta con la especialidad en el momento. (Diario de Campo 4, miércoles 1 de mayo 2019).

La mayoría de los usuarios manifestaron que los profesionales que los atienden en consulta no se presentan, limitando su atención al diagnóstico y prescripción del tratamiento: “No. Únicamente dicen que tiene y ya, siga la consulta y nada más”. Expresaron quienes conocen el nombre del profesional. “Uno a veces le ve una escarapela o a veces en el uniforme tienen el nombre, pero no se presentan”. (Diario de Campo 4, miércoles 1 de mayo 2019).

Las personas que refirieron que los médicos se han identificado en consulta, reconocieron este aspecto como significativo debido a que se sintieron valorados y percibieron en los profesionales una actitud empática que posibilitó confianza para expresarse en la consulta:

“El doctor que me atendió dijo mi nombre es tal persona, yo soy la que lo voy a atender, estoy a sus órdenes, eso me hizo sentir bien, tranquila, en confianza para contarle lo que me pasa”. (Diario de Campo 4, miércoles 1 de mayo 2019).

Para algunos usuarios, la información proporcionada por los profesionales no ha sido expresada en términos de fácil comprensión: “Trato de entenderles, ellos hablan con sus términos profesionales (...) cuando no le entiendo le digo: ¿enfermera, usted me puede explicar qué significa lo que me está diciendo? hay enfermeros que le dicen sí, sino uno se queda con la duda”. Esta situación es valorada por las personas como una limitante a su derecho de estar informadas sobre su estado de salud y las posibilidades de recuperación: “Uno necesita saber qué es lo que le pasa, que le hablen claro, pero a veces se queda con la incertidumbre, toca tomarse lo que le manda el médico y ya”. (Diario de Campo 4, miércoles 1 de mayo 2019).

(P. Johanna, comunicación personal, 11 de junio, 2019)
Urgencias Hospital Francisco de Paula; Sala de espera
(Johanna, 52 años), 7:00 pm

Yudi: - ¿Desde qué hora estás acá?

-Desde las seis de la tarde.

Yudi: - ¿Y hasta qué hora se tiene que quedar?

-Y ponele ... hasta las cinco de la tarde, porque los médicos están en una emergencia que entro ahora;

mientras los atienden y me atienden a mí, me voy a las diez.

-Pero no culpo a los médicos, esos borrachos, día de la madre y hacen es llorar a la mama....

Entre las características atribuidas por los usuarios al personal de salud se encontró: “Son amables”, “fueron pacientes”, “muy eficientes”, “son atentos” y “buenas personas”. De igual manera, algunos participantes manifestaron que la carga de trabajo puede incidir en el comportamiento de los profesionales: “A veces son groseros, están aburridos, estresados, depende del trabajo”.

Los usuarios reconocen que la condición física del hospital de primer nivel al que acuden ha mejorado, proporcionando mayor comodidad en la atención. No obstante, manifestaron que zonas como la sala de espera en la que se concentran las personas de zonas urbanas y rurales que acuden por los servicios, no es un espacio suficiente, generando aglomeraciones en los pasillos, situación que afecta la movilidad de los pacientes y del personal sanitario: “La salita de espera es muy pequeña para cantidad de gente que entra diariamente aquí, hay que hacerse en cualquier lado”. Se percibe que el personal con el que cuenta la institución no es suficiente para la cantidad de personas que requieren de la atención. Este aspecto se

identificó como una de las principales razones por las cuales los usuarios deben hacer largas filas para lograr un servicio. Se entiende aquí por costo de oportunidad todo aquello que se deja de hacer por esperar. El tiempo que los usuarios destinan a esperar en el hospital puede significar la pérdida de la jornada laboral, de estudio etc, Como resultado, una reducción en el ingreso y la su condición de vida. Por otra parte, el costo de oportunidad también refiere al resto de actividades que hacen a la reproducción social de los individuos, como por ejemplo de alimentación, sueño y recreación. La cantidad de tiempo transcurrido en el hospital hace de esta, una actividad prácticamente cotidiana. Así, el usuario adquiere una cierta trayectoria de vida dentro del hospital e internaliza sus modelos culturales.

El manejo que la institución hace del tiempo, el que se advierte a partir de las extensas cantidades de tiempo que los usuarios viven en el hospital, deriva en un tipo de relación entre los usuarios y la institución con características similares a los que Goffman (1988)²² llama “instituciones totales”. Sin llegar a ser una institución total, puesto que no supone una ruptura total con la vida afuera de sus muros (como las cárceles o los establecimientos mentales), el hospital se presenta como un espacio donde existe una autoridad que coordina las actividades, donde los usuarios desarrollan sus actividades en compañía de un gran número de otros, quienes reciben el mismo trato, y donde estas actividades están estrictamente programadas e impuestas desde arriba, mediante un sistema de normas formales, y un cuerpo de funcionarios. Todas estas son características de las instituciones totales (Goffman, 1988, pp. 19-20). Cuanto más espacio de la vida extra hospitalaria de los usuarios sean absorbidos por la institución, más cerca nos encontramos de pensarla en términos de institución total.

Se acerca una mujer, Yuliana, 52 años, con una niña de aproximadamente dos años, a la ventanilla de admisión. Cuando el funcionario mira a la niña y la mujer le dice: “Tiene fiebre”. Entonces se toma su tiempo para contestarle y después le hace informa a la jefa del triage. Me acerco a la mujer con la niña de dos años y le pregunto: “¿Qué pasó?, ¿no te la quería ingresar?”. La mujer le hace un gesto de disconformidad con la cara y responde: Le contó que cuando le dijo al funcionario que tenía fiebre y vómitos, en ese momento le hizo el ingreso. La niña tiene dos años y desde el lunes, era jueves que está con 39° de fiebre.

Si la madre no hubiera ejercido presión sobre el funcionario, tuviese que haberse ido con su hija con fiebre, sin haber recibido servicio alguno. Pero, la mujer sí ejerció presión y obtuvo el pase a Emergencia. De todos modos, el funcionario que accedió al dar el pase pudo no haberlo hecho, basándose en el poder que le otorga su posición. En este caso, es muy factible que hubiera habido efectos negativos sobre el estado de salud de la niña. (Diario de campo 5, martes 11 de junio de 2019, 7:00 pm, Urgencias Hospital Francisco de Paula, Sala de espera).

Dirigirse a una persona desde una de sus características más específicas, como la de ser madre o padre, implica la imposición de un rol. Ese rol es el que cuenta en ese espacio específico. Es decir, para el personal de la salud las personas adultas que transitan por el hospital de niños son, antes que nada, padres y madres. En este caso, el mensaje de la institución presenta un orden de cosas y, a su vez, produce un efecto en el comportamiento del receptor: la

²² GOFFMAN, Erving, *Intemados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

necesidad de actuar de acuerdo con su nominación. Más allá de que estas personas sean también señores y señoras, trabajadoras, desocupados, jóvenes, etcétera, durante la situación de espera son todo aquello que connota la palabra por la cual son denotados: padres y madres que deberán cumplir con las funciones de lo que socialmente se espera de esos roles.

CONCLUSIONES

La Sociología como ciencia de las relaciones sociales toma conciencia de todos los procesos sociales que aparecen y se desarrollan en torno a la salud, analizándolos con sus instrumentos de investigación. Será difícil, en algunas de sus contribuciones, diferenciar qué es investigación sanitaria con la investigación sociológica, ya que, ambas disciplinas tienen puntos de vista comunes en su consideración social de la salud y de los medios para alcanzarla y mantenerla. Con la concepción social de salud se finaliza la visión que las diferentes disciplinas desde las médicas hasta las de ciencia social. Se tratará finalmente de una concepción que, aunque no es atribuible a ninguna materia en concreto, tiene importancia para todos.

Se expone la importancia de la evaluación de la calidad en salud, dando a conocer las condiciones bajo las cuales se realiza la encuesta y la firma del consentimiento informado, con el cual se le explica al paciente que la participación es de libre escogencia, no representa ningún costo, o repercusión institucional, que sus respuestas son totalmente confidenciales, y será libre de abandonar el estudio en el momento en que guste. Seguidamente, el investigador leerá cada una de las preguntas que conforman la encuesta y sus respectivas opciones de respuesta, aclarando cualquier duda en caso de que se presente; a la espera de que el encuestado, responda bajo su criterio personal. Acorde a lo estipulado por la resolución 8430 de 1993, la cual se dictan todas las normas científicas, técnicas y administrativas que se debe tener en cuenta cuando se realiza investigación en salud, teniendo en especial consideración el título II (que habla sobre la investigación en seres humanos).

El presente trabajo se desarrolla como una investigación sin riesgo, pues, no se realiza intervención o modificaciones en variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de quienes participan en el estudio; con esto se pretende salvaguardar la dignidad y proteger los derechos y el bienestar de los sujetos que entran en el mismo; es por ello que, previo a la realización de la encuesta se brinda a los sujetos de estudio, una descripción breve del mismo, y aclara dudas al respecto. Seguidamente, se hace firmar el consentimiento informado de manera escrita por todos los sujetos que cumplieron criterios de selección, dejando claro de ante mano que la participación del mismo es confidencial, y será libre de retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian la experiencia de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias del hospital Francisco de Paula Santander, que permite ver una relación directa entre la satisfacción expresada por el usuario, en concordancia con uno de los objetivos planteados para este artículo, se pudo identificar que los aspectos con mayor grado de inconformidad según lo expresado por los pacientes fueron en su orden: El tiempo de espera y el trato por parte de algunos prestadores del servicio, Esto le permite a la institución plantear estrategias que intenten mejorar estas variables.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la población que acude al servicio de urgencias del hospital, son campesinos, indígenas, afrodescendiente y (en los últimos meses de este año 2019) población venezolana (que no tuve en cuenta en este artículo para entrevistas porque es una población que, por su vulnerabilidad, son muy apáticos para entrevistas). Respecto a la expectativa por los pacientes durante la consulta del mes de Abril, es claro que se percibe una opinión positiva, pues se encontró que nadie calificó de mala manera el servicio, puede ser porque en ese mes no se encuentra con ningún día festivo que en la población de Santander de Quilichao resulta colapsando los servicios, porque normalmente se programan actividades como conciertos, fiestas familiares, donde los habitantes del municipio por algún motivo sea licor, peleas familiares etc., terminan colapsando el servicio por accidentes de tránsito, riñas etc.; con una tendencia clara, pues en este mes que no se realizan tipos de programaciones se consulta por lo que se establece normal, una enfermedad, o sintomatología de ella.

La atención en salud centralizada en la satisfacción del usuario que brindan el servicio de urgencias del hospital Francisco de Paula Santander, valorados durante esta investigación, satisface los indicadores de accesibilidad, oportunidad, efectividad y fidelidad; al mismo nivel que las instituciones valoradas por los estudios previamente discutidos; lo que supone que la institución se encuentra dentro de los estándares de calidad promedio a nivel nacional (de acuerdo en la circular 006 de la superintendencia nacional de salud, organismo de carácter técnico, que cumple funciones de inspección, vigilancia y control en el sistema general de seguridad social en salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrita al ministerio de salud).

BIBLIOGRAFÍA

Dubet, F. (2011) *La experiencia sociológica*. Barcelona, Gedisa.

Goffman, Erving, *Intemados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

Hamui L., Fuentes R, Aguirre R. y Ramírez O. (2013) *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E (2016). *Plan de desarrollo institucional “comprometidos con su salud” periodo 2016 – 2019*.

Larrosa, J. (2006). “Sobre la experiencia”, en *Revista Aloma, Filosofía de la educación*, 19, Barcelona, pp. 87-112.

Oliver R. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research* 1993

Otero P., Pérez R., González C. y Betegón G. (1991) “Estudio del Servicio de Urgencias del Hospital General “Río Carrión” de Palencia”. *Emergencias*, 3(1), pp.58-68

Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. Sloan Management Review, Spring 1991

Romaní, Oriol (2013). Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto. Publicación URV.

Ross C, Frommelt G, Hezelwood L, Chang RW. The role of expectations in patient satisfaction with medical cares. JHCM, december 1987

Thompson AGH, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care 1995

Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. Soc Sci Med 1997

Herrera L., Villamil M., Pelcastre B., Cano F. y López M. (2009). Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. Rev Saúde Pública, 43(4), pp.589-594 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7289.pdf>

Parsons, Talcoltt. Sistema social. Estructura social y proceso el caso de práctica médica moderna. Disponible en <https://es.scribd.com/document/123775458/PARSONS-Talcott-El-Sistema-Social-cap-10-Estructura-social-y-proceso-el-caso-de-la-practica-médica-moderna-pdf>

Parsons, Talcoltt. La estructura de la acción social. Disponible en: <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/Parsons-37%20a%2063-La-Estructura-de-la-Acción-Social-I%20%28Cap%20%29.pdf>

Salazar A. (2012). Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. Revista Cubana de Enfermería, 28(4), p.495-508 Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n4/enf06412.pdf>

Staroselsky, T. (2015). Consideraciones en torno al concepto de experiencia en Walter Benjamin. X Jornadas de Investigación en Filosofía, 19 al 21 de agosto de 2015, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7648/ev.7648.pdf

Durkheim, E. Las reglas del método sociológico. Disponible en https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45453/mod_resource/content/1/LAS_REGLAS_D_EL_MÉTODO_SOCIOLOGICO_-_EMILE_DURKHEIN_-_PDF.pdf

Elers Y. y Gibert M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería, 32(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>