

Investigación-Acción Participativa sobre percepciones, preocupaciones y necesidades de los profesionales de salud en una central de emergencias de Argentina

Participatory Action Research on perceptions, concerns and needs of healthcare professionals in an emergency department in Argentina

María Florencia Grande-Ratti^{1,2,3,4,5}  0000-0001-8622-8230

Romina Yasmin Perez-Manelli²  0000-0002-1915-892X

Ana Gabriela Herrera³  0000-0003-4937-1577

Ana Soledad Pedretti¹

Valeria Aliperti^{5,6}  0000-0002-6341-0678

Bernardo Martinez¹

Adriana Ruth Dawidowski^{5,6}  0000-0002-0022-3306

¹Central de Emergencias de Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

²Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

⁴CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), Buenos Aires, Argentina.

⁵Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

⁶Sección de Epidemiología y Departamento de Calidad, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Fechas · Dates

Recibido: 10/08/2021
Aceptado: 14/06/2022
Publicado: 15/07/2022

Correspondencia · Corresponding Author

María Florencia Grande Ratti
maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Resumen

Objetivo: Explorar las percepciones, preocupaciones y necesidades del personal de salud en una Central de Emergencias de Adultos (CEA) de Argentina.

Métodos: Investigación o acción participativa, coordinada y ejecutada por el propio personal de la CEA, que incluyó médicos/as, personal de enfermería y administrativo/as para participar activamente en la recolección de información y en el análisis. Se utilizaron metodologías mixtas: análisis documental de quejas y reclamaciones escritas por parte de los pacientes, 10 entrevistas individuales y 2 grupos focales reflexivos con 10 integrantes del personal de salud (de diferente cargo y antigüedad, y residentes en formación).

Resultados: Los tópicos emergentes fueron factores laborales que inducen al error y atentan contra el encuentro clínico centrado en la persona: la sobrecarga y la falta de tiempo, la sobreutilización de recursos por medicina defensiva y la tecnología que reemplaza el contacto físico. El personal de salud manifestó episodios de agresiones de pacientes o sus familiares, cuando las largas esperas y las insuficiencias estructurales (como falta de camas, saturación de sala de espera, incomodidad) atentan contra la paciencia y la tolerancia. A partir de esta reflexión se generaron mejoras en diversas áreas de la CEA.

Conclusiones: La identificación de las problemáticas realizadas por los propios actores de la CEA resultó un método pertinente para generar un proceso de cambio de gestión colectiva, promover la reflexión y cientificar, permitir identificar áreas de mejora, diseñar estrategias y propuestas concretas.

Palabras clave (DeCS): Servicios Médicos de Urgencia; Actitud del Personal de Salud; Investigación Cualitativa; Agotamiento Profesional; Violencia Laboral

Abstract

Introduction: To explore perceptions, concerns and needs of healthcare professionals in an emergency department (ED) from Argentina.

Methods: Participatory action research, coordinated and carried out by ED healthcare professionals, which included physicians, nurses and administrative staff who actively engaged in both data collection and analysis. Mixed methodologies were used: documentary analysis of complaints and written claims by patients, 10 individual interviews, and two reflective focus groups of 10 healthcare professionals (who differed in occupation, seniority and experience, including residents in training).

Results: The topics that emerged were work factors that lead to errors and threaten patient-centered clinical encounters: work overload and lack of time, the overuse of resources for defensive medicine purposes and technology that replaces physical contact. Healthcare professionals reported episodes of aggression by patients or their families, when long waits and structural insufficiencies (such as lack of beds, saturation of the waiting room, discomfort) threaten patience and tolerance. From these insights, improvements were generated in various areas of the ED.

Conclusions: The identification of problems by the ED stakeholders was a relevant approach that led to a process of collective management change, promoted reflection and

raised awareness, allowing the identification of areas for improvement, design strategies and concrete feasible proposals.

Key words (MeSH): emergency medical service communication systems; attitudes of healthcare personnel; qualitative research; occupational health services; workplace violence

Introducción

Los servicios de urgencias se enfrentan en la actualidad a múltiples y diversos desafíos relacionados con la atención sanitaria, como el aumento del número de personas con afecciones crónicas múltiples, la población envejecida, y los largos tiempos de espera⁽¹⁾. Esta problemática de salud pública se denomina congestiónamiento o hacinamiento⁽²⁾, y fue definida como la situación en la cual las necesidades de los pacientes exceden la capacidad del servicio y del hospital para brindar una atención en los marcos temporales aceptados. Este fenómeno impacta negativamente tanto en la percepción de la calidad de atención del paciente⁽³⁾, como en el propio personal sanitario desde la cultura de la seguridad, expresado con mayor tasa de errores, violencia laboral, y/o aumento del ausentismo⁽⁴⁾. La literatura existente evidencia que numerosos son los factores que contribuyen a una gran cantidad de errores, y que existe asociación entre el congestiónamiento y los resultados adversos en los servicios de urgencias⁽⁵⁻⁷⁾. Los errores de diagnóstico dependen en su gran mayoría de exámenes incompletos, precipitados o insuficientes, y todo esto genera atenciones médicas inadecuadas, insatisfacciones, y elevados costos sanitarios⁽⁸⁾.

Por todo lo antedicho, los esfuerzos para aumentar la identificación y el análisis de estos errores han incluido campañas orientadas a establecer conciencia de seguridad en los hospitales, políticas de informes obligatorios, y reportes anónimos orientados a un cambio para alejarse de culpabilizar a las personas⁽⁹⁾.

En consecuencia, todo esto es un tema prioritario en la agenda de la gestión, apuntando a la prevención de riesgos laborales y la protección de la salud, y la seguridad de los trabajadores y/o usuarios del servicio^(10,11). A nivel local, en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) se venía abordando esta problemática con estrategias clásicas de planificación normativa. Sin embargo, la justificación del presente estudio se fundamenta en que se planteó como necesario un alternativo proceso de cambio basado en la cogestión y el aprendizaje compartido⁽¹²⁾. En un contexto de gestión compleja cobran relevancia las creencias de los sujetos directamente involucrados (quienes definen en el día a día en qué hay que intervenir, y cómo) antes que implementar soluciones teóricamente óptimas (desde una mirada más clásica, técnica y vertical)⁽¹³⁾.

El objetivo principal de este trabajo fue identificar cómo los propios actores de la Central de Emergencias de Adultos (CEA) definen la problemática del congestiónamiento, identifican sus factores constitutivos y verbalizan no vincular con la persona.

Métodos

Investigación acción participativa (IAP), un diseño emergente y cíclico basado en el ciclo de reflexión-planificación-intervención. Este enfoque, aplicado a los procesos de cambio institucionales, se conoce como cogestión, definido como *“transformaciones en la cultura organizacional en las que se circunscriben las relaciones de trabajo, con vistas a procesos que horizontalicen la comunicación, el poder y compartan afecto”*⁽¹²⁾.

Las personas objeto de investigación del presente estudio fueron los propios sujetos protagonistas de todo el proceso, a través de metodologías mixtas para la recolección de información. El trabajo de campo se desarrolló entre mayo de 2018 y agosto de 2019. La coordinación estuvo a cargo de 2 profesionales-investigadores de la CEA que conocían los procesos internos. Por ende, parte del personal de la CEA participó activamente tanto en el diseño, como en la recolección de datos y en el análisis.

El estudio se llevó a cabo en el HIBA, un centro de tercer nivel de complejidad ubicado en Buenos Aires (Argentina), cuya CEA brinda servicio todo el año las 24 horas, atendiendo un promedio de 550 consultas diarias en sus 4 áreas de atención al público. Las áreas están diferenciadas según la complejidad de atención requerida por cada paciente individual, definida al ingreso a través del proceso de triaje. Esta investigación se restringió al área de mediana complejidad (que denominamos área C), debido a que engloba el mayor caudal de pacientes, y representa el epicentro del fenómeno de congestiónamiento⁽¹⁴⁾. Cuenta con un personal de planta aproximado de 254 personas (87 médicos, 92 enfermeros, 55 administrativos y 20 personal de limpieza), y personal de salud rotativo en formación (residentes de los servicios de Clínica Médica o Medicina Familiar).

Se realizó un diseño cualitativo secuencial de tres fases. En una primera etapa, se recolectaron quejas y reclamaciones, documentos escritos por los usuarios-pacientes de la CEA durante el segundo semestre del 2018. El objetivo de este análisis documental fue incorporar al proceso reflexivo de la IAP las voces y las necesidades de los usuarios de la CEA. Se seleccionó una fracción de los documentos tratando de alcanzar representatividad en la pluralidad de los contenidos. El equipo interdisciplinario conformado por integrantes del Área de Investigación en Medicina Interna, de Epidemiología y de la CEA realizó lectura crítica y reflexión colectiva a partir de estos documentos. Como parte de este análisis, surgieron algunas temáticas nuevas para la construcción de la guía de entrevistas (ver Tabla 1) y de los grupos focales que se realizaron posteriormente. Se usó la misma guía para los tres tipos de interlocutores (médicos, enfermeros y/o administrativos).

En una segunda etapa, se realizaron entrevistas individuales a médico/as, y personal de enfermería y administrativo de la CEA, que duraron entre 45 y 60 minutos. Para convocar a las entrevistas, se realizó un muestreo teórico no probabilístico, hasta la saturación de dominios, por lo que se detuvo el proceso de recogida de información cuando se constató que el contenido no arrojaba nuevos aportes⁽¹⁵⁾.

Tabla 1. Preguntas abiertas de la guía de entrevistas, construidas a partir del análisis documental de quejas/reclamaciones de los/las usuarios/as.

Dimensiones	Preguntas disparadoras
Percepción de los tránsitos y desplazamientos del paciente	Desde que el paciente se tiene que anotar en la guardia hasta que se finaliza su atención: ¿cómo es este proceso? ¿dónde se anota? ¿quién lo evalúa? ¿hay triaje? ¿quién/es y lo hacen? ¿qué evalúan? ¿cómo deciden? ¿dónde espera? ¿quién y cómo lo llaman para ser atendido? ¿a dónde o con qué referentes puede acudir durante su tiempo de espera? ¿cuándo se considera terminada su atención completa?
Personal de salud, comunicación y tiempos de trabajo	¿cómo está posicionado el profesional frente a la guardia? ¿qué piensa el profesional de la situación de guardia de los pacientes? ¿Cómo es la interacción con otros profesionales y servicios? ¿Cómo cree que lo vive el paciente en cada caso?
Percepción y/o significados de los espacios	¿cuántas salas de espera existen? ¿cómo te parece que profesionales perciben la sala de espera? (es decir, qué estas pensando de la sala de espera mientras estás trabajando? tenés alguna anécdota de lo que pensas de la sala de espera cuando estás atendiendo/trabajando) ¿la ven? ¿existen los que están en la sala de espera? ¿quién es el responsable si algo ocurriera en ese espacio?
Significación de la temporalidad	¿Cómo vive los tiempos personales de trabajo? ¿Qué piensa sobre las horas de trabajo en un turno (sobre el propio tiempo del profesional)? ¿cómo te sentís con tus horarios de trabajo? (¿Siente que lo presionan los tiempos?) ¿Cuáles son las estas presiones? ¿Qué piensa de la duración de la consulta? ¿Necesitaría más tiempo? ¿Cuáles son las amenazas o limitaciones para esto?
Condiciones y motivaciones laborales	¿hace demanda en otro lado? ¿con qué frecuencia? ¿qué diferencia/s percibe? ¿cómo se siente con la carga laboral? ¿diferencias con otros lugares de trabajo (si aplica)? ¿interés sobre el trabajo? (lo hace por motivación propia, y/o por obligación, y/o económica)
Herramientas disponibles de trabajo	¿Cómo está posicionado el profesional sobre la situación de trabajo en guardia? ¿Qué piensa sobre las herramientas de trabajo? Los elementos de trabajo necesarios (tensiometro, saturometro, historia clinica, medicación, etc.)... ¿están a su disposición fácilmente? ¿hay faltantes? ¿qué percibe como situación "habitual"? ¿qué dificultades encuentra...? ¿qué ventajas reconoce?
Jerarquización profesional intra institución	¿Alguna anécdota respecto de tus compañeros de trabajo que recuerda que merece la pena compartir? ¿Qué valor piensa que el médico tiene para el hospital/pacientes/guardia? ¿Cuándo y cómo se siente valorizado/reconocido? ¿Cuándo se siente desvalorizado?

Dimensiones	Preguntas disparadoras
Quejas y/o violencia laboral	¿Cuáles son las quejas de los pacientes...? ¿Qué es lo que percibe como queja? ¿Tuvo algún tipo de queja? ¿Cómo se lo comunicaron? (escrita, verbal, etc.) ¿Hizo descargo? ¿Qué le pareció? ¿Qué sintió? ¿Cómo percibe la queja? (de mejora... como penalización... como oportunidad...) ¿Existe un circuito para responder quejas? ¿Lo conoce? ¿Cómo funciona? ¿Sufrió algún episodio de violencia que nos quiera contar?

En una tercera etapa, la recolección de datos se basó en grupos focales compuestos por personal de la CEA. Para la moderación de los mismos se utilizaron las quejas y las reclamaciones identificadas en la primera etapa, como manera de incentivar la discusión tomando como insumo los relatos disparadores y las emociones que expresan los pacientes en estos documentos.

Las entrevistas y los grupos fueron audio-grabados y transcritos. Para garantizar la confidencialidad de los/las informantes se utilizaron etiquetas. El análisis de la información se basó en la codificación del discurso (mediante códigos predefinidos y abiertos) y la generación de conceptos y teorías mediante la inducción analítica. Primero se codificó línea por línea, y cada documento fue evaluado por doble revisión, y luego, de manera transversal en un proceso estructurado⁽¹⁶⁾. Este procedimiento lo realizaron inicialmente dos investigadores ciegos entre sí, y al final un tercer investigador trianguló la información e identificó las coincidencias. En caso de discrepancias, se resolvieron por consenso. Los códigos descriptivos fueron agrupados para generar categorías más amplias. Se utilizó el programa informático de Atlas.ti⁽¹⁷⁾.

Todos los participantes convocados para las entrevistas y los grupos focales aceptaron participar previo consentimiento informado oral (con entrega de material informativo por escrito), aprobado por el comité de ética institucional (CEPI#3203).

Resultados

En la primera etapa se revisaron las 213 quejas y reclamaciones del período de estudio, de las cuales se seleccionaron las 100 más representativas de diferentes problemáticas. Mediante lectura colectiva se identificaron 5 tópicos emergentes (desde la perspectiva de los pacientes) vinculados a las necesidades, prácticas de atención y al vínculo con los profesionales de la salud: contención, empatía, tiempos de atención, infraestructura, comunicación y toma de decisiones compartidas (Tabla 2). Se seleccionaron 3 documentos de suficiente complejidad como escenarios disparadores para generar un debate durante los grupos focales (Tabla 3).

Tabla 2. Quejas y reclamaciones (de los pacientes) acerca del cuidado de salud o de los servicios prestados.

Tópico	Descripción	Fragmentos textuales
Contención	Elementos relacionados con la percepción de falta de sensibilidad del equipo de atención frente a las necesidades concretas del paciente/familiar.	<p><i>"quisiera reclamar por las idas y vueltas administrativas y burocráticas que hay ... son tremendas e inaceptables"</i> (familiar de paciente de 18 años oncológico).</p> <p><i>"debemos anotarnos una y otra vez, de un lugar a otro, y es volver a empezar de cero"</i> (familiar de paciente de 84 años, derivada de consultorio ambulatorio a guardia).</p> <p><i>"mi madre estuvo internada esperando cama y nadie se ocupó por las comidas ... manteniéndose sin agua y en ayuno prolongado durante largas horas"</i> (hija de paciente de 78 años)</p> <p><i>"sólo permiten un acompañante por paciente y es muy fácil salir, pero muy difícil volver a entrar"</i> (hijo de paciente de 75 años).</p>
Empatía	Elementos relacionados con la percepción de falta de sensibilidad del equipo de atención frente a las necesidades de contención paciente/familiar.	<p><i>"no pueden preguntarme detrás del vidrio mediante el altoparlante si tengo algún antecedente médico relevante porque yo no quiero gritar a cuatro voces que soy HIV positivo, cuando no tengo biombo ni medio metro de distancia con la persona que está detrás mío en la fila"</i> (manifiesta un paciente sobre el triaje)</p> <p><i>"presento esta queja por la falta de empatía de la doctora XX con el paciente y la familia, por la falta de escucha de la problemática individual y por el miedo para el manejo del dolor ... no quería indicarle cuando mi mamá lloraba del dolor"</i> (hija de paciente de 62 años derivada por traumatología para tratamiento de lumbalgia)</p> <p><i>"esperé 2 horas para que el médico me vea en 5 minutos, y abrieron la puerta 3 veces, y sonó el teléfono para completar con la cuarta interrupción de ese momento tan preciado"</i> (paciente de 45 años)</p>
Tiempos	Elementos relacionados con tiempos de espera prolongados, en sala de espera pequeña y saturada, demoras en traslados a piso, falta de bebida/comida, falta de medicación crónica (no disponibilidad ni respeto de horarios), falta de información acerca del proceso de triaje.	<p><i>"me presento a la guardia y tengo que esperar 3 horas, siendo socia de plan de salud ... tengo una espera como si fuera un hospital público"</i> (mujer de 46 años)</p> <p><i>"entendemos que el caudal de pacientes es grande, pero el tiempo de demora es inaceptable"</i> (hija de paciente de 73 años)</p> <p><i>"es una vergüenza que tengamos que esperar 3-4 horas cada vez que venimos"</i> (hombre de 41 años)</p> <p><i>"me retiro sin ser atendido por cansancio, y eso que la sala de espera estaba prácticamente vacía y no llamaron a nadie"</i> (hombre de 36 años)</p>

Tópico	Descripción	Fragmentos textuales
Infraestructura	Elementos relacionados con recurso humano, falta de camas, sillas incómodas, baños no adaptados a necesidades, hacinamiento que entorpece el tráfico de pacientes.	<p><i>"deberían contratar más médicos y contar con suficientes profesionales para garantizar la atención en tiempos razonables, es lamentable sentir que estoy en un hospital del conurbano... espero las autoridades tomen cartas del asunto ... es una falta de respeto el tiempo que esperamos largas demoras"</i> (hombre de 67 años)</p> <p><i>"no hay urólogo de guardia ... todos estaban de congreso"</i> (familiar de paciente derivado a guardia de consultorio ambulatorio).</p> <p><i>"mi madre se golpeó la cabeza y recién ahora entra a tomografía, estuvimos toda la tarde esperando y ella sentada en una silla de ruedas incómoda"</i> (hija de paciente de 85 años)</p> <p><i>"en la sala pequeña convivimos los que están por atenderse, los que están siendo atendidos, los familiares de los pacientes y los internados esperando cama ... les quedó demasiado pequeña... faltan sillas, se chocan las sillas de ruedas al intentar circular, es caótica la situación cotidiana"</i> (mujer de 38 años)</p>
Comunicación y toma de decisiones compartidas	Elementos relacionados con temas de comunicación entre los pacientes y distintos miembros del equipo de salud: llamar por el nombre, información brindada y recibida, oportunidad de preguntar ante dudas, desconfianza (falta de examen físico y no realización de estudios complementarios, percibido como inducción a errores diagnósticos o terapéuticos).	<p><i>"en calidad de hija quiero manifestar un inconveniente de desinformación acontecido: el domingo en guardia le dijeron que para recibir la amikacina intravenosa debía acudir por el sector 11. Al presentarse con dichas indicaciones, le dijeron que la atención era únicamente con turno y no había disponibilidad, debiendo regresar a la guardia"</i> (familiar de paciente oncológica de 67 años)</p> <p><i>"no sé cómo se llama el doctor que nos atendía porque no se presentó, y tampoco nos enteramos cuando terminó su guardia porque no nos notificó... es lamentable la comunicación y el trato hacia las personas"</i> (mujer de 69 años)</p> <p><i>"a mi mamá le diagnosticaron neumonía por tos, fiebre y ruidos en el pulmón, pero el Dr X no le quiso hacer una placa explicando que el radiógrafo estaba roto, cuando no es cierto bajé a chequear al piso -2 y bajé yo misma a corroborar (...) esto es una negligencia importante y una estafa, deberíamos poder acceder las prestaciones necesarias con este servicio de salud porque no es económica la cuota del seguro médico"</i> (hija de paciente de 68 años)</p>

Tabla 3. Escenarios seleccionados como disparadores para los grupos focales reflexivos.

Tipo de queja	Paciente	Dominios / Categoría según motivo
Escrita en libro de quejas, por parte de familiar (hija).	Anciana de 74 años, mujer, por caída de propia altura.	fragilidad / vulnerabilidad situación de discomfort ante atención prolongada y tiempos de espera discrepancia entre la calidad de atención hospitalaria versus la perspectiva de pacientes
Escrita en libros de quejas, por propio paciente.	Joven varón, con episodio agudo de dolor abdominal (que a las 24 horas resultó en apendicitis con buena evolución clínica).	falta de información hacia el paciente (percepción de error diagnóstico) escaso contacto entre paciente y médico reclamo por falta de examen físico y la no realización de estudios complementarios "necesarios"

Tipo de queja	Paciente	Dominios / Categoría según motivo
Escrita por email, por parte de familiar (padre).	Joven, varón de 20 años, motivo de consulta oncológico (diagnóstico de osteosarcoma, con fiebre y cefalea).	situación de vulnerabilidad saturado y perdido con trámites administrativos sensación de falta de contención e insatisfacción con respecto a necesidades informativas

Posteriormente, se realizaron 10 entrevistas individuales con los siguientes profesionales de salud: 3 enfermeros, 1 administrativo, 1 asistente de sala, 1 enfermero de triaje y 4 médicos; incluyendo 5 hombres y 5 mujeres de diferente antigüedad laboral. Las dimensiones y categorías definidas para el análisis de las percepciones sobre las principales problemáticas laborales del equipo de salud se describen en la Tabla 4. Aquellos más relevantes fueron: sobrecarga laboral y falta de tiempo, problemas de comunicación y tecnología que reemplaza el contacto físico, medicina defensiva (y sobreutilización de recursos), infraestructura, problemas de privacidad (atentados contra la confidencialidad, intimidad y secreto profesional), y episodios de violencia laboral.

Tabla 4. Principales problemas laborales desde la perspectiva del equipo de salud.

Dimensión / Categoría	Descripción	Verbatims
Sobrecarga laboral y falta de tiempo	Designación o cumplimiento de tareas y/o funciones adicionales de forma excesiva, desproporcionada y constante por parte del trabajador.	<p><i>"Son muchas horas [...] si uno está proactivo es muy insalubre: no comes, yo no me permito tomar mate delante de la gente porque es horrible, ni comer adelante de la gente porque no da, me tomo horario de comida pero pensando que quedaron colgados pacientes y no te relaja por más que te lo tomes. Los médicos también veo que a veces ni un café, nada, están trabajando realmente a un nivel de contingencia, constante".</i> (dice una administrativa)</p> <p><i>"Lo que va sucediendo a lo largo del día, es que uno empieza a circular más por detrás, para evitar el contacto visual [...] A medida que transcurren las horas, hay más gente esperando, más sillas de ruedas, gente que está hace mucho tiempo y reclama, hay más discomfort, y a los médicos los altera mucho eso... van yendo por la parte de atrás para evitar pasar por donde están los pacientes".</i> (dice un enfermero de triaje)</p> <p><i>"El asistente de sala habla con la gente, pero dependen también de la cantidad de trabajo que hay. Si hay mucho trabajo, es bastante difícil que se pueda poner a hablar".</i> (dice administrativo sobre la función del asistente de sala).</p>

Dimensión / Categoría	Descripción	Verbatims
Problemas de comunicación y tecnología que reemplaza el contacto físico.	La comunicación durante el encuentro médico-paciente se ve afectada por ser de forma verbal sin miradas, debido a la relación médico-máquina-paciente. Por ejemplo: el registro (evolución) en la historia clínica electrónica o la solicitud de estudios [29].	<p><i>"Hay tantos pacientes que ver y con tan poco tiempo, que eso que antes se tenía que era el tiempo para preguntar, hablar y ver a los pacientes, se resume a 10 minutos de atención y 10 minutos de ver cuál es el próximo paso".</i> (dice una médica residente).</p> <p><i>"Hay poco tiempo de intercambio con el paciente [...] entonces el encuentro se reemplaza por estudios diagnósticos".</i> (dice un enfermero).</p> <p><i>"Lo que certifica la acción médica tiene que ver con la tecnología. El médico cede en eso sabiendo que a veces es inútil. Pero todas maneras lo ofrece, porque es la dinámica. Yo tengo tiempo de detenerme a hablar, pero me lleva mucho tiempo la explicación".</i> (dice un médico)</p> <p><i>"El trabajo del administrativo es un nexo coordinante de todo lo que tiene que ver con enfermería, médicos, servicios de medicina, especialistas interconsultores, limpieza, mantenimiento y todo lo que tiene que ver con aminorar el nivel de conflicto del paciente; explicarles, contenerlos, tratando de que no vaya a invadir al médico en su trabajo ... ni al enfermero en su trabajo, ni interrumpir al urólogo por la ansiedad".</i> (dice el administrativo sobre el médico).</p> <p><i>"Por decirlo de una manera lúdica, durante la espera, se entretiene haciéndole estudios, es una estrategia para aminorar la ansiedad".</i> (dice una médica).</p>
Medicina defensiva (sobrecapacitación de recursos)	La importancia del interrogatorio y del examen físico son determinantes. Sin embargo, se ha desarrollado una dependencia de los análisis de laboratorio y otros estudios complementarios que conllevan a un abuso o mal uso de la tecnología [8].	<p><i>"El paciente lo vive en general como no me estás dando lo que yo merezco, o lo que yo pago para que me des. Hay muchas cosas que hay detrás de eso. Si me pasa algo, vos vas a ser responsable! Hay dos modelos implícitos ahí; el paternalismo médico -yo soy dueño de mis cosas, porque pagó por esto y el derecho a eso-, Pero por otro lado no soy tan responsable, si algo sucede con mi salud es culpa tuya. [...] El médico que está mucho tiempo acá también se da cuenta que en algún momento la atención es bastante mecanicista".</i> (dice un médico coordinador sobre su labor).</p>
Infraestructura	Se refiere a las problemáticas edilicias relacionadas con la prestación de servicios de atención médica en la guardia, como espacios pequeños y sin luz, que no haya espacios protegidos para descanso o comidas durante jornadas laborales extensas, etc.	<p><i>"Hay poco espacio... para transitar, para esperar, para acompañar. La sala de espera interna es muy estrecha y poco amigable, tiene poca luz natural, los pacientes tienen muy poca cosa que hacer".</i> (dice una administrativa)</p>

Dimensión / Categoría	Descripción	Verbatims
Problemas de privacidad.	Entendida como el derecho de las personas (pacientes) a que aquellos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa.	<p>"Cada médico trata de tener un consultorio, pero no es exclusivo de uno. Entonces puede suceder que salgas y cuando vuelvas hay otra persona atendiendo". (dice una residente)</p> <p>"Es poco privado también, vos atendés y permanentemente te están tocando o abriendo la puerta". (dice un residente de Clínica Médica)</p>
Empatía por el paciente	Escuchar al otro, sin presuponer nada y con ánimo de entenderlo y ayudarlo.	<p>"Un área donde la gente está muy enojada por momentos, por eso hay un vidrio blindex, un boton anti-panico [...] lo que para mi tiene que pasar cuando la persona está enojada, es no hablarle a través de un vidrio, salir, ver qué pasa". (dice asistente de sala)</p> <p>"Entiendo que la están pasando mal, que están angustiados, que estén enojados. Si yo estoy en lugar de familiar como estuve muchas veces, comprendo la incomodidad, la espera, la angustia, la ansiedad, cómo se enoja la gente, y es normal". (dice una médica)</p> <p>"Tienen razón, yo si tengo a mi abuela de 90 años que se me duerme en una silla de ruedas y, estaría enojada. No se puede agilizar, esa es la realidad; lo que funciona es alojarlo, ser amables, afectuosos". (dice un médico)</p> <p>"Hacemos no sólo lo que corresponde en cuanto a lo protocolar, sino vamos, contenemos, los escuchamos... como para que baje el nivel de conflicto". (dice administrativa)</p>
Violencia laboral	Entendida como cualquier acto u omisión de agresión o discriminación intencional dirigido a dominar, controlar, limitar, humillar, acosar, explotar o excluir de manera física, verbal, psicológica, sexual, económica, entre otros.	<p>"Lo más violento es cuando me pechió un paciente [...] el familiar de un paciente como de dos metros, yo me acuerdo que me fui a encerrar al triage y terminé llorando". (relata enfermero de triaje)</p> <p>"Lo tuvimos que usar porque un paciente estaba incontrolable, que no escucha, se enceguece. Cuando el paciente o el familiar empieza a alterarse o gritar, y vemos que no hay una entrada alguna, que no entra en razón, que no hay contacto con la realidad o la mirada o por la forma de discutir, ahí se activa el botón de pánico [...] Pero eso activa a seguridad de forma inmediata, aunque a veces tardan en presentarse...". (relata un enfermero)</p>

Por último, se realizaron 2 grupos focales, liderados por 2 moderadores y 1 persona que tomaba notas. El primer encuentro se llevó a cabo con 10 médicos residentes pertenecientes al Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, quienes habitualmente trabajan en la CEA como parte de su formación académica. El segundo encuentro se llevó a cabo con 10 integrantes del personal de salud de la CEA, incluyendo personal administrativo, de enfermería, médicos, residentes de Clínica Médica, ayudante de sala, supervisor de enfermería y coordinador de triaje. Ambos encuentros se programaron para inducir la reflexión de algunas dimen-

siones que surgieron de las entrevistas individuales, relacionadas a la atención como: confidencialidad/privacidad, comunicación/interrupciones, incomodidades o discomfort, invasión, naturalización de la espera, visibilidad del paciente, organización entre los colectivos profesionales, responsabilidad colectiva o individual, conflictos laborales y/o agresión laboral.

Los tópicos emergentes de los grupos focales resultaron similares a los hallazgos de las entrevistas individuales, aunque se detallan algunos tópicos adicionales relacionados desde la perspectiva educativa. Los residentes, quienes hacen jornadas laborales de 12 horas al menos 2 o 3 veces por semana, manifestaron una relación estrecha entre el error del accionar médico y la medicina defensiva (o el miedo a la queja por parte del paciente, o de incluso colegas con cargos mayores y experiencia superior, sintiéndose responsables por una cuestión legal o potencial demanda), y el desgaste laboral (ante las condiciones laborales sin descansos o espacios protegidos personales). Otros factores que mencionar fueron:

- presión por tiempo de demora: predomina por sobre la calidad de atención (consideran que, desde la gestión, se prioriza la cantidad sobre la calidad, dado que existe un indicador de evaluación de desempeño laboral que mide número de pacientes atendidos por hora),

"es muy fácil cometer errores en este contexto y ambiente hostil... no hay ni tiempos ni lugares de descanso en largas jornadas laborales"

- falta de reconocimiento por su labor: predomina una sensación de sobreexigencia sobre el estresante trabajo realizado, con evaluaciones de desempeño que miden rendimiento por cantidad; y falta feedback sobre su proceso de aprendizaje de acuerdo con objetivos esperados,

"se pondera el prestigio académico, ante lo educativo o formativo"

- exposición a situaciones conflictivas (probablemente por pacientes complejos o situaciones clínicas difíciles que exceden al manejo de generalistas),
- factores psicosociales del encuentro clínico como: la ansiedad, el miedo, la incertidumbre del paciente, y/o el error médico.

Todos coincidieron en que existe una naturalización sobre las interrupciones y la invasión durante el acto médico que atentan a la privacidad del paciente:

"es moneda corriente cotidiana que nadie toque la puerta antes de entrar al consultorio mientras estás atendiendo"

"me ha pasado que me abren e interrumpen mientras uno está haciendo quizás ... un tacto rectal"

Desde la perspectiva del personal de salud, se evidencia cierta invisibilización y desjerarquización laboral, particularmente desde la perspectiva de los residentes. El trabajo preventivo en potenciales mejoras se reconoce como una necesidad, pero sin estrategias institucionales actuales para su implementación:

"Yo aún intento cuidar al paciente y si hay familiar, le pido que se apoye sobre la puerta como mecanismo que evita que la abran sin forzar o tocar, o para cuidar ese momento puntual" (dice una residente de Medicina Familiar)

"hay mucha tarea laboral realizada y no medida (por ejemplo: interconsultas de psiquiatría, evaluaciones prequirúrgicas), repensar los indicadores para medir lo correcto, no sólo lo cuantitativo" (dice un residente de Clínica Médica)

Discusión

Se analizó la información relacionada a las percepciones, las preocupaciones y las necesidades del personal de salud que atiende en la CEA (con la participación de al menos 30 miembros en diferentes instancias), así como las experiencias de los pacientes relacionadas al proceso de atención. El discurso fue bastante homogéneo, fueron necesarias 10 entrevistas, 2 grupos focales y 100 documentos para saturar los contenidos. Los resultados permitieron identificar grandes dimensiones relacionadas con los factores laborales que inducen al error y atentan contra el encuentro clínico centrado en la persona, tales como sobrecarga laboral, falta de tiempo, sobreutilización de recursos por medicina defensiva, y tecnología que reemplaza el contacto físico con el paciente. Mientras que, desde la perspectiva de los pacientes, el presente estudio evidenció que el inadecuado trato por parte del personal y la demora en la atención en el servicio continúan siendo los dos principales motivos de insatisfacción reflejados a través de reclamaciones.

En consistencia con la bibliografía en este ámbito laboral, el burnout tiene gran repercusión a nivel profesional⁽¹⁸⁾; y los retrasos y la capacidad de resolución resultan factores cruciales para la insatisfacción de las personas⁽¹⁹⁾. Estos hallazgos también resultaron consistentes con trabajos de Australia⁽¹⁹⁾ y Perú⁽²⁰⁾. Otro estudio similar en Estados Unidos, evidenció que no sólo los largos tiempos de espera, sino el personal subalterno y cambiante, y un enfoque centrado en la atención aguda (sin plan de seguimiento ambulatorio posterior al alta) generan quejas significativas⁽²¹⁾. En una revisión sistemática agruparon las necesidades percibidas de los pacientes que visitaban el servicio de urgencias en torno a cinco temas analíticos: necesidades de comunicación, emocionales, de atención competente, físicas/ambientales y tiempos de espera⁽²²⁾. Otro estudio reciente relacionó una experiencia negativa con dos subtemas más destacados: el tiempo de espera y la comunicación al alta⁽²³⁾.

Según nuestros hallazgos, los profesionales manifestaron episodios de agresiones por parte de pacientes o sus familiares ante desencadenantes como demoras prolongadas e insuficiencias estructurales (ejemplos: falta de camas, saturación de sala de espera, incomodidad), que atentan directamente contra la paciencia y la tolerancia de las personas. La violencia suele ser común en los servicios de urgencias, explicada por numerosos factores ambientales, incluido el personal deficiente, la falta de privacidad, y el hacinamiento⁽²⁴⁾.

Caben mencionar algunas limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, es unicéntrico, lo cual limita la validez externa. En segundo lugar, las inherentes a toda

investigación de tipo cualitativa, como el tamaño de muestra pequeño o los potenciales sesgos (de selección, de información, la existencia de preguntas cerradas o dirigidas; y/o que los profesionales evitaran aspectos sensibles en sus relatos). En tercer lugar, puede resultar restringida la voz de los pacientes, sólo desde las reclamaciones escritas.

Sin embargo, creemos que la principal fortaleza radica en la generación de información local, y trabajar sobre el reconocimiento de los problemas durante el proceso asistencial, con los propios actores. Debido a que se utilizó el marco innovador de la IAP, los resultados del proceso de reflexión grupal permitieron concluir la primera parte de este proceso iterativo que incluye reflexión-planificación-intervención. La bibliografía hace hincapié en el reconocimiento y la reflexión como pasos fundamentales para identificar eventos adversos mediante los cuales los servicios involucrados desarrollen e implementen planes de mejora para optimizar la calidad de la atención^(20,25).

Se identificaron áreas prometedoras e impactantes para trabajar y repensar un ciclo de mejora. Por un lado, se implementaron cambios relacionados a la infraestructura o las instalaciones, como la incorporación de nuevos sillones más cómodos, y la ampliación de la sala de espera, apuntando a la experiencia vivencial de los pacientes⁽²⁶⁾. Por otro lado, se implementaron cambios rotativos de enfermería por diferentes sectores de CEA, apuntando a la prevención del burnout; y se establecieron reuniones quincenales de equipo para hablar sobre los errores basados en casos reales, apuntando a la seguridad de la práctica clínica.

El simple hecho de involucrarse en la discusión reflexiva sobre las problemáticas laborales que vivencian en la CEA, resultó en un proceso significativo de empoderamiento, así como en la identificación de estrategias y soluciones factibles tanto a nivel individual como del sistema⁽²⁷⁾. Sin embargo, se establecieron otros cambios adicionales apuntando a mejorar procesos internos de comunicación, favoreciendo la escucha activa, la contención y las necesidades informativas de los pacientes. A partir de la investigación, por ejemplo, sistemáticamente se entrega una tarjeta con el nombre del médico a cargo, y se notifica activamente ante los cambios de turno. La bibliografía reciente evidencia que la empatía y la comunicación del médico del servicio de urgencias es cada vez más importante e influye en la satisfacción de las personas⁽²⁸⁾.

La particularidad de esta investigación entonces, es que los propios resultados son generados a través del proceso, lo cual hace factible la implementación de estrategias de mejora. Estas estrategias basadas en la cogestión trabajan el proceso de cambio en base y debido a las perspectivas, las visiones y las creencias internas⁽¹²⁾.

Tras el análisis, podemos concluir que la IAP resultó un método pertinente para generar un proceso de cambio basado en la participación colectiva, para promover la reflexión y concientizar, para identificar áreas de mejora y para diseñar estrategias y propuestas concretas.

En consecuencia, se resalta la importancia de profundizar en la brecha existente entre las diferentes interpretaciones de la problemática desde la visión de la organización, del personal de salud y/o de los pacientes. Las estrategias que se van proponiendo no son definitivas ni soluciones mágicas, sino que este tipo de procesos participativos deben contextualizarse en una cultura de cambio, y conllevan tiempo. Por último, si bien estas medidas podrían contribuir a una experiencia positiva en el servicio de urgencias y, por lo tanto, mejorar potencialmente la atención centrada en el paciente, serán necesarias futuras investigaciones en esta área para certificar y alinear el éxito organizacional con el bienestar del profesional sanitario.

Agradecimientos

A la Dra Ana Gabriela Herrera y Lic Romina Perez Manelli, por la invaluable colaboración para la difusión de resultados preliminares en Congreso FAMFYG 2019 y Congreso Nacional de Medicina 2019 respectivamente. A Diego Giunta y Javier Pollán por el apoyo institucional. Los autores agradecemos a todo el personal de la Central de Emergencias por su dedicación y esmero en la atención de pacientes en general, pero muy especialmente de aquellos aquejados por COVID-19.

Bibliografía

1. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med.* 2017;24(9):1137–49.
2. Bucci S, de Belvis AG, Marventano S, De Leva AC, Tanzariello M, Specchia ML, et al. Emergency Department crowding and hospital bed shortage: is Lean a smart answer? A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016;20(20):4209–19.
3. Grande-Ratti MF, Esteban JA, Mongelos D, Díaz MH, Giunta DH, Martínez BJ. Undertriage as quality of care parameter in an emergency department. *Rev Med Chil.* 2020;148(5):602–10.
4. Harthi M, Olayan M, Abugad H, Abdel Wahab M. Workplace violence among health-care workers in emergency departments of public hospitals in Dammam, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 2020;26(12):1473–81.
5. Epstein SK, Huckins DS, Liu SW, Pallin DJ, Sullivan AF, Lipton RI, et al. Emergency department crowding and risk of preventable medical errors. *Intern Emerg Med.* 2012;7(2):173–80.
6. White AA, Wright SW, Blanco R, Lemonds B, Sisco J, Bledsoe S, et al. Cause-and-effect analysis of risk management files to assess patient care in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2004;11(10):1035–41.
7. Friedman SM, Provan D, Moore S, Hanneman K. Errors, near misses and adverse events in the emergency department: what can patients tell us? *CJEM.* 2008;10(5):421–7.

8. Pinilla González RO, Pinilla Pérez ME. La tecnología como amenaza creciente a la relación médico-paciente y al método clínico. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 24];58(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Adams JG, Bohan JS. System contributions to error. *Acad Emerg Med*. 2000;7(11):1189–93.
10. Elder E, Johnston AN, Crilly J. Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2015;27(5):394–404.
11. Grande Ratti MF. Programas, políticas y prácticas de trabajo que reducen la agresión de los pacientes hacia los trabajadores sanitarios. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2020;23(4):e002093–e002093.
12. Doricci GC, do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava M, Guanaes-Lorenzi C. Dinámica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colect*. 2020;16:e3094–e3094.
13. Schön DA. La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós Iberica Ediciones S A; 1992. 310 p.
14. Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Grande Ratti MF, González Bernaldo de Quiros F, Waisman GD, et al. Analysis of Crowding in an Adult Emergency Department of a tertiary university hospital. *Rev Med Chil*. 2017;145(5):557–63.
15. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias Vol. 17, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012. p. 613–9.
16. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. SAGE Publications; 2014. 832 p.
17. Justicia JM. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5: versión 3.03. 2005. 128 p.
18. Roig-Grau I, Fornés-Ollé B, Rodríguez-Roig R, Delgado-Juncadella A, González-Valero JA, Rodríguez-Martín I. Burnout en profesionales de atención primaria en la Cataluña Central. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2022;25(2):86–100.
19. Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med*. 2002;14(1):43–9.
20. Alamo-Palomino IJ, Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo HF. Patient complaints in the adult emergency department of a tertiary referral hospital. *RevFac-MedHum*. 2020;20(2):1–1.
21. Browne G, Lam L, Giles H, McCaskill M, Exley B, Fasher B. The effects of a seamless model of management on the quality of care for emergency department patients. *J Qual Clin Pract*. 2000;20(4):120–6.

- 22.** Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. "They do not care how much you know until they know how much you care": a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J.* 2019;36(6):355–63.
- 23.** Schouten B, Driesen BEJM, Merten H, Burger BHCM, Hartjes MG, Nanayakkara PWB, et al. Experiences and perspectives of older patients with a return visit to the emergency department within 30 days: patient journey mapping. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(2):339–50.
- 24.** Stowell KR, Hughes NP, Rozel JS. Violence in the Emergency Department. *Psychiatr Clin North Am.* 2016;39(4):557–66.
- 25.** Bouwman R, Bomhoff M, Robben P, Friele R. Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process. *Health Expect.* 2016;19(2):483–96.
- 26.** Zakkar MA, Lizotte DJ. Analyzing Patient Stories on Social Media Using Text Analytics. *Int J Healthc Inf Syst Inform.* 2021;5(4):382–400.
- 27.** Cameron KA, Engel KG, McCarthy DM, Buckley BA, Mercer Kollar LM, Donlan SM, et al. Examining emergency department communication through a staff-based participatory research method: identifying barriers and solutions to meaningful change. *Ann Emerg Med.* 2010;56(6):614–22.
- 28.** Aguirre S, Jogerst KM, Ginsberg Z, Voleti S, Bhullar P, Spegman J, et al. Patient Suggestions to Improve Emergency Physician Empathy and Communication. *J Patient Exp.* 2021;8:2374373521996981.
- 29.** Colussi G, Gimenez C, Garcia G, Grande Ratti MF, Luna D. Barreras, facilitadores y necesidades en el uso de un sistema de pedidos electrónicos en un hospital de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública.* 2021;13:e51. Disponible en: http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13/AO_Colussie51.pdf