

CAPÍTULO 3

PRÁCTICAS DISCURSIVAS Y PROFESIÓN MÉDICA

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PROCESOS POR QUEJAS

3.1. Introducción

El nuevo modelo sanitario que es objeto de este estudio tiende a diseñar un sistema que se orienta hacia el paciente-cliente-ciudadano. Las organizaciones sanitarias para poder integrarse en la red de atención pública están obligadas a incorporar unas cartas de derechos, por un lado, y unos mecanismos internos que permitan a los pacientes expresar aquellas quejas o reclamaciones que tengan relación con la atención sanitaria recibida. En este capítulo se describen algunos procesos que ponen en marcha las quejas en el seno de una institución hospitalaria.

3.2. La institucionalización de los procesos por quejas

La *Llei 15/1990 d' Ordenació sanitària a Catalunya* consolida el sistema sanitario catalán de acuerdo con la configuración que se había previsto en el *Mapa Sanitari* del año 1983. Uno de sus instrumentos es la *Xarxa Hospitalària d'Utilització*

Pública que esta Ley 15/1990 institucionaliza¹. Por otro lado, como apuntamos, se configura el *Servei Català de la Salut* como eje del nuevo modelo sanitario. El diseño de la organización de este ente público tiene como finalidades, según el párrafo 2 del artículo 6, además de la atención integral de la salud (apartado a), la garantía de la salud como derecho inalienable (apartado b),

c) Que totes les Regions sanitàries, els Sectors Sanitaris i les Àrees Bàsiques de Salut de tots els establiments sanitaris en què s'estructura el Servei Català de la Salut disposin de la informació pertinent sobre els drets i els deures que assisteixen els seus usuaris com a tals i la facin arribar a aquest, tot reconeixen la lliure elecció de metge, dins les possibilitats que ofereix el sistema sanitari d'utilització pública.

d) Que qualsevol usuari del Servei Català de la Salut cregui objectivament que els seus drets han estat vulnerats o agredits durant l'assistència que ha rebut, o voldria rebre dins del Servei Català de la Salut, pugui fer la denúncia oportuna a la Unitat d'Admissions i Atenció a l'Usuari de què cada regió disposa a aquest efecte.

La *Ordre de Acreditació de Centres i Serveis Assistencials de Catalunya de 25 de abril de 1983 (DOGC núm. 325, de 4 de mayo)* del *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, orden que sirvió de marco para en el proceso de creación de la *Xaxa Hospitalària d'Utilització Pública*, establecía, como norma de obligado cumplimiento para los hospitales que quisieran obtener dicha acreditación, la entrega de una carta de derechos y deberes al enfermo en el momento de su ingreso. Derechos y deberes que se señalaban en la Orden de acreditación.

Con posterioridad, en 1984, se “difundió”² la Carta de los derechos y deberes del enfermo, usuario del Hospital en la que, tal y como exponen sus redactores en la

¹ La Exposición de Motivos de la ley dice literalmente,

La llei consolida, mitjançant la institucionalització per la llei de la Xarxa sanitària d'Utilització Pública, un sistema sanitari mixt, basat en l'aprofitament de tots els recursos, ja siguin públics o privats, amb l'objectiu d'assolir una òptima ordenació hospitalària que permeti l'adequada homogeneïtzació de les prestacions i la correcta utilització dels recursos humans i materials, tot seguint així la tendència general dels països desenvolupats.

² Término utilizado en la descripción de los Antecedentes de la Carta de Derechos de 24 de julio de 2001.

introducción, se plantea cómo lo peculiar del contexto hace necesario el desarrollo de una “información completa”³,

Justamente por ello, en el hospital la información completa y continuada tiene un relieve muy especial como ayuda para la adaptación del enfermo a un medio que le es ajeno. Gracias a esta información, el enfermo puede colaborar con el equipo asistencial. En las decisiones que se tomen, el enfermo debe tener parte activa y a él le corresponde decir la última palabra, una vez suficientemente informado, sobre el camino a seguir, aunque según los criterios del equipo asistencial no sea el mejor desde la perspectiva estrictamente técnica.

Recientemente, 24 de julio de 2001, se ha publicado otro texto que recoge la “Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l’atenció sanitària”(a la que denominaré de manera abreviada Carta 2001). Esta carta desarrolla las exigencias que derivan de la Ley de Acreditación de los centros hospitalarios, vigente actualmente (Ley10 julio de 1991, DOGC núm.1477, de 7 de agosto). Esta Ley establece como requisito para la acreditación la evaluación del grado de cumplimiento de los derechos recogidos en el “opuscle” (Carta de derechos del enfermo).

En esta nueva Carta se dibuja otra institución hospitalaria y otro personaje destinatario de los derechos y deberes. La motivación que explica la nueva Carta habla de “una rápida evolución” en la “visión de los derechos” que obliga a hacer una revisión del marco legal y de aplicación de los derechos y deberes de los usuarios “adaptant-los al moment actual, tot incorporant àmbits i aspectes més nous (constitució genètica de la persona, investigació, etc.)

³ Literalmente dicen los autores en la Introducción,

En el contexto hospitalario, los derechos del enfermo, sin menoscabo de las características mencionadas, adquieren algunas particularidades. El enfermo se encuentra inmerso en un ambiente que le es extraño, y está rodeado de un personal altamente especializado. Ello comporta el riesgo de que la responsabilidad hacia el enfermo se encuentre, a menudo, excesivamente atomizada. El paciente tiene muchos interlocutores, pero éstos sólo le resuelven aspectos muy parciales y de una forma excesivamente técnica, faltándole, a veces, una visión globalizada de su estado.

Parece que no sólo se ha evolucionado en la “visión” de los derechos sino también de las estructuras hospitalarias que, desde esa estructura fragmentaria y especializada de la que hablaba la Carta de 1984 que hacía precisa una información global, se ha pasado a la virtualidad de un “centre” que “informarà de manera clara de les condicions de la relació de l’usuari amb el sistema sanitari, la seva forma d’accés a aquest sistema, del catàleg de prestacions i de la seva cartera de serveis”⁴.

Los disparadores de esta evolución parecen ser, según la Carta, “l’augment de les necessitats, l’exigència d’un nivell de qualitat de vida més alt i un compromís per part dels professionals del sistema sanitari per donar una resposta més satisfactòria a les demandes dels pacients”. Indefectiblemente unido a estos factores los autores auguran un sistema de aseguramiento que “permetrà una relació de compromís mixt amb responsabilitat compartida entre el metge, l’entitat asseguradora i el pacient”.

Este último sujeto ha cambiado, por tanto, de manera esencial. Ya no se habla de él en términos de “enfermo” sino como “ciudadà que cada vegada tindrà més informació i responsabilitat sobre la seva salut i, sens dubte, més capacitat de decisió sobre ella. Per tant, l’exigència en el compliment del seus deures anirà en augment”. El ciudadano a quien alude la ley no se describe únicamente como una persona que busca salud y también calidad de vida, sino que, como titular de derechos, es un cliente, es decir, un usuario o comprador de una serie de servicios. Esta posición como cliente le concede una responsabilidad hacia lo que compra y un deber, el de ser un sujeto informado y responsable.

⁴ La Carta de derechos y deberes, por otra parte, no únicamente se establece para aquellos pacientes-usuarios de instituciones hospitalarias sino que resultan “aplicables a tots els serveis sanitaris, amb independència del seu nivell i de la seva titularitat jurídica”. Por tanto, aplicables a la atención primaria, especializada y sociosanitaria, con independencia de su naturaleza pública o privada.

Esta Carta es el producto de un conjunto de iniciativas (Véase introducción, pag.5) surgidas de diferentes sujetos: regiones sanitarias y centros “i, a vegades companyies d’assegurances”⁵. En la elaboración de este documento se ha acudido a los textos internacionales del entorno⁶. Y, además, “la Llei 21/2000, de 29 de diciembre, sobre els drets a l’informació concernents a la salut i a la autonomia del pacient, i la documentació clínica” (DOGC núm. 3303, de 11 de enero de 2001). También en la redacción de esta Carta se ha atendido a las previsiones que recoge el informe de la subcomisión para avanzar en la consolidación del sistema de salud (*Boletín Oficial de las Cortes Generales de 17de noviembre de 1997, serie D, núm. 205*).

La Carta distingue, diversos grupos de derechos: derechos relacionados con la igualdad y no discriminación de las personas; derechos relacionados con la intimidad y la confidencialidad; derechos relacionados con la constitución genética de la persona; derechos relacionados con la investigación y la experimentación científica; derechos relacionados con la prevención y promoción de la salud; derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria; derechos relacionados con la información sobre los servicios de salud y la participación de los usuarios; además de los deberes de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios. Y otros derechos que señala como esenciales y están relacionados con la autonomía del paciente, pues “a totes les persones

⁵ En la misma introducción cuando habla del proceso de elaboración del documento se refiere a los sujetos que han participado,

En una segona fase, el document s’ha enriquit mitjançant les diferents aportacions i matisacions que han fet els diversos sectors i col·lectius que representen la societat, els professionals i els usuaris. Aquest esforç de consens pretén adequar els continguts a les necessitats actuals en polítiques de salut i als nous avenços científics i tecnològics dels diferents nivells de l’assistència, tot respectant les sensibilitats i els interessos que hi conflueixen.

⁶ Declaració universal de drets humans, de 1948; la Declaració per a la promoció dels drets dels pacients a Europa, de 1994, i el Conveni sobre biomedicina i drets humans del Consell d’Europa, per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l’ésser humà, respecte a les aplicacions de la biologia i de la medicina de 1997, i la recentment aprovada Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, publicada en el DOCE de 18.12.2000, sèrie C núm. 364/1.

se'ls ha de pressuposar que són capaces, a priori, de rebre informacions i de donar el consentiment lliure i amb coneixement a tot acte assistencial que se'ls proposi, llevat del cas en què els manqui aquesta capacitat” Carta (p. 12). El deber de proporcionar esta información se asigna a los médicos y profesionales de enfermería y marca que debe realizarse “de manera suficiente, clara i adaptada a les característiques dels pacients, perquè sigui possible exercir de manera voluntària les llibertats de judici i decisió” (Carta p. 12). Por otra parte, los pacientes tienen derecho a la información asistencial y de acceder a la documentación clínica⁷, a la vez que, tiene derechos relacionados con la cualidad asistencial⁸.

Los dos primeros grupos de derechos se encuentran inextricablemente unidos, es decir, sin una adecuada información asistencial que, en gran parte, puede venir dada por la posibilidad de acceso a la documentación clínica, difícilmente puede hablarse de autonomía del paciente y, por otra parte, cómo pueda ser posible esto se encuentra relacionado con lo que la Carta denomina “cualidad asistencial” y, en concreto, con la organización y coordinación de la asistencia. La Carta habla de coordinación de los niveles de asistencia y existe, en este sentido, un trabajo importante desde todos los ‘centros’ para fomentar el ‘uso racional y adecuado’ de la asistencia primaria y especializada que poseen diferentes tiempos y momentos para su intervención, pero también es relevante el nivel de organización interno que no se marca únicamente desde

⁷ Carta, p. 13

El pacient té dret a conèixer tota la informació obtinguda respecte a la seva salut. També té dret a disposar, en termes comprensibles per a ell, d'informació adequada referent a la seva salut i al procés assistencial (inclosos els termes de risc/beneficis, com a conseqüència del tractament – no tractament). Això no obstant, també s'ha de respectar la voluntat d'una persona de no ser informada, si no ho vol i/o si així ho declara expressament

⁸ “En aquest apartat, es recullen els diferents drets que tenen per objecte garantir el funcionament correcte dels serveis assistencials al llarg de tot el procés assistencial, incloent-hi: la qualificació professional, el tracte respectuós, la coordinació entre nivells assistencials i l'atenció integral”.

la 'cualificación profesional' o el 'trato respetuoso' sino también por la estructura de actuaciones que diseña la Institución, que quieren ser institucionalizadas

3.3. Los estándares de calidad

La "Memòria d'activitats de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública de 2000" elaborada por el *Servei Català de la Salut*, recoge como punto 2 del capítulo relativo a las "Polítiques estratègiques", los Estándares de Calidad con el contenido siguiente,

Estàndards de qualitat

En el procés per a la contractació de la gestió de serveis sanitaris, les activitats d'avaluació, de control i de millora de la qualitat són un element fonamental. Per això s'ha establert un nou marc de referència pel que fa als requeriments d'informació que ha de presentar cada tipologia de centres. El Decret 169/1996, de 23 de maig, exigeix com a requisit per a la formalització dels convenis i els contractes de gestió de serveis sanitaris que els centres compleixin els estàndards de qualitat que es determinin per a cada tipologia de centres, llevat dels centres de la XHUP que han de complir els requisits del Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la xarxa.

Els aspectes amb relació als quals s'han de determinar els estàndards de qualitat estan recollits en el Decret 36/1997, de 18 de febrer. Aquest decret estableix que la concreció dels estàndards es realitzarà a través de la publicació d'ordres específiques dictades pel conseller de Sanitat i Seguretat Social.

Els tres aspectes bàsics als quals fan referència aquest estàndards són:

- Aspectes organitzatius i de personal, que valoren el sistema organitzatiu del centre i el funcionament del servei, així com els recursos humans, les funcions que desenvolupa el personal i la formació d'aquest.
- Aspectes de qualitat de l'assistència sanitària i de l'atenció global a l'usuari, que inclouen els sistemes de recollida de dades i els circuits d'accés i de seguiment, d'una banda, i l'atenció i l'estímul a la participació del ciutadà per l'altra.
- Aspectes relatius al sistema de control i als protocols de manteniment de l'estructura, les instal·lacions i els equipaments del centre.

La resolució d'aquest estàndards de qualitat per part del Servei Català de la Salut és indispensable per optar a la fase de concurs prèvia a la concertació de la gestió de serveis sanitaris. S'inicia així un procés que ha d'evolucionar constantment i ha d'autoevaluar-se per tal de generar un sistema de qualitat continuada.

Una de las cuestiones previas que queremos plantearnos es la relativa a qué representan estos ‘estándares de calidad’ en el ámbito del sector público.

3.3.1. Estándares de calidad y sector público

Como apuntábamos en el capítulo anterior, el discurso del *New Public Management* sitúa como uno de sus objetivos principales la consecución de la ‘calidad’ de los servicios públicos. Poco a poco el término calidad parece constituirse en el eje de todos los gestores y políticos. Como señala V. Pérez (2001:37), existen varias razones que explican la creciente importancia que se atribuye a la calidad,

1) el incremento global de la competencia, que obliga a las organizaciones a plantearse continuamente la forma de producir y ofrecer mejores servicios y más adaptados a las nuevas demandas; 2) la internacionalización de los mercados, que hace necesario implantar mecanismos de calidad que permitan a los clientes orientarse en ámbitos cada vez menos conocidos; los sistemas de calidad constituyen señales de identificación, que ayudan a situarse en contextos cada vez más globalizados; 3) el aumento de las exigencias de los consumidores, cada vez más conscientes de sus derechos sobre los productos que compran o los servicios que reciben y dispuestos a reclamar, en caso de conseguir la calidad esperada.

En este párrafo vemos esbozadas las líneas del concepto ‘estándares de calidad’ en el ámbito de la sanidad en el que nos situamos parece asociarse a unas obligaciones legalmente impuestas que sirven de medida a la Administración Pública para ‘valorar’ la idoneidad de un determinado Centro y, por tanto, la posibilidad de este Centro de ‘concertar’ sus servicios con la Administración.

Pero esta cuestión aparentemente clara no lo es tanto porque inmediatamente surge una pregunta: ¿qué son los estándares de calidad?. ¿Son meros objetivos de la

administración? O, por el contrario, ¿son derechos legales de los que son titulares los interesados?. El marco legal que hemos esbozado no logra aclarar bien estas cuestiones.

El diseño de la red sanitaria puesto en marcha por la ley catalana toma como modelo de referencia el sistema sanitario inglés. En el ámbito del sistema anglosajón se impulsó en 1991 la “Citizen’s Charter” como un programa a desarrollar de manera progresiva en el plazo de diez años con la finalidad de mejorar la prestación de servicios por el sector público⁹.

Los estándares de calidad constituyen, como señala Luca Lo Schiavo (2000:681), la clave de la “Citizens Charter initiative”. Los estándares de calidad se establecen tanto en sentido cuantitativo como valor mínimo asociado a un indicador de calidad como, por ejemplo, las listas de espera, y, también, en sentido cualitativo, a través de unos principios que comprometen la organización, por ejemplo el respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes.

Por su parte, en el ámbito de la Ley catalana de 1990 también cabe hablar de estándares de calidad, tanto en sentido cuantitativo como cualitativo. Estos estándares se establecen como programa de desarrollo de la prestación de servicios por parte de la Administración Pública ligada a la consecución de niveles de calidad en cuanto a la coordinación entre niveles asistenciales y atención integral sanitaria (Carta 2001: 14)

⁹ La exposición de motivos de la Llei 15/1990 señala en su apartado VIII,

Òbviament, la implantació d'aquest nou model haurà de portar-se a terme d'una manera gradual i progressiva a fi d'assegurar plenament l'èxit de la reforma que es propugna la qual cosa té el seu reflex en les disposicions transitòries de la Llei, que preveuen l'ineludible període que ha de transcórrer fins a la plena assumpció de les competències del Servei Català de la Salut (...) En definitiva, l'aplicació del model que aquesta llei configura ens permetrà avançar, sens dubte, en la distribució adequada dels recursos sanitaris, l'optimització dels mitjans econòmics que s'hi destinen, la coordinació de tot el dispositiu de cobertura pública, l'acostament i la participació dels usuaris en la presa de decisions i la millora de la qualitat dels serveis sanitaris, amb l'objectiu últim i essencial de promoure, protegir, restaurar, rehabilitar i millorar la salut dels ciutadans de Catalunya.

¿Cómo y quién mide estos estándares? ¹⁰ Evidentemente, la Administración Pública pone en marcha una serie de mecanismos de control de información que tratan de verificar las prestaciones sanitarias que efectivamente se producen, este control de información atiende a criterios ‘objetivos’ y tiene finalidades económicas: según los procesos desarrollados la Administración paga. Sin embargo, ¿cómo el destinatario-ciudadano-paciente recibe estas prestaciones? Este punto se orienta hacia la medición de la satisfacción expresada¹¹. ¿Qué trascendencia tiene este enfoque en la configuración de los derechos de los ciudadanos - clientes - pacientes para cuyo ejercicio se establece la posibilidad de presentar una reclamación o queja ante el centro sanitario? ¿Qué miden estas reclamaciones o quejas, los estándares o el ejercicio de derechos?. Se plantea una cuestión esencial, ¿qué posición jurídica tiene el ciudadano en la estructura institucional público-privada diseñada por la Administración Pública?.

Si recurrimos a la *Memòria Costa Ponent* encontramos en el capítulo dedicado a la “Opinió dels ciutadans sobre la qualitat dels serveis”¹².

Reclamacions de proveïdors

La valoració de les reclamacions s’ha gestionat de manera operativa amb les dades proporcionades per les entitats proveïdores, segons els paràmetres fixats per la Instrucció 03/96 del CatSalut, que regula el procediment de gestió de les queixes i reclamacions dels usuaris de les entitats proveïdores

¹⁰ Se han propuesto muchos modelos de evaluación del cuidado sanitario. J.Sitzia y N.Wood (1997:1831) repasan algunos de estos modelos y analizan especialmente el modelo propuesto por Donabedian en cuanto muchas de las ideas propuestas por este modelo se han incorporado en el control de calidad del modelo sanitario inglés (sistema de referencia del modelo catalán). Donabedian distingue entre “estructura”, “proceso” y “resultado” como ejes para la evaluación de la calidad. La “estructura” se refiere a la organización de la prestación del cuidado sanitario y las condiciones bajo las cuales se presta. Por “proceso” entiende las actividades profesionales relacionadas con la provisión de cuidado sanitario. El aspecto más importante sería el “resultado” que se definiría no únicamente por una medida de salud o cualquier otro estado sino por un ‘cambio’ en el estatus de salud actual y futuro que se pueda atribuir a la atención prestada. (1997: 1831)

¹¹ Se han llevado a cabo algunas iniciativas para ‘controlar’ la calidad de la prestación sanitaria. Una de ellas consistía en la contratación de actores que simulaban ser usuarios de los servicios. Uno de los argumentos utilizados para abandonar esta iniciativa se basaba en la dificultad para ‘simular’ enfermedades.

¹² Costa de Ponent es una de las Regiones Sanitarias que elabora su propia memoria en la que se agregan los datos de todos los centros que integran el territorio de Costa de Ponent. Escogemos esta memoria porque en ella se ubica el centro hospitalario en el que hemos desarrollado el trabajo de investigación.

de la xarxa sanitària d'utilització pública, i d'acord amb els criteris fixats de manera homogènia per a tot el CatSalut. Per tant, diferenciades per àmbit i motius de reclamació.

Aquest any s'ha disposat d'informació efectiva sobre la gestió de les reclamacions del 90% de les entitats proveïdores de la Regió Sanitària, amb relació a la totalitat de les seves unitats productives, sent el nombre total de reclamacions de 3.865.

D'aquest nombre de reclamacions destaca de nou la tendència a l'increment progressiu dels darrers anys amb relació amb el seu nombre total. Aquest any l'increment ha estat de 27,68% respecte a l'any 1999. Aquest fet ens confirma l'alt nivell d'exigència per part dels clients del sistema sanitari públic.

El perfil total de reclamacions defineix l'àmbit de l'atenció hospitalària, que genera un 44,86% de totes les reclamacions, com els proveïdors que reben més reclamacions, i l'àmbit de l'atenció primària (EAP) i el de l'atenció primària no reformada (XNR) generen l'altra gran part de les reclamacions trameses amb un 29,47% i un 13,82% respectivament.

Pel que fa als motius generals de les queixes presentades pels ciutadans de manera reiterada, es poden agrupar bàsicament en disconformitat amb els processos organitzatius (50,79%) i en problemes de tipus assistencial que originen el 19,04% de les reclamacions.

MOTIUS	Sectors Sanitaris: Alt Penedès, Anoia, Garraf i Baix Llobregat Delta litoral	SS: Baix Llobregat Fontsanta i Centre Nord, i Barcelonès Sud l'Hospitalet	TOTAL
Assistencials	16	1	17
Tracte	8	4	12
Informació	2	2	4
Organització i tràmits	161	76	237
Total	187	86	270

Fuente: Memòria d'activitat 2000 Sector Sanitari Costa de Ponent

A estas reclamaciones se les ha de sumar aquéllas presentadas directamente a la Oficina de atención de la Región Sanitaria¹³.

3.3.2. El punto de vista de los pacientes

La Administración Pública compradora de servicios entiende esencial para la renovación de ciertos la evaluación constante de los servicios. Una de las medidas es la ‘satisfacción de los clientes’. Pero qué significa este concepto. ¿Puede llegar a transformar en ‘estándares’ los derechos?. Lo que sí parece es que el sistema de codificación establecido, que veremos, determina el cómputo total de las reclamaciones presentadas. ¿Las quejas miden la ‘satisfacción’ de los clientes o es algo cualitativamente diferente?. B.Williams (1994) apunta una cuestión que creemos esencial, el proceso de evaluación y por tanto el significado de los datos sobre satisfacción del paciente depende en gran medida del rol del paciente en el sistema sanitario.

Es interesante en este punto un estudio realizado por un equipo de médicos de un hospital pediátrico infantil en relación con las quejas: “Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno-infantil”. El estudio se publicó en la Revista de Calidad Asistencial 2001 y los autores A. Domingo, C.Luaces, A. Mañosa, J. J.García, M.Serra, J. Pou son, en su mayor parte, miembros del Servicio de Pediatría Sección Urgencias.

El fundamento del estudio muestra la perspectiva de su análisis,

¹³ El total de las quejas presentadas directamente en la Región sanitaria es de 97 conforme a la clasificación en dos motivos: asistencial y organización y trámites. Y según el nivel asistencial de procedencia: Hospitalarias (30), Primaria (6) y Transporte sanitario (61).

El estudio de las reclamaciones realizadas por los usuarios en un Servicio de Urgencias, representa un parámetro de calidad que nos permite valorar la satisfacción del usuario y conocer los aspectos mejorables en el proceso de atención al usuario. El objetivo es conocer la incidencia y analizar los motivos de las reclamaciones realizadas en un Servicio de Urgencias pediátricas, así como su posible repercusión en la evolución clínica del paciente.

El estudio es amplio en la medida en que recoge reclamaciones presentadas entre enero de 1996 y julio de 1999. Valorando un total de 61 reclamaciones, señalan como motivos más frecuentes de quejas: demora excesiva en atención urgente (37%), insatisfacción asistencial (30%), trato personal inadecuado (12%). Las conclusiones del estudio son:

- a. La causa más importante de reclamación, y por tanto, de descontento del usuario es la demora asistencia, seguido de insatisfacción asistencial.
- b. En ningún caso, la demora asistencial ha supuesto cambio clínico del paciente. (2001: 22)

Este punto se explica en el texto planteando la falta de conexión entre el motivo de la reclamación y los “datos objetivos” de la historia clínica,

En ningún caso el motivo de reclamación tuvo relación directa según los datos objetivos de la historia de urgencias con la evolución clínica del paciente

A pesar de la reclamación del usuario, la mayoría, en caso necesario, acude nuevamente solicitando asistencia.(2001:23)

Más allá de la dificultad que plantea el propio concepto de ‘satisfacción’ de los pacientes. Parece que este estudio introduce un complejo problema. Si el motivo de la reclamación no tuvo, en ningún caso, relación directa, según los objetivos de la historia de urgencias, con la evolución clínica del paciente, ¿qué se está valorando? Es decir, ¿cómo debe entenderse la queja de los pacientes si, como apunta esta investigación, la atención dada fue la adecuada, conforme a la historia clínica?

Las quejas o reclamaciones miden la calidad de un servicio en sentido estrictamente técnico y expresan, en cualquier caso, la posición de un paciente que debe atenderse, entre otras cosas porque así lo exige la ley. Las quejas o reclamaciones expresan, evidentemente, opiniones sobre el funcionamiento de los servicios pero también, señalan la posibilidad de un conflicto que no necesariamente tiene que ver con la calidad del servicio, es decir, con la prestación estrictamente técnica, pero sí con elementos ligados a cómo efectivamente se organiza la comunicación de esta prestación médica, es decir, se hace partícipe de ella en la interacción al paciente.

Al ser motivo de las quejas sobre todo aspectos de tipo comunicativo y asistencial, más que de tipo técnico, podemos plantear que las quejas tienen que ver con la reproducción de una estructura de dominación profesional que en la relación médico – paciente se suele expresar a través de una escasa comunicación, la reticencia a dar información al paciente sobre su condición y por el uso de la jerga médica en las discusiones con los pacientes; y, por el contrario, el punto de vista del paciente, en torno a ‘la satisfacción’, cabe plantear también hasta qué punto se orienta hacia la búsqueda de un reequilibrio en la estructura de la relación médico – paciente y, en este sentido, hacia otra organización social de la comunicación.

En cualquier caso, el análisis de los procesos y de prácticas comunicativas institucionales observadas no pueden entenderse únicamente como parte de un mero proceso de interacción sino que todas ellas están representando en alguna medida el proceso de cambio institucional y organizativo que las sustenta. Todas ellas forman parte del proceso de transformación, impulsado políticamente, que conduce hacia la institucionalización de una red de relaciones complejas que posibiliten una determinada organización de un ‘entorno’ sociosanitario.

La construcción de esta ‘nueva’ red de relaciones ha de poner en marcha unas prácticas que permita la adaptación de las estructuras y relaciones existentes a unos objetivos definidos legalmente, en este sentido, el conjunto de derechos que se definen no deja de ser reglas institucionales construidas directamente desde objetivos social y legalmente definidos¹⁴. El proceso es complejo y vamos a intentar analizar la trascendencia de estas estructuras que canalizan el punto de vista de los pacientes¹⁵.

3.4. Las unidades de atención al cliente

La Unidad de Atención al Cliente es el servicio a través del cual se canaliza el proceso de queja en el seno de cualquier institución hospitalaria y no hospitalaria. En efecto, de manera obligada todos los centros integrados en la red sanitaria catalana han de crear una Unidad para atender las reclamaciones de los pacientes. Cada centro dota a esta unidad de la complejidad estructural y funciones que estime necesaria pero, fundamentalmente, la Administración obliga a disponer de un espacio al que el

¹⁴ Como hemos apuntado, el modelo sanitario impulsado por las reformas iniciadas desde los años 80 tiende a reducir el poder de la profesión médica. En efecto, los cambios tecnológicos, políticos y económicos tienden a reducir la autonomía y el control de la profesión médica. En este sentido, se habla de proletarización y corporización de la profesión médica. Pero, otro aspecto esencial de esta transformación apunta al logro de un equilibrio en la relación médico – paciente. Evidentemente, el papel que adopten los pacientes en este punto resulta esencial pero evidentemente esto ha de ir acompañado por una transformación de las estructuras que incorporen como esencial la comunicación médico – paciente.

¹⁵ Un aspecto sin duda importante de este tema pero que no abordaremos por no estar directamente relacionado con nuestra investigación es el de la participación de las Asociaciones de Pacientes en el diseño del modelo sanitario. Nuestra investigación no tiene en cuenta la peculiaridad de este tipo de pacientes pero, sin duda, la labor activa de estas asociaciones tanto desde el punto de vista de la información (el paciente crónico es un paciente informado y puede serlo no solo por búsqueda individual de información sino por las relaciones sociales que establece con otros pacientes y experiencias en la actividad asociativa) como desde las negociaciones que mantienen para la mejor asistencia de sus asociados ‘transforma’ la relación médico-paciente. Por ejemplo, el ejercicio activo de los derechos de los enfermos de SIDA por parte de ACTUA tuvo un efecto fundamental en la organización de la prestación sanitaria a los enfermos. Frente a la pretensión de la administración de remitir la atención de esta enfermedad crónica a los ambulatorios la presión de la organización, basándose en la mejor atención e

‘cliente’/‘usuario’ pueda acudir para manifestar alguna reclamación o queja. El servicio se encuentra adscrito a ‘Gerencia’, es decir, depende directamente de la dirección del centro y, además, la persona responsable suele participar en los Comités de Ética, es decir, en el espacio que se institucionaliza para dirimir conflictos ‘éticos’ entre profesionales y pacientes así como marcar las líneas maestras de actuación ‘ética’ de la institución¹⁶.

En este apartado pretendemos abordar los mecanismos formales e informales que se movilizan en la organización hospitalaria a través de las quejas para poder entrar después en los temas esenciales de este capítulo:

- la respuesta institucional a las quejas: respuesta organizada
- la percepción la satisfacción de los/as pacientes a través de las quejas: derechos o estándares

Estos dos puntos los analizaremos como índices del proceso de transformación de la organización a través de procesos de redefinición de las estructuras en los que se desarrollan las interacciones sociales institucionalizadas: los encuentros médico – pacientes pero también las relaciones entre profesionales y las relaciones de los pacientes con el personal de gestión del centro, como es el caso de las interacciones en la Oficina de Atención al Cliente.

Las quejas desarrollan, en alguna medida, estrategias de control conforme a lo que parece querer representarse institucionalmente como pautas definidas social y

información que pueden poseer los médicos especialistas en instituciones hospitalarias, hizo dar marcha atrás a la administración. (Entrevista a G. Valverde, miembro de ACTUA, 22.2.02)

¹⁶ El Reglamento Interno del Comité de Ética Asistencial del Hospital en el que desarrollamos nuestro trabajo apunta la finalidad de este órgano, en redacción que se adapta al proyecto de acreditación de la Generalitat de Catalunya, “ayudar en la reflexión sobre las decisiones, actuaciones y actitudes en el campo de las ciencias de la salud, a fin de considerar los aspectos que, junto a criterios científico-técnicos, pueden comprometer los derechos humanos de los enfermos y usuarios de los servicios sanitarios, así como los valores sociales, personales e institucionales”.

legalmente (derechos). Sin embargo, su eficacia viene dada por la penetración discursiva y práctica a través de la definición de nuevos y aceptados ‘contextos de negociación’.

Estos contextos son fundamentalmente asimétricos y normalmente acaba discutiéndose en un espacio técnico marcado por la definición/codificación institucional del conflicto: hay cosas sobre las que se puede hablar y hay otras sobre las que el paciente no puede opinar.

Por ejemplo, dos quejas presentadas frente a actuaciones del servicio de urgencias médicas. En la primera de ellas la queja se anota directamente por el responsable del servicio al tratarse de una queja telefónica como “desacord amb el diagnòstic donat / tracte personal inadequat”. La madre lleva al niño con un posible diagnóstico avanzado por el pediatra, insiste a la pediatra que le visita sobre este diagnóstico y, sin embargo, en esa atención se le da otro diagnóstico. Finalmente, transcurridos unos días, el niño empeora y se confirma el diagnóstico inicialmente apuntado por la madre y el pediatra. La respuesta de la institución es estrictamente técnica basándose en la imposibilidad técnica del diagnóstico y descartando, por tanto, la posibilidad de la queja. El pediatra tampoco puede opinar porque no tiene tecnología adecuada. No se puede entrar a discutir el diagnóstico, no es su competencia. Aquí entran en juego elementos no explícitos respecto a las pautas y rutinas del servicio de urgencias frente al que se produce la queja que el paciente no puede entrar a discutir¹⁷.

Cuando la queja apunta a temas no técnicos la respuesta de la institución es positiva.

Por ejemplo una queja producida contra el servicio de urgencias y codificada como falta

¹⁷ El texto de respuesta es el siguiente, “La doctora que va atendre al seu fill (...)i segons consta a l’història clínica, va poder retirar amb facilitat les taques blanques que tenia a orofaringe. Per altre banda la localització només a orofaringe, sense lesions blanques a les galtes o genives és molt rara en el muguet. Aquest motius van a favor de que, com li va indicar la doctora fos llet i no una candidiasi o muguet. Cal comentar també que, segons descriu la literatura mèdica, la candidiasi habitualment es presenta només en la mucosa bucal i lingual dels infants. La seva extensió cap esòfag i estómac és pràcticament impossible

de coordinación de los equipos que integran las urgencias. La descripción escrita de lo ocurrido relata órdenes contradictorias de los miembros del equipo mientras esperaba la atención: entró por urgencias de cirugía porque el niño recientemente había sido operado de fimosis, la cirujana descarta la relación con la fiebre y mientras esperan atención de pediatría entra una profesional y les echa del box por razones del servicio. La espera se dilata. Esta queja sí es posible. La codificación como ‘descoordinación’ atiende a la perspectiva interna de la organización. La paciente se quejaba del trato, de la incoherencia y de la espera. La coordinación de los servicios y las listas de espera es un problema interno y que suscita conflicto en el servicio.

El proceso es complejo como lo son también algunos indicadores que queremos utilizar para el análisis. Por un lado, las quejas, es decir, la expresión discursiva y práctica de la opinión (satisfacción) de los pacientes sobre las relaciones que han establecido con la institución. Por otro lado, las respuestas de los doctores enmarcando una estrategia institucional ambivalente derivada de la necesidad de limitar y controlar el conflicto interno, por un lado, y, por otro, satisfacer al usuario-cliente que formalmente ostenta derechos, derechos que son propias y esenciales ‘prestaciones’ de salud, por ejemplo la información.

En este sentido, la oficina de atención al cliente institucionaliza estos derechos en cuanto propicia los mecanismos para su actuación. No resulta claro, como veremos, el alcance institucional que quiere o puede darse a estos derechos que en ocasiones se constituyen en estándares (objetivos de actuación) y, en otras, desarrollan su virtualidad como normas que vinculan a los profesionales en su práctica. Creemos más bien que la actuación, y sus límites, se encuentran marcados por los diferentes contextos

en un nen amb el sistema immunitari normal, apart de que el seu diagnòstic requereix d'una tecnologia força sofisticada (...)

institucionales de la interacción. La virtualidad de las quejas se basa, en gran parte, en el conocimiento sobre las relaciones sociales en el espacio institucional y en la actividad intencional de los sujetos (con independencia de su motivación) que la ponen en marcha. La actuación del contexto institucional de las quejas por parte de los pacientes produce una serie de consecuencias no buscadas ni dependientes de la actuación de quien esgrime la queja: el control de información, la actuación de jerarquías, la revisión de actos y, esencialmente, la legitimación social y legal de la institución.

En este sentido, creemos que la explicación funcional de las quejas como el instrumento que el sistema pone en marcha para alcanzar determinados objetivos del propio sistema no explica suficientemente las actuaciones de los sujetos y su actividad social cuando ‘reclaman’. Esta insuficiencia en la explicación lleva necesariamente a plantear la investigación de aquellas condiciones que son necesarias para que se den determinadas consecuencias, objeto de los capítulos que dedicamos a las condiciones de información.

3.4.1. **Tramitación de una queja**

Las quejas o reclamaciones pueden presentarse oralmente (en la oficina de atención al cliente o por teléfono) o por escrito¹⁸. Una vez recibida la queja se inicia su ‘tramitación’. La tramitación que el titular del servicio en el organigrama del hospital que hemos expuesto, Cap de la Oficina d’Atenció al Client (CQ en adelante), da a cada una de las quejas presentadas depende de su ‘contenido’. La queja se clasifica siguiendo la codificación unificada que la Administración Sanitaria ha establecido en dos

¹⁸ Las quejas en su mayor parte se formulan de forma oral. Por ejemplo en el año 1999 de 215 quejas presentadas, 96 se hicieron verbalmente, 59 por escrito y 60 vía telefónica. Por otro lado, las sugerencias, algunas de las cuales se introducen y tramitan como quejas, se realizan por escrito.

Instrucciones (1996/2001). De manera prácticamente automática (el escrito incorpora la codificación en el reverso de la hoja de queja), el CQ adscribe los hechos descritos en la queja en alguno de los tipos previstos reglamentariamente.

En efecto, el CQ, en el caso objeto de nuestro estudio, en el mismo momento que recibe la queja la clasifica conforme a la codificación que la Administración ha establecido. Esta codificación se encuentra incluida en la Instrucción 3/96 del *Servei Català de la Salut* modificada posteriormente por la Instrucción 14.02.01¹⁹

En este primer momento se produce, por otro lado, una transformación esencial de la queja presentada por el paciente²⁰. En efecto, el CQ ‘traduce’ la reclamación normalmente vertida en lenguaje natural a un lenguaje técnico. El proceso es complejo y forma parte de la respuesta institucional que analizaremos en el siguiente apartado.

En este primer momento, se produce una selección inmediata: las quejas relativas a listas de espera y, en general, organización y trámites, la única, en principio, posibilidad de actuación es la de recoger ‘la opinión’ del cliente²¹. Decimos, en principio, porque el CQ también puede valorar el fundamento de la queja e intentar alguna gestión con el servicio correspondiente para dar una solución que ‘satisfaga’ al cliente, pero no solo²². En este sentido, en ocasiones un determinado servicio accedía a

¹⁹ La ‘Exposició de Motius’ de esta modificación señala,

Mitjançant la Instrucció 03/96, reclamacions i suggeriments, s’estableix el marc normatiu relatiu als aspectes organitzatius i funcionals que han de complir els procediments de gestió i els requisits mínims de tramitació de les reclamacions i suggeriments presentats pels usuaris de la xarxa sanitària d’utilització pública, sense perjudici de les característiques derivades del tipus de centre, servei o establiment sanitari

²⁰ El hecho de que muchas de las reclamaciones se realice verbalmente también propicia esta inmediata traducción en términos técnicos que se hace de la queja, normalmente formulada en lenguaje natural. En este acto de traducción técnica también influye el conocimiento técnico y la experiencia

²¹ Como veremos más adelante, es habitual leer en el cuadernillo de trámite de la queja la expresión “prenc nota”. Esto significa que la queja se suma a la estadística de insatisfacción por el funcionamiento de los servicios. Sin perjuicio de que periódicamente se dé traslado a cada sección o servicio de las quejas que se han presentado aunque exista conciencia, en principio, de que nada puede hacerse por las listas de espera o los tiempos de espera.

²² En este caso es fundamental el conocimiento que el CQ tiene de cómo funciona el servicio y de quién es la persona con quien ha de negociar el cambio.

hacer algún cambio, por ejemplo, avanzando la visita en quince días (en una demora de varios meses) y, ciertamente, el paciente se sentía más ‘satisfecho’. También es verdad que se solía acompañar de prolijas explicaciones en torno a cómo funcionaban los servicios.

Uno de los casos que se presentaron durante el trabajo en la *Oficina d’atenció al client* muestra el tipo de ‘trámites’ que el CQ desarrolla en este primer momento. El extracto que sigue no es una transcripción de ningún soporte audio sino notas del cuaderno de campo mientras se producía la interacción. Por ello cuando las intervenciones son rápidas apenas se anota la idea.

El caso es el de un padre que ha estado esperando un tiempo para la visita en psiquiatría de ambos hijos y, ese mismo día (aunque no queda muy claro), el psiquiatra, después de la visita le dice que el hijo ha de ser tratado en el CAPI (centro de asistencia psicológico/psiquiátrica del domicilio). El problema no parece ser tanto que haya sido derivado a otro centro de atención sino que no quiere ir al que le corresponde por su domicilio.

- 1.Sr. estoy esperando que dicen que me va a llevar pero lo envía para el Capi y dice que aquí no
- 2.puede atender
- 3.CQ. me estoy perdiendo. En este momento le informa de cómo se encuentra organizada la
- 4.atención psiquiátrica: hay casos en los que. ...eso lo decide el psiquiatra
- 5.Sr. el crío lo tengo bastante nervioso, lo (..)
- 6.yo soy de xx lo conozco es tercermundista, he llevado a la cría, eso está malísimamente...
- 7.CQ. eso no puedo, está montado así, esto es una gaita que no deja
- 8.Sr. en c. está maravillosamente. (Aquí hace una exposición muy clara de cómo funciona el
- 9.sistema)
- 10.CQ. no sé qué decirle
- 11.Sr. me dijeron que me llamarían para cuando tuviese consulta con la niña trajese al niño, el dr.
- 12.dice que no quiere atenderle, si hay otro doctor?
- 13.CQ. (mira el ordenador) una visita de 30 de agosto

- 14.Sr. vine pero me lo derivaron para tema de estudios psiquiatra el mismo de la cría...él no
- 15.quiere hacerse cargo para nada, desde el principio lo desvió otra doctora no puede mirarlo irá
- 16.al ambulatorio y empezar otra vez de nuevo
- 17.CQ. pero claro un poco va a chocar con el mismo problema
- 18.Sr. claro pero capi es tercermundista, un cuarto de hora con la cría, dicho por la doctora que
- 19.había antes
- 20.(pasa a hablar de una visita anterior en la que una doctora le dijo que le diría algo) y ya ve que
- 21.no.Tiene una edad bastante mala, quince años.
- 22.CQ. psiquiatria / psicología no todos lo hacen todo depende de la patología.....si ellos
- 23.consideran adecuadamente o erróneamente en eso ya no entro yo que es el capi.ya hablaré con
- 24.ellos
- 25.Sr. desde julio toma pastillas y nadie lo regula
- 26.CQ. yo lo comentaré y le hago una llamada
- 27.Sr. él desde un principio, yo vine de urgencia y desde el principio, en el ambulatorio volante,
- 28.cuando el psiquiatra vio el nombre dijo yo ya no me hago cargo, yo lo oí.
- 29.CQ. El funcionamiento normal pero claro cuando no hay buena sintonía. En el CAPI hacen
- 30.una valoración según la gravedad y cuando son cosas que no es de mucha gravedad se
- 31.remiten a Capi y cuando el tema se les va de las manos lo pasan. (Insiste en la división de
- 32.funciones en relación con la patología...)
- 33.Sr. él tampoco quiere, ‘vamos a ver que pasa’
- 34.CQ. este es un tema delicado
- 35.Sr. lo que no entiendo es que para la gente de fuera es rápido
- 36.CQ. para la cría piensa que debe tratarse aquí y el crío no..(está tomando notas para realizar
- 37.los ‘trámites’)
- 38.Sr. no sé si piensa eso o no
- 39.CQ. están en directo contacto, se reúnen...otra cosa es la organización interna....no sé
- 40.Sr. pues esperaremos

La conversación es muy confusa, sin embargo, los interlocutores logran entenderse. A lo largo de la interacción se van estableciendo las posiciones. La posición del padre no es tanto la de ‘queja’ sino algo mucho más previo, tengo este problema ¿qué puedo hacer?. Su interlocutor, el CQ, reconoce esta pregunta y, desde ahí, ‘reorganiza’ las posibilidades de actuación en el funcionamiento institucional. No compromete nada, primero buscará información del caso concreto de la otra parte.

El CQ conoce muy bien el funcionamiento del servicio de psiquiatría y también la especial organización que desde el modelo sanitario se ha dado a la atención psiquiátrica. El ‘cliente’, por su parte, también conoce y elabora este conocimiento para su comunicación desde la experiencia de la interacción con el/los psiquiatra(s) y la organización que muestra en su confusión y, desde ahí, en realidad, parece tratar de poner en marcha algún mecanismo para intentar ser atendido por aquel profesional que él cree que va a ser mejor para su hijo (líneas 14-16). Precisamente es esta cierta ‘confusión /ambigüedad’ en la estructura de atención psiquiátrica la que puede permitir atender y negociar su reclamación. O al menos esta posibilidad se abre en esta interacción. El CQ también podría haberle ofrecido simplemente la hoja de queja y no tratar de mediar en un acto que parece más bien de consulta aunque, sin duda, se expresa el desacuerdo frente a la negativa, sin expresada justificación, de querer atender al niño. Curiosamente tampoco aquí el CQ indaga en este aspecto en la medida en que confía en la información que pueda proporcionarle el psiquiatra aludido, por un lado, pero también entra en juego su experiencia, el CQ sabe que este es un tema especialmente problemático y que constantemente se producen quejas similares: “cuesta entender porqué” (Entrevista CQ). Esta organización de la información (y del habla) es significativa

Durante la primera parte de la interacción el responsable de las quejas simplemente le explica la existencia de una organización de la atención psiquiátrica/psicológica que determina a quién corresponde la asistencia (tema en el que ningún momento puede entrar). Sin embargo, cuando el Sr. le señala la preferencia por otro CAPI, el CQ ve la posibilidad de gestionar el cambio y, tras obtener alguna información más, le dice que hablará con el servicio (como apunta a durante la

interacción los psiquiatras y psicólogos de la zona tienen reuniones periódicas, trabajan juntos, línea 36) y que después le llamará. De este modo, de una simple anotación de la ‘opinión’ contraria a la organización de un proceso de atención se pasó a la intervención en el proceso que, sin duda, parece valorar como problemático (el niño está medicándose sin control, se piensa iniciar el proceso de nuevo para lograr que otro psiquiatra atienda al niño...).

En este caso no tenemos constancia de cómo se produjo la comunicación a los profesionales aludidos por la queja del cliente ni de la solución y respuesta que se le dio. Pero, en la medida, en que los profesionales tienen capacidad de decisión en cuanto a derivaciones puede atenderse al problema expuesto que, por otra parte, en la asistencia psiquiátrica puede ser fundamental: que no se entienda el paciente con su psiquiatra.

Normalmente, las quejas se comunican al Jefe del Servicio de la especialidad y del cuerpo (enfermería y medicina) de que se trate para que elabore una respuesta. Y, normalmente también, es el Jefe del Servicio el que responde (firma la respuesta), previa consulta con la historia médica y con las personas aludidas quienes también introducen, normalmente por escrito, su narración en torno al hecho. La carta que redacta el CQ se envía directamente salvo en supuestos excepcionales que es revisada por Gerencia. En algunos casos, puede celebrarse una reunión y la iniciativa puede partir tanto del Jefe del Servicio aludido como de la persona que presenta la queja como del Director médico que supervisa la reclamación²³.

Esta organización de la respuesta a las quejas es relevante para entender los procesos de comunicación que constituyen la institución. En este sentido, el servicio de

²³ En estos casos la queja suele mantener una estructura formal: esgrimiendo derechos y argumentando técnicamente la ‘insatisfacción’. Es decir, en estos casos el indicador de conflicto que es la queja, como señala P. Casanovas, se dispara y la respuesta institucional se formaliza y pone en escena una mesa para la mediación.

atención al cliente que, como apuntamos, depende directamente de Gerencia distribuye, codifica y canaliza información, información que tiene que ver con la percepción que los pacientes tienen de la asistencia recibida y también con las expectativas que tienen respecto a la asistencia.

Sin embargo, la conversación reproducida planteaba un problema esencial para el análisis que nos proponíamos de las quejas. ¿Qué era una queja? En el caso transcrito el paciente 'cuenta un problema'. La construcción de otro problema de información era un paso posterior. Y, por otra parte, qué hacía el responsable de las quejas. Evidentemente, la interacción se articulaba desde la 'organización' del problema relatado.

3.4.2. **El corpus**

El desarrollo de este trabajo viene determinado por los datos. El trabajo consistió fundamentalmente en la revisión de todas las quejas presentadas desde la creación de la Oficina en el año 1993. Durante el período de trabajo sobre el conjunto de las quejas tuve la oportunidad de compartir la cotidianidad de la vida del CQ y recibir mucha información sobre el funcionamiento formal e informal del hospital. También durante este período fue posible participar como observadora en diversos actos de presentación de quejas así como en algunas de las gestiones que el responsable de la Oficina desarrolla.

Se revisaron todas las quejas producidas (al menos las archivadas) entre los años 1994 y 2000, además de algunas presentadas entre los años 1990 y 1993, años previos a la creación de la Oficina de las que apenas se conservan diez quejas. En estos años no existía el servicio de atención al cliente y las quejas o reclamaciones que presentaban los

pacientes las solía recibir el Jefe de Relaciones Públicas y se transmitían al Gerente y Director Médico quien responde previa consulta, en su caso, con el servicio (y el Jefe de servicio) al que afecta la queja. En estos primeros años aparece la apertura de un expediente informativo a un médico, tras la presentación de una queja, por la “pésima cualidad de la historia clínica”. Ningún expediente similar aparece en expedientes de queja posteriores, al menos archivados como tales quejas. Sí que en algún momento consta la advertencia a algún profesional motivada por la queja.

En estos primeros años ya se dibuja el proceso de tramitación de las reclamaciones si bien en esos años era la Gerencia quien realizaba las consultas con los profesionales y respondía. A partir del año de creación del servicio en 1993, se consolida el proceso en manos del CQ quien, progresivamente, adquiere capacidad de decisión.

El material que nos ofrecía las quejas no resultaba de fácil análisis. Evidentemente, el objeto de la revisión de las quejas correspondientes a todos estos años no era la elaboración cuantitativa de las mismas, cómputo al que puede accederse en las diferentes memorias de la institución, sino entender y analizar la acción de los agentes²⁴ y las comunicaciones entre ellos: institución, profesionales y pacientes.

Como apuntábamos antes, al revisar las quejas surgía la pregunta qué estaban haciendo quienes planteaban una queja. Es decir, evidentemente existía un conjunto de quejas en las que los pacientes/clientes protestaban por cuestiones burocráticas: listas de espera, demora al iniciar la visita, imposibilidad de contactar con ‘admisiones’. Apenas la respuesta de la Institución era la de tomar nota. Normalmente las quejas se

²⁴ No podemos abordar las motivaciones, más allá de lo que pueda expresar la queja, por ello nuestro interés se dirige más a examinar los relatos sobre la organización del sistema y la relación que establecen con él. Esta línea de trabajo también deriva de una observación de campo: las quejas no necesariamente se encuentran ligadas al fracaso o éxito en la asistencia sino a un determinado proceso en el que los pacientes se ven constreñidos por límites estructurales. La pregunta es entonces qué relación se establece con estos límites que explique la queja como búsqueda de otras posibilidades de actuación.

formulaban oralmente y el responsable de la Oficina codificaba conforme a los criterios previstos bajo el epígrafe *Organització i Tràmits*²⁵ y cerraba con un contundente *prenc nota*. Evidentemente estas quejas tienen trascendencia en cuanto se incluyen en el cómputo anual e igualmente llegan a gerencia y responsables médico y administrativo.

El problema empezaba a plantearse cuando los pacientes incluían sus relatos de quejas. ¿Qué tenían en común todas estas quejas más allá incluso de su forma? No tratábamos de buscar ningún modelo pero llamaba la atención la ambigüedad, por ejemplo, en la reclamación. Después de leer cualquier queja, incluso aquellas que adoptaban más formalidades y recurrían a fórmulas jurídicas, surgía la pregunta sobre qué estaban planteando, no únicamente qué estaban pidiendo.

¿Qué hacían los pacientes cuando planteaban una reclamación e, incluso, los médicos cuando respondían a una reclamación? La respuesta que inmediatamente surgía era ‘cuentan sus problemas’. Evidentemente nuestra preocupación por el problema de la información no nos podía hacer obviar esta circunstancia esencial que observábamos en las quejas y únicamente desde el análisis de este hecho era posible cualquier construcción más o menos ideal del ‘modelo’ de (derecho a) información o de ‘nuestros’ problemas con los derechos y la información.

El número de quejas estudiadas es amplio teniendo en cuenta que se acercan a las doscientas anuales de promedio. Por ello, y por la selección que impone el objeto de nuestro trabajo, nos hemos centrado en aquellas que se refieren directa o indirectamente a conflictos de información y comunicación.

²⁵ Demora excessiva, demora excessiva per consulta, demora excessiva per ingrés, demora excessiva per intervenció, demora excessiva per exploració complementària, demora excessiva per atenció urgent, demora excessiva per assistència domiciliaria, demora excessiva per atenció; Incompliment d’horari,

3.5. Los pacientes a través de las quejas: presentación

Cuando nos planteamos el análisis de las quejas y de las respuestas a las quejas una primera cuestión que se ha de apuntar es que se trata de ‘narraciones de una realidad’ no de realidades directamente observadas. En este sentido, no pueden obviarse los problemas que plantea establecer o derivar de estas narraciones la relación entre ‘actos de habla’ (speech events) y las acciones propiamente dichas. Como señala W.Labov (1982: 221),

Narrative accounts are not unreal accounts in the sense of being unrelated to reality. They are framed accounts, and with proper attention to those frames and the rules of transformation, we can begin to reconstitute their relations to the wider frames outside of the narrative context.

En cualquier caso, sí que parecía evidente que la queja (más allá de su relato) constituye un acto social relevante que pone en marcha determinadas estructuras institucionales. La forma de la queja determina, en alguna medida, la respuesta institucional, aunque no necesariamente porque la propia institución tiene ‘interés’ en la acción²⁶. No obstante, es la iniciativa del paciente la que pone en marcha el proceso, con independencia de la intervención que en ella pueda tener la institución, impulsando, calificando, determinando el alcance de la queja.

Incompliment d’horari per consulta, incompliment d’horari per exploració, incompliment d’horari per intervenció/tractament, incompliment d’horari per atenció (entre otras).

²⁶ Por ello aunque, en principio, parece que una ‘queja’ expresada en el libro de sugerencias no parece implicar un interés suficiente del paciente para que sea tramitado como tal, la institución sí que atiende al contenido de la queja y hace llegar la misma al profesional aludido.

3.5.1. ¿Esto es una queja?

El análisis de las quejas posee, evidentemente, el carácter de una acción en un contexto institucional. El análisis de varias interacciones desarrolladas en la Oficina de Atención al Cliente durante el trabajo de campo nos lleva a reflexionar sobre las cuestiones apuntadas anteriormente. Las conversaciones que transcribimos y en torno a las que queremos trabajar constituyen formas habituales de empezar a actuar una posible queja (o al menos esta es la inicial posición de quien debe iniciar la queja: vamos a ver qué se puede hacer).

En el encuentro verbal que los pacientes tienen con la persona responsable de las quejas el intercambio suele seguir las mismas pautas²⁷. La paciente expresa un problema para el que requiere una solución y el responsable de las quejas le aconseja²⁸, con más o menos éxito, qué hacer, a quién dirigirse, cómo y cuándo. En el desarrollo del intercambio se suele completar el relato de la paciente con información explicativa que, igualmente, es aceptada o no por la paciente. Finalmente, la paciente vuelve a la petición originaria, valora el consejo (lo sigue o no) y formula la queja o no.

²⁷ La mayor parte de las quejas se presentan verbalmente y reproducen estrategias de las partes para 'gestionar' el 'conflicto'. Hablamos de 'pauta' en el sentido de estrategia antes que de regla. La precisión que hace P.Bourdieu (1996:68) en torno a la reconstrucción de reglas o modelos es básica,

En realidad, me parece que la oposición (entre regla y modelo) está enmascarada por la ambigüedad de la palabra regla, que permite hacer desaparecer el problema mismo que traté de plantear: no se sabe nunca exactamente si por regla se entiende un principio de tipo jurídico más o menos conscientemente producido y dominado por los agentes o un conjunto de regularidades objetivas que se imponen a todos aquellos que entran en un juego. Cuando se habla de regla de juego, se refiere o a otro de esos dos sentidos. Pero se puede aun tener en mente un tercer sentido, el de modelo, de principio construido por el estudioso para dar cuenta del juego.. (68-69)

²⁸ G.Jefferson y J.R. Lee (1992) en su estudio sobre el habla en los conflictos señalan que uno de los indicadores de que una expresión de disconformidad se transforme en conflicto depende del grado en que el intercambio sea asincrónico, esto es, uno de los participantes puede asumir 'receptor del problema' antes de tirar adelante el conflicto. La emergencia de la disputa puede predecirse a través de la resistencia al consejo. Los autores señalan que difícilmente pueden conciliarse la situación de quien plantea un problema y quien da un consejo, el consejo, no importa el valor que tenga, será rechazado una y otra vez.

Este primer encuentro es el de una mujer que acaba de visitarse y que acude al servicio para explicar al CQ el desacuerdo con el médico que le ha atendido.

CONVERSACIÓN 1

- 1.Mujer (M). Estoy harta de aquí estoy harta de la Valle Hebrón estoy harta de la Dexeus
- 2.que ma dejao los ovarios y estoy harta
- 3.CQ. Mal mal asunto (simultáneamente)
- 4.M. estoy harta de ¿¿ginecóloga que ha metido la pata
- 5.CQ. Mal asunto
- 6.M. pero que todo saldrá
- 7.CQ. A ver dígame usted dígame usted
- 8.M. el dr. ¿? Me ha mirao dice sí tienes rectocene hay que operarte de abajo pero yo de
- 9.arriba no te toco digo que usted va a dejarme ¿? Los ovarios cuando el de cabecera he
- 10.estao apunto de ponerme concon los ovarios y me hincho por los ovarios? Eh;
- 11.CQ. Uy mm pero estoooo estoooo
- 12.M.me los va a dejar? No no no ya lo puede ver ...el de cabecera me hizo esto y lo puso
- 13.en rojo paque lo viérais mejor
- 14.CQ. Pero a ver ennn a ver esto es criterio estrictamente médico nonono
- 15.M. míralo otra vez quistes ováricos ya lo pone que tiene que vaciar totalmente
- 16.CQ. Ya pero si usted ha dicho ...pero esto no (lee)..bueno elel médico le habrá hecho
- 17.una exploración y él habrá creído que hay que tocar lo que hay que tocar elel médico de
- 18.aquí el médico de aquí él hace una orientación pero el especialista es el de aquí y el de
- 19.aquí claro no por lo que sea si él ha creído conveniente que hay que hacer una
- 20.intervención la que le ha comentao aquí
- 21.M. la de abajo?
- 22.CQ. Pues igual es que es solamente hay que hacer esta solamente hay que hacer esta y
- 23.más adelante lo otro o hay que explorarle pero..
- 24.M. los ovarios no me funcionan bien estoy cada día en la cama estirada eh; y sin y sin
- 25.trabajar
- 26.CQ. Pero yo ..no claro yo claro es un tema médico yo de estos temas no no es ..nopuedo
- 27.entrar
- 28.M. bueno pues iré ...iré al ¿?
- 29.CQ. No no la cuestión es ir al ginecólogo ..él él le ha programao él qué le ha dicho? Lo
- 30.que le haría lo de la rectocele todo eso y tal
- 31.M. sí rectocele sí la vejiga y meterme un trozo de manguito yo el acto sexual no puedo
- 32.hacerlo

33.CQ. Ya pero claro esto es un tema
34.M. y unos dolores de ovarios que me muero
35.CQ. Dígale usted
36.M. me reviento
37.CQ. Dígale usted al médico al de aquí que lo que si hay algo que él cree que es muy
38. importante y tal que lo anote
39.M. llevo una malla
40.CQ. Que el haga que lo anote directamente a él que al fin y al cabo es el de aquí el
41. especialista
42.M. que llevo la malla y al llevar la malla como hay faena pues él se lava todas las manos
43. no pasa nada más ya me lo ha dicho él llevas la malla ya sé que hay que operar de debajo
44. de arriba no te toco nada
45.CQ. No sé dígame usted al médico de allí que insista en este tema que se ponga en
46. contacto con él claro que al fin y al cabo son son médicos
47.M. son médicos de otra parte
48.CQ. A ver si igual ellos trabajan en los ambulatorios y luego... si todos se conocen
49. todos esto se lo digo yo que se conocen todos
50.M. a quién se lo digo eso?
51.CQ. Al suyo al de aquí
52.M. al de cabecera
53.CQ. Claro este de aquí claro ..
54.M. ¿sabe qué me dijeron el otro día? Que trajera aquí al de cabecera que lo mío no era
55. urgente y que si era urgente que me acompañara él
56.CQ. Uyuyuy cuidao
57.M. a ver; eh;
58.CQ. Mejor que haga usted eso no es que a veces claro es que a veces las cosas hay que
59. hacerlas en dos tiempos intervenciones son intervenciones complicadas que a veces hay
60. que hacerlas en dos no todo de golpe
61.M. no pero es que él no me ha dicho en dos veces él ya me ha dicho que de entrada aquí
62. de arriba tocará nada solamente de aquí
63.CQ. Coménteselo a
64.M. digo entonces qué hago? Esto se queda aquí hinchao p' arriba
65.CQ. Igual es un problema de cirugía de ginecología o aquí puede formular una queja
66.M. vale vale vale ya hablaré con el inspector de aquí
67.CQ. Muy bien
68.M. le aseguro ya veremos que pasa aquí

Este segundo caso es el de una mujer que no lleva el volante necesario para la visita que tiene concertada ni el dinero suficiente para abonar la visita, acude al CQ para intentar que se le atienda.

CONVERSACIÓN 2

1. M. el niño viene aquí digo tengo que venir personalmente? Digo es que claro es que
2. tengo digo no no se preocupe que le di los datos que me pidió del niño digo le daremos la
3. visita efectivamente al cabo de equis días me llamaron por teléfono me dijeron tal día tal
4. hora ya puede venir a la visita ara vengo y me dicen abajo queque necesito esto a mi
5. nadie en ningún momento me ha dicho que yo tengo que traer ningún volante entoces
6. me ha dicho el señor que pague la visita yo digo que yo tanto dinero encima no llevo y
7. he pedido he faltado al trabajo eh en fin yo lo que quiero es que me visiten hoy al niño
8. yo traigo los papeles que hagan falta ..si lleva más de quince años el niño visitándose aquí.
- 9.CQ. Ya pero es que sabe que pasa es que esto es una primera visita
- 10.M. NO que va a ser una primera visita si el doctor X. Lo lleva desde que tiene cuatro
- 11.años y a mi es que en ningún momento me dijeron por teléfono tiene que traer un volaun
- 12.papel y me dicen ahora que tengo que traer un volante si nunca jamás he traído un
- 13.volante lo llevan desde que tenía el niño tres años y pico..
- 14.CQ. Mmm
- 15.M. entonces la persona que me llamó a casa que me dijo tal día tal hora tiene aquí una
- 16.visita
- 17.CQ. Yo supongo es que eso es de debajo de información
- 18.M. entonces que pasa el fallo quien lo paga yo he pedido he faltado al trabajo él ha
- 19.pedido el colegio
- 20.CQ. No a ver usted no pierde nada el dinero se lo devolverán
- 21.M. no sino ya yo no llevo tanto dinero encima 6000 pesetas a ver si me entiende
- 22.CQ. Yayaya
- 23.M. pero lo que no quiero perder el día ya que estoy aquí que me visite el doctor al niño
- 24.porque él me dijo tráemelo porque va a cumplir dieciocho años ahora en julio
- 25.CQ. Supongo que habrá pasao tiempo porque este es un tema este es un tema
- 26.M. la última fecha es del de noviembre del 2000 lo visitó si es que ya le digo es que por
- 27.eso al coger el papel y al leer esto le he dicho al chí al señorito oye esto que quiere decir
- 28.no sé esto tienes que pasar...

- 29.CQ. Consulte usted en la señorita Juana abajo en los en los consultas sabe los
30.mostradores los mostradores de
31.M. sí si he estao veinte minutos en la cola
32.CQ. A la izquierda a la izquierda hay el despacho que están el responsable está la
33.señorita Juana que es la un poco la Jefa de aquí
34.M. entonces porqué me mandan aquí?
35.CQ. Es que claro yo no sé porque le mandan aquí yo no decido nada emmm
36.M. es que el señor que está en la ventanilla me ha dicho que viniera aquí
37.CQ. Hable usted con la Juana porque es allí está en el despacho atienden al público que
38.se lo miren bien si es la primera visita o la segunda y si hay que pagar o no pagar pero
39.claro..
40.M: pero sino a ver si me entiende si yo si la tengo que pagar hoy ya me la devolverán
41.no me importa lo que no llevo son 6000 pesetas encima y lo que no quiero es perder el
42.día
43.CQ. Yayaya
44.M. a ver si me entiende
45.CQ. A ver si se lo pueden
46.M. y si es un fallo de ellos yo lo siento mucho pero si a mi en ningún momento me han
47.dicho por teléfono
48.CQ. A lo mejor es que el teléfono claro igual cogen el recado y ..
49.M. claro a ver todos trabajamos todos tenemos faena pero si a mi me llaman tal día tal
50.hora venga que tiene la visita
51.CQ. Hable con ella porque ella es la queja es la que domina un poco el tema
52.M. Juana me ha dicho?
53.CQ. Juana Juana
54.M. venga muchas gracias
55.CQ. Al final al despacho eh; a la izquierda
56.M. donde están las ventanillas de donde vengo no?
57.CQ. A la izquierda eh a la izquierda
58.CQ. Venga gracias

Encuentros similares a preceden habitualmente la presentación de las quejas. En ambos casos el CQ marca el relato del cliente. No existe una disposición a escuchar una queja sino que inicialmente el CQ asume una posición informativa. Sin embargo, el CQ ya en este momento inicial marca el espacio de la queja. En la primera conversación

transcrita. Tras la inicial explicación de la paciente, el CQ dice “pero a ver ennn a ver esto es criterio estrictamente médico nooo”. Ya al final de la conversación se reitera el espacio de la queja frente al espacio estrictamente médico,

3.5.2. La práctica rutinaria y la información

Como acabamos de mostrar los relatos de los pacientes en las quejas se proyectan en muchas ocasiones sobre aquellos procesos más o menos formalizados que actúan de forma rutinaria los profesionales durante su interacción con el paciente. Con independencia de la competencia de quien presenta la queja, la posibilidad de argumentar el desacuerdo parece más eficaz cuando se conoce a fondo el funcionamiento de la organización y de los marcos que en cada momento se están haciendo jugar. El simple ‘desacuerdo’ del paciente con unas prácticas rutinarias y aceptadas apenas se codifica como una falta de trato o una insatisfacción asistencial.²⁹ Sin embargo, es la ‘gestión’ de la queja la que permite limitar su ámbito al mero desacuerdo con las prácticas aceptadas y protocolizadas que organizan el servicio.

En una queja producida el año 93, el padre elabora un escrito en el que atribuye a una persona integrante del equipo de atención en el pre-parto y parto una serie de actuaciones que él califica como de “pésima atención”. Y, seguidamente, pasa a enumerar (clasificándolas) aquellas actuaciones que califica como ‘faltas’. En concreto, el padre habla de 1) omisiones; 2) descoordinación del grupo y 3) diligencia³⁰. Las faltas

²⁹ Esto es así porque la codificación se hace siempre desde el relato que da el paciente de los hechos no desde el carácter probado o no de lo relatado por el paciente siempre con la ‘traducción’ inevitable de quien desde la institución recibe la queja.

³⁰ Diligència (coses que potser no es van fer com s’haurien de fer)
- no se li va examinar la dilatació en el moment de trencar bosses
- incorrecta col.locació del suïro

de diligència se troben directament relacionades amb les omissions relata­des detalladament en el punt 1) però, en aquest cas, qualifica 'jurídicament' les actuacions incloses ("coses que potser no es van fer com s'haurien de fer"). Si bé, seguidament, admet la possibilitat de su desconociment en torn a aquests punts.

El marit de la pacient atribueix responsabilitat per el tractament a una persona del equip, sin embargo, en la falta de diligència no senala algú concretament responsable. Únicament per la estrecha relació amb lo exposat en el primer punt pot atribuirse a la mateixa persona. Ciertament aquesta persona es la que dirigeix i manté fonamentalment la interacció amb la pacient, es la comadrona que té en els partos un paper essencial.

La resposta interna la emite el "supervisor del àrea" després de consultar amb la comadrona. La resposta se articula seguint el esquema de la queja presentada: en funció de cada un dels punts que marca el pare.

En el primer apartat se explica 'otra relació de hechos' que justifica la actuació adequada i coordinada del equip: la comunicació i presa de decisions sobre el procés rutinari i eficaç tècnicament admetent alguns 'fallos' de tractament.

Resulta interessant el relat que el marit recull de lo que li ha passat a la dona en la Sala de Dilatació i el 'otro relato' que el Supervisor del Àrea recull des de lo explicat per la comadrona i lo recollit en el historial de infermeria en el que se registra rutinariamente cada actuació:

omissions: coses que es podrien haver fet i no es van fer)

1.1. Falta de seguiment en el període pre-part, atès que des del moment en que Clara va baixar a quiròfan a les 3.15 –moment en que la llevadora Justa la va

-
- l'epidural li va ser administrada en un moment en que el part podria haver avançat ja i en canvi va ser retrassat
 - ningú li va dir quan havia d'empenyer o no a l'A.
 - es va produir una fisura en el part que va haver de notar l'auxiliar pelirroja, que sembla haver sigut la millor professional de tot l'equip de guardia que va tractar la meua dona.

examinar, col·locant-li el registre, i li va comunicar en to reprenedor que nomès estava dilatada 2 dits i que pitjor per ella perquè s'hauria d'esperar tota la resta del temps sola en una habitació- fins les 4h05'- moment en que va trencar aigües emitint un crit que des de la sala d'espera vam sentir dos pares inequívocament-, va estar totalment sola, malgrat les diverses sol·licituds d'atenció a infermeres i llevadora amb motiu de les cada cop més freqüents i intenses contraccions. Aquesta omisió no és justificable per l'atenció deguda a altres pacients al quiròfan ja que la Clara va poder sentir amb claredat les veus del personal xerrant tranquilament des d'un altre sala mentre les cridava i caldria comprovar el nombre de pacients en quiròfan en el període esmentat (3h15' a 4h05'). Quan després del trencament de bosses i del crit, per fi va entrar en la sala la llevadora Justa, no va examinar el seu estat de dilatació, la va repredre novament d'haver cridat, i li va posar un suiro. Més tard, a la sala de parts, un auxiliar pelirroja va notar que el degoteig de la bossa de suiro era incorrecte, i la llevadora Justa va atribuir la causa al fet que la Clara es movia massa, però la auxiliar pelirroja més diligent i més disposta a actuar que no pas a buscar culpables ho va sol·lucionar re-emplaçant la bossa de suiro, desapareixent el problema que la llevadora havia atribuït gratuïtament a la meva dona.

El director de enfermería, por su parte, explica estos mismos hechos según lo referido por la comadrona,

“A las 3h llamó la enfermera de la planta diciendo que la Sra. Clara se quejaba mucho, a lo que la indicó que hiciera bajar a la Sra.

Una vez en la Sala de Dilatación, exploró a la Sra., encontrándose ésta con una dilatación de 3cm, le colocó una perfusión y registro externo.

En el diálogo que mantuvo con la Sra. Clara no hubo tono recriminatorio ni recuerda haberle dicho que se iba a quedar sola.

Durante el tiempo que pasó la Sra. en la Sala de Dilatación hasta que se produjo la amniorresis espontánea, ésta fue visitada en varias ocasiones por la comadrona, apreciándose, momentos antes de la amniorresis, que estaba aún a 3cm dilatación.

La comadrona manifiesta no haber reñido a la Sra. Clara cuando esta gritó al romper aguas, sino que únicamente le preguntó el motivo de dicho grito y comentó el sobresalto que le produjo.

Con referencia a la perfusión, la comadrona únicamente le comentó a la auxiliar que cambiara el gotero que se estaba terminando”.

En este ámbito, aun cuando “falle la objetividad” por la atribución de sentido a actividades de marcado carácter rutinario, el paciente ‘puede opinar’. En el tercer

apartado el ‘supervisor del área’ marca la asimetría de la relación como índice para la ineficacia (‘no puede opinar’) de lo esgrimido en la queja (como, por otra parte, también asume el marido en la queja³¹),

En referencia a este apartado, señalar que en cuanto las actuaciones asistenciales, el cuando y el como, son criterio de los profesionales y no de los pacientes.

Cuando de debían dar las instrucciones en el expulsivo, la Sra. estaba atendida por la Dra.

La fisura que presentaba la Sra. debía ser observada por la Dra.

Cabe apuntar que esta respuesta tiene un carácter interno, es decir, es parte del trámite de la queja y no el escrito que se le remite al paciente. En este escrito se le indica lo siguiente:

En referència a aquest apartat, senyalar que els punts que vostè cita (dilatació, sèrum, anestèsia epidural, quan i com havia d’empenyer, etc) varen ser controlats en tot moment per la llevadora i obstreta de guàrdia i, com vosté mateix apunta en el seu escrit, són aspectes estrictament tècnics de difícil valoració per qui no és professional sanitari.

La respuesta formal trata de dar coherencia al proceso desde el conocimiento de lo que es una noche de guardia y las funciones y rutinas que desarrollan los distintos profesionales entre quienes se distribuye las responsabilidades de un proceso que defienden por su corrección técnica. Sin embargo, parece que precisamente este aspecto del control del que es excluido el paciente por definición (“varen ser controlats en tot moment per la llevadora i obstreta”) constituye el eje del conflicto que se produce en la interacción. El control técnico implica el control de información.

La “objetivización” de la experiencia del marido y la paciente pasa por la aceptación de una serie de rutinas en torno a las cuales no cabe opinar por corresponder al ámbito médico de decisión (que, además, no señala en su error el paciente como

³¹ El encabezamiento del escrito lo dirige al Sr. tal, doctor en físicas, como firma su escrito. En cualquier

indicación más de su falta de conocimiento). La expresión subjetiva no tiene otro valor más allá del momento y, por tanto, el paciente no tiene base para formular una queja.

La formalidad en la expresión de esta queja hizo intervenir a la Dirección de Enfermería, órgano que encabeza la jerarquía en el Cuerpo de Enfermería. El texto del escrito señala alguna de las actuaciones adoptadas, aun cuando estima que la queja, pese a ser impactante, le falta objetividad. Ambos textos conforman la carta final que desde atención al cliente se le envió al marido. En el escrito el director de enfermería le comunica al responsable de las reclamaciones su deseo de conocer los informes del Gerente y del Jefe de Servicio de Ginecología “a qui veig que s’els hi ha enviat copia de la reclamació (¿) sense estar-ne inicialment implicats”³².

Un último aspecto de la respuesta que la institución formula apunta a cómo se incorpora el punto de vista del paciente (o familiar) expresado en la queja. En efecto, la carta en la que se contesta a la queja apunta como uno de los motivos de la insatisfacción del paciente “las altas expectativas que usted se había formado”. La institución señala un parámetro de satisfacción³³ del cliente que sería importante para situar el punto de vista del paciente si previamente no se hubiera ‘inhabilitado’ al paciente para evaluar el proceso.

En ocasiones el relato que hace el paciente acude directamente a aquellas ‘rutinas profesionales’ cuya construcción narrativa muestra el eje de lo experimentado como problema. La reconstrucción de las rutinas muestra la exclusión del proceso del sujeto que emite la reclamación y la situación de incertidumbre vivida que constituye el eje del

caso, se resalta el carácter no experto de su ‘opinión’, con independencia del estatus.

³² Una de las cuestiones que más dificultad plantea, desde el punto de vista organizativo, es la relación entre los ‘cuerpos’ de enfermería y médico (así como entre las diferentes especialidades) y su autonomía frente a la Gerencia del Hospital.

³³ Estas expectativas se concretan en los intercambios en el curso de aprendizaje pre-parto que se lleva a cabo en el propio hospital y que el cliente señala cuando refiere cómo su mujer respiraba (como le habían

conflicto³⁴ y, evidentemente, esto es o supuso un problema esencial para el reclamante ya que le impidió estar o comprender qué pasaba durante todas las horas de espera.

Algunos aspectos relevantes de los relatos queremos destacar en la medida en que se repiten habitualmente en otros relatos de las quejas:

- la expresión biográfica (interactiva) de los hechos en la queja y la respuesta de organización (descriptiva/informativa) de la institución
- la ‘estructura jurídica’ de la formalización de la queja: hechos /calificación/atribución o no de responsabilidades
- las dificultades de la interacción por el ‘control de la información’ y la incertidumbre del proceso.

El análisis que planteamos se ha de referir necesariamente a aspectos relacionados con la ‘satisfacción del paciente’. Creemos que uno de los parámetros que indican la satisfacción está íntimamente relacionado con la interacción. Sin embargo, no pretendemos ‘medir’ la relación comunicación y satisfacción, sino únicamente analizar a

enseñado y fue reprendida por la comadrona) y cómo esperaba alguna indicación que finalmente no se produjo.

³⁴ K.Carley subraya un punto que entendemos esencial en el análisis de las reclamaciones que formulan los pacientes frente a aquellos procesos médicos en los que se genera conflicto derivado, en la mayor parte de las ocasiones, de la exclusión social del paciente del proceso médico en el que se encuentra inmerso,

All individuals are simultaneously going through the decision making process, gathering information from the same base, and being affected by the same social environment and structures of the particular decision being made. However, different individuals have different social positions in the social structure and therefore will be gathering effectively different information due to the fact that social structures modulates the transfer of information. Social structures serves to limit who has access to what information by restricting interreaction patterns.

All individuals are assumed to have access to the same information; however, what information they actually access, when they access it, how they value that information, and whether or not they even accept that information, is affected by both the mechanism of the decision process, and the individual’s position in the social network. As information is gathered, the individual’s frame evolves resulting in changes in the way in which the individual defines various concepts. This new frame, in turn, facilitates future communication, and alters the pattern of interaction. As all of the individuals’ frames co-evolve social background information evolves: social and cognitive structures recursively evolve (1986: 144-145)

qué atienden los pacientes cuando expresan quejas relacionadas con la información y comunicación en su interacción con los profesionales sanitarios y los patrones de respuesta que organiza la institución en tales casos.

Las investigaciones relacionadas con la satisfacción del paciente suelen separar los aspectos relacionados con la interacción, en la que incluyen la comunicación y la empatía, y aquellos relativos a los aspectos técnicos de la atención médica. Desde nuestra perspectiva, sin embargo, no pueden separarse sino que nuestra aproximación parte de la observación de cómo los actores actúan su particular competencia técnica: qué hacen y qué dicen que hacen³⁵.

3.5.3 La historia clínica y sus contextos

Uno de los problemas principales que plantea el análisis de estas quejas se refiere a la relación que cabe establecer entre los contextos referidos en la queja (normalmente la organización e interacción en un servicio del hospital) y el contexto de presentación de la queja en la Oficina de Atención al Cliente. Este problema que surge a la hora de analizar las quejas tiene que ver con la complejidad y riqueza de referencias que expresan las quejas: los pacientes nos hablan de su vida, de su enfermedad, de su estado al llegar al servicio, de la burocracia, de sus sufrimientos y sus problemas, de la espera y de la insatisfacción general con todo el proceso que normalmente ‘dispara’ un hecho concreto (una mala contestación, la negación no explicada de algo, la no contestación,

³⁵ En este sentido, los pacientes ‘saben’, por un lado, y por otro los profesionales actúan no únicamente desde un conocimiento más o menos completo o probable (cuyo grado puede variar de un profesional a otro), sino a través de una serie de pautas y prácticas que se organizan y canalizan el conocimiento que llega al paciente. Estas prácticas (protocolos, historias médicas, informes) marcan la comunicación y son información también, codifican la información y poseen una dimensión legal significativa.

etc). Estos elementos referenciales amplios suelen eliminarse cuando la queja es oral y se recoge por escrito por la persona que desde dentro de la institución recibe la queja.

La organización del relato ‘profano’ por la institución en la respuesta a la queja permite habitualmente ‘otra’ reconstrucción contextual en la que normalmente las rutinas y prácticas habituales, así como las indicaciones y protocolos, y, fundamentalmente, lo recogido en el documento de comunicación habitual entre profesionales, la historia clínica, constituye el marco que opera para reescribir el relato de hechos que aparece en la queja.

Una cuestión fundamental cabe apuntar en todo el proceso de rutinas, prácticas, indicaciones y protocolos suele ‘contarse’ con el paciente, es decir, su consentimiento se da por descontado desde el momento que acude a la consulta, a urgencias o a cualquier otro servicio. La naturalidad de esta inclusión produce cierta sorpresa al profesional cuando se formula la queja. Únicamente en la historia clínica los profesionales apuntan la disconformidad del paciente, su carácter reivindicativo en las extrañas ocasiones en que esto ocurre.

Sin embargo, la organización del relato profano en las quejas³⁶ suele tener que ver con alguno de estos aspectos que se presentan como ‘estrictamente técnicos’ recogidos como convenciones protocolizadas o pautas indicadas que se siguen de manera más o menos discrecional en un concreto servicio. Los protocolos parecen apuntar a aquellas actuaciones que jurídicamente se reconocerían como la diligencia de un ‘buen profesional’. Como intentaremos mostrar esta organización de la queja por la institución convierte a la queja en un instrumento paradójico en ocasiones.

³⁶ Cabe recordar que únicamente nos referimos a aquellas quejas en las que los pacientes explican hechos a los que asocian falta de información, desconocimiento de lo que está pasando o desacuerdo con lo realizado y que la institución suele codificar como insatisfacción asistencial, trato personal inadecuado y, en contadas ocasiones, como información insuficiente o deficiente.

La siguiente queja muestra un difícil encuentro debido a que, entre otras cosas, los marcos que operaban para cada una de las partes se interponen como límite insalvable para la comunicación y reproducen, para una parte, la ‘subjetividad’ de la mala información y, para otra, la imposibilidad de que se haga de otra manera: no puede discutirse.

La queja la plantea una paciente que solicita una visita urgente con la finalidad de que se le adelante el seguimiento de una operación que se le había practicado (‘conización’ según apunta la paciente en su escrito). El adelanto que solicita se debe a que se ha quedado embarazada,

Teniendo en cuenta que no es un embarazo común, pues hay problemas adheridos referentes a mi operación y a la operación de mi marido (un tumor en un testículo y la posterior extirpación del mismo), la hora urgente me la dieron una semana más tarde y en un consultorio que no es habitual...una visita urgente que se habían olvidado de programar y que sino me quejo a las enfermeras cuando empezó a quedarse el hospital vacío, todavía estaría esperando³⁷.

La parte central de la queja parece referirla a la entrevista con la doctora que le atendía (“pero el problema no acaba aquí” refiriéndose a la espera),

Cuando entré en el consultorio estaba lleno de gente 5 personas sin acreditación, que no sabía si eran enfermeras, administrativas, recepcionistas o qué eran, -como puede suponer usted- explicar una cosa tan íntima a una doctora no habitual delante de tanta gente resulta bastante embarazoso. Pues bien, esta doctora, no sé si porque tenía un mal día nos atendió con tal grado de imprecisión y con tal mal tono que cuando salí de la consulta no tenía claro si podía seguir con el embarazo, sino podía seguirlo y cuales eran los riesgos.³⁸

La Historia Clínica que se redacta en el mismo momento tras la visita dice, sin embargo,

³⁷ Este es el relato incluido en el texto de la queja

³⁸ En la respuesta la doctora aclara que eran dos residentes de familia y la enfermera que la acompañaban.

Explico a la pacient que seria millor que hagués passat la dada de la cervització;? per l'embaràs, però que en principi pot seguir amb la gestació endavant (se lo controlan a la seva mutua) La parella està molt nerviosa [añade algo pero tacha encima] Cita Juny 2000 per repetir LAC

Este breve relato de lo acontecido en la visita se explica porque no es una paciente que lleve habitualmente la ginecóloga que le ha atendido y, también, porque suele anotarse cualquier circunstancia, médica o no, que sea relevante en el encuentro. La anotación en la historia se dirige a cualquier profesional sanitario que consulta la misma y, especialmente, se supone, al ginecólogo habitual de la paciente.

La ginecóloga inicia su respuesta recuperando las circunstancias en las que recibe la visita,

El passat dia 6 d'Abril, vaig visitar una pacient que havia estat programada a més a més en el consultori, passades les 14 h., encara que no era el consultori que jo tenia assignat aquell dia.

La pacient venia acompanyada del seu marit i desde l'inici de la conversa els vaig notar molt nerviosos i exaltats. Es tractava d'un pacient que havia estat sotmesa a una cervització cervical el mes de juliol de 1999 i havia sol.licitat visita urgent per haver quedat gestant

La conclusión a la que llega la ginecóloga se recoge en la historia médica (“puede continuar el embarazo”). Sin embargo, cómo la ginecóloga le transmite que esto es así lleva a la paciente a la desesperación: qué debo hacer. La clave creemos que se encuentra en la observación que la ginecóloga le hace “en primer lugar”,

El primer que li vaig dir va ser que hauria estat millor esperar fins a l'any de la intervenció per a una gestació, però que ara, ja no li podia aconsellar un avortament perquè no estava indicat.

Por tanto, la información que se proporciona apunta a que el embarazo no es aconsejable pero que tampoco le puede aconsejar el aborto “porque no está indicado”. No sabemos si durante la visita se aclaró esta expresión pero por lo referido por la

paciente no parece que fuese así. La frase es ambigua y puede referirse a dos cuestiones de carácter no estrictamente técnico: una legal (no es un supuesto legal de aborto) y ético (somos una institución confesional y no practicamos abortos, no está indicado). El único supuesto técnico no parece que concorra en el caso (han pasado muchas semanas de embarazo y no es aconsejable abortar) ya que las partes aluden a un embarazo que se acaba de conocer.

La ginecóloga, según su propio relato, insiste en que el aborto puede producirse naturalmente y la discusión que se entabla durante la visita entre la doctora y los pacientes parece versar en torno a esta posibilidad.

Vaig explicar el risc afegit de avortament o la amenaça de part prematur que hi podia haver en aquest casos, però que no li podia assegurar quina seria l'evolució de la seva gestació.

Van queixar-se de l'atenció rebuda en la visita anterior (7 dies abans), quan la pacient va referir molèsties mamàries i la doctora que la va visitar no la va atendre com calia (segons ella l'exploració mamària va ser superficial) i exigia que ja se li hagués diagnosticat l'embaràs, quan només estava de 7 setmanes.

En aquest moment van començar a elevar la veu, davant de lo qual els hi vaig dir que primer de tot no havien de cridar quan jo els estava visitant sense saber tots els detalls de la seva historia clínica i forma de l'horari que tenia programat. Tot seguit, el marit encara es va posar més nerviós per la meva resposta, jo vaig intentar calmar-los. Vaig defensar l'altra doctora de la visita anterior, ja que no era possible detectar una gestació en una exploració mamària, i que no tenia cap ventatja haver-ho fet avans.

Evidentemente, es el estricto relato de 'lo que le dijo' que explica la ginecóloga lo que permite entender porqué la paciente se sintió no informada o confusa sobre el concreto punto que parece requerir en la queja, es decir, '¿puedo seguir adelante con el embarazo o no?'. Si la respuesta se hubiera hecho, como en otras ocasiones, por el responsable del servicio, y a través de la mera consulta de la historia clínica,

evidentemente la mujer simplemente estaba “demasiado nerviosa” para entender la información que “se le trasladó claramente”.

3.5.4 La construcción de una queja: indicaciones o protocolos

Un elemento que resulta esencial para construir una queja es el conocimiento de los procesos relacionados con la organización de las prácticas médicas. Algunas quejas constituyen verdaderos relatos etnográficos de las rutinas hospitalarias³⁹.

La queja apuntada recoge el relato de un padre que acude por dos veces a urgencias y al que finalmente se le diagnostica una apendicitis. El paciente acude por primera vez a urgencias previa consulta a médico del 061 que les apunta la posibilidad de que el “quadre evolucione cap a una apendicitis”. En este caso el paciente ajusta su comportamiento al proceso considerado adecuado en el uso de las urgencias. Las derivaciones de los médicos de ambulatorio se entienden prioritarias y dotadas de un grado de seriedad del que carecen cuando la iniciativa de acudir a urgencias se basa en la mera sospecha o preocupación del paciente. El paciente califica la atención recibida en el servicio de urgencias como de “error médico”.

³⁹ Texto de la queja:

Ens va atendre un metge a qui havíem de repetir les dades varies vegades, doncs semblava que concentrava tots els seus esforços en introduir-los correctament a l'ordinador. Algú va entrar a anunciar-li que ja tenien una placa i s'havia de comentar, això semblà despertar un interès molt viu en aquest doctor; poc després d'aquesta sol·licitud externa, i quan l'exploració del nostre fill semblava clarament inacabada, de cop i volta va dir que venia de seguida i va marxar de la saleta. Ens va deixar esperant quasi bé mitja hora, el nostre fill estirat mig despullat sobre la llitera d'exploració i nosaltres dos al seu costat, vam arribar a sospitar que s'havia oblidat de nosaltres, per la qual cosa vam sortir a preguntar a alguna infermera. Una estoneta després de tornar fent un graciós gest de disculpa per l'espera. Ens va dir ja molt resolt i sense tornar a explorar al nostre fill que l'enviava a casa (això, sense fet cap tipus d'anàlítica, ni radiografia ni cap prova); ens va insistir també que no descartava que el quadre evolucione cap a una apendicitis, més o menys digué que a l'endemà el portessin al seu pediatre i que ell decidís, també ens aconsellà que no li administréssim antitèrmics per tal de no emmascarar el quadre. Va dir que no presentava signes d'apendicitis i en enumerar alguns i ser qüestionada la seva

El relato no se acaba en este momento inicial de no diagnóstico del “cuadro” presentado. En efecto, tras la segunda visita a urgencias al no mejorar el ‘cuadro’ se diagnostica apendicitis y, sin embargo, la intervención se demora hasta las siete de la tarde⁴⁰. El detallado relato de las rutinas de espera en el servicio de radiología, en la sala de observación sin posibilidad de tomar ningún calmante lo relaciona directamente con la atención protocolizada,

Més tard, quan ens hem assabentat dels riscos que el personal sanitari ha de conèixer de la situació en què ell es trobava, ens resulta totalment imperdonable la inhibició i descoordinació amb que es va actuar amb nosaltres al Servei d’Urgències. Ningú es va encarregar d’agilitzar el recorregut que l’havia de dur al quiròfan (...) Posteriorment se’ns ha informat que existeix un protocol per actuar en aquests casos amb la màxima urgència, ens preguntem si hem tingut mala sort i, en el nostre cas s’han oblidat del protocol repetidament; o no és costum seguir allò que està previst en els casos d’Urgència?.

La respuesta de la institución la elabora la máxima autoridad médica, el director médico, y en ella se reconoce la ‘ineficiencia’ y se agradece la queja por ‘ayudar a mejorar’. Esta respuesta se precede de diversas conversaciones entre las partes que evitan el conflicto.

En una queja verbal presentada por la madre de una paciente se reproduce, en alguna medida, el mismo esquema: existe una primera visita en la que se descarta el ‘cuadro’ apuntado por la madre y una segunda visita en la que la evolución apunta al ‘diagnóstico adivinado por la madre’. El texto de la queja, en este caso, se elabora por la persona que recibe la queja, el CQ, y recoge estrictamente aquellos ‘hechos’ en los que únicamente se ‘hace constar’ lo ocurrido, sin que aparezca en ningún caso la voz de la paciente. El texto de la queja es el siguiente,

negació per nosaltres (com ara la anorexia que sí era present en les darreres 35 hores), ell va repetir en un to més agressiu que no presentava cap símptoma.

Pacient atesa a urgències el 12-4-00 i el 15.4.00, diagnosticada finalment de Mononucleosi. La queixa fa referència a que, segons la mare, el primer dia tenia molta febra (39.5), ganglis, etc i ella mateixa va demanar una analítica, que no se li va voler fer. Finalment al no millorar, torna a la segona visita en la que se li diagnostica una mononucleosi

La respuesta del *Cap de Pediatria* es directamente defensiva y excluye cualquier posibilidad, por letra de ley, de la queja.

Un cop llegides la H^a Clínica i la queixa tan sols em queda felicitar al metge de guardia que no va fer una analítica en un nen que portaba 20' d'evolució (segons la H^a).

Es impossible diagnosticar una M.N.I. amb tan poc temps d'evolució i lo correcte és el que va fer. El que la mare ho demani no és indicació per fer anàlisis. En aquest cas la mare ho va "endevinar" però això és la excepció

La queja se codifica como insatisfacción asistencial.

3.6. Contestación a las quejas: respuesta institucionalmente organizada

Una de las cuestiones que afloran de la lectura de las respuestas a las quejas que formulan los pacientes es, ¿a quién responden los profesionales?, ¿Qué hace la institución cuando responde a las quejas?. La noción de contexto proporciona alguna de las claves necesarias para entender este proceso. Evidentemente nuestro trabajo de investigación se orienta hacia la reconstrucción de los contextos a través, como recuerdan Goodwin y Duranti (1992:3-4) de un proceso que es en sí mismo una forma de contextualización.

Las quejas recogen un material complejo. En una sola queja confluyen textos de autores diversos, conocidos y no conocidos (una persona o varias, la intervención de un

⁴⁰ La queja se codificó atendiendo a lo expuesto en estos hechos como "Demora excesiva per atenció

asesor, incluso desde la institución⁴¹), con destinatarios diferentes (el personal sanitario, la dirección del hospital, los colegas profesionales) y con valor jurídico también diferente (protocolos, historias clínicas, informes, escritos de quejas, respuestas internas, pruebas aportadas): ofrecen calificaciones, descripciones y representaciones contradictorias en muchas ocasiones.

C. Goodwin (1994) plantea la noción ‘professional vision’ para mostrar el poder que los procesos interpretativos tienen para llegar a una audiencia. Goodwin analiza tres prácticas que los expertos ponen en marcha,

(1) **coding**, which transform phenomena observed in a specific setting into the objects of knowledge that animate the discourse of a profession; (2) **highlighting**, which makes specific phenomena in a complex perceptual field salient by marking them in some fashion; and (3) **producing and articulating material representations**. By applying such practices to phenomena in the domain of scrutiny, participants build and contest **professional vision**, which consist of socially organized ways of seeing and understanding events that are answerable to the distinctive interest of a particular social group” (Goodwin 1994: 606) [negritas en el texto]

Como apunta Goodwin (1994:606), el análisis de los métodos que los miembros de una comunidad usan para construir y defender los acontecimientos que estructuran su vida cotidiana constituye la base de una teoría práctica del conocimiento y de la acción.

Uno de los episodios analizados por Goodwin fue el proceso judicial televisado en el que cuatro policías fueron acusados por la violencia ejercida contra un motorista afroamericano. Goodwin argumenta que el fiscal perdió el caso porque trató el video de la paliza como un objeto ‘natural’, cuyo contenido se explicaba por sí mismo. La defensa, sin embargo, trató la cinta de video como un documento que precisaba ser

urgent”.

⁴¹ No es extraño que la persona que recibe la queja aconseje al paciente cómo debe formularla. Habitualmente aconseja concisión y claridad: “que los hechos queden claros”.

explicado y recurrió a expertos que utilizaron las tres prácticas indicadas para justificar las acciones grabadas.

El análisis de lo ocurrido en este caso le proporciona a Goodwin un vívido ejemplo de cómo la habilidad para observar un acontecimiento significativo no es un proceso transparente y psicológico sino una actividad socialmente situada que se alcanza a través del despliegue de prácticas históricamente constituidas.

3.6.1 ¿Qué podemos hacer por usted? Subrayar la solución para evitar el conflicto

Como hemos visto en las interacciones apuntadas, el CQ intenta cuando recibe verbalmente una queja, en el primer momento, mediar y aconsejar en la queja. Pero, el CQ hace algo más en ese primer momento: reconduce la queja hacia aquellos puntos en los que su intervención es posible⁴² o hacia cuestiones que diluyen en alguna medida el conflicto o en las que puede mediar.

La siguiente interacción tiene lugar entre el padrastro de un niño y el CQ. El padrastro del niño acude al hospital porque dice que ha recibido ese día el aviso de que la visita en el servicio de psiquiatría/psicología estaba prevista hacía unos días. Ese día, según dice, ha recibido el aviso pero ya ha pasado la visita. Ha ido a programación y le dan visita para dentro de dos meses y él considera que es muy tarde. El cliente habla en catalán con fuerte acento castellano. La interacción no se grabó sino que son anotaciones que tomé durante la interacción tratando de seguir los turnos y el contenido más o menos literal de cada secuencia.

⁴² En las interacciones transcritas en apartados anteriores ya aparece la delimitación entre aquellos puntos en los que 'él puede entrar' y aquellos otros que dependiendo de una decisión médica 'él no puede entrar'.

- 1.Ciente (C) Això es atenció al usuari?
- 2.CQ. Sí entri..(llaman al teléfono) perdoni (termina de hablar) diguim vosté
- 3.C. això, vam fer la visita amb el Sr. Dr., una investigació molt planera ens va dir que
- 4.anesim a psicologia psiquiatria per que demanesim hora i ho vam fer em van dir que
- 5.ens trucarien i no ens han trucat i ahir rebo això que....no he rebut la trucada....Això
- 6.per una banda, per altra el tracte rebut per el Sr.dr. per el tracte rebut agressió va fer
- 7.insinuacions per las dilatacions anormals. Nosaltres sospitavem del pare que es
- 8.alcoholic va sospitar que si el nen havia sigut violat el nen s'oblidaria..vosté creu?
- 9.CQ. Jo no puc entrar, no puc valorar, no es la meva funció
- 10.C. jo m'havia oblidat del tema pero ara he rebut això ..el tracte rebut per el sr. dr.
- 11.Que a més va dir que és el millor d'espanya. No sap tot el que ens va arriba a dir va
- 12.insinuar que havia sigut jo...que tinguessim cuidado del mal que podiem ferli
- 13.nosaltres
- 14.CQ. Jo miraria això. Hi ha un equip, el equip els casos que es segueixen aquí els
- 15.visita un equip
- 16.C. han passat dos mesos, jo crec que el nen ha de ser atés immediatament..
- 17.CQ. Això són escoles
- 18.C. nosaltres tenim un problema greu amb aquest subjecte que és un alcoholic
- 19.CQ. L'equip es reuneix fa un informe
- 20.C. això és el que li feia por al Sr. Dr. Que per un informe seu havia posat algú a la
- 21.pressó i havia rebut amenaces i nosaltres volem que se sepa si ha pasat o no
- 22.CQ. Escrigui la queixa
- 23.C. jo no sé si ho fa amb tothom, va ser un tracte completament denigrant i una altra
- 24.persona li hagués agafat pel coll, primer va dir que jo no pintava res allà
- 25.CQ. Escrigui la queixa
- 26.C. si ho fa amb tothom
- 27.CQ. Espero que no
- 28.C. jo espero que sí porque sino será un racista...
- 29.CQ. Demani hora de consulta al nen
- 30.C. jo primer faré la consulta si val la pena marejar al nano
- 31.CQ. Això tal i com està està penjat
- 32.C.jo ho he deixat penjat...vosté creu que em pot dir que he pogut ser jo i que si le
- 33.han violat s'oblidará
- 34.CQ. Això millor que li digui a la psiquiatra que li rebrà li dirà a la psiquiatra
- 35.C. vosté li sembla normal el que li estic dient o creu que me lo estic inventant
- 36.CQ. Vosté quan ho considere convenient demana hora
- 37.C. que no quede impune...pero un señor que diga además que es el millor de España
- 38.no he visto en mi vida
- 39.CQ. Això està pendent

- 40.C. jo veré si le puede perjudicar, quan va venir explicava coses ara s'ha normalitzat
- 41.CQ. Hi ha perill de que torni a veure'l
- 42.C. sisi per això volem sapiguer si ha passat o no si diu que es científicament
- 43.impossible...es que ha passat algo jo no puc consentir que em diguin que soc un
- 44.mentider
- 45.CQ. Per això li van enviar a psicologia / psiquiatria
- 46.C. te tenien que donar hora immediatament
- 47.CQ. Nono noes així porque...per altra banda aquí posa avisado
- 48.C. nono eso es metira
- 49.CQ. Vosté pot...
- 50.C. el que si que vull fer és presentar una queixa
- 51.CQ. (le da los papeles)
- 52.C. será la seva paraula contra la meva.

La interacción es compleja. El CQ intenta la misma estrategia que sigue en todas las interacciones: aconseja cómo reconducir el problema que se plantea. Este caso es complejo, el relato del paciente después del primer motivo de queja que enuncia (líneas 3-5) adquiere mucha carga emocional y es muy confuso (líneas 5-7). El CQ pone un límite a esta cuestión siguiendo la misma estrategia que en anteriores interacciones (línea 9) “jo no puc entrar, no puc valorar, no es mi función”, en este caso también se trata de una actuación médica⁴³.

El CQ intenta reconducir la situación. Frente a las quejas reiteradas del cliente le invita a redactar una queja pero, inmediatamente, vuelve a aconsejarle que pida hora de consulta para el niño (línea 28).

⁴³ Cuando acaba la visita me explica que la agresividad de la que habla el paciente y que atribuye a quien les atiende cuando denuncian la posibilidad de que el niño haya sido agredido sexualmente es una estrategia, “discutida pero estrategia”, que este dr. pone en marcha para intentar averiguar si quienes se dirigen a él (los padres habitualmente) pueden ser los autores de la agresión. Este dr. dirige una unidad de atención especial que se encarga de aquellos casos en los que se sospecha que ha existido agresión o maltrato. Las pediatras que visiten a un niño/a y tengan una sospecha deben comunicárselo a él. La unidad está integrada por varios doctores y tienen la obligación legal de informar a la policía en el caso de que exista una sospecha de agresión sexual o malos tratos. Existe un protocolo de colaboración entre hospitales, policía, fiscales y jueces para la actuación inmediata y coordinada en casos de agresiones sexuales o malos tratos a niños.

3.6.2 La codificación de la respuesta

La respuesta institucional a la queja se conforma desde el momento en el que el CQ recoge por escrito la queja. Desde sus primeras anotaciones el CQ subraya aquellos elementos de la queja ‘en los que puede entrar’. Este sería parte del proceso de *highlighting* (subrayado) apuntado por Goodwin (1994) como una actividad cognitiva que trata de reducir y modelar la complejidad de un campo. Como apunta Goodwin (1994: 610),

through these practices structures of relevance in the material environment can be made prominent, thus becoming ways of shaping not only one’s own perception but also that of others.

En efecto, cuando el CQ recibe una queja hace dos cosas: por un lado, subraya aquellos elementos relevantes que reducen en alguna medida la complejidad de lo referido en una queja. Esta operación tiene especial trascendencia cuando la queja se vierte verbalmente. Y, una segunda operación, es la de ‘codificación’ propiamente dicha, es decir, la de asociar unos determinados hechos (ya subrayados) en la clasificación de las quejas establecidas por la Administración Pública.

El texto de queja que transcribimos muestra estos procesos de subrayado y de incorporación de la codificación en el texto de la queja:

Pacient visitada en el servei de XX al maig de 94 que se li demana una ecografia per la següent visita. Queixa verbal que fa referència a la manca de coordinació i informació a l’hora de realitzar la prova ja que comenta la mare que ningú li va explicar com s’havia de programar la visita i la prova.

En este caso, claramente la queja selecciona y subraya unos hechos (petición de la ecografía, nadie le explicó cómo se había de programar la visita y la prueba). La ‘contextualización’ que se hace de la queja (pacient visitada en el servei de X) parece

aludir a una fuente de información objetiva (o la relación de visitas a que tiene acceso vía informática el CQ o el volante presentado por la paciente). La queja propiamente “ningú li va explicar..” la marca la codificación “manca de coordinació i informació..”. Evidentemente, el relato de la paciente sobre lo ocurrido se hace invisible en la respuesta a través de la codificación institucional que ‘depura’ el mismo.

En este punto queremos destacar algunas cuestiones relativas a la codificación. Como apuntamos, la codificación de las quejas se estableció de manera uniforme para todos los centros sanitarios en el año 1996 (Instrucción 3/1996 modificada en el 2001). Sin embargo, con anterioridad a esta fecha existía una codificación con la que se operaba en los centros derivado del requisito de tener una Oficina de Atención al Cliente que tramitase las reclamaciones que se presentaran sobre las que debía transmitirse información a la Administración.

El análisis de las quejas producidas antes de 1996 y las posteriores a ese año 96, cuando se introduce la codificación unificada, muestra un aspecto interesante en relación con el sentido que, en el marco de la Administración sanitaria, quiere darse a las reclamaciones y los derechos/estándares actuados en las quejas.

En efecto, antes del 1996 existía una codificación (“deficient assistència”) en la que se incluía un tipo de quejas que a partir de ese año se codifica como queja relativa a la asistencia y, en concreto, 1010 “Insatisfacció assistencial”⁴⁴ e, incluso, queja de atención y trato. Creemos que esta modificación es relevante en la medida en que incluye en el ámbito de la queja todas aquellas cuestiones relacionadas con la

⁴⁴ Dentro del bloque relativo a la Assistència se incluye: Insatisfacció assistencial; Assistència no realitzada; Accident assistencial causal; Desacord amb l’alta; Desacord amb l’Alta mèdica; Desacord amb l’alta hospitalaria; Desacord amb l’alta laboral; No respecte de l’objecció de consciència; Infecció hospitalaria; Confusió assistencial; Confusió assistencial del malalt; Confusió assistencial de medicació; Confusió assistencial d’intervenció / tractament; Confusió assistencial diagnòstica; Incompliment de la dieta alimentària; Denegació de prestació; Altres.

‘satisfacción’ y excluye del ámbito de la queja la calificación de la actuación sanitaria, como supone la codificación de ‘deficient assistència’. Por tanto, la respuesta que el CQ da a los pacientes cuando en sus relatos ‘descalifican’ una actuación médica (o más bien sanitaria en general, también de enfermería) se ajusta al proceso de inclusión / exclusión de lo que constituye el espacio ‘administrativo’ de la reclamación⁴⁵.

Como también apuntamos, la información sí que aparece codificada sin referencia estricta a la ‘satisfacción’ del paciente con la información. Sin embargo, muy pocas quejas relacionadas con déficits de información se codifican como tal (ya vimos como en el cómputo global de la región sanitaria para el año 2000 únicamente aparecían 2 quejas computadas como deficiencias en la información) sino que se recogen como ‘insatisfacción asistencial’.

Estas transformaciones y procesos de recodificación no pueden separarse del proceso de negociación de un modelo de administración sanitaria, proceso, por otra parte, abierto, en construcción. Creemos, en este sentido, que estos procesos de codificación (y las reformulaciones que se han ido introduciendo) tienen que ver con la producción de unos objetos de conocimiento en torno a los cuales se organiza el discurso de la profesión médica⁴⁶, como apunta Goodwin (1994: 628),

⁴⁵ Una queja presentada en el año 93 califica/codifica como ‘deficient assistència’ el hecho de que las enfermeras ofrecieran alimentos con productos lácteos a la hija ingresada cuando ella había advertido cuando llegó, y constaba en su historia, que la niña tenía intolerancia a cualquier producto lácteo que le causan reacciones alérgicas importantes. En una queja del año 2000 codifica como insatisfacción sistencial’ (1010) y ‘trato y atención’(2010) las abundantes hemorragias derivadas de la vaporización con laser del cuello de la matriz, posteriores atenciones en urgencias que no consiguieron cortar la hemorrágea, los dolores posteriores a una intervención para tratar de cortarla que, según consulta con médico especialista, derivaron de que se le había ‘tocado un nervio’. En este caso, por otra parte, también la paciente inicia su escrito expresando que *he sido intervenida insatisfactoriamente*. La respuesta institucional a esta queja, por otra parte, incluye una ‘segunda’ codificación de los hechos en la medida en que los hechos descritos en la queja son susceptibles de una ‘lectura’ profesional desde el protocolo médico que marca cómo se realiza la técnica y en el que aparece ‘descrito’ un tanto por ciento de fallos.

⁴⁶ La codificación establecida reglamentariamente desglosa de manera pormenorizada lo que constituyen prácticas posibles en el espacio hospitalario: ‘tracte personal inadequat’/‘manca d’intimitat’/ tràmits dificultosos’ ‘manca de coordinació’ ‘incompliment d’horari’, ‘manca de servei’...

Through the construction and use of coding schemes, relevant classification systems are socially organized as professional and bureaucratic knowledge structures, entraining in fine detail the cognitive activity of those who administer them, producing some of the objects of knowledge around which the discourse in a profession is organized, and frequently constituting accountable loci power for those whose actions are surveyed and coded.

La respuesta que articula la institución frente a (los hechos de expuestos en) las quejas suele utilizar estrategias a través de las cuales se hace visible el marco profesional de actuación que ‘explica’, desde esta perspectiva, lo ocurrido. En este sentido, el testimonio experto (normalmente el del Jefe de Servicio y también el del propio aludido en la queja) es especialmente eficaz para articular discursivamente una determinada acción como práctica profesional⁴⁷.

En una queja presentada (vía fax) en el año 1999, una paciente se dirigía al Servei d’atenció al client en los siguientes términos,

El cas és que el passat divendres, seguint les instruccions del meu pediatra, vàrem anar a Urgències per una otitis persistent que el meu fill arrastra des de fa dos mesos. No obstant i administrar-li antibiòtics, el divendres va renovar la febre, i tornava a tenir les oïdes inflamades, de manera que el pediatra ens va ordenar anar a urgències.

Una vegada visitat a urgències, s’ens va donar instruccions per anar a Otorrino el dilluns, s’ens va fer el volant, i això és el que hem fer aquest matí. La meva queixa comença aquí.

Aquest matí, al ser assistits (hi ha anat la meva senyora), l’otorrino ha mirat les orelles al nen, i ha dit textualment: “és una otitis. Adéu, bon dia”.

La meva senyora, davant d’això, ha demanat, doncs, que què havia de fer, al que la persona en qüestió ha contestat que “tornar a urgències”. Davant d’això, doncs que era una otitis ja ho sabíem tots (i ho deia l’informa

⁴⁷ Goodwin analiza la línea de defensa que la policía propuso, es decir, que pegar constituía un ejemplo de cuidado trabajo policial, discurso profesional en el que la víctima era activo copartícipe e, incluso, la parte que controlaba la interacción,

To successfully make this claim, the defense provided the jury with ethnography about police practices and with a coding scheme to be used to analyze the events on the tape. The power of coding schemes to control perception in this fashion was central to the defense strategy. The defense contended that if the police officers could legitimately see King’s actions as aggressive and a threat to them, then the police were entitled to use force to protect themselves and take him into custody. The central point debated within the trial was what the police officers who beat King perceived him to be doing. These perceptions were treated not as a idiosyncratic phenomena lodged within the minds of individual police officers but as socially organized perceptual frameworks shared within the police profession. (Goodwin, 1994: 616)

d'urgències), la meua senyora ha insistit en que el nen estava així des de feia molt temps, al qual la metgessa ha contestat: "Miri, senyora, no m'expliqui la seva vida. Explíquila al seu otorrino. Aquest nen ha d'ésser visitat pel seu otorrino o el seu pediatra". Novament, la meua senyora ha demanat explicacions, al qual ja no ha conseguit resposta alguna.

La meua queixa és de varis caires. En primer lloc, professional, doncs en cap cas considero ni l'actuació ni les explicacions, ni molt menys suficients. Em pregunto per què calia anar al otorrino, i sino podíem estalviar-nos-ho, i anar directament a un altra persona. En segon lloc, de caire d'educació. No crec adequada la contestació, ni crec que tingui l'acceptar aquesta postura de qui treballa cobrant un sou al que tots contribuïm.

La respuesta del profesional aludido en la queja plantea varias cuestiones. Por un lado, sitúa el marco organizativo e institucional como esquema necesario para entender su actuación estrictamente profesional. La actuación realizada la inscribe el médico en el marco de una interconsulta, es decir, de una relación entre dos profesionales que se practica habitualmente⁴⁸,

L'objecte d'aquest escrit és donar resposta a la seva denúncia⁴⁹ en la qual es questiona tant la meua professionalitat com la meua educació.

En primer lloc li explicaré el motiu pel que el pediatre de guàrdia, Dr. X., el dia 19, que va atendre el seu fill, el va remetre al departament d'Otorrinolaringologia: el pediatre que rep al pacient al Servei d'Urgències pot demanar opinió, consell terapèutic, ajut de diagnòstic, assessorament de tractament...a qualsevol dels especialistes del Centre i que estan presents en el moment de ser atesos en el Servei d'Urgències. Així ho van fer en el cas de l'Albert. La meua visita, es a dir l'interconsulta, es va fer transcorregudes 48 hores degut a escaures en cap de setmana, i va consistir en una otomicroscopia bilateral amb el consegüent diagnòstic de la seva patologia

Por otro lado, y siguiendo este marco de interpretación, sitúa como su interlocutor al pediatra de guardia de manera que se justifica cómo se articuló la información: bastaba la confirmación de un diagnóstico y la transmisión de un informe

⁴⁸ La expresión que el paciente pone en boca del profesional en la queja ("Miri, senyora, no m'expliqui la seva vida. Explíquila al seu otorrino") la niega tajantemente pero no que, confirmándole el diagnóstico existente, le derivó de nuevo a urgencias.

⁴⁹ La carta la dirige directamente a la persona que escribe la queja

escrito dirigido al pediatra de guardia o a quien se hiciera cargo del tratamiento (que como profesional especialista también aconseja) del paciente,

concretament i, segons consta en la història clínica, d'una otitis serosa esquerre aguditzada, informació que com d'habitual vaig transmetre per escrit al pediatre responsable de la guàrdia del dia 22. També vaig aconsellar per escrit el tractament adient en aquell moment. El pediatre que va rebre aquesta informació em consta que, un cop revalorat globalment al pacient, incluint la meva aportació questionada en el escrit, així ho va fer. Les causes del manteniment de la seva patologia de base (otitis serosa) que segons diu l'escrit és de dos mesos han de ser revalorades un cop s'hagi finalitzat el tractament de l'agudització, motiu pel que es consulta al Servei d'Urgències, pel seu pediatre i si aquest o creu convenient pel especialista otorrinolaringòleg corresponent.

Com he exposat les interconsultes que es fan als especialistes són de vegades només per corroborar un diagnòstic, altres per modificar-lo, aclarir-lo o bé afegir-hi algún tractament més específic.

El profesional construye discursivamente el marco interpretativo en el que ha hecho aquello que tenía que hacer como profesional adscrito a una organización. Como profesional no podía asumir el paciente de otro profesional pero sí contestar la consulta que otro profesional le había hecho a través de un mecanismo que prevé la institución para la coordinación de las acciones y para la cooperación en las decisiones entre el personal perteneciente a los diferentes servicios especializados.

Como apunta Goodwin,

Central to the social and cognitive organization of a profession is its ability to shape events in the domain of its scrutiny into the phenomenal objects around which the discourse of the profession is organized (1994:626).

Del análisis de las quejas y de los procesos que las mismas ponen en marcha en el seno de una institución hospitalaria es importante destacar los siguientes puntos:

1. El nuevo modelo sanitario parece querer orientarse hacia el cliente. Por ello y para ello dispone que todas las instituciones sanitarias velen por los

derechos recogidos en las Cartas de derechos facilitando la presentación de quejas o reclamaciones.

2. Por otro lado, el nuevo modelo sanitario orientado hacia la calidad constituye a las quejas en un mecanismo adecuado para la medición de la satisfacción de los clientes.
3. Los procesos que las quejas ponen en marcha en el seno de la institución hacen aflorar aspectos sociales y legales de la interacción entre los profesionales en los que la propia institución, y no sólo el cliente, está interesada. Es un espacio en el que se negocia la aplicación de los comportamientos marcados por la institución.
4. Las respuestas a las quejas, sin embargo, son ambivalentes. Por un lado, la institución trata de evitar el conflicto creando un espacio de negociación abierto. Por otro lado, el procedimiento de contestación a las quejas, desde las propias categorías establecidas de codificación, impone la visión profesional de la práctica médica.

CAPÍTULO 4. LA ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE (1)

4.1. Introducción

Este capítulo aborda la descripción de la organización de un ámbito de actuación médico sanitaria como son los servicios de urgencias hospitalarios. El trabajo etnográfico desarrollado en el servicio de urgencias me ha permitido observar cómo la organización se dispone formalmente para ‘racionalizar decisiones’ y cómo, en la práctica, los sujetos ajustan estas disposiciones a sus propias definiciones y posibilidades de actuación. (H.A.Simon, 1977).

La parte fundamental del este capítulo y el siguiente es una aproximación etnográfica al discurso médico que se produce en la interacción médico – paciente en el espacio de atención de un servicio de urgencias hospitalarias. La característica más relevante de la actuación médica es que no se trata de una actuación individual sino colectiva y coordinada¹.

¹ Pompeu Casanovas (2000) en su trabajo sobre los operadores jurídicos plantea la trascendencia de las nociones de contexto, cultura y cognición y estas nociones también poseen carácter esencial para el análisis del trabajo de los médicos en el hospital en el servicio de urgencias,

“Voy a sostener de forma genérica que las nociones de contexto, cultura y cognición son esenciales para describir con alguna precisión el comportamiento de los denominados operadores o agentes jurídicos, y que para ello es preciso contar con una pragmática del derecho contemporáneo que está en gran parte aún por hacer, pero que puede contribuir a poner de manifiesto las formas de razonamiento y de procesamiento de la información efectivamente empleadas en los acuerdos, pactos y decisiones jurídicas que tienen lugar

Como el análisis de las interacciones recogidas en nuestro corpus va a mostrar, la actuación organizada de pediatras, enfermeras y personal sanitario transforma las experiencias con pacientes en discursos y textos que tienen una eficacia ulterior designar el estado de salud de una persona, definen situaciones de riesgo y deciden en torno a la asignación social de los recursos sanitarios². Esta circunstancia condiciona en gran medida el discurso médico en la interacción con el paciente.

Sin embargo, el trabajo que presento en este capítulo no aborda tanto este proceso de ‘transformación’ sino la interacción previa que tiene lugar entre los pediatras y los pacientes³. Sin duda, el análisis del discurso médico trae a colación la cuestión del poder. El análisis de la interacción entre el médico y el paciente en la consulta médica de urgencias muestra cómo los médicos y los pacientes ‘reclaman’ poder a través de sus actividades discursivas. En este sentido, esta investigación trata de describir las negociaciones que se desarrollan en el encuentro pediatra – paciente en un servicio de urgencias hospitalario.

Muchas investigaciones sobre la relación médico- paciente apuntan el carácter pasivo de los pacientes frente al predominio del médico que es quién formula las preguntas que el paciente ha de limitarse a responder. En los encuentros que he tenido ocasión de participar, efectivamente, esta era una parte esencial de la relación. Sin embargo, también me parece importante mostrar otros intercambios discursivos, formas de hablar y escuchar que tienen lugar en los encuentros, que muestran cómo los

básicamente; (i) dentro de organizaciones (y no de forma aislada), (ii) y de forma colectiva y coordinada (aunque se exprese en una decisión, auto o sentencia individual)” (2000: 1)

² La distinción entre ‘texto’ y ‘discurso’ la hace Cicourel (1995) en su obra sobre Justicia juvenil. El término ‘discurso’ lo utiliza para referirse a cualquier cosa más allá de la letra. En ocasiones, sin embargo, se utiliza el término ‘texto’ como una modalidad de discurso y se contrapone a ‘talk’ designando el primero el discurso escrito y este último el discurso producido en una conversación.

³ El capítulo tercero en el que se analizaban las quejas abordaba en alguna medida este proceso de transformación o de codificación profesional.

pacientes ‘reclaman’ poder en el encuentro con el médico- pediatra, cómo se implican solidariamente en la decisión⁴.

4.2. Los servicios de urgencia: utilización y percepción

Un elemento relevante de la organización de un servicio de urgencias hospitalario viene determinado por la ‘demanda de urgencias’ de quienes usan el servicio⁵. En efecto, la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias de

⁴ Tannen (1996), frente a la formulación asimétrica de las relaciones de poder, apunta a la relación paradójica que existe entre poder y solidaridad, “Es decir que aunque poder y solidaridad, por un lado, y proximidad y distancia, por otro lado, parezcan oponerse a primera vista, también cada uno de ellos implica al otro. Cualquier muestra de solidaridad implica necesariamente el poder, en tanto que el requerimiento de semejanza y proximidad limita la libertad y la independencia. Al mismo tiempo, cualquier muestra de poder implica solidaridad al involucrar a los participantes en una relación recíproca. Esto crea una proximidad que puede contraponerse a la distancia entre individuos que carecen de toda forma de relación” (1996: 34)

⁵ Entrevista realizada a doctores del servicio de urgencias de un hospital de adultos durante una guardia de noche (Octubre 2001)

Doc. Habitualment ens venen molts avis, en aquest cas estem veient un avi que ha caigut i té una ferida incisa a la cella allavorens hi ha els residents en aquest cas hi ha el cirurgià plàstic i una drurgiana general que està suturant... Això és molt freqüent, avis que cauen. En el cas nosaltres som cirurgians i veiem mals de panxa es l'altra cosa habitual que veiem ...Visites al dia que tenim? Unes quaranta cinquanta visites al dia habitualment i a més amés hem de cobrir quiròfan d'urgències normalment som quatre cirurgians dos residents i dos adjunts els que estem de guàrdia i un dels adjunts ha entrat ara amb un dels residents a dins del quiròfan a operar una colecistitis, una vesícula

Entrevistador (E) perquè el més habitual son aquest tipus de talls superficials i així

Doc. Exacta, bàsicament son traumatismes, ferides, incises que s'han de suturar que pertant ens porten bastanta estona querque has de posar bueno segons com sigui l'avia n'hi ha avis que col·laboren més n'hi ha que col·laboren menys has de posar l'anestèsia els has de suturar i es una estona els has de fer una radiografia de control i el que veiem més és pues mals de panxa bàsicament, dolors abdominals, apendicitis, colicistitis, oclusions diferents

Entre. Perquè els mals de panxa aquest que poden ser

Doc. Doncs poden ser malalts per ingresar... La majoria de malalts que venen són malalts que haurien d'anar al ambulatori però que donada la problemàtica que hi ha a la sanitat, se rie –aprovecho para- la problemàtica que hi ha com que saben que aquí dons els visitem ràpid i tenen proves ràpides o sigui una analítica i una placa la podem fer en un parell o tres d'hores dons dons venen a urgències, venen a urgències i els hi fem això placa i analítica habitualment si ho requereixen iiii d'aquesta manera tenim una masificació que no hauríem de tenir, de fet moltes de les urgències no son tal no son urgències i en fi,

muchos/as ciudadanos/as responden a la idea de una posibilidad indefinida de atención sanitaria.

Sin embargo, los hábitos y expectativas de los usuarios chocan con las nuevas políticas sanitarias que tienden cada vez más a distanciarse de esa asistencia indefinida hacia un proyecto de 'uso racional' de los centros que constituyen la red sanitaria pública. Creemos importante, por tanto, referirnos en primer lugar a la situación y percepción de los servicios de urgencias y las posibilidades y necesidades de reforma.

això es una mica el que veiem cada dia malalts que haurien d'anar al ambulatori com a primera opció i que la majoria per tant tornen a marxar a casa seva ehhh estan unes hores aquí i marxen

Entre. Què l'estant fent a aquest pacient?

Doct. Pues a aquest pacient li estan posant la anestesia que inicialment fa mal i llavor costa una mica i han de estar quiets i després dons el que faran es suturarle la cella eh és un avi ja gran no?¿quans anys té aquest senyor?(pregunta a algú)

Otro doc. Contesta. Setanta i picu

Doct. Setanta i pico d'anys però està col· laboren molt bé quiet que habitualment això no ens passa els senyors es belluguen i t'agafen la mà no et deixen posarles la anestèsia però en aquest cas està col· laborant molt bé

Ent. Digues digues

Doc. Veiem els malalts aquí en aquest primer cubícul que hi han dos llits com pots veure i d'aquí decidim si realment el malalt s'ha de quedar-se a urgències, o no cal, o ha de marxar cap a casa, si es queda a urgències hi han dues sales a darrera que és la sala d'observació i la sala de cures en les quals hi ha malalts més o menys greu perquè hi ha més o menys infermeria, eh bàsicament el criteri és aquest, si és més greu pues hi ha la sala d'observació on hi han dos infermeres per dotze malalts i llavors es queden allà esperant resultats o esperant estar ingressats, en aquest cas tenim quatre malalts que estan esperant ser ingressats que també degut la problemàtica que tots els hospitals tenim de mancança de llits aquest malalts estan esperant ser hospitalitzats porten dos, en concret, porten 24 hores esperant ser hospitalitzats perquè no hi llits als hospitals i altres estan pendents de proves, esperant el resultat de la analítica que duren dos o tres hores que ens arribin els resultats (paua) i bueno això es el que fem habitualment estar veient els malalts d'aquí i després n'ha controlant els malalts que tens a darrera que t'arribin els resultats i decidir que n'has de fer si son quirúrgics comentar-ho amb anestèsia i llavors si tenim possibilitats de quiròfan perquè de vegades també hi ha mancança avui mateix teníem una senyora per operar a primera hora del matí que no podíem operar perquè hi ha dos quiròfans i estaven ocupats per traumatòlegs i ginecòlegs en aquest cas dons això, operem i la feina de cirurgia d'urgències és aquesta visitar malalts molts dels quals no haurien de venir aquí però venen ehhh n'ha vigilant els que tens en observació i per últim si cal operar s'opera, tonc això s'opera d'urgències habitualment hi ha entre una tres operacions al dia en aquest cas tenim una ja que la estan entren ara i després posteriorment probablement tindrem un altra una apendicitis.

El modelo de transformación diseñado pretende descongestionar el uso de las urgencias hospitalarias en favor de la atención de los pacientes en los centros de asistencia primaria, es decir, el control/seguimiento del paciente por parte del médico del ambulatorio, necesita tiempo.

Los servicios de urgencia hospitalaria han seguido un ritmo de crecimiento en su utilización paralelo al proceso de universalización del seguro de asistencia médica. El sistema de salud garantiza a los ciudadanos la posibilidad de ser atendidos en urgencias a cualquier hora del día. Esta posibilidad se encuentra regulada por el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Este decreto regula la jornada laboral de los trabajadores sanitarios y prevé la organización de turnos rotativos con la finalidad de que se garantice la asistencia a la población.

El nuevo modelo sanitario trata de articular unos mecanismos de control del gasto sanitario que pasa en gran medida por el control de la utilización de los servicios. En efecto, son numerosos los estudios que muestran cómo los servicios de urgencias son utilizados por la mayor parte de la población como su forma de asistencia sanitaria habitual, es decir, como una forma de asistencia primaria. En este sentido, diversos autores han mostrado cuantitativamente como la asistencia a los servicios de urgencias supone una disminución de las consultas externas habituales (T.Lang et al. 1996). La ubicación de los hospitales en zonas urbanas ya sea en centros urbanos cercanos a zonas de pobreza o su disponibilidad geográfica y social se han utilizado como argumentos explicativos de esta utilización de los servicios de urgencia hospitalaria como una forma de asistencia primaria por parte de los usuarios o como la puerta de acceso al sistema sanitario (R.M.García Arqué, 1997: 71).

La utilización de los servicios de urgencias para casos no urgentes se atribuye generalmente a la combinación de diversos factores (F.Béland et al., 1998, G. López y Casanovas, 2001) como la cercanía del centro de urgencias⁶, características psicosociales, socioeconómicas y demográficas de los usuarios, hábitos de consumo⁷. El estudio de estas cuestiones resulta interesante e imprescindible para entender la relación que se establece entre los servicios de la organización sanitaria así como la adaptación que estos servicios han hecho al medio en el que se ubican. Esta finalidad ecológica, es decir, de adaptación al medio y a las características de la población a la que sirve es la que ha inspirado la nueva organización sanitaria basada en la promoción de los centros de asistencia primaria frente a la atención de urgencias hospitalarias.

El Informe Abril (1991) sobre el sistema sanitario español dedicaba uno de sus apartados a las urgencias y, en concreto, a cómo la población utiliza estos servicios. Divide a la población en tres grandes grupos. El primero, que representa entre el 3 y el 5% del total de ingresos urgentes, está formado por emergencias médicas objetivas. El segundo grupo que representa entre el 35 y 40% de los ingresos urgentes, está constituidos por urgencias percibidas como tales por el/la paciente pero que sólo excepcionalmente lo son y derivan en un tratamiento inmediato. El tercer grupo se integra por aquellos que utilizan las urgencias como si fuera un ambulatorio.

⁶ “Entre los motivos que expone el paciente para visitar en primera instancia los SUH destacan: 1) la comodidad sentida por el mismo paciente o su acompañante en relación con la accesibilidad y tecnología empleada por el servicio de urgencia (446,4%), y en segundo lugar; II) por aquellos pacientes que acuden a recibir atención especializada directamente (14.3%). El 20,2% de las consultas de urgencias se han clasificado como consultas banales: es decir, podían haberse resuelto en el ámbito de la AP sin ningún tipo de prueba complementaria. (p.117)

⁷ G.López y Casanovas (dir) (2001: 117). “Un estudio sobre el fenómeno de la polifrecuentación de los SUH muestra resultados que avalan la hipótesis que los pacientes frecuentadores de este tipo de servicios presentan condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (personas entre 66 y 74 años, con un nivel de ingresos inferior a 6.000 euros anuales y sin estudios). Algunos factores relacionados con los estilos de vida (alcoholismo) aparecen también como significativos a un nivel estadístico (IC 95%).”

La *Encuesta Nacional de Salud de España* de 1997 apuntaba cómo el servicio de urgencias es la forma más habitual de ingreso en relación con la hospitalización (54%), mientras que el ingreso hospitalario ordinario supone un porcentaje del 45%. Otro apunte interesante de la encuesta en relación con la utilización del servicio de urgencias por la población es que,

diecinueve de cada cien encuestados han utilizado el servicio de urgencias en los últimos doce meses anteriores a la realización de la entrevista (figura 7). La media de veces que se ha utilizado en el año el servicio de urgencias es de 1,6. En el 60% de los casos esas urgencias pertenecían a un hospital de la seguridad social y en un 22% a un servicio de urgencias no hospitalario también de la seguridad social.

En general, se acude a los servicios de urgencia de un hospital de la Seguridad Social sin consultar previamente con un médico. El 75% de los que acudieron a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social fue porque el entrevistado, sus familiares o allegados lo consideraron necesario y solamente 24 de cada 100 porque un médico lo había indicado (R.M. García Arqué, 1997: 70).

La Encuesta nacional de salud de 1997 parece confirmar la tendencia al descenso de los ingresos hospitalarios por vía de urgencia. En los datos recogidas en las encuestas de los años 1991 y 1994 realizadas por el CIRES se pasa del 64% en 1991 al 51% en 1994. Estas encuestas añadían el dato relativo al nivel socioeconómico de los usuarios que señalaba como el 66% tenían un nivel bajo. Por otro lado, también eran las personas de más edad las que más utilizan los servicios de urgencias.

La importancia que tienen las urgencias como forma de acceso al sistema sanitario redundaba en la formación de la opinión sobre el funcionamiento del sistema. Un dato fundamental es la valoración de la relación que existe entre profesionales y pacientes. El análisis de los datos del CIS (R.M. Arqué, 1997) muestra que se obtiene una visión más real de la demanda del usuario/a si se divide entre los ciudadanos que han optado por un centro de atención primaria o un centro hospitalario ya que las demandas en uno u otro servicio son diferentes.

Uno de los aspectos más apreciados por los/as ciudadanas/os es la forma cómo los tratan las personas que les atienden. Los resultados no ofrecen grandes diferencias en las valoraciones que se dan a los diferentes grupos de profesionales que integran el personal sanitario. Sí que existen mayores diferencias por Comunidades Autónomas. La valoración es menos buena en las zonas donde existe mayor concentración de población.

Otro de los puntos que tiene gran trascendencia en la relación entre profesionales y pacientes en la valoración de los servicios de urgencias es la información. La valoración de la población varía también según se trate de un servicio de urgencias de atención primaria o de un centro hospitalario. La percepción expresada es que los centros primarios ofrecen mejor información a las personas y de mayor calidad. La mayoría de la población estima que la información que se facilita en los servicios de urgencia es suficiente. Sin perjuicio de resaltar el 12 % que señalan que la información es mala o muy mala que corresponde a personas de edades comprendidas entre 25 y 54 años (R.M. Arqué, 1997)

Por su parte el estudio Delphi 2000 *El sistema sanitario español: Estrategias, Tendencias y Áreas de Desarrollo* analizan la percepción de los profesionales respecto a los servicios de urgencias. En este sentido, el 86,8 % de los profesionales consideran que el modelo actual de urgencias se encuentra agotado (tanto en lo que respecta a las urgencias hospitalarias como extrahospitalarias). Sin embargo, como señala el estudio, no se acaba de abordar la reforma de los servicios de urgencias. También se considera poco probable por parte de quienes realizan el estudio (panelistas) que se aborde en la próxima década la Atención de Urgencias como un nivel de la organización sanitaria con características especiales distintas de la Atención Especializada y de la Atención Primaria (A. Marrón et al.1994)

Las características de utilización ‘no urgente’ de los servicios de urgencias que parecen tener un alcance general en todos los países desarrollados y la preocupación por la utilización eficiente de los recursos sanitarios ha llevado a plantear algunos debates y propuestas de actuación. En efecto, frente a los procedimientos arbitrarios de racionalización de lo que son los recursos sanitarios escasos: listas de espera, restricción al acceso (reducción de horarios de atención; estándares de calidad mínimos para desincentivar el uso; prioridad objetiva o subjetiva basada en criterios de necesidad (en servicios de urgencias saturados), se presentan algunas experiencias internacionales que de manera explícita establecen prioridades para el acceso a los servicios sanitarios.

Algunas de estas experiencias internacionales que se están presentando para su discusión afectan directamente a la gestión de los servicios de urgencias. Por ejemplo, el caso de Oregón basado en la exclusión de algunos servicios o el caso de Nueva Zelanda que marca unas líneas de actuación o el sistema de Manage Medicaid establecido en algunos Estados norteamericanos y basado en el sistema de ofertar alternativas diferentes para la atención en urgencias dejando la apreciación de la urgencia/emergencia ya al médico de asistencia primaria pero también a la ‘prudencia del hombre no experto’ (M.Solloway, 2000). En cualquier caso, la eficacia de estas estrategias se basan en que las ofertas de servicios se adecuen a las necesidades sociales y una cuestión que parece compartirse es que la atención de las demandas de salud no se basa en diversificar la oferta de atención médica.

4.3 Aproximación teórica y metodología

El trabajo que se presenta en los capítulos 4 y 5 se basa en los encuentros grabados durante el trabajo de campo en el servicio de urgencias pediátricas hospitalarias. Las interacciones no siempre son primeras visitas sino que algunas de ellas eran sucesivas actuaciones que los mantenían con los pacientes y que prolongaban la visita en el tiempo con la intervención, en muchos casos, de otros profesionales sanitarios: médicos de alguna especialidad, radiólogos, enfermeras.

Esta investigación parte de datos de diferente tipo. Las interacciones médico – paciente que he tenido oportunidad de observar y grabar resaltan por su diversidad, más allá del guión que pueda marcar el esquema de intervención médica. Lo que hace de cada una de las visitas un espacio singular es la peculiar negociación que suele establecerse entre los pediatras y pacientes en cuanto al qué y al cómo de la intervención médica. También especialmente relevantes han sido las interacciones entre profesionales del servicio: las consultas que los pediatras menos expertos realizan con pediatras de mayor experiencia. La observación etnográfica me ha permitido, finalmente, la contextualización de estos distintos intercambios.

El análisis de lo que acontece en el servicio de urgencias requiere para su descripción varias aproximaciones.

El análisis de discurso nos interesa en la medida en que centra su estudio en cómo se desarrolla la interacción a partir del análisis de los elementos lingüísticos que entran en juego⁸. Siguiendo a los teóricos del análisis de discurso, es importante atender a las palabras mismas y también a cómo se producen los turnos de palabra, las interrupciones, los silencios, la estructuración de la información, las narrativas orales y cómo se sitúa dentro del marco de lo que acaba de ocurrir y cómo afecta al desarrollo del

discurso con acontecimientos pasados y con el discurso que le sigue. El análisis del discurso en la interacción no atiende a la función de los elementos lingüísticos, sino a qué hacen los participantes con el lenguaje en la interacción. Y las partes habitualmente hacen muchas cosas, hablan de muchas cosas con las palabras. Lo que nos interesa es plantear cómo determinados elementos que aparecen en el habla van determinando el desarrollo de la interacción.

No queremos identificar el discurso o sus partes con una función concreta ya que en muchas ocasiones la ambigüedad del uso del lenguaje es precisamente una estrategia en el discurso en interacción que ha de ser tomada en cuenta.

Observemos cómo, en el fragmento de la interacción 16 en *Minidisc V 28.2.02* (véase Apéndice) entre el Pediatra [Ped.], la madre [M.] y el padre [P.] de un niño con problemas intestinales, el pediatra al mismo tiempo que está realizando la exploración del niño, está interrogando a los padres. Las preguntas que he indicado con negrita a menudo tienen forma de aserciones en las que el pediatra parece estar buscando la confirmación de lo que él presupone.

- P. Y como máximo que se le bajaba 39
M. A 39 y cada dos horas les daba el dalsy
Ped. Y aparte de la fiebre qué más ha notado?
M. Los moquitos
Ped. Y desde cuando los moquitos?
M. Esos moquitos ya llevan unos tres días
Ped. Le ha dado algo para bajar la fiebre?
M. Dalsy sí
Ped. A qué hora lo ha tomado
M. La última vez a las 11
Ped. De la noche?
M. De la mañana
Ped. A cuánto estaba entonces?
M. A 39 y medio me parece
P. Faltaban dos décimas para 40
Ped. **Manchas en la piel**
M. No

⁸ El discurso, como análisis del lenguaje en uso, tiene una perspectiva interaccional en la medida en que el lenguaje sirve para establecer y mantener relaciones sociales (Brown y Yule 1983/1996).

- Ped. Diarreas, vómitos?
M. No tampoco nada
Ped. **Se ha quejado él de algo de dolor en algún sitio... cojear**
N. No, no, no, no
M. No él cuando le sube la fiebre le cuesta respirar que eso le pasa siempre cuando le sube la fiebre se asfixia parece que se asfixia
Ped. **él ha tenido una enfermedad antes**
M. Sí bueno
P. Bueno cuando nació... tuvo una colestomía
M. Pero aparte de la colestomía ha pasao...
Ped. ¿Por qué le hicieron la colestomía?
P. Porque le faltaba un trozo de intestino y el ano no estaba formado aparte de esto tuvo un reflujo en el riñón
Ped. ¿En qué riñón?
P. ¿qué riñón fue?
M. Me parece que en el izquierdo me parece...
Ped. Cuándo le hicieron la corrección definitiva de lo de la colestomía
P. Al año
Ped. Al año... El reflujo ¿se acuerda de qué riñón es?
P. Para es que no sé si ayuda en algo el que está para el lado en el que... No me acuerdo fijamente pero...
Ped. ¿Era uno de los dos?
P. Sí sí, uno de los dos
Ped. **Era importante o era flojillo**
M. Sí, le operaron
P. Le operaron en la misma operación...
Ped. ¿Qué edad?
P. Tuvo cuatro operaciones en la segunda operación me parece que fue en la segunda a los seis meses
Ped. **Y desde entonces ha hecho infecciones de orina**
P. No no
Ped. **Le descubrieron lo del riñón por infecciones ¿o por qué?**
M. Es que él ya [no se entiende] es lo único que le vieron el riñón y cuando nació le dieron [no se entiende] lo otro
P. Bueno pero eso era por lo del intestino eh la
M. Lo tenía pegao
P. Tenía el intestino grueso y delgado lo tenían por una parte juntos
Ped. Y ha hecho más infecciones de orina últimamente
M. No desde que le operaron no
P. **Infecciones de estómago sí, pero de orina, no**
Ped. Y así de ponerse con fiebre sin nada más es habitual en él?
M. Ha cogido varias veces broncomanía broncomonia
Ped. Cuántas veces?
P. Dos
Ped. Ha estao ingresado alguna vez
M/P. Sí
Ped. ¿las dos o una?
M. En las dos porque una se lo quitaron pero cogió en el mismo hospital otra vez
Ped. Alergias a algo que sepan ustedes?
P. Que sepamos no
Ped. ¿Bronquitis otras enfermedades ? [4']
P. No

Los enunciados señalados indican una fluctuación en lo que es el recabar información que caracterizaría una pregunta y el decir directamente qué es lo que el Pediatra piensa que ha pasado o está pasando. Esta cuestión se me fue planteando en el momento de transcribir las cintas. Inicialmente apenas puse signos de interrogación porque propiamente en muchas ocasiones el pediatra no estaba preguntando⁹. La lectura posterior de las transcripciones me llevó a añadir muchos signos de interrogación que, en sentido estricto, no correspondían con lo enunciado que era fundamentalmente ambiguo. En realidad, una frase enunciada con tal ambigüedad puede tener múltiples funciones: una advertencia, un consejo, una pregunta, una constatación¹⁰.

El análisis requiere un estudio detallado de las interacciones que tomen en cuenta el contexto y las dimensiones de significado de los hablantes al situar la interacción y el aspecto lingüístico en el contexto global de las urgencias como espacio donde se produce el encuentro de lo institucional y lo individual.

De hecho, en las pequeñas valoraciones cuantitativas que hago tuve que definir simplificando las situaciones y era patente también la dificultad de escoger un contexto para la definición que llevase a engrosar una u otra cuenta. Por ejemplo, una de las principales dificultades aparecía en la propia definición de la urgencia o no de la

⁹ Me parece muy significativa la afirmación de Goodwin (1997: 607), “Practices of transcription constitute one local site within anthropology where the politics of representation emerge as a practical problem”. En este punto, quizás, es importante advertir que mis transcripciones, dado el nivel de análisis estrictamente semántico, no han entrado en toda la complejidad del análisis de los teóricos del análisis de la conversación, ni de los antropólogos lingüistas, sin perjuicio de que, evidentemente, haya intentado que las transcripciones permitieran al lector ver cómo se organizaba el intercambio entre quienes hablaban.

¹⁰ Como apunta Tannen (1996:35), “La dinámica de poder-solidaridad es una fuente fundamental de ambigüedad. Lo que parece que es un intento de dominar una conversación (un ejercicio de poder) puede en realidad tener la intención de establecer una relación (un ejercicio de solidaridad). Esto ocurre porque (para repetir los términos en que lo he expresado en otro sitio) el poder y la solidaridad se compran con la misma moneda: los mismos medios lingüísticos pueden emplearse para crear uno u otro”. En el caso concreto de las interacciones observadas, como intentaremos mostrar, los enunciados de los pediatras al hilo de las explicaciones de los padres suelen ‘marcar’ los síntomas de un diagnóstico que ellos intuyen desde el principio con base en su experiencia y conocimiento a partir de los primeros relatos de los síntomas y por su propia observación clínica del niño. Hay muchas interacciones de las recogidas en el

consulta. ¿Qué debía valorar una definición médica de urgencias difícil de aprehender y que, en cualquier caso, no necesariamente se mostraba en la interacción?. O, por el contrario, ¿debía atender a la definición que hacían los pediatras como no urgentes que, finalmente, contrastaba con su actuación que les llevaba a actuar e intentar dar una solución?¹¹. Parecía evidente que la trascendencia del encuentro no venía dado por la definición sino que era más interesante operar de otra manera que permitiese entender los procesos a través de los que transcurría la interacción médico – paciente. Estas cuestiones han tratado de abordarse en este trabajo.

El trabajo que presentamos utiliza los instrumentos propios de la aproximación etnográfica¹², es decir, se basa en la observación contextual y en el registro de las conversaciones que tienen lugar en el espacio de investigación, registro que produce propios textos cuyo valor e interpretación es compleja como advierte en sus estudios Cicourel. Una etnografía, como observa N.Ainsworth-Vaughn, provee un sentido del momento, con sus múltiples posibles significados,

Individual speakers do not produce speech activities one by one, like pearls on a string. Instead, they cooperate with one another by providing opportunities for other speakers to choose from among multiple possible meanings. An ethnographic account (such as my analyses of stories and rhetorical questions) will try to describe this process. Inevitably, such accounts will include hypotheses about what speakers were doing. (1998:17)

anexo que ilustran este punto, en el capítulo siguiente seguiremos, por ejemplo, la interacción 6 correspondiente al minidisc 7.

¹¹Estas definiciones y otras que me eran imprescindibles, o así lo entendía yo, para acotar el análisis las mantengo, aun sabiendo las dificultades que plantean. En ocasiones hablo de patrones que organizan la interacción y, evidentemente, estoy generalizando o atendiendo a uno de los posibles contextos pero entendía que era necesario para el análisis.

¹² La aproximación etnográfica se basa precisamente en las posibilidades que ofrecen los encuentros intersubjetivos enmarcados en la propia cultura y que permite una mutua inteligibilidad de elementos que difícilmente pueden ser grabados o percibidos desde la mera observación externa,

Il vantaggio di tale approccio nel fornire un criterio sulla cui base valutare le spiegazioni e le concettualizzazioni relative al proprio comportamento fornite dai partecipanti stessi, il loro modelli 'fatti in casa', dovrebbe essere ovvio, come lo dovrebbero essere i vantaggi nel fornire una base per una comparazione controllata, per lo studio della diffusione e per ogni altro approccio generalizzante che dipende in ultima analisi dalla adeguatezza e dalla precisione delle registrazioni etnografiche del comportamento culturale.(Hymes: 2000:39)

4.3.1 Aproximaciones al discurso

La aproximación cualitativa al campo puede tener una perspectiva ajena al discurso, es decir, la elaboración de los datos con independencia de cómo se construye el significado a través de la interacción de los participantes. Sin embargo, creemos que nuestro análisis debe aproximarse a la perspectiva de análisis del discurso que afirma que cualquier categorización o codificación debe basarse en rasgos del discurso en el contexto antes que en juicios intuitivos, como señala N. Ainsworth-Vaughn, adscribiéndose a la línea marcada por Goodwin (1990), Gumperz ¹³(1982) y Tannen (1989)

Siguiendo a N. Ainsworth-Vaughn, vamos a señalar algunos puntos de dos aproximaciones metodológicas que han utilizado la perspectiva etnográfica, es decir, que han intentado descubrir las estrategias de los participantes y sus puntos de vista. En efecto, tanto los teóricos del análisis de la conversación como los del análisis del discurso toman como principal objeto de estudio las competencias que los hablantes usan habitualmente (J.Heritage y J.Maxwell Atkinson, 1984¹⁴). Para Sacks esta

¹³ Gumperz (1982) apuntaba, “There is a need for a sociolinguistic theory which accounts for the communicative functions of linguistic variability and for its relation to speakers’ goals without reference to untestable functionalist assumptions about conformity or nonconformance to closed system of norms. Since speaking is interacting, such a theory must ultimately draw its basic postulates from what we know about interaction. It must account for the fact that being able to interact also implies some sharing. But we must not assume that sharing at all levels of either grammatical or social rules is necessary. Empirical methods must be found to determine the extent to which underlying knowledge is shared –perhaps through models of social aggregates patterned on modern theories of ecosystems, which specify constraints on interpretation and behavior but do not seek to predict what is actually used and how is evaluated”. (1982:29-30).

¹⁴ Heritage y Atkinson (1984:1) “The central goal of conversation analytic research is the description and explication of the competences that ordinary speakers use and rely on in participating in intelligible, socially organized interaction.”

competencia sería un “mecanismo” (“machinery”)¹⁵. Los mecanismos consisten en, siguiendo a N. Ainsworth-Vaughn (1998:22), las formas en que el discurso se estructura, cómo los temas se introducen, mantienen y cierran; la organización de los turnos de habla, incluidas las interrupciones; las formas de preguntar y lo que sirve como respuesta; el ligamen entre historias y la conversación que le precede. En estos puntos coinciden ambas perspectivas¹⁶.

Las diferencias entre ambas apuntan a tres puntos: el foco de la investigación, el uso de elementos contextuales como soporte de sus afirmaciones y el papel de las normas y estructuras sociales preexistentes.

En efecto, mientras los teóricos del Análisis de conversación (AC) están interesados en la descripción de las prácticas sociales de las que el lenguaje es una más. Los analistas del discurso (AD) se interesan por la descripción del lenguaje en la situación social. Sin embargo, en la práctica ambas posiciones apenas se diferencian.

En cuanto al segundo punto de divergencia, algunos analistas de la conversación apuntan en su análisis únicamente al contexto local del discurso, los enunciados que le preceden y le siguen. Intentan basarse de manera exclusiva en ciertos elementos del entorno social que directamente apunten a los hablantes y por los hablantes (Schegloff 1991)

Otros analistas de la conversación y del discurso coinciden en que el contexto del discurso es la fuente principal de sus afirmaciones aunque ha de irse más allá del contexto local del discurso. Se ha de atender a otras interacciones, como entrevistas, para

¹⁵ Sacks (1984:26) “Thus is it not any particular conversation, as an object, that we are primarily interested in. Our aim is to get into a position to transform, in an almost literal, physical sense, our view of “what happened,” from a matter of a particular interaction done by particular people, to a matter of interactions as products of machinery. We are trying to find the machinery. In order to do so we have to get access to its products. At this point, it is conversation that provides us such access”.

poder interpretar las secuencias del discurso y de las prácticas sociales. (Cicourel 1991 y Tannen y Wallat 1987).

Goodwin y Duranti (1994) muestran cómo la cuestión del contexto, cuando aflora, suele plantear que el ‘acontecimiento enfocado’ (*focal event*¹⁷) no puede ser entendido, interpretado adecuadamente o descrito en su uso relevante, a no ser que vayamos más allá del acontecimiento mismo hacia otros fenómenos como el escenario cultural, la situación comunicativa, el conocimiento compartido, en el que se sitúa tal acontecimiento.

Por otra parte, señalan estos autores, que los mismos rasgos del habla recurren a ‘background assumptions’ relevantes para la organización de las secuencias de la interacción, como especialmente muestra Gumperz (1982-1984)¹⁸.

La noción de ‘contextualization cues’ converge con la de ‘*frame*’ de Goffman. La noción de ‘frame’ de Goffman (1974) hace referencia a la definición que los participantes dan a su actividad social, a lo que se encuentra en marcha, lo que es la situación, los roles que los actores asumen en ella. La noción ‘frame’ se relaciona con el concepto de ‘footing’ (1981) a través del cual Goffman quiere mostrar el carácter

¹⁶ Schegloff (1991) apunta que es difícil separar ‘machinery’ (organización y significado social) de los esquemas cognitivos de los hablantes (significado de referencia).

¹⁷ El término ‘focal event’ lo utilizan estos autores para identificar el fenómeno que quiere ser contextualizado.

¹⁸ Gumperz (1982) demostró que cualquier aspecto del comportamiento lingüístico –léxico, prosodia, fonológico, sintáctico- puede funcionar como un “contextualization cue”, indicando aquellos aspectos del contexto que son relevantes para interpretar lo que el hablante quiere decir,

The identification of specific conversational exchanges as representative of socio-culturally familiar activities is the process I have call ‘contextualization’ (chapter 6). It is the process by which we evaluate message meaning and sequencing patterns in relation to aspects of the surface structure of the message, called ‘contextualization cues’. The linguistic basis for this matching procedure resides in ‘co-occurrence expectations’, which are learned in the course of previous interactive experience and form part of our habitual and instinctive linguistic knowledge. Co-occurrence expectations enable us to associate styles of speaking with contextual presuppositions. We regularly rely upon these matching processes in everyday conversation. Although they are rarely talked about and tend to be noticed only when things go wrong, without which we would be unable to relate what we hear to previous experience. (1982: 162).

reflexivo y fluctuante de los ‘frames’ de forma que los participantes constantemente se resitúan y redefinen en función del ‘frame’ que se pone en marcha en una situación determinada¹⁹.

La noción de contexto implica la yuxtaposición de dos entidades: (1) el acontecimiento enfocado (focal event); y el campo de acción en el que tal acontecimiento se inserta. En un sentido más concreto, Cicourel (1995) señala que el contexto puede incluir: el escenario en el que tienen lugar los actos de discurso, el espacio local y temporal en el que la interacción tiene lugar, los objetivos que se muestran explícitamente o que emergen, la relación social o de status que subyace implícitamente, que puede ser observado o se identifica a lo largo de la interacción entre el uso de la lengua en una determinada comunidad y el sistema local de conocimiento y comportamiento social.

Otro elemento que estos autores tienen en cuenta a la hora de la construcción del discurso en la interacción viene dado por el hecho de que los participantes (hablantes) traen o incorporan en sus discursos las experiencias similares y su propia perspectiva sobre el rol que el otro debe asumir. Es decir, los participantes deben desarrollar ‘esquemas de conocimiento’ (knowledge schemas) para incorporar en sus discursos sus actividades y las de los otros. Como apuntan Tannen y Wallat (1987),

¹⁹ Tannen y Wallat (1987) han utilizado estas nociones en su investigación sobre las consultas de las madres a los pediatras. Ellas han mostrado cómo los/as pediatras seleccionan y cambian sus registros lingüísticos según hablen con los/as niños/as o con las madres o según la actividad que lleven a cabo (examinen del niño, conversación con la madre, diagnóstico, etc). También examinan en detalle cómo el discurso del/a pediatra puede ser entendido desde la gestión de dos ‘frames’ en conflicto, el ‘frame’ de la consulta y el ‘frame’ del examen,

Each frame entails ways of behaving that potentially conflict with the demands of other frames. For example, consulting with the mothers entails not only interrupting the examination sequence but also taking extra time to answer her questions, and this means that the child will get more restless and more difficult to manage as the examination proceeds. Reporting findings to the video audience may upset the mother, necessitating more explanation in the consultation frame. Perhaps that is the reason the pediatrician frequently explains to the mother what she is doing and finding why. (1987: 211)

We use the term knowledge schema to refer to participants' expectations about people, objects, events and settings in the world, as distinguished from alignments being negotiated in a particular interaction. Linguistic semanticists have been interested in this phenomenon, as they have observed that even the literal meaning of an utterance can be understood only by reference to a pattern of prior knowledge (1987:207)

Tannen y Wallat plantean en su análisis de interacciones en una consulta pediátrica distinguen entre 'schemas' que tendrían un carácter más estático como estructura de conocimiento y la noción 'frame' que apuntaría a un aspecto más dinámico de la interacción.

El punto de partida evidente que subyace en el análisis que presentamos es que la comunicación lingüística que tiene lugar entre los hablantes no pretende únicamente describir una realidad sino que quiere constituirla, actuar sobre ella, cambiarla. En el mismo sentido, quienes escuchan un relato tampoco asumen un papel estrictamente pasivo ligado a una interpretación de lo que se les dice sino que reconstruyen las intenciones comunicativas de los hablantes. Esta riqueza de los intercambios invita a tener en cuenta los diversos instrumentos metodológicos propuestos desde el análisis de la conversación, el análisis del discurso, la etnografía y la etnografía de la comunicación.

4.3.2 Etnografía de la comunicación

La etnografía de la comunicación, que empieza a desarrollarse a mediados de los años 60 con Gumperz y Hymes (1964-1972), plantea la competencia lingüística como una parte de la competencia comunicativa, parte de la competencia cultural (H.Casamiglia, A.Tusón 1999:19),

Descubrir las normas –de carácter sociolingüístico- que subyacen a esa diversidad es una de las tareas de esta disciplina. Así pues, lo que caracteriza, o

cohesiona, a un grupo humano es el hecho de compartir un *repertorio verbal y comunicativo* y unos patrones o *hábitos* de uso de este repertorio, que es variado y heterogéneo. La cohesión existe cuando se establecen *redes de comunicación* relativamente estables y estrechas entre las personas. Esta visión de la sociedad centra su atención en la *interacción* comunicativa entendida como el lugar a partir del cual se puede entender la realidad sociocultural de los grupos humanos, organización que se puede observar a través de los *eventos o acontecimientos comunicativos* en torno a los cuales se estructura y se desarrolla la vida social de la comunidad. (1999:20)

La etnografía de la comunicación conecta la aproximación etnográfica al estudio del lenguaje no entendido en sus fórmulas abstractas sino en los eventos lingüístico²⁰. En los eventos lingüísticos (“speech events”) Hymes ha identificado unas categorías que los caracterizan,

- 1) Los componentes de los eventos lingüísticos;
- 2) La relación entre los componentes
- 3) La capacidad y el estado de los componentes
- 4) La actividad del sistema así constituido

La etnografía de la comunicación, como explica Duranti (1992:25), desde el punto de vista del contenido de la interacción verbal cotidiana se interesa por la relación entre el uso de la lengua (o de las lenguas) en una concreta comunidad y los sistemas locales de conocimiento y de comportamiento social. Desde el punto de vista de la forma, del uso lingüístico, la etnografía de la comunicación se interesa sobre todo por la

²⁰ Hymes, 2000: 49:

Più in particolare, se il linguaggio è considerato come un meccanismo per categorizzare l'esperienza, esso non svolge tale funzione in astratto. Resta la questione di quale possa essere l'insieme di eventi in cui la categorizzazione dipende dal linguaggio. Sebbene gli antropologi abbiano qualche volta parlato del linguaggio come di un 'mero' strumento di comunicazione, e della categorizzazione dell'esperienza come se questa fosse una categoria superiore, il ruolo del linguaggio come meccanismo di categorizzazione dell'esperienza non possono essere così separati e, invero, il primo include il secondo.

variabilidad contextual de ciertos géneros o estilos de habla en el seno de la misma sociedad o en una perspectiva intercultural de una sociedad a otra.

Como punto de partida, sin embargo, resulta necesario plantear aquéllos factores relacionados con la teoría de la comunicación que constituyen el punto de referencia imprescindible para el análisis de los eventos lingüísticos.

Dell Hymes en sus trabajos de los años 60 en torno a los eventos comunicativos parte de los factores identificados por la teoría de la comunicación adaptada a la lingüística por Roman Jakobson y, en concreto, señala, 1) los distintos tipos de participantes en los eventos comunicativos: emisor, receptor, hablante, oyente, emite, destinatario; 2) los distintos canales a disposición y su uso: lengua escrita, lengua oral, correo, canto, movimiento de la cara y del cuerpo perceptible visualmente, sensaciones táctiles, olfativas y gustativas; 3) varios códigos comunes a los participantes: lingüísticos, paralingüísticos, cinéticos, musicales, etc.; 4) las situaciones (incluyendo otro tipo de comunicaciones) en las que la comunicación es permitida, estimulada, limitada; 5) Las formas de los mensajes y su género: una gama que va de la frase compuesta de un único morfema a la estructura y a un sermón, al grito de los vendedores ambulantes, a cada estilo y rutina socialmente organizada; 6) los temas y la información relativas al mensaje; 7) los acontecimientos mismos, su tipo y características.

Hymes en 1972 plantea el modelo SPEAKING que intenta ser un esquema general de referencia para hacer posible la comparación entre eventos lingüísticos.

El evento lingüístico incluiría la forma y el contenido de un mensaje y las normas que prescriben y proscriben las clases de interacciones y las interpretaciones esperadas o sancionadas. Pueden existir diferentes clases de eventos lingüísticos. El punto es siempre el uso del lenguaje en la práctica (Cicourel 1997: X). De hecho, la intención de Hymes

era la de hacer una descripción más explícita de la “competencia comunicativa” y, para ello, salir de los límites impuestos por las formas lingüísticas o del texto para traer a colación la “situación social” en el sentido utilizado por Goffman.

MODELO SPEAKING

S (<i>situation</i>)	1. Situación (<i>setting</i>)
	2. Scena (<i>scene</i>)
P (<i>participants</i>)	3. Hablante o emisor (<i>speaker, sender</i>)
	4. Emitente (<i>addressor</i>)
	5. Escuchante, receptor o auditorio (<i>hearer, receiver, audience</i>)
E (<i>Ends</i>)	6. Destinatario (<i>addressee</i>)
	7. Propósitos-resultados (<i>purposes-outcomes</i>)
A (<i>act sequences</i>)	8. Propósitos-fines (<i>purposes-goals</i>)
	9. Forma del mensaje (<i>message form</i>)
K (<i>key</i>)	10. Contenido del mensaje (<i>message content</i>)
	11. Clave (<i>key</i>)
I (<i>instrumentalities</i>)	12. Canal (<i>channel</i>)
	13. forma del habla (<i>forms of speech</i>)
N (<i>norms</i>)	14. Norma de interacción (<i>norms of Interaction</i>)
	15. Norma de interpretación (<i>norms of interpretation</i>)
G (<i>genres</i>)	16. Géneros (<i>genres</i>)

La etnografía de la comunicación, en su preocupación por encontrar una relación entre el código lingüístico y su uso en el contexto sociocultural concreto, parte no de las formas lingüísticas sino de las situaciones o eventos comunicativos en los que el lenguaje se utiliza como evento comunicativo (Duranti, 1992: 33).

4.4. Presentación del campo

4.4.1. Espacios de circulación: escena.

El servicio de urgencias está ubicado en un espacio al que se accede inmediatamente desde la calle. Es decir, se accede a él directamente sin necesidad de entrar al hospital y se extiende, en algunas de sus dependencias, hacia los sótanos del hospital. El servicio de urgencias, de hecho, constituye un espacio peculiar del hospital es un servicio interno y externo, es un servicio que no cierra de noche (las plantas tampoco cierran de noche y, sin embargo, no se les caracteriza así).

El acceso al servicio se articula a través de personal no médico que se encuentra ubicado en una pequeña cabina junto a la puerta de entrada al servicio. Personal no médico pero personal cualificado. Estas personas se encargan de hacer una primera valoración de lo narrado por los familiares de los/as pacientes.

El marco de una oficina permite el desarrollo de este trabajo de recogida de información y de inicio de los trámites burocráticos de acceso al sistema: se abre un expediente. Los profesionales no médicos tienen a su disposición un listado con una

descripción ‘profana de síntomas’ que sirve para establecer la lista de espera de las visitas (machas y fiebre, p.ej.).

Esta oficina y la cabina de inscripción, ambas denominadas ‘acceso’, conecta directamente con enfermería donde se encuentran ubicadas dos bandejas. En una de ellas se acumulan los expedientes por orden de entrada (lista de espera²¹) y, por tanto, de atención por orden de llegada tras la valoración y clasificación de los síntomas relatados por la familia. En aquellos casos en los que los síntomas apuntan en la codificación a una mayor gravedad se atienden de forma prácticamente inmediata a través de la actuación de las enfermeras. Finalmente, en los casos en que los síntomas descritos plantean dudas en torno a si han de guardar lista de espera o no se prevé que un pediatra ‘valore’, estos expedientes se depositan en una bandeja diferente, y contigua a la de la lista de espera, que es periódicamente atendida por los pediatras.

Las enfermeras (los equipos de enfermería están en su mayor parte compuestos por mujeres salvo el supervisor que es hombre) van marcando la pauta de circulación de los/as pacientes. Cuando la acumulación de pacientes es importante el ritmo se acelera y a medida que van vaciándose y limpiándose los boxes entran otros pacientes. La entrada de un paciente se advierte a los pediatras a través de unas luces intermitentes rojas situadas en su despacho. Cuando una luz roja se marca inmediatamente uno de los pediatras se levanta, se dirige a la lista que existe junto al despacho de enfermería y se apunta junto al número de box (normalmente apuntado por las enfermeras) donde prestará la atención.

En este servicio de urgencias hay 11 boxes, además de una sala polivalente para aquellos pacientes que hayan de permanecer unas horas en el servicio para seguimiento

²¹ La lista de espera también puede conocerse por los/as pediatras desde el ordenador.

de la evolución y unas camillas junto a la sala de enfermería que tiene diversas utilidades: dar el informe a los pacientes, valorar aquellos casos no claros y, también, mantener a un paciente bajo el cuidado inmediato del equipo de enfermería.

Una vez dentro del box se inicia la visita. En este momento se inicia la interacción sin que el pediatra tenga normalmente conocimiento previo del paciente ni el paciente del médico. En el caso de que el pediatra requiera la asistencia de una enfermera pulsa un interruptor, directamente conectado con enfermería, que ilumina una luz blanca situada debajo de la luz roja que indica el box que la requiere.

La organización funcional del servicio de urgencias y los roles que cumplen sus actores se refleja en los espacios que ocupan cada uno de ellos. La sala de enfermería tiene acceso visual a las admisiones a través de una ventana, por un lado, y es, por otro, una sala a la que puedes acceder (no tiene puertas) cuando entras por la puerta de consultorios. Es una sala abierta y dispuesta para el trabajo que es propio de enfermería, las enfermeras están de pie (hay sillas pero se encuentran habitualmente encajadas en las mesas que se disponen a lo largo del perímetro de la habitación). Por tanto, las enfermeras no están sentadas y deben estar en contacto constante, aunque sólo sea visual, con el público. Únicamente un rincón de esta habitación se oculta un poco a la vista y ese pequeño rincón, en el que hay una cafetera, se convierte en ocasiones en un espacio más informal.

Al despacho de los pediatras se accede a través de la siguiente puerta (este espacio sí se encuentra cerrado) y se dispone como espacio de reunión y también de trabajo. Una mesa redonda ocupa el centro del despacho junto a la pantalla para observar las radiografías y tres ordenadores se sitúan al fondo de la sala. Los pediatras pueden

observar a los pacientes a través de un monitor de televisión que tienen en el despacho que muestra la sala de espera.

4.4.2. Algunos actores

Varias cuestiones interesantes caracterizan el servicio de urgencias desde el personal que lo integra. Hay que tener en cuenta que el servicio se encuentra inmerso en proceso de cambio directamente vinculado a las transformaciones que se están operando en el diseño del sistema sanitario. La composición de los/as profesionales que integran el servicio de urgencias resulta esencial para entender muchas de sus dinámicas. Varios grupos de profesionales conforman el servicio si atendemos a las variables de edad y vinculación contractual con la institución. Al ser una cuestión que se está debatiendo actualmente habitualmente hablan sobre problemas concretos que se les ha planteado y manifiestan su posición.

El primero estaría formado por aquellas/os profesionales jóvenes (entre 30-40 años) que se ha formado en el seno de la misma institución en muchos casos y que, pese a discrepancias, entienden necesarias algunas transformaciones e incluso las viven como un reto por lo que implica la creación de un servicio con un nuevo 'enfoque'.

El segundo grupo que sería el de aquellos/as profesionales (que coincide con un grupo de edad superior a 40 años), que no necesariamente se ven afectados por las transformaciones internas del servicio²², que no opinan sobre los cambios en la organización estrictamente laboral del servicio pero que, aun siendo críticos con la situación existente en el servicio de urgencias (saturación del servicio por causas que no

²² En el sentido de que poseen derechos laborales adquiridos y consolidados y, en principio, no parece que la estabilización profesional del servicio no puede afectarles. Sin embargo, son modalidades que desaparecen en el futuro (expertos).

responden estrictamente a criterios de urgencias), se muestran críticos también con la nueva orientación de gestión empresarial de la organización en la medida en que entienden que afecta a su identidad profesional ('nosotros somos clientes internos') (Entrevista 18-3-2002).

El tercer grupo estaría formado por aquellos profesionales de mayor edad que sólo eventualmente y para cubrir los cambios de guardia aparecen por el servicio de urgencias y que habitualmente trabajan en Observación (la unidad de ingresos de corta estancia directamente vinculada al servicio de urgencias). Este grupo de profesionales tiene categoría de jefes de diferentes servicios inscritos en el servicio de urgencias y funciones de dirección y gestión.

Finalmente, un grupo numeroso de profesionales médicos que atienden el servicio en un período de formación denominado de Residencia que se muestran, al menos aparentemente, ajenos a todas estas cuestiones.

El servicio que los profesionales prestan en urgencias posee una cierta ambivalencia en su definición. Por un lado, posee un atractivo eminentemente técnico en el sentido de que cuando se da una 'urgencia', es decir, cuando se presenta una situación grave de peligro para la vida, el profesional ha de desarrollar al máximo su capacidad técnica, es decir, requiere un nivel de preparación muy elevado (Entrevistas médicos adjuntos de guardia 19 marzo 2002). Por otro, la práctica cotidiana del servicio que, como apuntamos, se caracteriza por su saturación con casos no estrictamente urgentes y que exige la presencia de profesionales en formación para poder atender a estos casos banales con cierta fluidez. Esta última circunstancia produce en ocasiones un sentimiento de frustración por parte de los médicos e interpretan en general de manera

negativa la actitud de la ‘población’²³. Esta actitud más negativa predomina más en aquellos los profesionales mayores de 40 años y con más años de ejercicio profesional. Por otra parte, el desarrollo de la actividad formativa el servicio de urgencias es valorado muy positivamente por los/as residentes y adjuntos/as que cubren la atención del servicio. En efecto, el carácter universitario de la institución que asegura la presencia de residentes en el servicio propicia unas dinámicas de comunicación de las que el estricto desarrollo profesional del trabajo carecería (Entrevistas marzo 2002).

El primero de los grupos que tiene una mayor identificación con las nuevas orientaciones de la organización se siente más motivado profesionalmente en el desarrollo de la actividad técnica y es precisamente este incentivo profesional el que le permite creer o, al menos, participar en el desarrollo de las modificaciones en marcha.

4.4.3. Escenarios de interacción: escenarios y escenas (Settings y scenes)

Las interacciones personal sanitario – paciente que se desarrollan en el seno del servicio de urgencias tienen tres escenarios fundamentales.

En primer lugar, la sala de enfermería en la que se encuentran las enfermeras que no únicamente desarrollan aquellas prácticas técnicas que solicitan las pediatras sino que poseen, como apuntamos, fundamentales funciones en la organización del trabajo

²³ Entrevista médico adjunto de guardia Octubre 2001:

Doct. Doncs poden ser malalts per ingressar... La majoria de malalts que venen són malalts que haurien d'anar al ambulatori però que donada la problemàtica que hi ha a la sanitat, (ríe) –aprovecho para- la problemàtica que hi ha com que saben que aquí doncs els visitem ràpid i tenen proves ràpides o sigui una analítica i una placa la podem fer en un parell o tres d'hores doncs doncs venen a urgències, venen a urgències i els hi fem això placa i analítica habitualment si ho requereixen iiii d'aquesta manera tenim una masificació que no hauríem de tenir, de fet moltes de les urgències no son tals no son urgències i en fi, això es una mica el que veiem cada dia malalts que haurien d'anar al ambulatori com a primera opció i que la majoria per tant tornen a marxar a casa seva ehheh estan unes hores aquí i marxen

(controlan el flujo de entrada de las pacientes), atención e información a las pacientes (realizan constantes controles de aquellas pacientes a los que se les está aplicando algún tratamiento y, por tanto, establecen una relación de atención y cuidado esencial, más allá de lo estrictamente técnico), gestión de los ingresos que solicitan las pediatras y, por tanto, relación con las plantas del hospital y, a su vez, existe una colaboración no únicamente de práctica técnica sino también de conocimiento entre el equipo de enfermería y el médico²⁴. Las interacciones entre pediatras y enfermería tienen normalmente lugar en esta sala.

La complejidad y particularidad de la organización y comunicación en las que participa enfermería requeriría un trabajo específico. La imposibilidad de abarcar esta complejidad nos obliga a excluir de este estudio las actuaciones de estas profesionales, sin perjuicio de imprescindibles referencias a sus actuaciones en el análisis de las interacciones entre pediatras y pacientes.

En segundo lugar, el despacho donde se reúnen los pediatras mientras se encuentran cumpliendo la guardia a la espera de realizar una visita o en el entreacto de las mismas. En este espacio se produce un intercambio esencial que marca la impronta del servicio y de las relaciones que se establecen entre ellos.

Las dinámicas de interacción se articulan alrededor del acto de consulta. Es un espacio en el que difícilmente se oye hablar de otra cosa que no sea un tema médico en el sentido más amplio que incluye la comunicación con la familia (incluso las bromas poseen inmediatas referencias a sus prácticas y experiencias). Es una institución universitaria que determina la presencia de residentes (que han accedido por el examen

²⁴ En este sentido, no es extraño observar, frente a un tratamiento que determina un/a pediatra, que la enfermera le pida confirmación del mismo quizás sin manifestar una duda abierta salvo que el/a pediatra lo plantee. En este sentido, también las enfermeras expresan urgencias y posibilidades de actuación que

MIR a la especialidad de pediatría o residentes de familia que dado el carácter de la atención profesional que habrán de prestar se exige que conozcan suficientemente el ámbito de la atención a niños) junto a médicos adjuntos o expertos que forman parte de la plantilla del hospital aunque con diferente vinculación contractual.

En efecto, en el despacho se comentan con ‘pasión’ intelectual aquellos casos extraños, aquellos casos que incluso los más antiguos en su ejercicio profesional no han tenido ocasión de tratar. Los pediatras docentes tratan de que los residentes tengan conocimiento de los casos singulares.

Otro tipo de consultas habituales son aquellas que plantean los pediatras de guardia residentes. Las consultas de los residentes pueden plantearse espontáneamente cuando deseen aclarar o confirmar el diagnóstico que corresponde a unos síntomas relatados por la familia u observados por él durante la visita. Pero también existen casos en los que esta consulta resulta obligatoria cuando el pediatra entiende que se han de realizar pruebas no habituales (más protocolizadas) o ingresos.

Finalmente, un grupo no menos importante de consultas se refiere a cómo actuar con las familias: cómo enfocar, cómo decir, cómo convencer, cómo negar algo, en definitiva, cómo comunicar.

Es importante plantear la trascendencia que estas consultas (comunicaciones) poseen en la organización de las urgencias, es decir, en el tratamiento que se da a las visitas que llegan a urgencias.

La interacción comunicativa que tiene lugar en estos espacios elabora una serie de informaciones que, finalmente, determina, a su vez, el encuentro que el pediatra tiene con el paciente en el último y fundamental escenario del servicio de urgencias, el box.

normalmente los/as pediatras toman en consideración aunque probablemente realicen estas sugerencias cuando conocen al/a pediatra a quien lo plantean.

En efecto, el último escenario de la interacción en el servicio de urgencias es el que tiene lugar en los 'boxes'. Es decir, en los espacios habilitados como consultorios donde se desarrolla la atención médica y, por tanto, la interacción entre pediatra y paciente. Evidentemente, este es el espacio hacia el que confluyen todos los aspectos de organización y relaciones institucionales (formales e informales) cuyo conocimiento resulta indispensable para llegar a entender qué está ocurriendo en una concreta interacción.

4.5. Registros del trabajo de campo

El trabajo de campo ha permitido la grabación de 115 encuentros médico – pacientes. La participación de los pediatras era voluntaria. La mayoría fueron mujeres (13) frente a 7 hombres en una proporción similar a la composición del servicio e integrados de forma permanente en el servicio o en período de residencia. En conjunto han participado ocho pediatras del personal fijo del servicio (cuatro mujeres y cuatro hombres) así como 13 residentes (10 mujeres y 3 hombres)²⁵. También ha existido comunicación con otros pediatras que trabajan en el servicio si bien de un modo más general durante encuentros en el despacho aunque no ha existido oportunidad de asistir a sus visitas fundamentalmente por la limitación temporal del trabajo.

²⁵ Lo peculiar de la atención prestada por los/as residentes es que, en ocasiones, interrumpen el examen para realizar alguna consulta. Sólo en una ocasión oímos que una paciente solicitaba la revisión por un pediatra adjunto. En los casos a los que hemos asistido no se ha dado esta circunstancia al contrario los/as pacientes no parecían prestar ninguna atención a su cualidad de residentes (creemos que en la mayor parte de los casos por ignorancia: eran doctores/as) y, en su caso, las discrepancias obedecían a otras circunstancias.

Los pacientes a quienes atendían estos pediatras eran niños/as comprendidos entre los 3 meses y 16 años, prácticamente todos de origen catalán con algunas excepciones: una niña boliviana, una niña libanesa, una niña ecuatoriana, una niña marroquí, una niña coreana. Las visitas se desarrollan mayoritariamente en castellano en unas ocasiones por ser el idioma materno de los pacientes y en otras por ser el idioma materno de los pediatras (por ser originarios de otras Comunidades Autónomas como Euskadi, Aragón, y también de otros países como Argentina y llevar poco tiempo en Cataluña).

Duranti (1994:70) plantea la trascendencia y utilidad de la dimensión comparativa para poder analizar las interacciones comunicativas que nos proponemos estudiar. En concreto, señala cómo el estudio de cualquier evento lingüístico implica un conocimiento de base de la gama de eventos lingüísticos posibles en esa comunidad. Esta dimensión comparativa es posible adoptarla gracias al corpus elaborado.

En efecto, a lo largo del trabajo de campo fue posible compartir los diversos escenarios y escenas en los que los pediatras actúan. Esta era una primera dimensión comparativa. Esta posibilidad de comparación es la que permite establecer algunas ‘categorías’ a través de las que únicamente tratamos de dar relevancia a elementos en función de los cuales se organiza la interacción.

Es decir, estas categorías determinan el propio evento comunicativo. No es lo mismo una actuación cuando el pediatra piensa que se encuentra ante un caso urgente que cuando está ante uno no urgente. Tampoco es lo mismo si el pediatra deja hablar a la familia que si dirige un interrogatorio cerrado de preguntas para averiguar exclusivamente la información que precisa para decidir su actuación. Cabe señalar al respecto que en ninguna de las interacciones en las que participamos esto fue

estrictamente así ya que, aun cuando en la fase inicial pudiera el pediatra formular un conjunto de preguntas más o menos rutinarias, siempre a lo largo de la visita se abría un espacio para intercambios más informales en los que la comunicación era más fluida.

4.5.1 Caracterización de los intercambios comunicativos

Las visitas que incluimos en este cómputo son ‘primeras visitas’ que el pediatra tiene con el/la paciente y la familia, en total 75. Hemos excluido aquellas visitas posteriores (40), es decir, las actuaciones del pediatra que se prolongaban en sucesivos encuentros por necesidades de tratamiento o para esperar la evolución y poder valorar mejor un diagnóstico. Sin embargo, la descripción de las actuaciones de los pediatras ha sido posible precisamente por el seguimiento hasta el último encuentro de las interacciones que los pediatras mantenían con sus pacientes.

El conjunto de los parámetros utilizados para marcar algunas de las características de las atenciones del servicio: la urgencia o no urgencia de los síntomas, el carácter formal o informal del interrogatorio, la forma de producción de las secuencias (si el pediatra dirige o no), la forma de intercambio de información, el tipo de exploración que el pediatra realiza (general o específica), la prolongación de la atención en varias actuaciones, participan del orden marcado por la organización de este servicio de urgencias.

Evidentemente no se trata tanto de clasificar en grupos las atenciones y sus formas se trata más bien de entender qué subyace a las decisiones que, con base en el conocimiento técnico, las expectativas y normas que articulan el servicio, los pediatras adoptan.

Tanto durante el proceso de trabajo en el campo como después durante la transcripción de los registros me llamaba la atención el seguimiento estricto de las rutinas por los pediatras mientras atendían una visita aparentemente no urgente, algunos de ellos expresaban enfado pero, aun así, actuaban metódicamente. Únicamente en aquellas ocasiones en que las demandas de los pacientes sobrepasaban los criterios de actuación del servicio se ponía un límite.

La pregunta era si, en el fondo, las actuaciones de los pediatras en una situación urgente u otra era la misma y, en todo caso, qué diferenciaba la actuación de los pediatras en una situación 'de urgencia' frente a otra caracterizada como 'no urgente'. En principio, aparecía un dato, confirmado habitualmente por los pediatras, sobre la utilización del servicio de urgencias como si fuera el ambulatorio. En realidad del total de las 75 visitas incluidas sólo en 20 de ellas la actuación correspondía a una situación de estricto carácter urgente²⁶. De hecho, únicamente en 8 ocasiones se ingresó al paciente.

Además, de estas 20 visitas, 9 de ellas fueron debidas a derivación del pediatra de asistencia primaria u otro centro de salud. El hecho de que una paciente venga derivado por otro profesional médico es un criterio de urgencias. Sin embargo, no todos los casos que fueron derivados podían considerarse estrictamente urgentes, en 4 de ellos existió una apreciación diferente de la urgencia por el pediatra que atendió a la paciente.²⁷

²⁶ Cabe apuntar que entre las visitas no urgentes se cuentan aquellas en las que era imprescindible una atención médica más o menos rápida pero que esta podía haberse proporcionado a través de la atención primaria.

²⁷ Esta circunstancia puede venir propiciada porque no siempre en el ambulatorio existe un pediatra que pueda valorar adecuadamente los síntomas que presenta el niño/a que no pueden ser interpretados de manera análoga a como se interpretan los mismos síntomas en los adultos (Entrevistas 19 marzo 2002)

Una vez admitidas en urgencias, sin que existiese ningún criterio de exclusión, las visitas pasan a la sala de espera hasta que se les lleva a un box para ser atendidas por un pediatra. La atención prestada por el pediatra podía realizarse en un acto único consistente en un interrogatorio general de la paciente y sus síntomas, una exploración física general en la mayor parte de los casos o específica exclusivamente, es decir, de la parte afectada según los síntomas expuestos y la producción de un diagnóstico y tratamiento en ese mismo acto. La duración media de estas visitas era de 10 minutos (la visita de menor duración observada en estos casos ha sido de 4' y la de duración máxima ha sido de 25').

Sin embargo, en muchas ocasiones estas actuaciones se dividían en varios actos por diversas razones. En estos casos se posponía en la mayor parte de las ocasiones el diagnóstico y el tratamiento si bien, en ocasiones, el pediatra formula un diagnóstico y la prueba u otra actuación la hace para precisar el mismo o su tratamiento.

De los casos observados 28 requirieron la realización de diferentes pruebas, las más habituales son las radiografías pero también analíticas y algunas excepcionales cuando se han de adoptar decisiones relativas al ingreso de la paciente (VRS).

En otras ocasiones la ruptura de la actuación unitaria se produjo por la necesidad de administrar un tratamiento en 9 ocasiones (habitualmente ventolín para los casos de insuficiencia respiratoria) o para observar su evolución (niño/a con muchos vómitos para controlar que va admitiendo líquidos de forma que se garantice que no se producirá deshidratación) en 3 casos.

Excepcionalmente, se deriva a la niña/o a un especialista del hospital (4 casos). Esta actuación no siempre es posible porque depende, cuando el caso no tiene un criterio estricto de urgencia, de la concreta especialidad a la que se hace la derivación y de las

relaciones entre servicios. Los pediatras saben muy bien cuándo pueden intentar o cuando simplemente han de recomendar a las pacientes que pidan a sus pediatras de cabecera que les hagan un volante para la consulta a especialista. Aquí entran en juego complejas cuestiones de la organización y gestión de los servicios del hospital.

En relación también con estos primeros encuentros nos hemos fijado en algunos aspectos formales de la comunicación:

- a. Cómo se produce el interrogatorio: formal (68) /no formal(9)
- b. Si el pediatra dirige la información de la paciente (62) o le deja hablar (13)
- c. La forma de la exploración: general (71) o específica (4)
- d. La forma de intercambio de información: discurso (53)/conversación (3)/mientras explora (32)
- e. Si se explica la medicación (16)
- f. Si preguntan si la paciente ha entendido (10)
- g. Interrupción de la visita para consultar con otro pediatra (20)

La pregunta que me planteaba era cómo se producían estas interacciones: ¿eran aleatorias?. Evidentemente no era así y, por tanto, la siguiente pregunta era si podía encontrarse alguna relación entre las situaciones comunicativas que se desarrollaban en los encuentros médico – paciente y las pautas que organizaban el servicio. La observación y análisis de las interacciones son necesarias para intentar encontrar una respuesta.

4.6. Análisis de la interacción comunicativa

Como vimos, el modelo SPEAKING propuesto por Hymes trata de abordar aquellos elementos que permitan la mejor descripción posible de la ‘competencia comunicativa’²⁸. Esta idea de Hymes implica salir de los límites del texto para acercarse a la ‘situación social’ (Duranti, 1994). En este sentido la interacción comunicativa que se produce entre el pediatra y paciente se encuentra íntimamente ligada, como veremos, a la situación social que viene dada por la organización de las urgencias y por las pautas, actitudes y valores de los sujetos que participan en el encuentro comunicativo. (Hymes, 2000: 45; Duranti, 1994: 38).

Pero la cuestión que surge inmediatamente es cómo plantear la relación entre los registros y las consideraciones sobre la organización social. La perspectiva metodológica adoptada parte no únicamente de aquello que constituye el texto del registro sino también del contexto etnográfico. Este contexto etnográfico está ausente del texto y, evidentemente, esta cuestión plantea problemas.

Esta cuestión pone sobre la mesa necesariamente los objetivos de esta investigación. A. Cicourel en su libro sobre la organización de la justicia juvenil (1968-1995: 328) señala,

The police like all members of a society, operate with background expectancies and norms or a “sense of social structure” that enables them to transform an environment of objects into recognisable and intelligent displays making up everyday social organisation. The special skills, which the police acquire to enable them to decide “normal” and “unusual” circumstances, become crucial elements of their sense of social structure. The general rules and policies governing day-to-day bureaucratic and administrative activities become intelligent and recognisable features amenable to implementation because of the application of the background

²⁸ Según Saville- Troike, 1982: 152,

Understanding what speakers’ frame are, what processes they are using to relate these expectations to the production and interpretation of language, and how the schemata and interaction processes relate to their shared cultural experiences, is the ultimate goal in explaining communicative competence; but developing methods for collecting and analyzing such information is a formidable challenge.

expectancies (...) The contingencies of the unfolding scene provide the officers with the raw material for generating practical solutions.

T.Hak (1992) mantiene la misma perspectiva en su análisis sobre *Psychiatric Records*. Señala Hak que es esperable que los psiquiatras interpreten las circunstancias de manera diferente a como lo hacen los oficiales de policía. La diferencia, según Hak, es debida a la específica competencia psiquiátrica cuyo 'ideal' ha sido descrita en los libros científicos, no por la práctica.

Creo que lo mismo cabe mantener en el ámbito de la práctica médica de urgencias. El matiz que Hak añade a Cicourel creo que debe también tenerse en cuenta en el sentido de que el objetivo de nuestro trabajo no es validar la realidad de los registros médicos con el conocimiento médico científicamente establecido como (con)texto de referencia.

Este contexto de referencia tiene una interpretación concreta (texto) en el ámbito de esta investigación y, por tanto, no es necesario entrar en el conocimiento biomédico para lo que sería incompetente. Sí que puede hacerse operativo, porque así lo hacen y lo reconocen los sujetos participantes, como pauta normativa (más o menos) hacia la que tienden a veces en el proceso o, en su caso, en el objetivo de tratamiento para el que el protocolo está dispuesto.

Los registros constituyen textos cuya interpretación precisa recurrir a lo asumido implícitamente por los participantes que es lo que hace reconocible e inteligible para los mismos las actividades rutinarias.

La aproximación del modelo SPEAKING permite afrontar la cuestión de fondo objeto de esta investigación que ha de relacionar necesariamente los intercambios

lingüísticos entre los participantes en la interacción, las comunicaciones, con el contexto sociocultural en el que tienen lugar.

4.6.1. ¿Qué buscas en una radiografía?

En el ámbito médico los eventos comunicativos se desarrollan a través de actividades rituales incluso cuando se produce una situación de emergencia. Siempre resulta preciso un proceso de aprendizaje de estas formas y rutinas. La comprensión de las rutinas requiere un conocimiento compartido al que se otorga preferencia dentro del grupo que las establece. Las rutinas delimitan los eventos comunicativos (Saville-Troike, 1982).

Una de los eventos comunicativos característicos de la actividad cotidiana de los pediatras del servicio de urgencias es la consulta entre pediatras. A través de la consulta los pediatras desarrollan, fundamentalmente, su proceso de aprendizaje y socialización

El acto de consulta encaja como mecanismo adecuado al diseño del actual modelo educativo en medicina, una nueva filosofía de la educación, basada en el aprendizaje activo y tutelado, que en el Estado español y en Cataluña se encuentra todavía en debate, parece potenciarse, conforme al modelo de médico que parece perfilarse desde el siglo XX: un médico que debe encontrarse en un continuo proceso de aprendizaje, cuyo conocimiento ya no debe basarse tanto en la memoria sino en la información actualizada constantemente que le proporcionan bases de datos, que reconoce el origen de muchas enfermedades en estilos de vida y comportamiento, que se encuentra sometido en el ejercicio de su práctica a limitaciones presupuestarias y que debe incorporar a sus funciones ‘técnicas’ funciones de ‘cuidado’.

Pero, además, las consultas constituyen el punto de articulación de la relación formal/informal entre los pediatras en torno a un aspecto esencial de su actividad: las decisiones en torno a qué hacer con los pacientes. Estos eventos, por otra parte, pueden desarrollarse en dos espacios: el despacho de los pediatras, en el box ante el paciente atendido por el pediatra que requiere la ayuda. En ambos casos el evento se desarrolla de manera diferente, por ejemplo, como veremos, cuando el evento se desarrolla en el despacho la consulta puede adoptar la forma de una conversación informal, aunque técnica, mientras que si tiene lugar en el box junto a los pacientes en el que se suele observar cambios en el registro de los participantes (de un registro más natural a un registro técnico y de una conversación a un discurso médico).

4.6.1.1 Organización y experiencia institucional

Una de las decisiones más habituales en el servicio de urgencias es la de realizar una prueba técnica consistente en una radiografía. Es frecuente escuchar al/a pediatra informar al paciente tras la exploración de que,

Ped. parece que tiene una infección de vías altas pero bueno ella cuenta esa dificultad para respirar tiene un dolor selectivo a este nivel se le oye un poco el ruido de mucosidad aquí en el lado derecho con lo cual le vamos a hacer una radiografía de torax

En otras ocasiones el/la pediatra argumenta de manera diferente pero es habitual que el paciente en estos casos o similar salga a hacerse una radiografía de manera que puedes llegar a entender esta actuación como norma²⁹. Te sorprende en ocasiones que los

²⁹ Una idea fundamental que elaboran con la que trabajan los sociolingüistas es la de “Speech Communities” que supone que los miembros han desarrollado modelos mentales culturales prácticos acerca del comportamiento verbal y no verbal y cuyo despliegue tiene una validez ecológica. De los miembros de un grupo se espera y ellos tácita o explícitamente también piden que sus iguales o compañeros de trabajo utilicen concretos tipos de discurso en cada particular interacción. (Cicourel, 1995)

residentes interrumpen una visita para consultar sobre si deben hacer o no alguna radiografía atendiendo al conjunto de síntomas que le ha expuesto la madre o que el pediatra ha observado y explicado. Esta también es una conducta habitual sobre todo cuando no hay una larga lista de espera que presione el servicio. En estas ocasiones los residentes “aprovechan para aprender” aunque si la decisión dependiera de ellos exclusivamente, optarían por hacerla. En la mayor parte de las consultas, los pediatras con más experiencia les aconsejan que la hagan, les confirman, por tanto, su decisión. Desde tu extraña posición parece que la regla sigue confirmándose: la radiografía es una práctica más o menos rutinaria y aconsejable. Sin embargo, todo es mucho más complejo y adquirir el conocimiento de cuándo, cómo y porqué se hace una simple radiografía no es nada obvio.

Evidentemente, no se hacen radiografías a todo el mundo y, por tanto, rápidamente adivinas que existen criterios que los sujetos conocen y utilizan en su decisión. Después de cierto tiempo las propias rutinas profesionales van mostrando porqué se hace en un caso una radiografía y porqué en otro caso no se hace.

El seguimiento del trabajo de los pediatras desvela la complejidad del aprendizaje de este proceso (cómo, cuándo y porqué hacer una radiografía, por ejemplo) y, por otro lado, la organización de las comunicaciones que se establecen entre ellos/as.

Evidentemente, cuando los/as pediatras salen a consultar hacen mucho más que un acto estrictamente rutinario porque ‘saben’, o aprenden, que en la decisión han de atender a muchos niveles de conocimiento que instituyen su competencia profesional.

Saben que existen unos criterios no siempre expresos que la organización dispone, saben que no es fácil interpretar unos síntomas la mayor parte de las veces poco claros, saben que se han de articular ambos aspectos y saben que son responsables de las

actuaciones que decidan hacer. La duda en torno a cualquiera de estos puntos puede determinar una consulta. Una última cuestión se añadiría, los/as pediatras también saben que una radiografía ‘puede tranquilizar’ a los pacientes y, por tanto, facilitar la interacción con ellos. También este criterio puede resultar relevante si tenemos en cuenta que en la interacción el pediatra ha de ‘gestionar’ las expectativas y problemas que presentan los pacientes cuando acuden al servicio de urgencias. Por último, los pediatras saben otra cosa a quién ‘pueden’ (para que la actuación que han de realizar se ajuste a lo que entienden que sería aconsejable hacer) y a quién deben consultar (por la dependencia jerárquica y funcional prevista algunas decisiones únicamente competen a responsables los jefes de la guardia). Existe, en este sentido, una compleja red de relaciones formales e informales que son fundamentales para entender la organización y funcionamiento del servicio.

Nos encontramos en el servicio de urgencias a última hora de la tarde una pediatra joven, residente de primer año, está atendiendo a dos bebés mellizos de 4 semanas.

En este caso, reproducimos una interacción que se produce en el box donde se encuentran los pacientes con la pediatra joven (Ped.), el jefe de la guardia (Ped.1) y los padres aunque realmente sólo la madre (M.) participa en la misma.

- 1.Ped. hola
- 2.Ped1 dónde estácaray caray caray
- 3.Ped. a ver él él es m. Él es queeee
- 4.Ped1. cuál es el niño que no camina y está malo ¿éste o el otro?
- 5.M. de momento caminar no camina ninguno
- 6.Ped. vamos a adivinar.. este..él está peor

- 7.Ped1 este está peor...[le ausculta] no se ausculta nada pero nada es de aquí está cerrado es
- 8.un catarro de vías altas esto ves que de aquí está estrecho? Ves?.. Qué toman el pecho qué toman?
- 9.M. no biberón
- 10.Ped. noventa cada tres horas pero ahora está tomando la mitad como 40
- 11.Ped1 cuándo está comiendo qué pasa que se cansa o se pone nervioso oooo
- 12.M. no chupa porque tiene hambre pero empieza eh es la sensación entonces lo paro
- 13.dejo descansar un poquito y volvemos a empezar y cuando porque él hambre tiene ahora
- 14.cuando he venido de la radiografía le he dado el biberón se ha tomado 70 y con mucho
- 15.apetito y después de quitarlo ha querido hacer el eructo yyy lo ha echado todo y ya
- 16.llevamos dos o tres biberones así hoy
- 17.Ped1 de aquí está cerrado (a ped)totalmente cerrado
- 18.Ped si lo que tendría que hacer la auscultación es normal
- 19.Ped1 exacto es obstrucción nasal esto es nasal
- 20.M. luego le he vuelto a dar 25 y no lo ha vomitado
- 21.Ped1 es obstrucción nasal
- 22.Ped1 yo creo que este crío para meterlo sonda no no está para meterlo sonda
- 23.Ped lo único que le vayan haciendo
- 24.Ped1 exacto suero fisiológico
- 25.Ped.lavados nasales cada toma y en el caso de que empeore
- 26.Ped1 muchas pero muchas veces...
- 27.Ped. y en el caso de que empeore de que aumente la dificultad respiratoria oo
- 28.Ped1 exacto que haga clínica de bronquiolitis ..mira como ronca
- 29.Ped. si si si lo que tiene es obstrucción de vías altas
- 30.Ped1 exacto catarro de vías altas sin más
- 31.Ped. lo único por el rechazo del alimento
- 32.Ped1 entonces porque claro..para meter la sonda no lo veo tan mal para meter la sonda te
- 33.sigo ofreciendo poco a poco entonces ver mientras toma 50 de los biberones ya está bien
- 34.Ped. pero en el caso eso en el caso de que aumente la dificultad respiratoria oo no no
- 35.traiga los biberones pues vuelve a traerlo
- 36.M. no lo ingresamos?
- 37.Ped1 no porque como el motivo ingresarlo y he comentao con la doctora hay críos ahora
- 38.en este momento que tienen bronquiolitis que son primos hermanos gemelos de la
- 39.bronquitis pero lo que manda es la edad y el estado general del crío y el motivo de
- 40.ingreso cuando el crío necesita sonda darle por sonda darle de comer por sonda el
- 41.tratamiento para la bronquiolitis no hay tratamiento para la bronquiolitis no hay porque
- 42.es un virus lo cogen una vez y no se repite no tiene porqué repetir y ahora el crío está
- 43.bien tranquilo meterle una sonda y darle de comer por sonda..
- 44.M. pero él no tiene bronquiolitis ahora de momento

45.Ped1. nonono no tiene bronquiolitis la nariz está cerrada
46.M. es todaa nivel
47.Ped1 esto no quiere decir que dentro de dos días no lo tenga
48.M. yayaya
49.Ped1 la bronquiolitis empiezan así la bronquiolitis es un resfriado pero termina el
50.análisis de mocos que le ha hecho la doctora termina saliendo positivo
51.M. yayaya
52.Ped1 la bronquiolitis nunca empieza en 5 minutos está 4 5 días resfriado empieza
53.rechazo de alimento y pecho sube baja entonces necesita una sonda y darle de comer
54.por sonda lo que te comenta la doctora mientras pueda tomar algo pero para empezarlo
55.darle por la boca para darle por la boca se puede dar en casa
56.M. le doy más a menudo de comer si acaso en vez de cada tres horas cada dos por
57.ejemplo...menos cantidad
58.Ped. igual menos cantidad si pero cada tres horas cada dos sería demasiado y muchos
59.lavados nasales [se va Ped1]
60.M. muchos lavados nasales cada cuánto cada hora
61.Ped. cuando sea necesario siempre antes de comer
62.M. es que a mí me da miedo herirle
63.Ped. mmm
64.M. no porque le pongo sabes lo que es el suero fisiológico y luego con el aspirador nasal
65.le voy sacando muchísimo pero me da miedo de de hacérselo tantas veces digo a ver si
66.le voy a herir lo que es esto
67.Ped. no en principio antes de cada toma lavado y si entre toma y toma necesita porque
68.ve que le tiene que está muy cargado también entonces esto sí si aumenta la dificultad
69.respiratoria eh si le ve peor o que ya no toma ni la mitad de los biberones porque tiene
70.tos y se cansa eh entonces lo vuelve a traer si sigue igual que lo vaya controlando el
71.pediatra con los lavados muy frecuentes y con la dieta fraccionada pero cada tres horas
72.porque cada dos es demasiado hay que esperar como mínimo dos horas entre toma y
73.toma eh para dar tiempo al estómago que se vacíe entonces cada dos horas es lo mínimo
74.que se puede dar
75.M. y por la noche que hago les despierto no les despierto
76.Ped. por la noche..
77.M. con el peso que tienen ya son 3kg y 2.800
78.Ped. podrían empezar a hacer ya los descansos nocturnos eh pero esto mejor que le vaya
79.controlando la pediatra es la que le va controlando los pesos y otra cosa que les va a ir
80.bien dormir con la cabecera de la cuna un poquito elevada
81.M. vale
82.Ped. debajo del colchón le pone una toallita o algo que le levante un poco incorporados
83.van a estar mejor para respirar...bueno a ella lo mismo pero en menor medida quizás

- 84.M. y de ropita y todo esto igual que les tengo no hace falta quitarle...lo que pasa es que
85.yo los tengo bastante obligados porque en la maternidad me dijeron que como tenía él
86.sobre todo tenía poca temperatura que sino le abrigaba mucho todo lo que comía lo
87.empleaba para mantener la temperatura y le tengo con tres mantitas
88.Ped. sobre todo por la noche tampoco hace falta que esté demasiado abrigado
89.M. más normaales
90.Ped. osea los niños pequeños no regulan la temperatura y si el ambiente es frio hay que
91.abrigarles más y si el ambiente es caluroso
92.M. tengo la habitación a 21 grados
93.Ped. pues entonces no hay que abrigarles mucho eh que duerman boca arriba con la
94.cabecita un poco elevada y no muy abrigados
95.M. yo les pongo de lado
96.Ped. bien que no estén boca abajo...vigilar la evolución
97.M. la doctora me ha dicho que mañana los quería ver y el sábado y domingo también
98esto es asi?..porque donde yo estoy
99.Ped. mañana es viernes y no ha empeorado son 48 horas desde que empiezan los
100.síntomas eh más o menos el lunes...durarle el catarro le va a durar pero me refiero a
101.hacer la bronquiolitis hacer la filtración pulmonar suelen ser 48 dos días tres días eh
102.bueno depende de como mañana le vea la pediatra si le dice que mejor que vengan aquí
103.el sábado a que le echen un vistazo
104.M. perfecto

Este encuentro es el momento final de un largo y complejo proceso. Antes de entrar en el contexto de producción de este intercambio, vamos a detenernos en algunas características de la conversación transcrita, concretamente, los registros que se suceden en la interacción.

4.6.1.2. Registros de la interacción

La observación repetida de eventos similares a este me ha permitido distinguir los diferentes registros que se suceden en la interacción transcrita. Resulta importante atender a cómo se producen en la interacción porque su desarrollo obedece a cómo la

organización dispone los papeles de los pediatras residentes y, también, de los adjuntos o de los jefes de guardia. Por otro lado, también trasciende determinados esquemas (guiones) que marcan los intercambios de información entre pediatras y familiares del paciente (en este caso la madre).

La interacción se inicia con el saludo de la pediatra que estaba atendiendo a los mellizos encuentro social que articula verbalmente el Ped1 cuando entra en el box. El tono es alegre y se presenta con una broma (líneas 1 a 5). Sería el encuentro social en el que se mantiene un tono de voz más cariñoso dirigiéndose a los críos pero también a la madre. Inmediatamente, se inicia otro registro que es el de la consulta cuando el Ped1 empieza a auscultar. Durante la auscultación dirige algún comentario apenas audible a Ped y, al terminar, se inicia (o continúa) el registro de la consulta pero, a diferencia del nivel de conversación que suele tener cuando la consulta se hace en el despacho, aquí el Ped1 hace un breve discurso médico (líneas 7-8).

En este caso, además, la madre interviene (línea 9) contestando una pregunta dirigida inicialmente a la pediatra (el tono de voz era bajo casi susurrante) y da una serie de datos sobre las cantidades de biberón que toma el niño (datos que en otra interacción constituyen el objeto de una discusión técnica entre pediatras). Una vez la madre ha terminado de explicar qué hace el niño en las tomas, el Ped1 vuelve al registro de consulta, vuelve a bajar el tono de voz y se dirige directamente a Ped (a pesar de la interrupción que la madre hace en la línea 20 que los pediatras ignoran). Entre las líneas 17 a 35 los pediatras conversan en torno al diagnóstico y tratamiento. En la línea 36 la madre vuelve a intervenir en la conversación lo que obliga al Ped1 a explicar la 'clínica' que presenta el niño y porqué no necesita ingresar (líneas 37-43).

Según lo que podemos observar en la interacción reforzado por mi observación de campo que el pediatra adjunto no pretende en ningún caso sustituir a la pediatra más joven, no interviene en virtud de su autoridad sino para reafirmar la autoridad de la pediatra más joven. Por esta razón también cuando la madre pregunta el pediatra habla de la decisión adoptada por ambos. Así cabe entender cuando en la línea 37 el pediatra adjunto que se ve sorprendido por la pregunta por el ingreso del niño reacciona incorporándose en la decisión de la doctora (“Ped1 no porque como el motivo ingresarlo no hay y he comentao con la doctora”).

La explicación de porqué no es necesario ingresar al niño conecta directamente con la restricción del uso de urgencias que tiene este pediatra: no es necesario la sonda, por tanto, si lo que se le haría en el hospital se puede hacer en casa se ha de ir a casa.

En este caso, la simple asunción por la madre de la afirmación del pediatra de que no tenía bronquiolitis no hacen necesarias más explicaciones. En otros casos, los pediatras suelen repetir un guión más o menos similar afirmando la necesidad del control de la enfermedad pero en consultas porque la organización de las urgencias es ‘ajena’ a la organización del hospital. En realidad, el criterio es la restricción en el ingreso por urgencias. De hecho de todos los casos observados únicamente en ocho ocasiones se ingresaron a los niños. No obstante, uno de los criterios que permite el ingreso aun cuando estrictamente

En realidad este es un discurso que se repite, con las matizaciones correspondientes, en muchas de las visitas en urgencias. no exista una gravedad es la ‘angustia familiar’ que parece aludir a una situación en la que los padres puedan sentir que no pueden controlar la evolución

Por último el registro cambia cuando el pediatra abandona el box y la madre y la pediatra ya han asumido que hay un cambio en el tratamiento: no se va a ingresar sino que pueden irse a casa. Sin embargo, es un caso delicado dada la corta edad del niño y la posibilidad de que se le desarrolle una bronquiolitis en evolución por ello la pediatra le da las “normas”, es decir, qué hacer y cuándo y cómo han de volver al servicio de urgencias. Este tipo de discurso también responde a un guión que repiten los pediatras en sus actuaciones médicas.

4.6.1.3. Contexto de la interacción

Como observa Duranti (1992:76), una de las tesis etnografía de la comunicación es que en la conversación más cotidiana e informal se puede encontrar elementos fundamentales de la organización de la vida social y el diálogo aparentemente más espontáneo esconde aquellas reglas y expectativas en las que se basa cualquier sistema social. En realidad, cualquiera de las interacciones constituyen encuentros cotidianos entre los pediatras, estos encuentros constituyen la base del sistema social organizado en las urgencias³⁰.

En primer lugar, la pediatra que les atiende al final del día no coincidió con la pediatra que les visitó cuando llegaron a urgencias (en la línea 97 la madre le habla de una doctora que le ha dado una instrucción, como todo ha ido cambiando la madre quiere saber qué pasa con esta instrucción). Esto también es habitual dado que a medio día (a las 14 horas) y por las noches (a las 21 horas) cambian los turnos y los pediatras

³⁰ Este punto lo trataremos con un poco más de detenimiento en el capítulo siguiente pero dado que nos referimos a algunos de estos encuentros es oportuno advertirlo.

entregan a otros pediatras los casos que están llevando y que dejan pendientes de resolución por alguna causa.

En este caso parece que la primera pediatra no había decidido el ingreso. Sin embargo, la pediatra que recoge el caso entiende que se trata de un caso de ingreso y realiza una prueba que únicamente (conforme a protocolo) se hace en caso de ingreso, el “vrs”. La realización de esta prueba plantea ya un pequeño problema con el Jefe de la Guardia,

- 105.Ped. prematuros de 34 semanas entonces uno de ellos viene remitido por su pediatra
- 106.por pues por una bronquiolitis tiene mucosidad desde hace dos semanas o así pero
- 107.desde ayer tos rechazo de alimento y asomatizante;?auscultación ahora de bronquitis
- 108.no tiene entonces síndrome de veril para control por la más que nada por el rechazo
- 109.toma la mitad de los ha tenido tres vómitos desde ayer toma la mitad de los biberones
- 110.desde ayer le he pedido vrs y.placa
- 111.Ped1 a los dos
- 112.Ped. no a uno
- 113.Ped. vrs a los dos porque claro la gemelita que está bien que come bien y solo tiene
- 114.mocos está bien de auscultación normal
- 115.Ped1 tiene mes y medio
- 116.Ped. un mes un mes
- 117.Ped1. un mes
- 118.Ped. la gemelita está bien la chica está bien pero el problema es a ver le he dicho a ver
- 119.me ha dicho que si es absolutamente si tiene que quedarse en casa la gemelita pues
- 120.connnnnn problemas pero se quedaría
- 121.Ped1. entonces
- 122.Ped. el padre tiene que dejar de trabajar que tenía ..
- 123.Ped1 el problema es que vrs la gemela no se ha de pedir
- 124.Ped. ya pero era por si acaso imagínate que luego ingresamos a los dos
- 125.Ped1 pero si un crío está bien y se puede evitar ingreso
- 126.Ped. hombre para la mamá es más cómodo ingreso
- 127.Ped1. no esto es más cómodo si alguien no está para ingreso y el otro está bien
- 128.problema de camas
- 129.Ped. no camas hay en lactantes hay un montón
- 130.Ped qué te parece
- 131.Ped1. ya lo has pedido
- 132.Ped. no lo he pedido o sea los vrs los he pedido

133.Ped1 no los has pedido

134.Ped. no te he comentado porque no estabas

135.Ped1 a no si ya lo has pedido esperamos el resultado ..vamos a ver

La pediatra inicia la conversación con los síntomas que (remisión por pediatra, rechazo de alimentos) le han llevado a solicitar dos pruebas, una para el ingreso (y para ambos niños) y otra para el niño al que encuentra peor (la placa).

En una conversación aparentemente cotidiana e informal ‘comunica’ al Jefe de Guardia que ha pedido vrs y placa (línea 110). El Jefe de Guardia (Ped1) inicialmente mantiene el registro que él sabe que corresponde: la pediatra joven le está planteando el carácter debido o no de la prueba. De hecho reproduce lo que debería haber sido: una escena de consulta. Una vez que ha quedado claro que la pediatra ha realizado ya la prueba, el Jefe de Guardia descarta entrar en lo que ella le está preguntado. Cuando en la línea 130 la pediatra le pregunta “qué te parece”, él le contesta “ya lo has pedido”. Es decir, cuando la pediatra le plantea si puede ingresar a la gemelita aun cuando esté bien y por las razones familiares que expone (118 a 122) el Jefe de Guardia muestra estrictamente lo indebido de la solicitud de la prueba vrs a la gemelita (línea 123 y 125) desde lo afirmado por la pediatra (la gemelita está bien, línea 118).

En dos momentos posteriores se discuten ambos puntos. En un primer momento en cuanto a los criterios de ingreso. Esta discusión precede a la anterior (a la de la ‘interpretación’ de la placa) ya que normalmente hasta que llega la “placa” transcurre mucho tiempo y durante esa espera es fácil que la pediatra se encuentre en el despacho con el Jefe de Guardia y otros/as pediatras y comenten el caso.

En este caso, en concreto, la conversación se produjo entre el Jefe de Guardia y otra pediatra de mayor experiencia (Ped2). La pediatra residente defendía el ingreso para control de evolución y si al día siguiente estaban bien “pues se iban a casa”,

- 136.Ped1. porqué pasado mañana no pueden tener apneas?
- 137.Ped2. a no ser que la familia esté muy angustiada y eso que también es un motivo de
- 138.ingreso
- 139.Ped. y porqué?
- 140.Ped1 se ingresan hoy y mañana se van a casa pasado mañana ¿no pueden tener apneas?
- 141.Ped. hombre por poder claro que pueden
- 142.Ped1 entonces que diferencias hay entre mañana y pasado mañana?
- 143.Ped. hombre pues que ya el... osea ya la evolución es menos frec es menos frecuente
- 144.Ped2 además el vrs puede ser negativo ahora
- 145.Ped1 claro
- 146.Ped2 lo ingresas en una cama con un ¿? vrs negativo que luego se positiviza (rie)
- 147.Ped1 si ya en la cama
- 148.Ped2 nosotros le damos la vuelta estamos mirando la otra parte no entonces la otra
- 149.parte puede ser más negativa que la parte de no ingresar
- 150.Ped1 lactantes tiene muchos así¿?muchos
- 151.Ped. ya lo sé ya lo sé
- 152.Ped2 que luego se positivice y entonces aunque el otro era negativa pues le haces que
- 153.sea positiva
- 154.Ped1 claro ¿¿?
- 155.Ped2. pues para prevenir esto mientras el niño veas que clínicamente está bien porque
- 156.no haya un rechazo de alimentos como para que no pueda comer por boca y que y que
- 157.realmente
- 158.Ped.rechazo de alimento suficiente a qué llamarías
- 159.Ped2 pues por ejemplo un niño toma 120 cada tres horas pues que comiera menos de la
- 160.mitad si come más de la mitad si come más de 60 se considera que no puede hacer ¿¿ a
- 161.lo mejor en vez de comer cada tres horas que vaya comiendo cada dos horas durante el
- 162.día a lo mejor no llega a los 600/700 que tiene que comer pero a lo mejor llega a 600¿?
- 163.y ya es suficiente
- 164.Ped. el niño come 60/70 en parte vomitaba entonces
- 165.Ped2. la dieta fraccionada puede ser cada dos horas cada tres es lo que come
- 166.habitualmente pero dieta fraccionada menos cantidad y más frecuente comer cada dos

- 167.horas comer menos cantidad si que pueden tolerarlo lo que costa para que no se canse y
168.sobre todo insistir en hacer un buen lavado de
169.Ped. ¿?de hecho lavados con suero
170.Ped3 (se introduce en la conversación) es que yo una vez vi un lactante que no me
171.come no me come no me come y no le ponía el pecho...

En esta conversación los pediatras más expertos argumentan el no ingreso de ninguno de los bebés “poniéndose de la otra parte”, el juego que se establece en el intercambio ‘reordena’ los criterios de ingreso. Es decir, qué supone un ingreso. El ingreso no garantiza que cuando se dé de alta no se produzca una “apnea”, es decir, el ingreso no garantiza la evolución (línea 136-142) y supone un riesgo para un niño (línea 137). Cuando a la pediatra residente le indican una condición (el rechazo de alimento) que ella ha valorado como determinante para el ingreso, le pide su concreción: “rechazo de alimento suficiente a qué llamarías” (línea 158). En esta pregunta no sólo está desarrollando su papel de residente también se encuentra implícita la voluntad de validar su criterio profesional. En este caso, además, los criterios de alimentación suficiente realmente se encontraban en el límite con los que ella había valorado como de alimentación insuficiente.

Un momento previo al encuentro con la madre se desarrolla en el despacho cuando llega la radiografía que se le ha hecho al bebé. La pediatra primero la examina e, inmediatamente, se la enseña al Jefe de Guardia.

- 172.Ped. este es el niño de la bronquiolitis (enseñando la radiografía) bueno que no tiene
173. auscultación de bronquiolitis pero sí que tiene tos espástica con vómitos y rechazo de
174.alimento
175.Ped1 perfecto
176.Ped. sin fiebre no yo creo que es normal
177.Ped1. es normal..porque qué buscabas tú en la radiografía
178.Ped. no porque siempre se hace
179.Ped1 no siempre no tiene porqué hacerla
180.Ped.siempre se ingresa no?

181.Ped1. es obligatorio? no
182.Ped.mmmm
183.Ped1 no
184.Ped. bueno a mí me han dicho que sí
185.Ped1 bueno pues no ..saben menos que yo ...no
186.Ped. sí seguro
187.Ped1. a ver pri
188.Ped. sólo si sospechas bueno pero.... puede tener dificultad sólo...por lo menos para
189.descartar otras causas de
190.Ped1. ehh
191.Ped. dificultad respiratoria
192.Ped1 eso está muy bien dicho eh se nota que eres más alta que yo sí si señora la
193.primera radiografía está indicao no es para buscar la bronquiolitis
194.Ped. no sino para buscar otras cosas..
195.Ped1 cómo cómo
196.Ped. anomalías musculares
197.Ped1 uno, dos
198.Ped. bueno causas radiológicas
199.Ped1 bueno vamos a ponerlo aceptado...tres
200.Ped. ehhhh
201.Ped1 paso al cuatro o no?
202.Ped. no no espera malformaciones de la vía respiratoria pero bueno
203.Ped1 bueno muy bien cuatro
204.Ped. hay cuatro mmmmm no se me ocurre más eh?
205.Ped1 sabes menos que yo
206.Ped. cuatro
207.Ped1 es interesante el cuatro
208.Ped. causas pulmonares
209.Ped1. bueno cinco
210.Ped. enfisema ;;;(sonríe)
211.Ped1. enfisema ¿?¿nueva congenta
212.Ped. enfisema nueva congenta¿?¿ mira esa no la hubiera dicho
213.Ped1. no no porque estaba nervioso y teen este no se ausculta nada
214.Ped. y qué se vería ..un pulmón muy negro muy negro muy negro
215.Ped1 negro como si fuera tu has visto algún niño que tenga neumonía con esa
216.neumomatogel (...no se entiende) se ve por ejemplo
217.Ped. no bueno en el libro sí
218.Ped. se ve una agulla lo que es una agulla

219.Ped1 ve oscura por ejemplo como este anillo o este y ...negro negro como este es que
220.está.obstruido negro negro es que ha entrao el aire pero como los globulillos están rotos
221.no sale la nariz?¿? no se absorbe a ver si te acuerdas te lo preguntaré dentro de un año
222.Ped. me acordaré ya verás
223.Ped1 qué más alguna pregunta no gracias
224.Ped. ríe

Sin duda tampoco podría llegar a entenderse la trascendencia de esta conversación sino hubiéramos tenido la oportunidad de participar en los anteriores encuentros. De hecho, el contenido de la conversación encaja perfectamente con la función docente que tiene el hospital (universitario) y el papel que desarrollan los/as pediatras más expertos de enseñar a los/as residentes y estudiantes que participan en el servicio.

Cuando la pediatra residente le enseña la radiografía el pediatra le hace una pregunta que formula habitualmente a los residentes (línea 177: ¿"qué buscabas tú en la radiografía?"). La pediatra contesta justificándose por lo habitual de la práctica pero sobre todo tratando de justificar sus actuaciones anteriores (líneas 178, 180, 184). Lo alegado por la pediatra apunta a criterios normativos que suelen tener esa enunciación "siempre que...". Sin embargo, el Jefe de Guardia no invoca ese contexto en ese momento sino que cumple su papel de docente y transforma el encuentro³¹. La posibilidad de entrar en la escena como docente evita el conflicto. En este sentido, también, el Jefe de Guardia trata de mostrar porqué el proceso de 'codificación' no ha sido el adecuado. En este caso, la pediatra joven había descartado por los síntomas derivados de la exploración ('clínicos') el diagnóstico de bronquiolitis aun así lo designa

³¹ Un encuentro similar a este pero que parece ajustarse más a el espacio institucional de aprendizaje es el que se desarrolla entre otra pediatra y el mismo jefe de guardia,

(codifica³²) como ‘bronquiolitis’ (línea 172). El Jefe de la Guardia muestra este proceso, “Porque ¿qué buscabas tú en la radiografía?” (Línea 177). La pediatra joven le contesta desde el contexto de la práctica rutinaria (línea 178 “siempre se hace”).

El intercambio que se produce en las líneas 178 a 185 apunta al carácter normativo que la pediatra residente atribuye a una ‘norma de protocolo’ y cómo el Jefe de Guardia cuestiona esto, ¿es obligatorio?.

Finalmente, la pediatra joven reconoce la pregunta que le hace el Jefe de Guardia y se entusiasma en la búsqueda de la relación de ‘categorías aprendidas’ que pueden ‘buscarse’ en una radiografía. El juego del Jefe de la Guardia sitúa el eje de la solución que tenía la pediatra joven para saber qué hacer con los gemelitos.

El conocimiento que nos facilita el trabajo etnográfico sobre la organización de las relaciones y decisiones nos permite entender que la estructura social de la conversación que se desarrolla con la madre cuando el Jefe de Guardia le comunica la decisión de no ingresar y le justifica la decisión (líneas 37 a 53).

4.6.1.4. Organización jerárquica y las prácticas docentes

Casi todo lo que ocurre en el despacho tiene un sentido dentro de la organización del servicio. Es decir, casi todas las interacciones que se desarrollan en el despacho cumplen se inscriben en la competencia profesional. En el despacho los pediatras reciben las pruebas, las miran, las comentan. De hecho, muchas de las consultas aparentemente son simples comentarios de una prueba. Y, además, un acto de consulta

³² Como señalan Goodwin (1994) y Cicourel (1968) *Coding schemes* son una práctica sistemática que se usan para transformar el mundo en categorías y acontecimientos que son relevantes para el trabajo de la profesión.

interpersonal puede convertirse en un acto docente dirigido al conjunto de los residentes que se encuentran en el despacho.

Pero, por otra parte, la consulta también es un acto 'legal'. En efecto, el residente comunica al adjunto qué está haciendo, facilita al adjunto la labor de control a la que están obligados. De hecho, son los adjuntos los responsables legales de las decisiones del servicio³³.

Todos los participantes conocen y dan por sentado qué es y qué representa el acto de consulta y, normalmente, no suele hacerse expreso este punto. Al contrario, uno de los aspectos más interesantes de estos actos de consulta es que, por regla general, se viven y se producen como si fueran un 'acto de aprendizaje' compartido entre todos los pediatras o un simple comentario entre profesionales para una mirada ajena al funcionamiento del servicio.

En efecto, este es el contexto más visible al que los sujetos dan trascendencia. Sin embargo, en las interacciones se hacen más cosas, entre las fundamentales, se marca el orden que debe existir en el desarrollo de un acto médico.

La interacción siguiente se mantiene entre una pediatra residente (Ped) que acaba de recibir una radiografía sobre un caso que ella está visitando y lo comenta a una pediatra adjunta (Ped1) que se encuentra en el despacho. Con anterioridad, según parece, ya habían hablado sobre él y, por ello, la Ped1 cuando se dirige a la Ped simplemente le dice "la de la dilatació gàstrica"(línea 1).

Esta interacción me llamó mucho la atención al principio. Empezaba mi trabajo de campo en el servicio y no tenía muy claro qué pasaba. Cuando transcribía la frase

³³ Recientemente se han dictado varias sentencias que condenaban a médicos adjuntos por decisiones de los residentes no supervisadas suficientemente. En un reciente congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Enmergencias médicas, celebrado en Bilbao, se señalaba la necesidad de

“l’ingresseu al final” (línea 3) la escuchaba una y otra vez preguntándome por su sentido. A medida que la organización social del servicio se fue haciendo más visible se aclaró también el contexto en el que Ped. planteaba esta pregunta. La decisión en torno a los ingresos únicamente puede adoptarla un adjunto ya que son ellos los competentes para valorar la adecuación a los ‘criterios de ingreso’ de una determinada situación clínica.

- 1.Ped. La de la dilatació gàstrica
- 2.Ped1.. (no se entiende)
- 3.Ped. L’ingresseu al final?
- 4.Ped1.Porta alguna medicació de base o algo per ver si hi ha un retràs psicomotor?
- 5.Ped.Un síndrome d’edwards
- 6.Ped1.D’edwards
- 7.Ped.. Sí
- 8.Ped1.pues no esta molt alta? (no se entiende bien).pues nada què li posaries?
- 9.Ped1.Primera posada dieta absoluta i sonda nasogastrica
- 10.Ped.Aquí mateix
- 11.Ped1.Aquí ...
- 12.Ped. Aquí per qui davant ...
- 13.Ped1. dieta absoluta i sonda nasogastrica objecta?.....(dirigiéndose a las demás) habéis
- 14.visto que dilatación gástrica? Has visto T.? Ves esto donde veas esta escoliosis y una
- 15.cámara así seguro ...un retraso psicomotor o una pci o lo que quieras es de estos niños
- 16.que tiene una distonía simple intestinal son niños que suelen ir muy estreñidos que te
- 17.hacen dilataciones gástricas con mucha facilidad Perquè , per què venien ara?
- 18.Ped. Per que estava amb un quadre molt de singlot
- 19.Ped1. Umm
- 20.Ped. Nàusees intenses amb algun vòmit
- 21.Ped1. I li havia passat abans?
- 22.Ped. I a més a més ..(no s’entenc)
- 23.Ped1. I no li havia passat abans?
- 24.Ped. No, es la primera vegada

“cambiar la ley para que el MIR firme las altas de urgencias” (publicado en diariomedico.com, 22 de junio de 2001)

- 25.Ped1. Exacte llavors aquí lo que fem es posar-li bucosalum lo que seria un cinquè això
- 26.es lo habitual pots posar més acord de glucosa dons li poses més si es una diabetis li
- 27.poses menys
- 28.Ped. 1 5 li posem?
- 29.Ped1. 1 partit per 5 vull dir que porta dons una part com de fisiològic
- 30.Ped. I de dosis?
- 31.Ped1. Pel pes, els primers deu quilos de pes vint me sembla els primer 10 quilos de pes
- 32.conta sisents per quilo que ja tens 10 per litre els segons deu quilos de pes a cinquanta
- 33.per quilo que aquest com que te deu quilos més dons ja seria 50 per deu 500
- 34.Ped. Cent m'has dit quants?
- 35.Ped1. Mil· lilitre per quilo L
- 36.Ped. I en?
- 37.Ped1. 500 més
- 38.Ped. d'acord

La interacción constituye el ejercicio por parte del adjunto de obligaciones profesionales para las que sólo él es competente (realizar un informe) pero esta constricción legal se actúa como pautas docentes que el residente aprende y, finalmente, actúa. En efecto, aunque la residente no decida el ingreso ella debe realizar el informe con el que pasará a 'Observació' y en el que debe constar la administración del tratamiento. En el informe que se remite a 'Observació' la pediatra ha de apuntar el tratamiento que pregunta y le recomiendan en las líneas 25 a 38.

El intercambio que mantienen es muy interesante porque Ped1.en la línea 4 (Porta alguna medicació de base o algo para ver si hi ha un retràs psicomotor?) parece marcar algunas pautas sobre cómo averiguar información relativa al caso. La Ped. le contesta directamente "Un síndrome d'edwards", es probable que la familia haya informado a Ped de este dato³⁴.

³⁴ En diversas interacciones en las que los niños se veían afectados por problemas que médicamente se describen como síntomas introducían en su relato sobre los síntomas del niño alguna referencia aunque los síntomas del niño fuesen fiebre alta y mocos. En ocasiones se hacía de forma rápida como intentando que pasase inadvertida y porque, por ejemplo, querían resaltar que el niño era atendido de ese problema

En efecto, las pediatras estaban hablando junto a la puerta y se dirigieron con la radiografía a la pantalla que permite visualizarlas. En ese momento la Ped1 se dirige al conjunto de pediatras que estaban en el despacho, cambia incluso a castellano para que le entiendan los pediatras del equipo no catalanes. Era un acto docente con otro interlocutor.

Después vuelve a dirigirse a Ped. y acuerdan el tratamiento que hay que administrar al paciente. La Ped1 le informa también de una pauta del servicio en estos casos (líneas 25-26) “llavors aquí lo que fem (..) es lo habitual”.

El aprendizaje de estas pautas “protocolizadas” constituye otro de los ejes de la práctica médica organizada.

Se caracteriza habitualmente a la organización médica como jerárquica. La pregunta que surgía inmediatamente era en qué sentido cabía hablar de jerarquía. Esta cuestión, por otro lado, conectaba en la práctica del servicio con la creación de un nuevo servicio de urgencias. El proyecto de este nuevo servicio se encuentra diseñado por los Jefes de servicio, no los que ejercen puntualmente en cada guardia sino por aquellos pediatras más antiguos que ostentan alguna ‘jefatura de servicio’, es decir, jerárquicamente superior. Estos pediatras de mayor antigüedad dirigen algún servicio de atención especial (p.ej. malostratos) y conjuntamente toman decisiones en torno a la organización del servicio. Apenas tienen una presencia directa en las guardias (salvo que ellos actúen como Jefes de Guardias), sin embargo, hacen un seguimiento estrecho del funcionamiento del servicio.

en el hospital (Interacción 29 minidisc II). En otras, para resaltar la trascendencia de una consulta aparentemente no ‘grave’. En tales casos, los pediatras suelen mostrar un especial interés ya sea por el propio síndrome como por hacer las gestiones para que reciban en consultas externas una más rápida atención (Interacción 11minidisc 15).

Con la finalidad de establecer un control de calidad sobre el funcionamiento del servicio se revisan los informes que los profesionales hacen en urgencias. De hecho a través de los informes puede conocerse el seguimiento que se hace de los protocolos y de las decisiones que se adoptan. Por tanto, había que detenerse un poco en estos procesos de decisión y en cómo se organiza el servicio tecnológicamente para el control de estos procesos.

Creemos relevante la observación que hace Goodwin (1994: 615) en la elaboración del concepto *professional vision* en el sentido de que la unidad de análisis en este caso no es la participación individual de los sujetos en la interacción sino de la medicina como profesión,

A community of competent practitioners, most of whom have never met each other but nonetheless expect each other to be able to see and categorise the world in ways that are relevant to the work, tools, and artefacts that constitute their profession.

This sequence brings together an important range of cognitive phenomena relevant to the organisation of human action, including interaction with both other human beings and the world itself, talk as a form of social action, writing practices, and the construction of cognitive artefacts that provide relevant representations of the world. These inscription practices are accomplished through the appropriate use of artefacts such as graph paper, rulers, and tape measures. Supporting such tool use are sets of perceptual structures, the ability to see what and where to measure. Moreover, we are able to glimpse how these structures are passed on from one generation to the next through apprenticeship.

La perspectiva etnográfica plantea problemas metodológicos que se ha apuntado, pero permite abordar de manera compleja una interacción. Este análisis ha revelado la presencia de múltiples factores que afectan a la interacción:

1. Los profesionales de la práctica médica en urgencias están presionando para orientar la interpretación y transformación de las leyes hacia la singularidad (especialización) de la práctica en urgencia. La estructuración del servicio

persigue este objetivo de forma que, además de esta finalidad, se ajuste a las exigencias derivadas de su integración en la red de provisión pública: asegurar su transformación en un servicio autónomo de calidad.

2. Esta adaptación requiere que se establezca un sistema de protocolos.
3. La presencia de médicos en prácticas ‘complica’ la práctica en el servicio al añadir elementos de carácter jerárquico y pedagógico. Los profesionales, sin embargo, valoran positivamente la presencia de residentes en el servicio.
4. La existencia de unos prejuicios y expectativas de los usuarios de los servicios de urgencias sobre lo que es éste servicio determina un proceso adicional: definir qué es una urgencia y cómo si algo no es una urgencia puede ser tratado de manera que se evite el conflicto.

5. En el capítulo he querido mostrar cómo estos elementos pueden ser conflictivos en la interacción y cómo, en beneficio de una solución del problema, suelen encontrarse salidas negociadas.

CAPÍTULO 5. LA ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS Y LA COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE (2).

5. 1 Introducción

La práctica médica se organiza como un proceso en torno a la interacción humana pero también abarca la tecnología, los instrumentos que usan para la misma. De este modo, el objetivo de este capítulo es plantear algunas particularidades de la práctica médica relacionadas con los procesos de decisión y con las condiciones de información.

En primer lugar, intentaremos caracterizar el trabajo médico hacia el diagnóstico como un trabajo que implica la colaboración de distintos profesionales y, en este sentido, nos detendremos en el aspecto social de este trabajo colaborativo, es decir, el diseño de lo que Cicourel denomina la “distribución social del conocimiento”. Este punto es interesante también porque habitualmente en el discurso en interacción con el paciente el médico se sitúa en algún lugar de la red tanto hospitalaria como en el contexto más amplio de la red sanitaria.

La comunicación de información adopta distintas estrategias en la relación con el paciente pero refleja, por un lado, los procesos de decisión que la organización establece y, por otro, la mayor o menor posibilidad de acceso a la evidencia, tanto para el médico como para el paciente. Veremos cómo el acceso se encuentra jerarquizado y

únicamente a través de los adjuntos puede llegarse a algunas pruebas relevantes para la decisión.

Por otro lado, el servicio de urgencias ha incorporado nueva tecnología para poder disponer de información propia sobre los pacientes. Los servicios de urgencias están elaborando una base de datos que les permita acceder a información sobre el paciente, más allá de la que él pueda facilitar (precisamente una de las características del modelo de atención en urgencias). En la actualidad, al menos en el servicio de urgencias en el que he trabajado, se ha introducido únicamente un modelo de informe informatizado en el que los pediatras introducen la información que obtienen del paciente (o familiares). Este informe integra la base de datos y la copia escrita se guarda en la historia del paciente. Los responsables del servicio controlan regularmente cómo los pediatras de guardia hacen los informes. En este sentido, queremos destacar cómo la introducción de esta nuevo instrumento comunicativo no implica únicamente un nuevo modo de comunicar sino la introducción de nuevas prácticas culturales. Este aspecto de organización del servicio se conecta con el proyecto global de transformación de los servicios de atención sanitaria en una ‘red asistencial’¹.

Nos queremos plantear algunas de estas prácticas comunicativas que la nueva tecnología determina en el encuentro del médico con el paciente. En concreto, atenderemos a la indagación de información en el encuentro médico – paciente que se articula en torno al informe.

¹ Los servicios médicos de urgencias se encuentran desarrollando en cada comunidad autónoma proyectos de informatización de las urgencias. El Diario Médico de 13 de noviembre de 2001 anunciaba la entrada en funcionamiento en enero de 2002 de un modelo de informatización de urgencias en los servicios de urgencias dependientes del Servicio Andaluz de Salud. En este artículo se recoge la opinión del responsable del proyecto quien apunta, “La idea era diseñar un sistema que funcionase intra y extrahospitalariamente y que comunique bidireccionalmente a través de una intranet tanto a la atención especializada como a la primaria”. El funcionamiento se explica en los siguientes términos, “toda la información se vuelca en el sistema y se canaliza a una base de datos que estará en Sevilla. Desde allí,

5. 2 Práctica en los procesos de decisión: cooperación

Como apuntan Galegher y Kraut (1990: xiii), la creación de tecnología de información práctica requiere no únicamente un conocimiento técnico sino que precisa entender los procesos sociales y de comportamiento que la tecnología ha de apoyar. Estos autores parten de que la mayoría de los trabajos que la gente hace requiere algún grado de comunicación y cooperación con otros, un trabajo en equipo.

En concreto, ellos están interesados en el trabajo intelectual en equipo, es decir, la investigación científica, el diagnóstico médico, entre otros. Varias cuestiones ponen de relieve estos autores. En primer lugar, que se ha comprobado la escasa eficacia de, por ejemplo, los sistemas de difusión de información entre científicos ya que la difusión de la información científica relevante sigue habitualmente pautas de transmisión informal². La cuestión que plantean estos autores es entonces por qué la tecnología no puede recoger lo que sabemos de la interacción social en grupos y organizaciones. Los autores apuntan que la respuesta a esta pregunta puede tener que ver con las diferencias entre lo que buscan explicar los científicos sociales y lo que tratan de conseguir los diseñadores de sistemas de información. En efecto, mientras los primeros intentan entender por qué los profesionales hacen lo que hacen, los ingenieros tratan de solucionar problemas sin intentar entender por qué se producen. Como recuerdan

cada profesional de urgencias podrá tener acceso a la información que necesite para un determinado paciente al que está atendiendo. Se acabó lo de no tener datos sobre la historia del paciente”.

² Gallagher y Kraut (1990:5) “Their informal interaction help researchers learn which new research results are interesting and important enough to learn more about, and to learn this information before the research results become stale through publication delays. These long-standing behavior patterns imply

Galagher y Kraut (1990) las investigaciones sobre comportamiento en decisiones individuales y de grupo han mostrado que los esquemas cognitivos y las constricciones sociales pueden prevenir a los sujetos de comportarse conforme establece la teoría de la elección racional.

En este sentido, por ejemplo, el hecho de que se preste atención a la gestión de los procesos de decisión y la comunicación entre quienes toman las decisiones de manera que se reduzca la incertidumbre no significa resolver todos los problemas ya que, como apuntan Gallaher y Kraut (1990), muchos de los problemas tienen que ver con el carácter equívoco de una situación, la incertidumbre de las preferencias, los conflictos internos sobre valores y objetivos. Por tanto, la adopción de una decisión requiere no únicamente recoger información sino interpretar el problema, definir fines y estrategias. Con base en diversas investigaciones (Galagher y Kraut, 1990: 7) señalan cómo en situaciones caracterizadas por su ambigüedad quienes han de decidir prefieren fuentes de información ricas como encuentros cara a cara que les permite tantear la definición de un problema y obtener información sobre si sus perspectivas son compartidas.

5. 2. 1 Conocimiento socialmente distribuido

En el concreto ámbito de la decisión médica en el espacio hospitalario, Cicourel (1990:222) refiere diferentes estudios sobre procesos de decisión en el ámbito médico que abordan la complejidad cognitiva de este proceso. Como Cicourel (1990) apunta, una decisión médica no está basada sólo en factores relacionados con el conocimiento

that although computerized databases may be useful for archival purposes, that may not be the most effective way to broaden the distribution of scientific knowledge”.

científico-médico, sino también sociocultural, es decir, se basan para efectuar su diagnóstico en “the perceive credibility of the source, whether the source is the patient or another physician” (1990:122) y este prestigio viene dado porque se sabe de alguna manera que son buenos informantes sobre la situación de su enfermedad o sobre el diagnóstico. Todos estos factores impiden que se realicen diagnósticos sistemáticos.

El trabajo de campo nos ha permitido observar algunos de las cuestiones apuntadas por Cicourel y que, en nuestra investigación, conectan directamente con la organización de un servicio de urgencias en un hospital universitario. En concreto trataremos de mostrar la transcendencia de las rutinas informales en los procesos de decisión, rutinas o prácticas que, como señala Cicourel, son difíciles de codificar.

El caso que nos ilustra en este punto es el de una niña casi adolescente que ha sido remitida por el pediatra del ambulatorio por sospechar una posible apendicitis³. La pediatra residente que le atiende en primer término realiza los actos normales de interrogatorio y exploración y, además, algunas pruebas: radiografía y análisis de sangre. Con todas las pruebas en mano la pediatra sigue dudando y se dirige a la pediatra adjunta en el despacho,

1. Ped. Adj. : O sea esta barriga son vómitos con fiebre alta desde.... barriga depresiva con fiebre alta y vómitos sin diarrea
2. Ped. Res. : Vómitos sin diarrea sí

En ese mismo encuentro la pediatra residente se dirige a la adjunta califica a familia de ‘turbia’(línea 103) porque la información que le dan no es clara: “dicen cosas que no acaban de encajar”. Esta circunstancia le genera muchas dudas e inicialmente se inclina hacia un diagnóstico de gastroenteritis, antes que de apendicitis. Cuando la pediatra adjunta se dirige al box confía en lo que le ha explicado la pediatra y en ese sentido se

³ Minidisc II, Interacción 9 (6. 46), vid. Apéndice.

inicia la interacción con la paciente y la madre⁴. La interacción en este caso la mantiene con la niña si bien la madre, aunque se encuentra en un segundo plano, puntualiza algunos datos relevantes para la decisión final pero, durante la interacción verbal es descalificada (líneas 30-32)⁵,

EN EL BOX

3. Ped1: [se dirige a la niña] ¿cuándo te empezó a doler?
4. N.: el lunes
5. Ped1: dime el lunes y dónde
6. N.: [señala] aquí
7. Ped1: aquí por aquí abajoy que te dolía más el lunes o hoy
8. N.: El lunes
9. Ped1: el lunes te dolía más ehh.... . y... cuántas veces has vomitado hoy
10. N.: ninguna
11. Ped1: ninguna y ayer
12. M.: [muy bajito] ayer sí
13. Ped1: no es una apendicitis ehhhh, sólo por historia ya... Vamos y cacas has hecho cacas

Hasta este momento la conversación claramente está marcada por la orientación diagnóstica que ha hecho la residente que la adjunta corrobora con algunas preguntas, “sólo por historia...”. Sigue interrogándole para descartar la apendicitis, el interrogatorio en este caso no sigue el guión del informe sino que indaga sobre los

⁴ El trabajo de campo me ha permitido observar que esta suele ser la actitud general de los pediatras adjuntos respecto a los residentes, es decir, asumen la calificación inicial a la que tienden. En la mayor parte de las ocasiones suelen hablar cautamente. Los adjuntos les animan a que decidan ellos un poco el diagnóstico y les suelen preguntar, por ejemplo, ¿y tú qué dirías? O ¿y tú qué harías?. En este sentido Interacción 11, minidisc IV vid apéndice.

Esta organización de la práctica determina por ejemplo que las pediatras residentes dirigan sus consultas mostrando una decisión previa pero, en algunos casos, con una cierta angustia por la sospecha que puedan tener. Por ejemplo en el caso que recoge la interacción 7b del minidisc II, en la que la pediatra le dice a la adjunta “este niño no me atrevo a darle de alta así de hecho es que si estuviera sola no se lo daría este qué hacemos...fiebre fontanela...” La adjunta mira el papel que le muestra y responde alarmada “oy nonono y la analítica?”. Conversan sobre los resultados y lo que hay que hacer y le dice que le acompañará al box a ver a la niña, tras la visita, decide realizar una prueba para el diagnóstico de la meningitis.

⁵ Esta ‘descalificación’ resultaba curiosa porque normalmente en los casos inciertos la madre tenía mucha importancia como conocedora y cuidadora del niño o niña. En este caso la madre siempre se mantiene en un segundo plano, deja hablar a la niña pero la doctora parte de la información que la otra pediatra le ha facilitado sobre que se trata de una ‘familia turbia’.

síntomas que apuntan a la apendicitis o que pueden confundir el diagnóstico. Por ejemplo que se esté tomando antibiótico, como ocurre en este caso o que se hubiera tomado gelocatil (líneas 29 a 32),

14. Niña no en todo el día no
15. Ped1 no has hecho cacas y la fiebre cuándo ha empezado?
16. M.: Fiebre siempre
17. Ped.1: desde el lunes tres días
18. M.: y vomitó bastante anteanoche
19. Ped1 y hoy has ido comiendo algo
20. M.: Nocomió?
21. Niña sí a las doce a la una y cuarto...poco
22. Ped.1: qué has comido te acuerdas?
23. Niña espagueti
24. Ped.1: ¡Eh! ¿spaghetti has comido? Madre mía Y te los has comido a gusto
25. N.: me he comido menos de la mitad
26. Ped.1: menos de la mitad.... y luego por la tarde has tomado algo?
27. Niño agua bueno y zumos
28. Ped.1: agua y zumos y no los has vomitado?.....no bueno y no tienes ganas de hacer cacas?
29. qué le ha ido dando para la fiebre?
30. M.: No le han dado nada para la fiebre no nos recetó nada el pediatra
31. Ped1.: Pero usted para la fiebre no se toma nada gelocatil o así
32. M.: si le he dado así de esto pero medicina que le ha dado el médico
33. Ped1.: antibiótico tampoco está tomando
34. M.: antibiótico sí para el dolor el que
35. Ped.2.: sí sí eso que te he enseñado
36. Ped.1: ah una cosa que no sabíamos qué era
37. Ped.1: tiene la receta?
38. Ped.2: la tengo yo qué era cómo se llamaba eso al final yo lo he mirado sí lo he mirado yo
39. Ped.1: tiene la receta la tienes tú la receta?
40. Ped.2: Hemos dicho que era algo como algún analgésico no? Para el dolor
41. Ped1.: pero no le dijo que fuera antibiótico
42. M.: no porque el no porque él me mandó para acá porque....
43. Ped1.: pipí normal no? [a Ped.2]
44. Ped.2: sí que t'ho porto?
45. Ped1.: dic que pipí normal que l'has fet sediment no ...i la placa la tens a dins no
46. Ped.2: sí sí està posat

En este momento la pediatra adjunta empieza a manifestar algunas dudas. De hecho, a continuación cambia la forma verbal desde una negación del diagnóstico de apendicitis y pasa a utilizar un verbo evidencial “parece que” que le permite matizar su afirmación y hacerla menos categórica dejando de comprometer su juicio aunque sigue manteniendo el diagnóstico de que no es apendicitis.

47. Ped1. Bueno no nos parece que sea una apendicitis ehh la barriguita está blandita le
48. duele, ¿el dolor te coge a veces muy fuerte muy fuerte muy? fuerte y luego se te pasa un
49. ratito y luego te vuelve a coger fuerte fuerte
50. N.: : sí a veces me da fuerte fuerte pero luego no tan fuerte
51. Ped.1: hay momentos en que se te pasa que dices uy ahora no me duele la barriga? (no se
52. oye constestación)..... mire sería muy raro que fuera una apendicitis eh no es más bien
53. Parece una gastroenteritis una gastritis vamos con vómitos una apendicitis con tres días
54. de fiebre que llevamos estaría la barriga ya dura como una tabla de planchar eh entonces
55. si lo que está tomando es antibiótico si que podría confundirnos ahora lo miraremos bien
56. que no sea antibiótico y sólo sea para el dolor entonces hay que esperar 24 horas más y
57. con. los informes que le vamos a dar mañana se la vuelve a llevar a su médico mientras
58. tanto tiene que hacer dieta no se puede comer un plato de espagueti
59. M.: No lo que pasa es que yo estaba en mi trabajo
60. Ped.1: ya y se lo ha hecho ella
61. N.: : (murmura)
62. Ped.1: no bueno eh? Torax també té? Ahora nos volvemos a mirar la radiografía pero en
63. Principio no parece que sea una apendicitis
64. Madre, y los exámenes la sangre?
65. Ped.1: sí sale que hay un poquito de infección pero que la misma gastritis. la puede dar
66. entonces hay que estar un poquito pendiente eh pero incluso. la mirem i sino la citem
67. Per demà 24 hores més eh vale sino incluso la podemos citar mañana para que volvieran
68. aquí a tocar la barriga otra vez eh de acuerdo...has tenido alguna enfermedad
69. importante? Te han operado de algo? No? No te han operado nunca qué te duele más
70. si aprieto o si suelto si suelto te duele más? Esto está dudosilla.....siéntate...nos vamos
71. a mirar las pruebas otra vez y le digo algo porque lo que no me gusta es la ehhh gesto este
72. que hace así cuando le quito la mano
73. M.: Si eso es lo que extraña en el pediatra

El largo interrogatorio realizado a partir de la asunción de lo que la otra pediatra había apuntado como diagnóstico sólo cambia (aunque ya había empezado a dudar) en el momento en que la pediatra adjunta examina ella misma a la paciente, le palpa la barriga, y nota una contracción de dolor (lumper) de la paciente tras la presión. Ahí la pediatra detecta un síntoma que le lleva a la sospecha de apendicitis. Y, por otra parte, el apunte de la madre es también clave, “sí eso es lo que extraña en el pediatra” (línea 73). A partir de ese momento revisa las pruebas, vuelve a mirar la radiografía, la comenta con otro pediatra (experto) que se encuentra en el despacho y rápidamente se precipita el diagnóstico y la actuación médica. Se avisa a los cirujanos y en breve la niña es operada de una peritonitis, como confirma la cirujana con posterioridad.

74. Ped.1: venga me miro las pruebas otra vez y ahora venimos ...si que tiene al ferlo.... . Por

75. historia

76. Ped.2: Cuántas veces has vomitado.... . toda la noche.... . Pero cuántas veces

77. Ped 1 es la i ara ja quan m'anava dic avere

78. Ped 2 pero en el otro lao también lo tiene

79. Ped.1: pero menos

80. Ped.2: la has hecho en el otro lao? Porque a nosotros nos salía lumber en todas partes

81. Ped.1: lo ha hecho la he metido la mano y ha hecho ahhhhh cuando la he quitado no ha

82. dicho nada a ver es muy raro porque tres días de fiebre. emmm vómitos así aislados

83. se ha comido un plato de espaguetis lo que pasa

84. Pediatra experto. Según un viejo cirujano una barriga que es blanda y depresible el

85. lumper no es. valorable el lumper es valorable cuando la panxa está contracturada

86. Ped.1: es que es una panxa molt

87. Pedexper. Però el que dic es que si es una panxa tort que arriba

88. Ped.1: no no tampoc ha dit es un panxa dudosa que sabes de estas com si hagués pres

89. antibiòtic

90. Pedexp. Es esta la placa?, pues o es una fea? O tiene una peritonitis eh es verdad con

91. esta placa

92. Ped.1: no es que es una familia molt turbia que t'explica cada cosa cada vegada una cosa

93. diferent

94. Pedexp. La barriga es patológica . . (no se entiende) líquid

95. Ped.1:/2 no no no

96. Pedexp. Tiene una placa que te cagas
97. Ped.1: perfecta rosada
98. Pedep. Sí?
99. Ped.1: familia turbia por eso digo que no fuera esto antibiótico
100. Ped.1: el que no m'agrada es el que ponga post traumatizada casi todas las que van...
acaban sent
101. apendicitis... mira pregunta. si queda per molt als cirugians i sino la ingresem ves a
102. Mira-ho i sino. la ingresem amb suero perquè no hagi fet una ...en tres días...es una familia
molt
103. túrbia... Vale

Esta conversación se desarrolla en el despacho entre las dos pediatras que habían visitado a la niña y un pediatra experto que entra en la conversación de forma natural. La intervención del pediatra experto es decisiva para la decisión de ingresar. Primero, antes de observar ninguna de las pruebas, y al hilo de la conversación entre las pediatras sobre el “lumper” de la niña, el experto trae a colación la tradición y apoya la decisión inicial de las pediatras de que no es apendicitis (“84-85 Pediatra experto. Según un viejo cirujano una barriga que es blanda y depresible el lumper no es. valorable el lumper es valorable cuando la panxa está contracturada”). Sin embargo, la adjunta ya no lo tenía tan claro tras la exploración. El experto mira la placa e inmediatamente emite un diagnóstico. En ningún momento el pediatra experto entra en la discusión sobre si la familia era turbia o no lo que situaría directamente el espacio de decisión en un contexto social. El pediatra experto mantiene con su discurso un contexto estrictamente técnico (ya sea de la tradición, ellos mismos son ya tradición o de la interpretación experta de la placa). La adjunta no duda más y decide ingresar.

En esta interacción, la clave a partir de la cual se determina el intercambio con la paciente, ‘familia turbia’, obstaculiza incluso la interpretación del resto de la información obtenida por las pruebas. Una de las principales dificultades de la actuación

en urgencias es la falta de información o referencias previas sobre el paciente. La madre frente a la información que se le solicita remite a lo que el pediatra (su pediatra) le ha dicho, lo que su pediatra sospechaba, esto le exime a ella de dar información o para ella es información suficiente pero para las pediatras del servicio esto resultaba confuso cuando además desconocían el antibiótico y algunos de los síntomas clínicos no se mostraban claramente, “la niña hacía lumpers por todas partes”.

Esta interacción, por otra parte, habla de la trascendencia que el conocimiento clínico tiene en la actuación de urgencias y, por tanto, la definitiva importancia que tiene el desarrollo de la conversación/interrogatorio en el encuentro entre pediatras y pacientes (o familiares)⁶ Como apuntábamos al inicio de este capítulo, aparece cómo el diagnóstico está determinado por la percepción que los médicos tienen de la paciente y de su familia..

5. 2. 2 Otras redes de decisión

El ámbito de las urgencias constituye en el seno del hospital un espacio diferenciado. Sin embargo, cumple en relación con el resto de la estructura hospitalaria algunas funciones relevantes, por ejemplo, actúa de filtro de aquellos casos que deben saltar las listas de espera de los diferentes servicios. Esta cierta autonomía no implica que el servicio sea ajeno a las estructuras verticales y horizontales que integran la institución. La comunicación se encuentra marcada por los roles y estatus que la

⁶ A lo largo de los encuentros grabados llamaba la atención la larga duración del interrogatorio (habitualmente no bajaba de 5/6 minutos) frente a la rápida exploración aunque también habitualmente se hiciera una exploración general del niño o niña. El intercambio inicial es el que sitúa la cuestión para el pediatra y marca el proceso de diagnóstico.

organización define y la posición de los sujetos en la estructura implica una diferente posibilidad de acceder a la evidencia (Cicourel 1990:224)

La participación cotidiana en el servicio de urgencias permite observar las relaciones que se establecen entre los pediatras y otros servicios médicos y los procesos que se ponen en marcha para la decisión que implican la participación de diferentes servicios y, en este sentido, cabe hablar con Cicourel de conocimiento socialmente distribuido.

Las decisiones en los procesos de diagnóstico en urgencias dependen, como hemos visto en las interacciones transcritas, de la colaboración de otros servicios que realizan pruebas: radiología, neurología, etc⁷. Esta colaboración se encuentra ordenada jerárquicamente: por ejemplo, las radiografías pueden solicitarse de manera más o menos rutinaria por todos los pediatras casi sin necesidad de consulta. Sin embargo, el TAC que implican la intervención del servicio de neurología únicamente pueden decidirlo los adjuntos y, por ejemplo, durante la guardia nocturna, tan sólo puede acordarlo el Jefe de la Guardia, es decir, el responsable absoluto en ese momento del funcionamiento del hospital⁸.

⁷ El servicio de urgencias recibe a los pacientes sin otros datos que la situación aguda que presenta y la información que pueda darle él o su acompañante. Esta cita es la transcripción de una entrevista que mantuvimos con un doctor de urgencias, nos parece interesante porque describe prácticamente la actuación médica. Él habla de su actuación para encontrar el “síntoma clau” y el valor para él de otras pruebas.

Entre. amb quin criteri es tracten els malalts quan arriben aquí?

1. dons moltes vegades el criteri bàsic és evidentment primer veure el estat de gravetat i secundàriament la potencial gravetat que poden tenir i més que el diagnòstic definitiu que això moltes vegades es pot fer posteriorment en una sala on s'estudia el malalt el que ens interessa es detectar el síntoma clau no? el malalt que s'ofega per exemple tractar l'ofec, un malalt que et ve groc dons buscar la causa de la icterícia

Entre. i a l'hora del diagnòstic d'un malalt d'una emergència hi ha dubtes o acostumen a estar les coses bastant clares?

1. com tot en aquesta vida dubtes en tens, oi? el que passa es que per sort disposes de exploracions complementaries que si clínicament i per exploració física no et permeten arribar al diagnòstic amb un scanner o amb d'altres proves dons pots arribar-hi . . . (Entrevista Octubre 2001)

⁸ Esta es una restricción relativamente reciente. Durante una de las guardias nocturnas la pediatra que en ese momento ejercía como jefa de servicio estimó la necesidad de realizar un TAC y tuvo que ponerse

La intervención del servicio de radiología resulta rutinaria. Sin embargo, es básicamente un acto de consulta cuya eficacia depende de que la placa esté ‘bien hecha’⁹, por un lado, y de la interpretación que se haga de ella, por otro.

Uno de los actos que más llaman la atención dentro del despacho es que casi siempre las pediatras cuando reciben y miran una placa consultan con quien se encuentre en el despacho, es un acto complejo la interpretación de una radiografía como tuvimos ocasión de señalar en el capítulo anterior.

Otro mecanismo para la decisión diagnóstica que formalmente puede articularse desde urgencias es la denominada ‘interconsulta’. Los pediatras de urgencias pueden, en el caso de que lo consideren necesario, solicitar una atención más o menos inmediata de otro servicio. La forma de actuar este mecanismo depende también de la pediatra que lo solicita y del servicio al que se dirige y, sin duda, de la estimación de la urgencia. En efecto, cuando una pediatra cree necesario para valorar un caso que se realice una exploración por un especialista normalmente (sobre todo si es por la mañana y los

en contacto con el Jefe de Guardia general éste sin más le autorizó. Durante una de las guardias le pregunté a una pediatra residente cómo estaba organizada la solicitud de pruebas, ella me contestó; “para placas más habituales tórax, abdomen en principio te fías o las pides en base a la sintomatología y a lo que tu exploras no, si tu crees que puedes encontrar algo. Entr. ¿Hay otras que no? Ped. Aquí por ejemplo por decir algo los TAC craneales que están más protocolizados hay unas indicaciones como más definidas no eh por ejemplo cualquier prueba más invasiva estas tienen unas indicaciones bastante claras (...)” Apéndice p. 211

⁹ Durante una guardia mientras un pediatra joven miraba una radiografía entró uno de los jefes del servicio que de vez en cuando aparecían por el despacho. El pediatra estaba mirando detenidamente la placa mientras otras pediatras charlaban en la mesa, ajenas a lo que él estaba haciendo. Al entrar el Jefe se acerca al pediatra joven para preguntarle y al mirar la placa llama la atención de todas las personas de la sala manifestando airadamente su indignación por esta placa “¿qué se puede ver aquí?” Las pediatras miran la placa y le interpretan la placa. El Jefe les dice: “yo no lo veo claro, de hecho, en esta placa no se ve nada... esto no se puede consentir, vamos abajo a que nos digan qué es lo que hay aquí”. El pediatra joven (muy a su pesar) y el Jefe bajan a rayos y al cabo de poco tiempo vuelven. El pediatra Jefe les dice a las pediatras en otro tono ya: desde luego cuánto sabéis y pasa a explicar el motivo de su visita. (Cuaderno de campo)

servicios están en activo) la pediatra contacta con el servicio por teléfono y les pregunta si les puede enviar al niño/a para valorar. Normalmente no hay problema¹⁰.

En otras ocasiones en las que no se da una situación de especial urgencia pero en las que estiman necesario que la visita no se dilate demasiado en el tiempo, las pediatras redactan un informe de interconsulta en el que han de justificar la necesidad y después el servicio valora si realmente se justifica la preferencia de la visita¹¹.

Finalmente, en determinados casos, cuando los niños que llegan a urgencias tienen lo que ellos denominan una ‘patología de base’ que se trata en el hospital, los pediatras antes de adoptar cualquier decisión consultan con el especialista que trata habitualmente al niño o, en su caso, con el servicio¹². También en el caso de que se detecte una patología grave, por ejemplo un tumor, inmediatamente se contacta con el servicio correspondiente, en este caso de oncología que inmediatamente interviene (Véase Interacción 8 minidisc 4)¹³.

5. 3 La organización social de una actuación urgente

¹⁰ Interacción 9 minidisc VI, “Hola soy la Dra. , llamo desde urgencias, os podría mandar un bebito para hacer una autoscopia? Pues perfecto te lo mando ahora mismo, (dirigiéndose hacia mí) si luego todo es normal lo mandaríamos a casa con normas o antibiótico”.

¹¹ En el capítulo de las quejas nos referimos precisamente a un conflicto que se produjo a raíz de un ‘acto de interconsulta’ en el que la médico que atendió al paciente simplemente contestó a la pediatra que le había dirigido el paciente por interconsulta según explicaba el paciente.

¹² La interacción 13-16 del minidisc VI y la 1 del minidisc VII recogen un proceso en el que la pediatra de urgencias realiza la exploración propia de las urgencias en un caso de un niño con un largo historial médico en el hospital y que en ese momento sangraba aunque no parecía grave el doctor que le trata habitualmente decide su ingreso “Bueno he hablado con el dr. él comenta que bueno que a pesar de que el niño está bien [no se entiende] sin cacas ni nada lo que habría que descartar es que no hubiera ningún pólipo ni ningún vasito por ahí que estuviera sangrando entonces nos ha aconsejado que lo dejemos ingresado hasta mañana más que nada para controlando las tensiones y ver un poquito que no vuelva a hacer sangre mañana pasa el especialista que es el dr. que es del equipo del dr. visita él lo verá u dependiendo de cómo él lo vean pues así haremos, le parece”

¹³ En esta interacción los padres se muestran confundidos en cuanto a la planta en la que se va a ingresar al niño (neurología? Pregunta la madre). La pediatra contesta “traumatologia jo l’ingresso per

El desarrollo de una actuación urgente se encuentra pautada con absoluta precisión. La llegada de un caso urgente activa automáticamente la participación de los profesionales sanitarios: las enfermeras ya saben lo que han de hacer sin necesidad casi, al menos en el primer momento, de que se lo indique el pediatra (aunque esperen evidentemente a que lo haga), el pediatra aunque sea residente sabe cuál es la primera actuación precisa y la pone en marcha, el jefe de la guardia, aunque no atienda directamente, controla la urgencia sin necesidad de que le requieran para la visita.

El caso que nos ayudará a la reconstrucción es el de una niña de un año que llega al servicio de urgencias con insuficiencia respiratoria¹⁴. Esa niña es atendida por una pediatra que en ese momento sale de uno de los boxes después de una visita y por indicación de una enfermera que acaba de introducir a la niña en un box¹⁵. Nos encontrábamos en el turno de noche y la niña ya había acudido al servicio durante esa misma tarde. La madre empieza relatando qué ha pasado en su anterior visita a urgencias durante la tarde, la pediatra le interrumpe y le pide el peso de la niña para poder determinar la dosis de ventolín.

El inicio de la interacción (líneas 1 a 27) está marcado por la situación de la niña con insuficiencia respiratoria. El acto médico de atención es el único posible. Las preguntas que la pediatra le hace en las líneas 9-11 no tratan de valorar la anterior visita (como apunta la madre) sino de calcular la dosis que le puede poner en ese momento para recuperar a la niña. La pediatra no presta atención aparentemente a las

traumatología” frente a la perplejidad del supervisor de enfermería. Sobre todo porque al empezar la interacción lo primero que pregunta la madre es es veu molt gran doctora?

¹⁴ Minidisc VIII, interacción 5 (vid Apéndice)

¹⁵ Esta no constituye la forma rutinaria de ‘adjudicación’ de las visitas a los pediatras ya que normalmente son los pediatras quienes se apuntan en una lista donde las enfermeras anotan las visitas pendientes después de ubicar a los/as pacientes en los boxes.

explicaciones de la madre sin perjuicio de que cuando termina esa actuación inmediata y necesaria recupera la información que la madre le estaba dando (y en ese momento me pareció que era una estrategia para distraer a la madre de la situación aguda) pero sin dejar de acotar el espacio temporal del 'cuadro' que ha de ser el más reciente (¿Cuándo ha empezado la dificultad para respirar esta mañana o cuándo/M. Ayer por la tarde pero bueno ya llevo dos meses con el ventolín/ Ped. ya bueno pero así peor cuándo).

1. M.: 'no sabían si ingresar o no . . llévatela pa casa y si le pasa. .
2. Ped. ¿Cuánto pesa?
3. M.: ocho con doscientos
4. P.: es prematura
5. Ped. Vale le ponemos 1 y medio de ventolin (a la enfermera)
6. M sabes qué pasa que se la han puesto antes y me la llevo igual
7. Ped. Bueno ahora ahora hay que ponérselo luego ya
8. P.: avui no . . les altres vegades ha millorat avui no ha millorat res
9. Ped. Vale ahora lo veremos no se preocupe entonces se ha ido de aquí a las siete de la tarde
10. M.: a las ocho y media
11. Ped.: Ah eso a las ocho y media y se ha ido bien?
12. M.: se ha ido bien bueno sí
13. Ped.: Y ahora en casa ha ido. . empeorando...
14. P.: nonono no se ha ido igual de bien que siempre
15. Ped.: Se ha ido menos bien
16. M.: (no se entiende) menos de cómo ha venido
17. P.: menos bien
18. M.: en casa se ha dormido un rato y se ha despertado sola
19. Ped.: Cuándo ha empezado la dificultad para respirar esta mañana o cuándo?
20. M.: ayer por la tarde pero bueno ya llevo dos meses con el ventolín eh
21. Ped.: Ya bueno pero así peor cuándo?
22. M.: así peor hoy
23. P.: si hace cositas ayer ya estaba neguitosa ya estaba nerviosa yo no sé porque pero estaba incómoda...
24. M.: te sientas aquí
25. Ped.: Siéntese aquí para que esté más tranquila y la coge
26. M.: mira això com abans t'ha millorat molt això (hacia la niña)
27. Ped.: Aguánteselo de la nariz ...

A partir de este momento se estabiliza la situación y empieza la conversación sobre cómo se ha llegado a la situación de la niña. El tono es ya más tranquilo. La pediatra empieza a relatar la situación a partir del informe que los padres le han entregado pero el informe no se corresponde (líneas 29-30) y la pediatra lo deja en la mesa e inicia una nueva visita, “bueno cuénteme”. Las preguntas de la pediatra fluctúan entre el marco más inmediato de la atención que está prestando y algunas cuestiones que refieren el contexto más general impuesto por el informe que ha de cumplimentar todo pediatra tras cualquier atención (líneas 46-48). La pediatra indaga en tiempo que dura la situación desde las visitas que la paciente ha hecho al servicio (línea 44) confirmando la inicial afirmación de la madre “llevo dos meses que empezó el virus este de los críos” (línea 34).

La pediatra permanece en el box hasta que ve que la niña se queda tranquila y conversa con la familia mientras la observa. A partir de la línea 70 el marco de la conversación es la relación social con los padres mientras los tres observan la recuperación de la niña. La información que la pediatra les facilita sobre el pitido que de vez en cuando se dispara cuando el padre le pregunta les tranquiliza visiblemente. Transcurridos unos segundos y viendo que la niña está controlada y los padres más tranquilos retoman la dinámica del servicio y deja a la familia mientras se acaba el tratamiento (‘venga vamos a esperar dos minutitos a que acabe esto y ahora vendré yo...ahora vengo’). Durante este tiempo acaba de gestionar otros casos que tenía en marcha.

28. Ped.: A ver entonces lleva tres días con fiebre [leyendo el informe de alta que le entregan los padres de la anterior visita]

29. M.: nooo

30. Ped.: a ver cuénteme
31. M.: fiebre no ha tenido nada
32. Ped.: aquí pone eso, pues cuénteme a ver
33. P.: fiebre no ha tenido nada
34. M.: llevo dos meses desde que empezó el virus este de los críos y todo a primeros de
35. enero entonces ya ya no se le ha ido le ha ido aflojando le ha subido aflojando pero es
36. que hoy es he venido tres veces aquí ya es la tercera vez
37. Ped.: cuándo? hoy has venido tres veces?
38. M.: no hoy es la segunda
39. Ped.: y el otro día cuándo viniste
40. M.: hará 20 días
41. P.: sí más más
42. M.: y otra vez más
43. P.: cuatro
44. Ped.: o sea desde hace dos meses tiene bronquitis y qué tratamiento le vas poniendo ventolín
45. M.: ventolín y le doy los supositorios stilka¿?
46. Ped.: vale aparte de esto tiene alguna otra enfermedad alguna vez ha ingresado tiene. alergia
47. a algún medicamento y ahora está solo con el ventolín
48. M.: y el supositorio ya me lo han dado es que esta mañana he ido al médico también me han
dado me han dado
49. Ped.: estilona ¿no?
50. M.: sí
51. Ped.: vale... entonces ahora desde que está peor ¿cuándo ha sido?
52. M.: esta tarde y ahora ahora peor que esta tarde
53. Ped.: vale pero lleva unos cuántos días así
54. M.: no
55. Ped.: ha sido hoy
56. M.: ayer empezó a toser
57. P.: ayer empezó a toser y estaba incómoda muy incómoda estaba neguitosa muy neguitosa
58. M.: (no se entiende)
59. Ped.: y fiebre no ha tenido
60. M.: no
61. Ped.: ha vomitado?
62. M.: mucosidad
63. Ped.: por la tos?
64. M. /P.: por tos
65. Ped.: y qué tal va comiendo
66. M.: bien
67. Ped.: bien

68. M.: bueno hoy flojito hoy no ha querido comer
69. P.: tampoco come mucho
70. Ped.: vale...bueno se ha quedado
71. P.: (no se entiende)
72. Ped.: pobrecita está cansada
73. M.: es que está todo el rato
74. Ped.: claro le cuesta respirar ...ya está bonita
75. M.: es que cuando se le mejora un poco ya se ha quedado roque
76. P.: eso eso así para qué es (un aparato que pita)
77. Ped.: no esto es para controlar la frecuencia del corazón
78. P.: la frecuencia de
79. Ped.: del corazón eh pero como lleva el ventolín el ventolín hace que el corazón vaya más
80. rápido por eso pita eh pero bueno ahora está bien y con el ventolín ha mejorado. Mucho...
81. vamos a escucharla que le cuesta bastante entrar el aire sobre todo en el lado. derecho antes
82. le han puesto un ventolín y le han dado el jarabe (mira informe)
83. M.: si bueno las gotas(no se entiende bien)
84. Ped.: pobre se ha quedado frita eh
85. M.: si le pasa un poco ya se queda . . es que a mi lo que me da miedo es lo que me ha pasao
86. hoy porque cuando se la ha sacao ah pues mira ha mejorao mucho llevatela digo seguro sí. .
87. P.: no pero ella ha dicho uy no está bien
88. M.: digo yo yo la veo también en la ¿¿?¿ que salía picando un poco con el pecho eso es lo
89. que me da miedo porque es que ahora se ahogaba mucho
90. P.: sísi hacía cosas raras hacía como como si se rindiera un poquito
91. Ped.: como si se quedara floja
92. P.: uf si hemos saltado la diagonal hemos saltao todo con el pañuelo blanco todo...no esto no
93. lo había hecho hasta ahora
94. Ped.: es la vez que peor se ha puesto
95. P.: si... es más simpática . . siempre está riendo siempre ríe
96. Ped.: si aun estando así
97. P.: voy a poner el coche bien
98. Ped.: venga vamos a esperar dos minutitos a que acabe esto y ahora vendré yo. . ahora vengo

Cuando vuelve (línea 99) ya se ha acabado el ventolín y ausculta de nuevo a la niña. La pregunta que formula en la línea 101-102 (de aquí se ha ido a las ocho y media la dosis de stylsona a las ocho y media/ qué tiempo tiene un añito) son preguntas que la pediatra repite pero con un sentido completamente diferente en este momento ya que

está valorando la posibilidad o no de administrarle otra dosis porque “no ha mejorado mucho”¹⁶. Entonces les comunica que probablemente se quede ingresada lo que tranquiliza mucho a los padres que ya habían insinuado esa idea (ese fallo?) al llegar. En éste espacio destaca dos momentos organizativos importantes.

La pediatra pide a la enfermera que le administre otra dosis de tratamiento (siguiendo la distribución de funciones que existe) pero en este caso, a diferencia del mismo acto realizado cuando llega la niña, la enfermera le pide si lo ha apuntado (línea 122) a lo que la pediatra le contesta, ‘si te lo voy a apuntar ahora’(línea 123) e insiste un poco más adelante para que se lo administre ya ‘todavía no lo he apuntado...dos mililitros de stylsona...’ (línea 126).

Evidentemente, esta distribución de papeles es normativa, las enfermeras no se hacen responsables de las decisiones de tratamiento, que ellas administran, y para ello debe constar por escrito la orden. Ha pasado la urgencia y se ha de retomar la normalidad. La enfermera sabe que la administración tan continuada puede entrañar riesgos y debe quedar claro quién los asume. Para controlar estos riesgos la niña está conectada a un ‘saturador’ que pita constantemente y que controla, como explica la pediatra en las líneas 79 a 81, ‘la frecuencia del corazón’.

Por otra parte, también en ese momento la pediatra pide a la enfermera que le busque una cama en observación. Como antes apuntamos, es enfermería quien gestiona las camas y cumple estas funciones administrativas de tramitación y relación con las diferentes plantas que, en muchas ocasiones, implica grandes negociaciones¹⁷.

¹⁶ Cuando salimos del box dice, no ha mejorado nada.

¹⁷ Esta grabación se realizó en el servicio de urgencias de un hospital público de adultos y tiene lugar entre tres miembros del equipo de enfermería del servicio. Dos mujeres empiezan hablando (octubre 2001)

1. son de disgestivo? son de patología de digestivo
2. son de digestivo

-
1. ah, son de digestivo
 2. son pacientes de ellos. . . , recuperan pacientes de ellos recuperan pacientes de ellos
 1. es que no sabíamos si eran pacientes de digestivo o eran otros
 2. son de disgestivo [más flojo]
 1. aquí hay otra enferma, ¿es una enferma o un enfermo? ¿un paciente?
 2. risas uhy
 1. [conteniéndose] con una encefalopatía hepática
 2. la señora
 1. estábamos pensando
 2. (interrumpiendo), la señora la señora que estaba en primeros auxilios

Aparece una voz masculina, muy segura. . . . (3)

- (3) una patología hepática, pendiente de sedimento y placa y de analítica (carraspea)
2. sería para digestivo
3. sí
1. entonces estábamos pensando si esos que tu tienes que mover de la puria sangrante no eran de digestivo no vale la pena moverlos si había aquí
2. uno ha subido ya el otro está ya y el otro está. . . . casi. Pero bueno pero a ver, podemos frenarlo. puedo. . . el segundo falta por sacarlo
1. en el caso de que no fuera de digestivo la patología
2. y apurando la situación porqué no forzamos y sube la señora también y conseguimos una cama más, a ver

voz al fondo de hombre, puede ser 3. yo prefereixo també

2. a ver si llega un sangrante llega un sangrante y tenemos un sitio en semicríticos y tenemos un sitio más
3. esta encefalopatía hepática igual se puede ir de alta

2. mañana quieres decir
3. no sé la segunda que ha llegado

3. el del ecuatocarcinoma, seguro

1. no hace falta que lo muevas de aquí porque si según como va a ir

2. a ver yo digo, subir la señora igualmente si habiendo trasladado los de la purísima y siempre es una cama más. . . . y nos queda todavía un box de sangrante si llega un sangrante tenemos sitio

1. hay otra encefalopatía en un paciente con hepato canciroma que este si que no lo movería de aquí. que este si que no

2. no ocupar otro box no porque si llegase algo no

3. no pero la duda es esperar a que suba uno de los dos a digestivo porque es previsible que suba la hepatopata a una cama de medicina

2. no pero yo lo que te digo es que se puede sacar los dos de la purísima igual . . Mira. . . de las dos camas de la purísima UNA ya se la ha quedado cirugía. . ya está. . ahora te siguen quedando dos

3. clar jo prefereixo casi ehh. . . que pugiu a digestiu . . . ja em trobaré

1. si ells son d'acord. . . si ellos están d'acord en agafarna un altra y encara li quedan un box de sagnants

2. 38 VOLVEMOS A NIÑA CON VENTOLIN

99. Ped.: ya ha acabado el ventolín a ver

100. M.: ya está

101. Ped.: de aquí se ha ido a las ocho y media la dosis de stylsona a las ocho y media (explora)

102. Ped.: qué tiempo tiene un añito

103. M.: si

104. Ped.: bueno le vamos a dar otra vez el jarabe y le vamos a poner otra cosa porque no ha

105. mejorado mucho y seguramente se quedará ingresada eh porque no acaba de mejorar

106. mucho y es muy pequeñita ahora está mejor de cómo ha llegado bastante mejor pero

107. aun así tiene que esforzarse mucho para respirar le vamos a poner otra mascarilla y le vamos a volver a dar el jarabe que le han dado por la tarde pero seguramente nos la

108. quedaremos ingresada e

109. P.: si para nosotros mejor más tranquilos

110. Ped.: si porque está apuradita

111. P.: Más tranquilos

112. Ped.: ahora estas más contenta eh a que sí?

113. P.: No riguis

114. M.: no t'esforcis que t'entra la tos

115. P.: ahora quiere toser como él

116. Ped.: le oye toser a él y quiere toser¹⁸

117. P.: a veces se lo hace la abuela en broma

2. creo que se les puede explicar la situación que hay, no hay camillas yyy no hay mucha previsión deee camillas hasta dentro de un rato siempre queda un box de sangrantes por si llega algo de ellos,, hombre ha sido muy colaborador porque no te lo hace normalmente esto

3. no si inclús ho ha propossat ell . . . digam dos periferics

2. yo puestos ya abusaría. . . yo me quedaría la otra cama

1. [ríe]. . . a ti te dan la mano te coges el brazo

2. ya que un día nos lan dao la hacemos bien

1. riendo) bueno si todavía les queda si realmente les queda un box de sagnantes y quedan bueno si ella está de acuerdo sería lo ideal

2. (solapándose) aun queda un box de sangrantes

3. ha sigut inclús ella que ho ha propossat

2. bueno pues tu abusa un poco de de esto y dile mira puesto que me has ofrecido dos no son dos sino tres. y ya está, no

1. [ríe]. . . sisi

118. Enf.: Hola dime
119. Ped.: le damos dos mililitros de stylsona y luego le repetimos uno y medio de ventolin
120. Enf.: Dos de estylsona
121. Ped.: dos mililitros de stylsona y luego uno medio de vetolin pero con 125 de atroben
122. Enf.: Está allá apuntado
123. Ped.: si te lo voy a apuntar ahora
124. M.: trae ropa
125. Enf.: Le da esto
126. Ped.: todavía no lo he apuntado...dos mililitros stylsona ...
127. Enf.: Mascarilla tenía esta niña
128. Ped.: si está aquí
129. M.: si se lo toma sin agua es igual
130. Enf.: es malísimo
131. Ped.: si es muy amargo
132. M.: té una mica d'aigua tonta . . vols aigua bueno ya está
133. Ped quieres agua
134. P.: tiene que ser cuando ella diga
135. Ped.: que beba poco a poco porque sino como le cuesta respirar . .
136. M.: te
137. Ped.: le buscas una cama en observación para ella...bueno pues le ponemos otra mascarilla a ver qué tal

El tercer momento del proceso de actuación es la comunicación que la pediatra responsable del caso hace a la pediatra que se encuentra encargada de la guardia sobre su decisión de ingresar. En otras ocasiones menos claras la interacción adopta la forma de consulta pero en este caso la pediatra que asiste a la niña tiene muy claro que se cumplen todos los criterios de ingreso que sintetiza en tres líneas (138-139-140). La pediatra ha cumplido, por su parte, la función que le corresponde como Jefa de guardia, le dice que ha entrado y se ha interesado por la niña (ya lo he visto: en otro momento no grabado comentan el caso más ampliamente) y le da su aprobación. (141-144)

DESPACHO: COMUNICA A JEFE GUARDIA

¹⁸ En la cama de al lado había un niño que tosía constantemente.

138. Ped.: te digo que ingresaré a una niñita de un año que ha venido esta tarde la ha visto la
139. de familia con una crisis de broncoespasmo le ha puesto una dosis de ventolín y
140. atroben le ha mejorado y se ha ido a casa pero está apuradísima está 88 ha llegado saturando
a 80% con pitos audibles a kilómetros de distancia
141. Pedguardia. Ya he visto
142. Ped.: entonces le he puesto un ventolin ha mejorado pero a la que le quitas el flujo le
143. baja a 88 o así ahora ventolinatroben y una dosis de stylsona una dos por kilo pero vaya ya
he pedido cama porque
144. Ped.: guar. Me parece bien

En la siguiente actuación la pediatra trata de ver la necesidad de cumplimentar otro trámite de prueba que suele existir en estos casos como es la de hacer una radiografía. Afortunadamente, ya le han hecho antes. En este momento comunica ‘oficialmente’ a los padres que va a hacer el ingreso ‘voy a hacer los papeles’ y, por otro lado, les explica la finalidad del mismo desde el punto de vista clínico (líneas 144-145).

El último párrafo es la despedida. En el momento en que vienen a buscarla deja el servicio y se integra en el hospital. Permanecerá ingresada en observación que es una planta destinada a valorar la evolución de los niños ‘dudosos’ en la que se suele permanecer dos o tres días salvo que falten camas en la planta que le corresponda por diagnóstico (Entrevista Jefe de Guardia). La pediatra en este caso conserva el número de historia para informarse después sobre su evolución.

NIÑA DE VENTOLÍN: VUELVE A VERLA

145. Ped.: sisi se quedará aquí ingresada ...durante estos dos meses le han hecho alguna radiografía?
146. M.: si eso que vas abajo no?
147. Ped.: y qué tal
148. M.: bien
149. Ped.: normales
150. M.: dos veces (38’)
151. M.: cómo está

152. Ped.: más o menos
153. M.: y entonces qué
154. Ped.: no le pondremos la medicación le iremos poniendo nebulizaciones el oxígeno la
155. stylsona la medicación es esta no es que haya otras cosas pero es para tenerla vigilada y aparte necesita el oxígeno ehh
156. P.: y queuuque lala ingresamos
157. Ped.: si porque necesita oxígeno está muy cansadita
158. P.: entonces es lo que me ha dicho dee
159. Ped.: si de las gafitas vale
160. P.: vale
161. Ped.: voy a preparar los papeles entonces ya les explicarán que uno de ustedes ha de ir
162. a firmar el ingreso y luego ya un camillero les lleva a la habitación vale ahora ya aquí
163. Más medicación no les pondremos porque no hay mucha respuesta lo que más necesita es oxígeno, vale
164. P.: Muy bien
165. Ped.: hasta ahora
166. P.: gracias

VUELVE A VER A LA NIÑA DE VENTOLÍN 1' PORQUE LOS PADRES LE HABÍAN LLAMADO

167. Ped.: ya está más despierta, después de mis pellizcos...es que pita muchísimo tiene
168. Pitos por todos lados, ahora ya vendrán, ¿ya han firmado el ingreso?
169. M.: sí
170. Ped.: vale pues ya vendrán ahora a buscarla

El análisis de esta interacción permite observar aquellos elementos contextuales en los que se enmarca el encuentro médico-paciente. Los actores que participan en esta interacción (pediatras y pacientes) podrían efectivamente encontrarse en una interacción similar en otro espacio dentro de la institución hospitalaria (consultas externas, plantas hospitalarias) pero, en tal caso, el encuentro sería completamente distinto. La diferencia se encuentra marcada por cómo se produce la información y también por la que ha de producir el profesional.

Un ejemplo puede ilustrar mejor este punto. El trabajo de campo me permitió durante alguna de las noches de guardia acompañar a la pediatra que cumplía funciones

de Jefe de la Guardia en el servicio de urgencias a atender a las llamadas que recibía de las plantas hospitalarias. El Jefe de la Guardia durante el turno de noche debe atender a los/as pacientes que lo requieran (son las enfermeras de las plantas quiénes al encontrarse en contacto directo con los pacientes llaman al Jefe de Guardia para que acuda a la Planta).

Cuando la pediatra de guardia llega a la planta dirige en primer lugar al despacho de las enfermeras donde se encuentra la historia clínica del/a paciente que ha de visitar y habla con el/la enfermera que se encarga del/a paciente que será normalmente la persona que ha hecho la llamada. La pediatra recibe una información previa completa a través del historial médico y del relato de la enfermera del problema que ha de resolver.

1. Enf.: ¿Qué tal por la guardia?
2. Ped.: bien ya veremos cuando acabe el barça. . . Mi chuleta de abajo que han dicho la de la
3. fibrosi quística i el de la febre aquesta
4. Enf.: Sí si son aquest dos (le entrega las historias)
5. Ped.1: (y) ...lee la historia. . Me explica: aquest es un nen que te una fibrosi quística que
6. l'han enviat...pues bueno tu portes a aquest....
7. Enf.2: sí
8. Ped.1: Que esta molt neguitós
9. Enf.2: està molt neguitós l'han ficat la lactància tota per suero no hi ha manera no es calma
10. la mare també es una mica
11. Ped.1: especial... i i la dificultat i així com la veus?
12. Enf.2: ara està millor està molt esta amb la campana d'oxigen de un litre i ara saturat al
13. 1000% lo que quan es posa nerviós es fica a plorar
14. Ped.: Ja que està des de fa molts dies ...dèbit continu
15. Enf.: Bueno aahir o avui deuen haver
16. Ped.: Avui avui dèbit continu però pensava que ...igual no menjava?
17. Enf.: Dèbit continu però [no se entiede]
18. Ped.: Perquè sino podem fer mitat i mitat podem donarli de tant en tant que xupi una
19. Miqueta i ments tant cada tres hores donarli 20 o 30 bueno es molt peque aquest nen
20. Pesa molt poquet casi.... . No sé es que con 15 20. ... (se dirige a otra enfermera: sobre

21. una nena que está comiéndose una madalena en el mostrador: qué mona es qué tiene)
22. Enf.1: calafat
23. Ped.: Ah esta es la de calafat pues tiene muy buen aspecto ehh
24. Enf.1: se sienta i demana llet amb galetes
25. Ped.: Està soleta
26. Enf.1: no la mamá está durmiendo
27. Ped.: I quan porta de menjar
28. Enf.2: 60, mil per hora
29. Ped.: Mil per hora (calcula) 3500 m'has dit 3500 a 500 per quilo va ...pues podríem fer a
30. ver si le donéssim deu per 18 li podíem donar ni que fos 10 cm per boca cada 3 horetas
31. Enf.2: provar una mica
32. Ped.: O si es desperta sobre tot i llavors si ho tolera bé baixarle el ritme a 30 cm per hora,
33. bueno anem a veure'l que no tingui un altre cosa ...l'has de punxar?
34. Enf.2: sí
35. Ped.: Perquè què porta per la via? Els corticoides
36. Enf.2: no porta antibiòtics porta la ...
37. Ped.: Que ponía infiltradet i febre així no ha fet...
38. Enf.2: no

Tras este encuentro el/a pediatra entra a visitar al/a paciente, en este caso acompañada por la enfermera.

39. Ped.: Hola soy la pediatra (niño llorando desesperado)
40. M.: ...ha estao hecho un poquillo...
41. Ped.: Tens una miqueta de glucosan
42. M.: que ha pedido biberon de ese glucosado (se lo da)
43. Ped.: Ah mira
44. M.: [no se entiende] Es que no había manera o sea.... le daba lo... Porque lloraba pero lo
45. expulsa lo tira...si le he dado la tetina antes pero como veía que no salía nada lo tiraba
46. Ped.: Y esta que es la tetina que no les gusta nada (el niño se ha calmado) le puede
47. aguantar un poquito así así como lo hacía yo ahora así le auscultaré sin llorar que no
48. vaya a tener...asssí levantándole un poquito
49. M.: eso es lo que quiere él si la otra vez le pasó lo mismo ...
- [le ausculta....]
- 50-. Ped.: [no se entiende] ya está ...la saturación la mantiene bien es darle aunque sea 5
51. darle leche para que se quede tranquilito porque un poco es lo que tu dices que le pones
52. la tetina más no porque se cansaría y que no vaya a atragantarse y entonces si que la
53. hacemos bueno pero 5 10 cm no pasa nada tiene sensación que está tomando algo y

54. además se lo podemos poner con las tetinas estas que le hacen menos ascos ...al tomar
55. lactancia materna prefieren la tetina esta de preferir prefieren el pecho eh pero claro
56. Porque has probado de ponértela al pecho
57. M.: pero eso es muy se pone se pone ya cuando estaba en la segunda planta que estaba
58. así con la sonda también se tiró todo el día venga llorar venga llorar hasta que ya no podía más ...
59. Ped.: Lo malo del pecho es que no sabemos qué cantidad come porque como le estamos
60. Poniendo también comida por la sonda que no nos vayamos a pasar ahora de cantidad y
- 61se coge se coge y lo arranca aun se enfadará más
62. M.: llora porque eso le ha pasao eso le ha pasao
63. Ped.: que haces vas vaciando de leche, sí probemos con un poquito de bibe si con los
64. 10cm estos lo aguanta bien pues mañana se puede dar un poquito más ir bajando y luego
65. ya le podrás dar pecho eh porque que se enfade tanto tampoco le va bien ni tomar una
66. entera porque entonces se cansará y se pondrá peor. .
67. M.: no si estuve dándole pero ni eso pecho y se lo quitó porque se cansaba mucho luego
68. le dieron
69. Ped.: Le damos lo justo para que se quede tranquilito ...dirigiéndose a la enfermera: uns
70. deu cm o així eh i la resta per la sonda y le repetimos la radiografía d'acord
71. M.: la radiografía que se hace mañana o
72. Ped.: Ahora eh
73. M.: ahora vale
74. Ped.: Más que nada que esta parte de aquí arriba sigue tapada y si sigue tapada le
75. cambiaremos de posición no vaya a ser que se tape más y se ponga peor
76. M.: bueno yo de todas maneras
77. Ped.: Lo vas cambiando
78. M.: si durante el día lo voy cambiando y eso
79. Ped.: Vale muy bien
80. Enf.: Le cambias el pañal yahora vengo yo
81. M.: vale

FUERA DE LA HABITACIÓN

82. Charlan ped. y enf.....La enfermera le consulta sobre unas pastillas (alcrean : que no es
83. Poden partir i per la sonda em fa una mica de por...com li donem
84. Ped.: No ho van canviar això no van fer una presentació especial perquè jo m'en recordo
85. que hi havia un molt petitó que tampoc podia i al final van canviar la presentació....
86. Enf.: Clar que son boletas molt petites però respiren així com respira a mi em fa una mica
87. de por donarli per boca
88. Ped.: Està amb moltes diarrees o què?
89. Enf.: Fa una mica però avui durant la tarda no li han donat han deixat apuntat que ho

90. Preguntem als pediatres demà

91. Ped.: Home jo ara mateix no li donaria...

Cuando la pediatra visita a la paciente lo relatado por la enfermera¹⁹. y lo que constaba en la Historia Clínica ya le había dado información sobre qué se encontraría y qué se tenía que hacer. Sin embargo, la pediatra acude a la habitación y, además de comprobar el estado general del niño, transmite a la madre qué se ha de hacer y apenas confirma brevemente con la madre alguna información sobre lo que le pasa al niño. Sin duda, este intercambio apunta a otra organización de la atención y del espacio.

5. 4 El informe y la codificación de información

En este apartado vamos a centrarnos en el papel del informe en la interacción como mecanismo que marca tanto la obtención de información por parte del pediatra como el momento esencial de la interacción médico paciente que es el inicio del intercambio.

5. 4. 1 El informe en la interacción

Como hemos visto en las interacciones anteriormente transcritas, no siempre la redacción de un informe garantiza la fiabilidad de la información en él recogida. Sin duda, esto obedece a confusiones que se producen entre lo preguntado por el pediatra y

¹⁹ De manera paralela a la historia médica las enfermeras elaboran sus propias historias que también tienen la forma de expedientes y recogen el seguimiento de la historia del/a paciente en cuanto a las actuaciones de enfermería.

lo contestado por la paciente. Un ejemplo de esta situación también lo veíamos en el caso de la niña con apendicitis en la conversación entre la pediatra y la madre,

29. Ped.:1: ¿qué le ha ido dando para la fiebre?

30. M.: No le han dado nada para la fiebre no nos recetó nada el pediatra

31. Ped.:1.: Pero usted para la fiebre no se toma nada gelocatil o así

32. Madre: si le he dado así de esto pero medicina que le ha dado el médico

La madre contesta estrictamente a la pregunta en función de cómo ella ha actuado en este caso: el pediatra (su pediatra) tenía el dominio de la situación y han hecho lo que ha dicho, ella no ha tomado ninguna iniciativa. Pero esa respuesta no era la buscada por el pediatra. Por tanto, resulta fácil que se produzcan confusiones cuando la información que codifica la pregunta ‘busca’ algo diferente al esquema de referencia aludido para la paciente. En este sentido, el informe crea, en alguna medida, un marco interpretativo al que la interacción se ha de ceñir en principio. En cualquier caso, la intención de este apartado es mostrar la conexión entre cómo se articula el informe en la interacción discursiva y la organización de la participación en el encuentro. Cómo el pediatra construya discursivamente el informe en el encuentro resulta fundamental para que el intercambio siga una secuencia estricta de un discurso médico (alternancia pregunta-respuesta) o se abra a contextos más informales a través de la conversación. La elección de uno u otro esquema se muestra también en la ubicación física de los participantes.

En alguna medida, cuando se produce una interacción en el servicio de urgencias, existe un desequilibrio entre el prestigio del pediatra y el paciente que en este contexto suele ser un personaje secundario ante el acompañante, en la mayoría de los casos la madre. En general, este desequilibrio se negocia de manera que el doctor trata

de mantener su imagen y el paciente o su acompañante enfatizar que se trata de una situación grave.

Desde el punto de vista teórico, en el análisis del evento lingüístico se debe prestar especial atención a cómo los participantes se suceden en el turno de palabra. Las reglas de asignación de la palabra diferencia unos eventos respecto a otros. Así en las conversaciones el turno de las palabras es sucesivo a diferencia de otros intercambios verbales en que los turnos se encuentran predeterminados. La organización secuencial de la palabra marca las relaciones sociales entre los presentes. La organización de las preguntas que hacen los pediatras suele obedecer a la necesidad de elaborar un informe de alta de manera más o menos completa²⁰

La interacción médico – paciente se suele caracterizar como asimétrica en función de la diferencia existente en los roles del médico frente al asumido por los pacientes. El carácter asimétrico de la interacción suele establecerse, como señala Paul ten Have (1991), en función de dos clases de comparaciones: - en función de lo que es hecho y lo que debería hacerse por los médicos y pacientes durante el encuentro. A través de una comparación establecida con encuentros que mantienen un carácter fundamentalmente asimétrico.

La comparación que se establece, en cualquier caso, tiende a la idealización del modelo establecido como segundo término de la comparación. Por ello cabe preguntarse en torno a qué mecanismos en el encuentro médico – paciente tienden a poner en juego la asimetría.

Algunas investigaciones muestran algunos aspectos de la asimetría (Have 1991, Todd 1983, Fisher 1983, West 1983). En general, como señala Have (1983: 141), las

investigaciones que ponen de relieve el carácter asimétrico de la relación médico paciente sugieren que el estilo que mantienen los médicos en la interacción al tratar con los/as pacientes tienden a monopolizar las iniciativas, por un lado, y a hacer opaca u ocultar información, por otro.

Cuando se inicia la interacción médico –paciente, el pediatra suele invitar al paciente a explicar una historia, su historia (“Cuénteme, qué le anda pasando, qué le pasa?”) suelen marcar el inicio de la entrevista. La elección del interlocutor ya se hace en este primer momento y normalmente es la madre la escogida para iniciar el relato.

En este primer encuentro es importante, sobre todo en un servicio de urgencias, la información que la madre facilite sobre el crío dado que es la única de la que se dispone y muchos pediatras comparten la idea de que “se ha de escuchar a la madre”.

5. 4. 1. 1 **Esto es urgencias**

En definitiva, estamos en un servicio de asistencia urgente y, como todo acto de contar una historia, de narrar, juega diversos elementos: el espacio físico y el evento en el que tiene lugar la narrativa, los participantes y las expectativas respecto a ese acto y a los otros participantes, las normas internas del grupo y del evento en cuanto a la duración de una intervención, el respeto de los turnos de habla, y otras normas de intercambio, y, finalmente, la intención de narrador en el momento de hacer la narrativa. Es decir, se supone y esta es la voluntad que en el servicio de urgencias las atenciones han de ser puntuales y rápidas, en urgencias no se dan tratamientos porque no se hace un seguimiento.

²⁰ Por otra parte, la institución también le atribuye el papel de la memoria. Cuando preguntas por la

La siguiente interacción (Minidisc 7, interacción 4) tiene lugar entre la madre y el jefe de la guardia que había sido llamado por la pediatra que atendía a una niña de unos trece años, el pediatra jefe interrumpe el discurso de la madre sobre el dolor de cabeza de la niña y la necesidad de que se le hagan pruebas. El intercambio discursivo que mantienen las partes en esta interacción alude al espacio definido para la atención de urgencias conforme al cual los pediatras suelen acotar sus actuaciones y que, en ocasiones, choca con las expectativas de los padres²¹.

- Ped. 1 La nota lo pidió usted para que lo estudien para que venga aquí a hacer pruebas.
M.: Exactamente.
Ped. 1 Porque esta cría siempre ha tenido la cabeza siempre todo.
M.: Sí sí le dieron el termalgin el termalgin no le hace nada ahora al principio sí.
Ped. 1 ¿Cuándo pidió usted la nota? ¿Que le pidió a urgencias o a consultorio arriba?
M.: No no a urgencias para traerla para urgencias.
Ped. 1 A urgencias como si fuera para una meningitis algo grave.
M.: Exacto.
Ped. 1 Bueno, meningitis seguro que no.
M.: No.
Ped. 1 Porque nosotros mire hay dos cosas seguro que hace hay dos cosas. Espere espere no me enseñe nada.
M.: No no le enseñe por él por.
Ped. 1 Para ella.
M.: Bueno es referente bueno se lo he comentado antes a ella.
Ped. 1 No, no yo quiero de ella la que me interesa ahora es ella no tiene nada que ver interesa ella.
M.: Vale.
Ped. 1 Situación que lleva dos meses cada noche se despierta.
M.: Todas las noches no algunas veces si otras no con mucho dolor de cabeza que ella dice como si le estuviera emm martilleando en la cabeza y luego se levanta le enciendo la luz le molesta la luz.
Ped. 1 ¿Pierde el conocimiento? ¿alguna vez se cae?

utilidad del informe a los pediatras ellos te suelen contestar que les sirve para acordarse de todo.

²¹ En otras ocasiones los pediatras entablan negociaciones con los padres siempre y cuando las pruebas que estos solicitan estén dentro de su competencia y de lo que es la rutina del servicio de urgencias. Vid Apéndice interacción 8 minidisc 13.

- M.: Perder el conocimiento no lo ha perdido lo que pasa marearse aquello que ir andando y marearse sí se ha mareado.
- Ped. 1 Esta nota que le ha dao el pediatra le ha dao a traumatología.
- M.: Sí ya me lo ha comentado.
- Ped. 1 [hacia Ped.] no sé para qué... Esta cría hay que estudiarla es correcto yo estoy de acuerdo con usted hay que estudiarla pero hay que estudiarla no es por vía urgencias en urgencias porque en urgencias son cinco diez minutos... o sea en diez minutos esto no le arregla esto hay que hacer muchas pruebas hacer [no se entiende] hay que hacer un electro revisión a fondo no una dos visitas tres varias visitas y durante un par de meses. .
- M.: Sí pero si me dan la visita. . .
- Ped. 1 Ahora como jefe de guardia me toca hablar porque si voy a pasar dos horas con cada visita no termino nunca. Entonces primero se programa visita en consultorio nosotros en urgencias no tiene nada que ver con el resto del hospital urgencias. Es otro mundo. Entonces las familias cuando tiene que estudiar un crío y manda a consultorio supongamos que le da para meses, coge la nota vuelve otra vez a pediatra, el pediatra contacta con consultorio donde le estudio y entre programa y consultorio programa la visita pronto entonces hace para pediatría.... ahora le toca a usted qué quería decirme [la madre ha ido asintiendo todo el rato].
- M.: No quería comentarle queee ella tiene visita con la doctora deeee la neuróloga para el día 23 de marzo y me la dieron el doce de diciembre. Si yo tengo que esperar a que mi hija se me muera para que la visite la verdad no me espero, quiero que me lo hagan ya primero le explico mi problema mi marido falleció...
- Ped. 1 No no esto que me cuenta usted le aseguro como llevo 25 años en esta casa cada día con este problema que hay 50 problemas así. A mí, si fuera por mí, todos los niños en Cataluña o en el mundo los estudiamos en cinco minutos y urgencias. Está cerrado le explicamos la situación de urgencias a mi me gustaría que lo hagan todo pero en urgencias es otra organización en consultorio. Quizás si primero el escáner no sé cómo se hace el electro no sé ni idea cómo se hace son cosas que no tienen nada que ver con el hospital si le han dado para el 26 de marzo si el pediatra contacta con arriba no le dan para el 26 de marzo lo programan pronto.
- M.: Pero es que yo no vivo aquí yo vivo en SC
- Ped. 1 El teléfono llega a Madrid no a aquí. SC son 75 km.
- M.: Él me ha mandado aquí.
- Ped.1: Por eso le explico la situación ellos no saben como funciona urgencias. Un hospital de urgencias no tiene nada que ver si me dice si viene el niño grave se ingresa y se queda ingresado. Durante un mes cada una semana o dos semanas se hace una prueba, pero claro ingresar a una cría cada semana hacerle una prueba le sale mucho más rápido en consultorio pediatría que en urgencias porque urgencias pasa directamente a pediatría. El neurólogo no le va a ver urgencias se ingresa pasa a pediatría cuando pediatría lo estudia se da [no se entiende] y pasa después a neurología pierde mucho más tiempo de visita que por vía consultorio... Eso es lo que pasa. . si quiere ingresarla yo la ingreso no tengo ningún problema.
- M.: No ingresarla no porque no está para ingresar.
- Ped.1: Por eso le digo.
- M.: Lo que pasa es que yo ya estoy asustada. . .
- Ped.1: Hombre yo entiendo, yo estoy de acuerdo
- M.: Usted entiéndeme a mí, yo he pasado por lo de... Entonces me dijeron, no se preocupe que su marido está bien que su marido está bien, que su marido está bien.

- Ped.1: No me lo cuente los doctores. Mire yo el otro día yo he encontrado dos gemelos de la misma barriga uno tenía meningitis, el otro [¿?]. Si todo el mundo tiene la misma sintamotología por igual. Yo entiendo que le preocupe a usted estoy de acuerdo a ver yo entiendo.
- M.: Claro es que vives con el miedo.
- Ped.1: Hay que estudiarla, pero hay que estudiarla de una manera correcta no estudiarla dos tres minutos no arregla nada.
- M.: Bueno entonces ahora quéee.
- Ped.1: Qué hay que hacer coger la nota la nota que le ha dado y le explica la situación de usted al pediatra. O sea mire yo me voy a urgencias a urgencias, espero tres horas en la sala de espera, me la miran en cinco minutos. A mí me gustaría mandarla a neurología o pediatría entonces que le haga una nota y en lugar de pasar a urgencias que espera cuatro horas lo tocamos yo soy un pediatra como él. Lo que pasa es que él tiene más ventaja que yo porque él puede dar volantes y yo no puedo dar volantes porque es un hospital privado entonces le da un volante y manda directamente arriba y le programa enseguida.
- M.: O sea que yo hoy de aquí sin mirarla sin hacerle nada a la niña me tengo que volver a SC.
- Ped.1: Sin mirarla no, la hemos mirao como pediatría.
- M.: Bueno ya.
- Ped.1: Esto es pediatría. A ver si me entiende usted, nosotros somos pediatras como el ambulatorio, pero el ambulatorio tiene más ventajas que nosotros si usted me dice tiene cuarenta de fiebre yo le descarto meningitis si tiene pulmonía tuberculosis eso sí pero la niña no tiene ni fiebre ni pierde el conocimiento ni claro pediatra no soy ni neurólogo ni gastroenterólogo ni... Soy pediatra.
- M.: Ya, igual que el que me ha mandado aquí.
- Ped.1: Eso mismo, pero la ventaja él él conoce muy bien y mandarla directamente a consultorio no mandarla a traumatología.
- M.: Pero es que yo he ido directamente a consultorio y me ha visto el papel y me ha dicho no no tiene que pasar por urgencias.
- Ped.1: Claro para descartarle una meningitis porque... Saben qué clínica tiene en consultorio. Puede ser una meningitis en consultorio no lo pueden clasificar pero si trae un volante que pone neurología o pediatría. Es diferente... Le dará la doctora una nota y con la nota se la da al pediatra... Venga.
- M Vale gracias

En esta interacción todas las preguntas iniciales son meramente retóricas y a través de ellas el pediatra construye el argumento que le excluye de la atención del servicio de urgencias. También recurre a la forma didáctica para seguir informando

sobre la inadecuación de su presencia en urgencias, le explica lo que tiene que hacer, lo que tiene que pedir y a quién²².

Esta interacción plantea conflictos que se repiten en la atención en el servicio de urgencias:

1. Una cierta falta de claridad en torno a lo que es un servicio de urgencias
2. El conflicto entre los participantes que estos tratan de resolver de manera que no dañen su imagen pública. Por un lado, la mujer quiere justificar ir a urgencias por las experiencias que ha vivido hasta ahora y por la situación normal de una madre. El pediatra justifica su rechazo con dos argumentos: por un lado, cree que la niña ha de ser tratada por un especialista no por un pediatra, por otro lado, porque esta no es la finalidad del servicio de urgencias.
3. Es habitual plantear la legitimidad en el acceso a urgencias en términos del rol de madre u otro rol social, como un deber, antes que como un derecho²³.

²² Este intercambio lingüístico se sucede mientras la niña está realizando una de las pruebas que en urgencias se suele realizar para comprobar que no existe un trastorno neurológico y que consiste en caminar manteniendo el equilibrio por una línea imaginaria. De hecho cuando al final de la interacción la madre se queja de que se tiene que ir sin que le hayan hecho nada el Dr. le dice “Sin mirarla no la hemos mirao como pediatría”.

²³ En este sentido es interesante la interacción 8 minidisc 13 en la que los padres de un niño que se queja de dolor de todo tipo se presentan con peticiones de analíticas y pruebas diversas. La pediatra se muestra confundida tanto frente al niño que empieza desde el principio relatando múltiples dolencias como frente a los padres quienes se muestran desesperados por la situación. Al principio no queda claro el sentido de esta desesperación, poco a poco los padres se alían a la pediatra cuando ven que accede a realizar pruebas y a mediar en la situación problemática del niño. El momento de mayor tensión se produce cuando la pediatra, tras el primer momento, está examinando los volantes que le presentan.

Ped. Analíticas de pediatría vamos a ver

M. Esto es lo que tengo pendiente sin saber cuando ni cuando tengo los resultados él se encuentra mal yo no sé qué voy a hacer

Ped. Bueno pues ahora se lo miramos no se angustie

M. Así que a ver si le hacéis análisis o le hacéis pruebas o le hacéis..

Ped. A ver a ver

M. Yo de aquí no me lo llevo sin hacerle na

Ped. Uy hacerle

M. Es que yo ya estoy que ha he venido dos veces aquí

5. 4. 1. 2 Ordenar el relato

Como antes apuntábamos habitualmente cuando el pediatra recibe al paciente se hace una idea de lo que éste tiene. En tales ocasiones las preguntas son más bien índices que el pediatra presenta a la paciente para confirmar o no su idea inicial.

La siguiente interacción (minidisc 7, interacción 6) se produce entre la madre y la pediatra, el niño apenas aparece en el discurso más que cuando la pediatra le da órdenes de cómo hacer las cosas para poder explorarla adecuadamente²⁴. En este caso, la madre explica que le fue diagnosticada una neumonía y que cuando ha dejado el tratamiento el niño ha empeorado,

1. M.: Lleva días con diarreas con fiebre muy altas hasta cuarenta le estuve dando antibiótico
[no se entiende]
2. dijeron que tenía otitis ahora le han sacado qué dijeron neumonía.
3. Ped. ¿Cuándo esto?.
4. M.: El martes.
5. Ped. Este martes
6. M.: Te he traído un volante para la placa.
7. Ped. El volante que lo han hecho hoy?.
8. M.: Sí es que lo llevo cada día se le había quitao la fiebre pero de golpe y entonces
9. me ha dicho que la trajera... Tiene muchísima tos y aparte le ha estado
10. auscultando y dice que tiene algo raro en la espalda.

Ped. Bueno a ver escúcheme...yo ahora me lo voy a explorar le voy a hacer lo que yo crea que tengo que hacer como médico porque sino pa que estoy yo

P. Bueno pero nosotros tenemos que decir lo que el crío e!!!

Ped. Evidentemente yo les escuchare y yo les diré lo que yo creo no? Sí o no?

P. sí sí claro que sí

La intervención del padre es providencial. Después la madre vuelve a intervenir pidiendo pruebas y atención pero utilizando el argumento del deber esgrimido por el padre.

²⁴ Esto no siempre es así porque en ocasiones el pediatra lo selecciona como informador excluyendo a la madre o al padre. Esta selección de la persona que le ha de facilitar información también es habitual en el desarrollo del encuentro médico (Interacción 5 minidisc 3). La madre o el padre, habitualmente, asumen la palabra por el niño (Interacción 16, minidisc 2: interacción 1 minidisc 3, entre otras).

Hasta este momento la madre justifica a la pediatra porque se encuentra en Urgencias. En este caso ha sido derivada desde otro pediatra y viene con una petición expresa de una placa. El relato de la madre condensa en dos frases (línea 1 y 2) lo que parece ser un proceso más bien largo y complicado de la enfermedad del niño. La pediatra, de todos modos, como en casi todas las interacciones, quiere precisar temporalmente los hechos, o, como en la interacción anterior, aquellos casos que no requieran un tratamiento largo con especialistas. En las líneas 8-10 sigue explicando porqué ha acudido al servicio. La explicación sobre la exploración del pediatra “tiene algo raro en la espalda” hace que la pediatra pase a ordenar el relato²⁵. Ella va marcando aquellos datos que entiende relevantes y sus enunciados no corresponde propiamente a preguntas sino que son afirmaciones concluyentes. Hasta la línea 40 ordena el relato que la madre había hecho confusamente en las primeras líneas y en las líneas posteriores da entrada a preguntas correspondientes al informe general, “línea 40, es una niña sana por lo demás”. Esta fórmula la utilizan algunos pediatras para abrir este espacio cuando entienden que no es necesario tener ningún otro dato para diagnosticar y tratar los síntomas que le presentan.

11. Ped.: Cuénteme un poquillo todo cuándo empezó.

²⁵ En ocasiones cuando el relato de la madre se desvía hacia otros aspectos no relacionados con la visita es la pediatra la que directamente reconstruye los hechos que la madre simplemente se limita a afirmar o negar. Por ejemplo en la Interacción 9 del minidisc 1, cuando la madre se extiende explicando que le ha puesto varias bolsas de pipí y no ha hecho pipí hasta ese momento en que la niña se hace pipí y crea un cierto caos en el box, la pediatra toma la palabra:

Ped.: tu tens una febre que va començar dilluns (la madre va afirmando) vale i és molt alta la febre

M.: 38-38,5

Ped.: Vale i li notes alguna cosa que vomiti que tingui diarrees no tenia moquets aquest dies res ni tos res de res l'embaràs va anar bé el part també a casa heu passat al grip algún aquest dies o res eh

M.: [la madre va negando a medida que la pediatra va enunciando las cuestiones que tratan de descartar algunas enfermedades y también recoge aspectos generales a incluir en el informe]

Ped.: Bé i et va fer una tireta d'aquelles no suposo i et va dir que t'havies d'esperar abans de donar antibiòtic per confirmar que era una infecció d'orina, vale va , menja bé

12. M.: Todo empezó hace diez días.
13. Ped.: Hace diez días.
14. M.: Empezó con tos y con fiebre lo llevé y me dieron un jarabe y un antibiótico y entonces cada 15. vez va a peor a peor.
16. Ped.: No ha mejorado
17. M.: No ha mejorado.
18. Ped.: Ha ido a peor.
19. M.: Ayer no tuvo fiebre en todo el día pero hoy cuando ha llegado la ha tocado ella y ha dicho hoy
20. tiene un poco de fiebre le ha puesto el termómetro y tiene 40.
21. Ped.: Ha seguido tosiendo.
22. M.: Ha seguido tosiendo ha hecho una tos.
23. Ped.: Sacaba con la tos o no sacaba.
24. M.: No sacaba.
25. Ped.: Una tos seca.
26. M.: Sí.
27. Ped.: Y la fiebre ha sido todos los días.
28. M.: Todos los días.
29. Ped.: Los diez días.
30. Otra voz: Tiene bajones pero.
31. M.: Todos los días.
32. Ped.: Y más o menos la fiebre de cuánto ha sido.
33. M.: 38 40 40 dos días solamente.
34. Ped.: Vale. . el antibiótico lo terminó.
35. M.: No no lo he terminado.
36. Ped.: Sigue tomando.
37. M.: Sigue tomando.
38. Ped.: Diarreas no ha vuelto a tener.
39. M.: No desde hace dos días no.
40. Ped.: Muy bien. . . Es una niña sana por lo demás.
41. M.: Yo creo que sí.

A partir de este momento se dirige al paciente, cambia el tono y tras unos segundos observando al niño empieza la exploración. Mientras explora va preguntando al niño y, aunque no responde, la pediatra tampoco insiste. Esta estrategia parece querer

M.: sí menja molt bé

una confirmación por parte del niño sobre los síntomas que ella cree que va identificando pero también puede ser una forma de mantener una relación con el niño mientras le explora.

42. Ped. Hola.
43. Ped. Tienes pupa en algún sitio.
44. M.: Donde te duele cariño. . ella cuando tose se queja de la barriga.
45. Ped. Ve respirando. . . r.
46. M.: Respira con la boca.
47. Ped. Ve respirando... Ve respirando... Esto se le ha puesto.
48. M.: Sí.
49. Ped. Vamos a ver la boquita. . Oy qué bien di ahh... La tos y la mucosidad ha ido igual.
50. M.: No ha ido a más... Le he dado ventolín también.
51. Ped. ¿Cuánto?
52. M.: Dos veces.
53. Ped. Te duele esto.
54. M.: Te duele ahí.
55. Ped. Te duele aquí ¿o no?
56. M.: Duele la barriga.
57. Ped. Y la fiebre ha tenido todos los días... ¿Alergias a alguna cosa? ¿no toma ninguna
58. medicación habitualmente?. . ahora la vemos. . he entendido parcialmente esta letra. . .

Transcurrido esta fase (en las líneas 57 y 58 hace algunas preguntas más para el informe) les envía a hacer la radiografía tal y como solicitaba el volante del pediatra que les derivó. La doctora había confirmado una sospecha de neumonía que justificaba la prueba.

Esta interacción muestra cómo las preguntas/aseveraciones de los pediatras, tanto las estrictamente relacionadas con el informe como con los síntomas que la paciente presenta, tienen como finalidad dar coherencia a los síntomas explicados de manera no técnica hacia el diagnóstico sospechado por la pediatra, ya sea con un antecedente

expreso, como en este caso, como por la experiencia del pediatra o por el número de niños que en determinadas épocas del año abundan en alguna patología.

5.4.2. Acotar el relato: el control de los tópicos²⁶

En ocasiones cuando el relato de la madre se desvía hacia otros aspectos no relacionados con la fase en la que se sitúa la consulta la pediatra toma directamente la palabra para reconstruir aquellos hechos que entiende relevantes mientras la madre simplemente se limita a afirmar o negar²⁷. Por ejemplo en la Interacción 9 del minidisc 1, cuando la madre se extiende explicando que le ha puesto varias bolsas de pipí y no ha hecho pipí hasta ese momento en que la niña se hace pipí y crea un cierto caos en el box, la pediatra toma la palabra “tú tens una febre”²⁸. En este caso no existía una sospecha previa sino unos síntomas que quiere ordenar antes de realizar la exploración.

- Ped. tu tens una febre que va començar dilluns [la madre va afirmando] vale i és molt alta la febre
- M. 38-38,5
- Ped. vale i li notes alguna cosa que vomiti que tingui diarrees no tenia moquets aquest dies res ni tos res de res l'embaràs va anar bé el part també a casa heu passat al grip algú aquest dies o res eh

²⁶ Brown y Yule han mostrado la dificultad que supone hablar de tópicos (1983). El problema para estos autores (1983: 68) estriba en la dificultad de encontrar un tópico que abarque todo el discurso, por un lado, así como los límites entre los tópicos en el interior del discurso. En relación con el contenido, Ainsworth-Vaughn (1998: 58) define el tópico como una nueva porción (bit) de significado introducida de una frase a otra.

²⁷ En este caso, al inicio de la interacción la madre, tras la pregunta de la pediatra, empieza a explicar que lleva toda la noche sin hacer pipí y que su pediatra le había pedido el pipí para hacerle una prueba. En ese momento la niña se hace pipí y la madre se siente muy apurada y empieza a justificarse, la pediatra intenta decirle que no pasa nada que es normal pero la madre sigue en el mismo tema hasta que la pediatra le interrumpe y toma el turno.

²⁸ Uso deíctico que está indicando un cambio de la persona a la que se dirige

- M. [la madre va negando a medida que la pediatra va enunciando las cuestiones que tratan de descartar algunas enfermedades y también recoge aspectos generales a incluir en el informe]
- Ped. Bé i et va fer una tireta d'aquelles no suposo i et va dir que t'havies d'esperar abans de donar antibiòtic per confirmar que era una infecció d'orina, vale va , menja bé
- M.: sí menja molt bé no ha deixat de menjar ni res però es clar la febre...a. vull aquest dematí no tenia febre

A partir de este momento cuando el interrogatorio ha terminado conversa normalmente con la madre y se dirige de inmediato hacia el niño en tono cariñoso, juega con él y, finalmente, tras la exploración (durante la cual le dirige algunas preguntas que tienen como único objeto la información general que pide el informe “en casa tenéis alguna enfermedad importante”)le diagnostica una otitis y, también, queda en hacerle la prueba de orina que otra pediatra le había pedido²⁹.

- Ped. Uy que pasa ...ara està a 38. 2
- Ma. A 38 cap a la una de la matinada tenia febre i la he portat a casa de la meva mare i no.
- Ped. Quant li has donat l'ultima cosa per la febre
- Ma. A la una quant tenia.
- Ped. Mira te la mateixa edat qu'el meu fill qu' ell també fa cinc mesos i mig avui. . . eh que si...i també està així de gran... Tu més encara menja be?
- Ma. Sí menja molt bé.
- [Ped. se dirige al bebe: juega con él para hacerle la exploración]
- Ma. Como no ha dejado de comer ni nada claro es un poco de dónde le ha venido la fiebre?
- [SILENCIO]
- [El bebe balbucea]
- Ped. Sí qué pasa.... se parecen no
- Ma. Son hermanos
- Ped. Yaya pero se parecen
- [Se oye balbucear al bebé]

²⁹ Resulta también interesante resaltar cómo en esta segunda parte donde la participación de la madre es más activa se cambia al castellano. Durante la primera parte de la consulta la madre habló en catalán siguiendo la preferencia de la pediatra, en la segunda parte la pediatra cambia hacia el idioma de preferencia de la madre. [0]

Ped: No no [con voz suave].... ¿En casa tenéis alguna enfermedad importante alguien?

Ma. No bueno mi suegra ha tenido un cáncer de mama pero

Ped. Aahm

Ped. Vamos a mirarle los oídos y el cuello también la auscultación es normal y la barriga también ...li agafas las manetas aquí al davant i... a vere cariño...

[El niño llora]

Ma. Ya está, ya está mira mira mira cariño

Ped. Ja esta petita sino fa mal eh? Vamos a por el otro...no pasa res

Ma. Ya está ya está

[Llanto niño]

Ped. Tiene los oídos de forma que justifica la fiebre eh? Ahora que han pasado más horas ya se ve más es que las primeras horas miras y no se ve nada las primeras horas es importante verlos porque es cuando se ven muy... las meningitis pero los oídos los cuellos hasta que no pasan más rato no los ves

Ma. El les miró los oídos y todo y no encontró nada

Ped. Claro, claro, no no es que... Bueno como salieron el pipí positivo vamos a hacer la tirita igual eh? Cógela si quieres. El oído solo ya justifica que tenga la fiebre alta y en principio la cría no da sensación de gravedad pues te continúa comiendo bien eh que normalmente esos son procesos virales eh que son buenos y que a lo mejor se ponen a cuarenta y están tan panchos eh pues mejor eso es señal de que la cría aunque tenga una infección pues no es nada grave eh y menos después de dos días ... entonces como ayer dio positivo en lo de la tirita aquí lo que hacemos es enviarlo directamente al laboratorio aunque el cultivo si que tarda tres días pero aquí se mira de otra forma que no con la tirita eh es un poco como lo de la tirita pero mirándolo con el microscopio y es mucho más fiable eh de manera que si esto sale normal la infección de orina es muy raro que la tenga eh entonces la historia es la misma es ponerle las bolsitas lo que pasa es que aquí se las iremos cambiando hasta que haga el pipí ¿le toca comer ahora?

Ma. Ahora a las doce

Ped. Pues sí quie. .

Ma. Pero bueno le pongo la teta y se la coge

Ped. Le adelantas y así hará más rápido el pipí, de acuerdo, si ves que tarda mucho en hacer es por esto es porque la bolsita les molesta te la llevas al baño –aquí fuera hay un lavabo y le mojas un poquito incluso le aprietas con la manita la la barriga así muchas veces lo hacen

Ma. Pero se la ponéis vosotros porque yo esta mañana

Ped. Ahora ha hecho además ahora va a estar un montón de rato

Ab. Ha parao y to

Ped. Iros a la cafetería dad una vuelta

Ma. ¿Se la pones?

Ped. Sí ahora vendrá una enfermera y se la pondrá.... .

Ma. ¿la puedo vestir la parte de arriba?

Ped. Sí...le daremos también ahora un poquito de epi-retal para la fiebre ¿qué le has ido dando? Epi-retal dalsi?

Ma. Sí epi-retal.... ya está, ahora te van a poner una bolsita a ver si haces pipí te has meado ya y no tendrás pipí.... ya verás ya verás ahora te coge la mama oí que llorona ya está ya está ya te cojo ya...

Ped. ¿Nueve kilos pesa?

Ma. No la han pesado ahora, vestida pesaba nuevo ochocientas, pero vestida

[Se oye al fondo Ped escribiendo....]

Ma. Ya está

En algún sentido contradictorio con la voluntad de separar los servicios de urgencia de la atención primaria este instrumento orienta la atención de urgencias a la revisión pediátrica general. En el caso de los pediatras residentes se atribuye sentido pedagógico al desarrollo de esta exploración médica completa. Los pediatras residentes, en muchos casos (no todos), separan claramente ambas fases: el interrogatorio y la exploración. Directamente, en ocasiones, apenas las madres señalan un síntoma toman la palabra e interrogan siguiendo el guión. En estos casos, el contexto operante es el del discurso médico y, sólo en ocasiones, tras el fin del acto médico la madre toma la palabra para ‘charlar’ sobre los hijos.

Como se ha podido ver en las interacciones analizadas y conforme al trabajo de campo que he realizado como observadora participante la elección de uno u otro tipo de registro o clave³⁰ con el paciente se manifiesta también a través de la posición que ocupan las partes en el encuentro en el espacio del box. En los primeros casos, la pediatra (sentada en un caso, en pie en otro) se dirige directamente a la madre y observa al paciente. Cuando se sigue formalmente las secuencias del informe el pediatra se suele sentar frente al ordenador y formula las preguntas mirando lateralmente (o sin mirar) al paciente o interlocutor mientras va anotando las respuestas, el período del interrogatorio se extiende en el tiempo y se convierte en la fase fundamental de la interacción. Las interacciones más prolongadas suelen ser cuando siguen esta pauta (Interacción 12, 16 y 17, minidisc 1, entre otras).

³⁰ Key en el modelo SPEAKING de Hymes

En realidad, cabe plantear hasta qué punto la nueva práctica de la salud tiende a asumir un papel preventivo, también en la urgencia, por un lado, y, por otro lado, el papel del 'cliente' en el que incluimos al paciente y al acompañante, una figura importante en nuestro estudio, que adquiere, teóricamente, un lugar fundamental en el nuevo sistema sanitario de manera que la práctica se ha de ordenar también frente a las demandas inmediatas de salud aunque no sean estrictamente urgentes.

En este capítulo hemos analizado algunos elementos de la práctica médica como organización de la interacción humana que también abarca la tecnología como elemento clave en la conformación de nuevas prácticas tanto en la relación médico – paciente como en la relación que los profesionales establecen entre sí. Podemos concluir señalando algunos puntos esenciales.

1. La incorporación en el trabajo médico del ordenador no supone simplemente la introducción de una nueva forma de comunicar sino nuevas prácticas culturales.
2. El funcionamiento del servicio de urgencias requiere la coordinación con otras especialidades hospitalarias que disponen de la tecnología que son necesarias para la práctica médica habitual de las urgencias. Esto supone una distribución social del conocimiento que lleva necesariamente a la adopción de nuevas prácticas cooperativas.
3. El acceso a esta tecnología se encuentra organizada jerárquicamente en el servicio de urgencias y se tiende al control de la interpretación por quienes tienen reconocida una mayor competencia. Este punto no es fácil y pueden producirse conflictos en cuanto a los valores y objetivos.
4. Uno de los objetivos de la tecnología que se incorpora al trabajo médico es la de prever y controlar los procesos de decisión. Sin embargo, la decisión médica obedece en

gran parte a la organización social que distribuye competencias y establece prácticas que difícilmente pueden formalizarse.

CONCLUSIONES

Como apuntaba en la introducción, el espacio de la interacción entre el médico y el paciente constituye un buen observatorio desde el que reflexionar sobre cómo las personas operan con base en unas expectativas y normas en torno a las relaciones sociales. Las voces de los participantes en las interacciones sociales que he recogido en el corpus ofrecen una perspectiva a menudo desconocida sobre cómo las personas que se encuentran en un escenario institucional, en este caso un hospital infantil, explican sus problemas e intentan encontrar soluciones.

Del análisis del discurso de los participantes en diversos escenarios (la oficina de presentación de las reclamaciones y el servicio de urgencias) he aprendido que el discurso en la interacción varía considerablemente en función del contexto en el se actúa.

En este estudio me he centrado en dos espacios de interacción. En el espacio del servicio de urgencias el paciente (o familiar) utiliza circunloquios para expresar aquello que espera de la visita a urgencias y negocia en términos de sentimientos (angustia, preocupación), roles sociales (madre, abuela) o factores contextuales (la imposibilidad de acudir a otro servicio médico).

En el espacio del Servicio de atención al cliente, éstos recurren a una expresión directa de aquello que entienden que constituye una expectativa no satisfecha. La

expresión de la queja o reclamación, al menos las que he tenido ocasión de presenciar, se encuentra sujeta a negociación y, habitualmente, se somete a la mediación de quien recibe la queja, de la institución.

En ambos casos, la posición que adopta la persona (profesional) que representa a la institución es fundamental para el desarrollo del discurso en la interacción. Por ejemplo, en el caso del servicio de urgencias si el pediatra interrumpe sin justificar una intervención o desoye una información puede impedir una colaboración ulterior o puede generar el sentimiento de una mala información o atención. El espacio informal de la visita médica permite que las partes establezcan sus propias reglas basadas en las relaciones personales que puedan entablar en el breve espacio de la visita. De la misma manera, en el servicio de atención al cliente la voluntad de la institución de encontrar una solución al problema planteado elude o disminuye el conflicto incipiente. Esta posición que elude como única y exclusiva voz visible la del profesional constituye un adecuado mecanismo para el logro de una interacción satisfactoria en términos de relación sin necesidad de acudir a parámetros normativos abstractos.

Sin embargo, como he mostrado en el análisis de las interacciones y de las quejas este no es siempre el camino que se adopta institucionalmente y, en ocasiones, cuando surge un conflicto, y éste no puede reconducirse en términos de relación, los profesionales imponen el discurso institucional. Tanto en el espacio del servicio de urgencias como en las reclamaciones presentadas en el servicio de atención al cliente, cuando no funciona el mecanismo de mediación, la institución (el pediatra o el responsable de las quejas) elabora un discurso médico complejo e inapelable. En el ámbito de las quejas este proceso, como he intentado mostrar, es más complejo porque la

respuesta no la elabora directamente el Jefe de la Oficina sino el médico aludido en la queja (o responsable del servicio).

Estos procesos observados en el campo se han tratado de reconstruir tomando en consideración las siguientes cuestiones:

1. **El modelo sanitario**

El modelo sanitario impulsado por las reformas iniciadas desde los años 90 tiende a reestructurar la profesión y práctica médica como eje que busca articular un sistema de gestión racional de un sector fundamental en la definición de la naturaleza del Estado.

El cambio se articula a través de la creación de una red sanitaria que diseña un mapa de servicios/proveedores públicos que sólo hemos analizado instrumentalmente al constituir el marco del desarrollo natural de esta investigación. Esta red, en la que cualquier servicio sanitario es un punto de referencia relacionado con los demás, incorpora procesos y prácticas algunas de los cuales he tratado de mostrar. Por ejemplo, la redacción de los informes médicos dirigidos formalmente a los pediatras habituales de los pacientes antes que a los propios pacientes; la derivación de algunas visitas no urgentes a otros puntos de la red que permite ir redefiniendo prácticamente el servicio de urgencias que, cuando no existía este marco de referencia, debía absorber cualquier visita cumpliendo una obligación legal de asistencia en la salud al ciudadano que lo reclame.

2. Los protocolos y las prácticas médicas

Además de diseñar el mapa de los servicios de atención sanitaria, el nuevo modelo potencia una serie de instrumentos que, además de permitir el seguimiento de la actividad que el sistema desarrolla y el correspondiente control sobre el gasto público, hacen factible una práctica en la que se quiere garantizar la fiabilidad científica de los procedimientos seguidos en la práctica médica.

El ejemplo clave lo proporcionan los protocolos. En efecto, los protocolos constituyen un elemento clave del nuevo sistema y el protocolo es fundamentalmente información con virtualidad diferente en función del contexto práctico en el que opere. Un protocolo incorpora esencialmente unas pautas de actuación estandarizadas frente a situaciones clínicas concretas y, particularmente, para el control del uso (y del gasto) de la tecnología sanitaria. Por otro lado, los protocolos tienen, desde el punto de vista científico, una función esencial de información y puesta en marcha de la tecnología sanitaria.

Finalmente, el protocolo es fundamentalmente una práctica a la que los profesionales asignan un valor científico-técnico. No puede entenderse el protocolo como una norma o regla que constriña la actuación de los médicos sino que la actuación de un protocolo constituye un diálogo entre profesionales o, en cualquier caso, una negociación, como apuntamos en el capítulo 2 y 4 al analizar las interacciones entre los pediatras del servicio de urgencias. Sin embargo, tampoco puede olvidarse que estos mismos protocolos pueden ser esgrimidos frente a reclamaciones que terceros planteen frente a una determinada práctica médica, como se mostró en el capítulo 3.

3. El informe y la incorporación de la tecnología informática

Uno de los ejes de este proceso de cambio ha sido la incorporación de la tecnología informática. He tratado de mostrar cómo el informe ordena la interacción médico – paciente y controla la información que se vierte en un momento crucial del encuentro médico – paciente en el servicio de urgencias. En efecto, la única información de la que dispone el pediatra en el momento inicial del encuentro es la que le facilita el paciente o sus familiares, por ello, cómo el pediatra construya discursivamente el informe en el encuentro resulta fundamental para que el intercambio siga la secuencia estricta del discurso médico (alternancia de pregunta-respuesta) o se abra a contextos más informales a través de la conversación.

Este último punto es esencial porque el trabajo de campo permite observar cómo una decisión médica no sólo se basa en factores relacionados con el conocimiento científico-médico, sino también sociocultural, es decir, la percepción que el médico tiene sobre la credibilidad o no de la información facilitada por el paciente, como trato de mostrar en el capítulo 5.

4. Factores sociales en la organización y la prestación del servicio sanitario

La interacción que se produce en el servicio de urgencias pediátricas se encuentra mediada también por la relación triangular que se establece entre el pediatra, el/la

paciente y los padres (habitualmente la madre). Como he apuntado, su intervención es decisiva en el inicio de la interacción pero también a lo largo de todo el proceso de diagnóstico. Tanto la madre como los pediatras tratan habitualmente de evitar el conflicto y, cuando aflora, lo tratan de resolver de manera que no dañen su imagen pública.

Otro elemento relevante del proceso de decisión en relación con la información se encuentra en la organización social de los profesionales en el servicio y con otros servicios en el seno del mismo hospital.

En el seno del servicio de urgencias estudiado la presencia de profesionales en prácticas institucionaliza mecanismos de consulta y discusión que muestran la estructura de los procesos de decisión que se basa en el conocimiento y la competencia pero también en las relaciones informales que los profesionales establecen entre ellos. Por un lado, formalmente, los pediatras superiores jerárquicamente dominan el acceso a la evidencia de modo que sólo ellos pueden autorizar la práctica de algunas pruebas. Por otro, aunque los residentes deban preguntar para adoptar determinadas decisiones saben a quién preguntan y porqué.

5. El papel del cliente/paciente en la nueva estructura sanitaria

El nuevo modelo sanitario tiende formalmente a potenciar el papel del paciente. Se dice que es un modelo que quiere centrarse en el paciente. Para ello se promulgan formalmente las cartas de derechos y los centros sanitarios establecen mecanismos para la tramitación de las quejas. En el capítulo tercero he tratado de mostrar los procesos

formales e informales que pone en marcha en el seno de la institución una queja presentada por un paciente.

Con relación a este punto, el análisis de las quejas me lleva a concluir que los procesos que las quejas promueven en el seno de la institución hacen aflorar aspectos sociales de la interacción entre los profesionales en los que la propia institución, y no sólo el cliente, está interesada. Es un espacio en el que se negocia la aplicación de los comportamientos marcados por la institución.

El análisis de las quejas ha mostrado cómo las respuestas a las quejas suelen ser ambivalentes porque, por un lado, la institución trata de evitar el conflicto creando un espacio de negociación abierto y, por otro, el procedimiento de contestación a las quejas, desde las propias categorías establecidas de codificación, impone la visión profesional de la práctica médica.

En conclusión, esta tesis ha consistido fundamentalmente en el desarrollo de un trabajo etnográfico a partir del cual se han analizado algunos procesos que se ponen en marcha en el seno de una institución. Como se ha demostrado, estos procesos que la organización médica dispone tienen una finalidad esencialmente autorregulativa antes que de apertura al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Abbot (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London: The University of Chicago Press.
- N. Ainsworth-Vaughn (1998), *Claiming Power in Doctor-Patient Talk*. Oxford: Oxford University Press.
- J.M. Antó Boqué (1999), 'Actualidad y futuro de las profesiones sanitarias' en *La formación de los profesionales de la salud. Formación pregraduada, postgraduada y formación continuada*, Bilbao: Fundación BBV.
- J.M. Atkinson and J. Heritage (eds.) (1984), *Structures of social action. Studies in Conversation Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press
- P. Atkinson (1995) *Medical Talk, Medical Work*. London: Sage.
- B.B. Arnetz (2001), 'Psychosocial challenges facing physicians of today', *Social Science and Medicine* 52, 203-213.
- G. Bajardí y M. Viñas (2001), 'Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas' en G. López i Casanovas (dir) y A. Rico Gómez (coor.), *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías*, Fundación BBV, Bilbao.
- S.r. Barley, P.S. Tolbert, (1997), 'Institutionalization and Structuration: studying the links between Action and Institution', *Organization Studies* 18/1:93-117.

- K.Bassett, N.Iyer, A.kazanjian, (2000) 'Defensive medicine during hospital obstetrical care: a by-product of the technological age', *Social Science and Medicine* 51, 523-537.
- R. Bauman and J. Sherzer, (1989) *Explorations in the Ethnography of Speaking*. 2nd Edition. Cambridge: Cambridge University Press.
- F. Béland, A. Lemay and M.Boucher (1998), 'Patterns of visits to hospital-based emergency rooms', *Social Science and Medicine*, Vol.47, No.2, pp.165-179.
- P.M. Blau and W. R.Scott (1962), *Formal Organization, A Comparative Approach*, Chandler Publishing Company, San Francisco.
- D. Boden and D.H.Zimmerman (eds.)(1991), *Talk and social structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, Cambridge: Polity Press.
- J.Borkan, S. Reis, D.Hermoni and A.Biderman,(1995), 'Talking about pain: a patient-centered study of low back pain in primary care', *Social Science and Medicine*, Vol.40, No.7, pp.977-988.
- P. Bourdieu, (1999), *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Akal Ediciones.
- P. Bourdieu (1996) *Cosas dichas*, Barcelona: Editorial Gedisa.
- C.L.Briggs (1995), *Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*, Studies in the Social and Cultural Foundations of Language, Cambridge University Press.
- G.Button and J.R.E.Lee (eds),(1987), *Talk and social organisation*, Clevedon. Philadelphia: Multilingual matters Ltd.

- J.M. Cabases Hita (1999), 'Situación sanitaria actual en España: la financiación', en J. Gafo (ed) *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas.
- J. Caïs y Emilio J. Castilla (1995), 'El sector sanitario' en *Informe Sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Documentación social, Revista de estudios sociales y de sociología aplicada, nº 101, Octubre-Diciembre.
- K. Carley (1986), 'An approach for relating social structure to cognitive structure', *Journal of Mathematical Sociology*, Vol 12(2): pp. 137-189.
- H. Casamiglia y A. Tusón (1999) *Las cosas del decir. Manual del análisis del discurso*, Barcelona: Ariel Lingüística.
- P. Casanovas (2000) *Derecho, Contexto y Descriptores Pragmáticos*, Residencia de Estudiantes, Instituto de Filosofía de CSIC, GRES.
- P. Casanovas (2001), 'Los laberintos de H.A.Simon' en J.A. García Amado (coord.) *El Derecho en la Teoría Social. Diálogo con catorce propuestas actuales*, Madrid: Dykinson.
- P. Casanovas (2001), 'Sobre descriptores pragmáticos en contextos jurídicos. Pierre-Yves, Luisa y Víctor' en K.Korta Y F.García Murga (eds): *Palabras. Víctor Sánchez de Zabala in memoriam*, Universidad del País Vasco.
- E.J.Castilla (1999), 'Sistemas sanitarios públicos: Análisis comparativos de organizaciones sanitarias y desigualdades sociales', GAPP, Nº 13-14, Septiembre 1998- Abril 1999.
- Quaderns CAPS (1996), *El repte sanitari*, nº6 noviembre.

- H. Casamiglia Blancafort, A. Tusón Valls (1999), *Las cosas del decir. Manual del análisis del discurso..* Ariel Lingüística, Barcelona.
- M.Cases (1990) *Sistemas d'informació hospitalaria en la casuística: grups relacionats amb el diagnòstic. Impacte de la gestió hospitalaria.* UAB.
- A. Cicourel (1973), *Cognitive sociology. Language and meaning in social interaction*, Baltimore: Penguin Education.
- A. Cicourel (1981) 'Integration of micro- and macro-levels of analysis' en K Knorr-Cetina and A.V Cicourel (eds.), *Advances in Social Theory and Methodology, Toward an integration of Micro- and Macro- Sociologies*, Routledge and Kegan Paul, Boston, London and Henley.
- A. Cicourel (1983) 'Hearing is not believing: language and structure of believe in medical communication' en S.Fisher y A.Todd, *Social Organization of doctor patient communication* Washington. Center of Applied Linguistics.
- A. Cicourel (1990) ' The integration of distributed knowledge in collaborative medical diagnosis', en J.Galegher, R.E.Kraut, C. Egidio, *Intellectual Teamwork. Social and Technological foundations of cooperative work*, Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- A. Cicourel (1995), *The social organization of Juvenil Justice*, London: Transaction Publishers.
- A. Cicourel (1996), *Ecological validity and 'white room effects'. The interaction of cognitive and culturak models in the pragmatic analysis of elicited narratives from children*, *Pragmatic and Cognition*, Vol. 4(2), 221-264.
- B. Cloquell Rodrigo, M.A. García Alonso, A.Yáñez Tortorsa (1992), *El sistema nacional de salud de los 90 (Estrategias de salud, planificación y mercado)*,

Valencia: Asociación Economía de la Salud, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum.

W.C. Cockerham (ed.) (1996), *The sociology of medicine*, Aldershot, UK . Brookfield, US.

T.Connolly, H. Arkes, K.R.Hammond (2000), *Judgment and decision making. An interdisciplinary reader*, Cambirdge University Press.

N.Coupland and H. Giles and J. Wiemann (eds.) (1991) *'Miscommunication' and Problematic Talk*. Newbury Park, CA. Sage.

J.L. Cuervo, J. Varela, R. Belenes (1994), *Gestión de hospitales, Nuevos instrumentos y tendencias*, Barcelona: Vicens Vives.

T.V. Dijk, (comp.) (2000) *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*. Gedisa.

M.D.Dixon-Woods (2000), 'Writing wrongs? Analysis of publised discourses about use of patient information leaflets', *Social Science and Medicine*, 1417-1432.

A. Duranti (1994), *Etnografía del parlare quotidiano*, Roma: NIS, La Nuova Italia Scientifica.

A. Duranti, and C. Goodwin (1997) (eds.) *Rethinking context, Language as an interactive phenomenon*, Cambridge University Press.

A. Duranti (2000), *Antropología Lingüística*, Cambridge University Press.

A. Duranti (2001), (ed.) *Linguistic Antropology. A reader*, Blackwell Publishers.

- P.Drew and J.Heritage (1995), *Talk at work. Interaction in institutional settings*.Cambridge University Press.
- V.A.Entwistle, Z.C.Skea, M.O'Donnell, (2001)'Decisions about treatment: interpretations of two measures of control by women having a hysterectomy', *Social Science and Medicine* 53, 721-732.
- N. Fairclough, (1989) *Language and Power*, Longman, London and New York.
- E.Falkum, R.Forde (2001), 'Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians', *Social Science and Medicine* 52, 239-248.
- J.Firth-Cozens, (2001), 'Interventions to improve physicians' well-being and patient care', *Social Science and Medicine* 52, 215-222.
- S. Fisher and A. Todd (eds)(1983) *Social Organization of Doctor Patient Communication*. Washington, DC: Center for applied linguistic.
- S. Fisher and A. Dundas Todd, (1986) (eds) *Discourse and institutional authority: medicine, education and law*, Advanced discourse processes.
- S. Fisher,(1995) *Nursing Wounds, nurse practitiones/Doctos/women patients/and the negotiation of meaning*, Rutgers University Press, New Jersey.
- S. Franklin, (1997) *Embodied progress. A cultural account of assisted conception*. Routledge.
- E. Freidson (1985), 'The reorganization of the Medical Profession' en *Medical Care Review* 42:1 (Spring 1985).

- J.Filipe Ferraz Esteves de Araújo (2001), 'Improving public service delivery: the crossroads between NPM and tradicional bureacracy', *Public Administration*, Vol 79, No.4: 915-932.
- J.Galegher, R.E.Kraut, C. Egidio (1990) *Intectual Teamwork. Social and Technological foundations of cooperative work*, Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- R. Gallego (2000), 'Introducing purchaser/provider separation in the catalan health administration: a budget analysis', *Public Administration Vol.78* No. 2, (423-442).
- R. Gallego (1996)'Reformas de New Public Management: el caso de la Administración sanitaria catalana', *GAPP n° 5-6 Enero-Agosto*.
- R.M. García Arqué (1997), *Actitudes de la población ante el sector sanitario*, CIS.
- H. Garfinkel (1989), *Studies in ethnomethodology*, New York: Polity Press.
- L.C.Garro, (1994), 'Narrative representations of chronic illness experienece: cultural models of illness, mind and body in stories concerning the pemporomandibular joint (TMJ)' *Social Science and Medicine*, Vol.38, No.6, pp.775-788.
- M.Gattellari, P.Butow, M.Tattersall,(2001), 'Sharing decisions in cancer care', *Social Science and Medicine* 52, 1865-1878.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *La sanitat a Catalunya: Anàlisi i Propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*.Barcelona, 1980.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, *El Pla de Salut de Catalunya*. Conselleria de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1993.

GENERALITAT DE CATALUNYA, *El sector de la sanitat com a sector de serveis*,
Fulls econòmics del sistema sanitari, 1992.

GENERALITAT DE CATALUNYA, *Plà de salut de Catalunya, 1999-2001*,
Departament de Sanitat i Seguretat Social.

P.P. Giglioli, G.Fele (eds.), (2000) *Linguaggio e contesto sociale*, Bologna: Il Mulino
Prismi.

E. Goffman (1986), *Frame Analysis, An Essay on the Organization of experience*, New
York: Northeastern University Press.

E. Goffman (1997) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires:
Amorrortu Editores.

E. Goffman (2000a), 'Rubor y organización social' y 'Microsociología e historia', en
E.Goffman, H.Sacks, A.Cicourel, M.Pollner *Sociologías de situación*, Madrid:
Ediciones de la Piqueta.

E. Goffman (2000b), 'La struttura dello scambio riparatore', en P.P. Giglioli, G.Fele
(eds.), *Linguaggio e contesto sociale*, Bologna: Il Mulino Prismi.

E. Goffman (2000c), 'La situazione trascurata', en P.P. Giglioli, G.Fele (eds.),
Linguaggio e contesto sociale, Bologna: Il Mulino Prismi

R. Gomà, J. Subirats (coords.) (2001) *Govern i polítiques públiques a Catalunya (1980-
2000) Coneixement, sostenibilitat i territoris*, Barcelona: Edicions Universitat de
Barcelona/UAB Servei de Publicacions.

X.González Mestre i J.J.Escoda Aresté (coord.) (1994) *Polítiques de contenció de
costos sanitaris: ponències de la primera reunió FICOSSER- Projecte IV*.
Generalitat de Catalunya.

- E.J.Gordon (2001), 'Patients' decisions for treatment of ed-stage renal disease and their implications for access to transplantation', *Social Science and Medicine*, 971-987.
- S. Günthner, (1999)- 'German-chinese interactions. Differences in contextualization conventions and resultin miscommunication' *Pragmatics*, 3:3.283-304.
- M. G.Greene, R.D.Adelman, E.Friedmann, R.Charon, (1994) 'Older patient satisfaction with comunication during an initial medical encounter' , *Social Science and Medicine*, Vol.38, No.9, pp.1279-1288.
- R. Gwyn (2002), *Communicating Health and Illness*, Sage Publications, London.
- T.Hak (1992), 'Psiquiatric Records as Transformations of Other Texts' en en G.Watson & R.M. Seiler (ed) *Text in context*, London: SAGE publications.
- P.Hall (1987) 'Interactionism and the study of social organization' en *Sociological Quarterly*, 28, 1-22.
- K.Hall and M. Bucholtz (eds.)(1995), *Gender articulated, Language and the socially cosntructed self*, Routledge, New York and London.
- S. Harrison and B.Wood (1999), 'Designing Health Service Organization in the UK, 1968 to 1998: from blueprint to bright idea and 'manipulated emergence'', *Public Adminsitration Vol77, No.4: 751-768*.
- P. Have (1991) 'Talk and Institution: A reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction" en D. Boden y D.H. Zimmerman, *Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, Cambridge: Polity Press.

- J. Heritage (1988) 'Explanations as accounts: a conversation analytical perspective' en C. Antaki *Analyzing everyday explanations: a casebooks of methods*, London: Sage Publications Ltd.
- A. Hidalgo Vega, Corugedo de las Cuevas, I. Y Llano Señarís, J. (eds.) (2000), *Economía de la salud* Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- B.Hudson and B.Hardy (2001), 'Localization and partnership in the 'new national health service': England and Scotland compared', *Public Administration* 79, No.2 (315-335).
- D.Hymes (2000), 'Verso un'etnografia della comunicazione: l'analisi degli eventi comunicativi' en G.Fele y P.P.Giglioli, *Linguaggio e contesto sociale*, Bologna: Il mulino.
- Y. Ibrahim (2001), 'Doctor and patient questions as a measure of doctor-centredness in UAE hospitals', *English for Especific Purposes* 20: 331-344.
- V. James and J. Gabe (eds.)(1996) *Sociology of health an Illness, Health and the sociology of emotions*, Blackwell Publishers/Editorial Board.
- G.Jefferson and J.R.Lee (1992), 'The rejection of advice: managing the problematic convergence od a "troubles-telling" and a "service encounter"', en P. Drew and J.Heritage *Talk at work: interaction in institutional settings*.
- M. Johanson, U.Sätterlund, R.Säljo, K.Svärdsudd, (1995), 'Lifestyle in prymary health care discourse', Vol.40, No.3, pp.339-348.
- M. Kitchener, (1998) 'Quasi-market transformation: an institutionalist approach to change in UK hospitals', *Public Administratio* Vol.76: 73-95.

- M. Kitchener, (2000) 'The 'bureaucratization' of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals', *Organizations*, Vol 1(1):129-154.
- K Knorr-Cetina and A.V Cicourel (eds.), (1981), *Advances in Social Theory and Methodology, Toward an integration of Micro- and Macro- Sociologies*, Routledge and Kegan Paul, Boston, London and Henley.
- J.H.Kurata, Y.Watanabe. C.Mcbride, K.Kawai, R.Andersen, (1994) 'A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States', *Social Science and Medicine*, Vol.39, No.8, pp.1069-1976.
- E.Krupat, M.Fancey, P.Cleary, (2000), 'Information and its impact on satisfaction among surgical patient', *Social Science and Medicine* 51, 1817-1825.
- T.Lang, A. Davido, B.Diakit , E. Agay, J.F. Viel, B.Flicoteaux (1997), 'Using the hospital emergency department as a regular source of care' *European Journal of Epidemiology* 13: 223-228.
- S.C. Levinson (1995), 'Activity types and language' en *Talk at work: interaction in institutional settings*, P. Drew and J.Heritage, Great Britain: Cambridge University Press.
- S. Llewellyn (2001), 'Two-way Windows: Clinicians as Medical managers', *Organization Studies*, 22/4: 593-623.
- G.López i Casanovas (dir.) (1994), *Anàlisi econ mica de la sanitat*, Generalitat de Catalunya.
- G.López i Casanovas (dir.) (1998), *La contractació de serveis sanitaris*, Barcelona: Generalitat de Catalunya.

- G. López i Casanovas (Dir.), (2001) *El sistema sanitario español: evolución reciente (1997-1998)*, Bilbao: Fundación BBV.
- G. López i Casanovas (2001) *La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades*, Barcelona: Col·lecció els llibres dels Fulls Econòmics, Generalitat de Catalunya.
- G.López i Casanovas (dir.) y A. Rico Gómez (coord.) (2001) *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Andalucía y Cataluña*, Bilbao: Fundación BBV.
- V.Löyttyniemi (2001) 'Doctors drifting: autonomy and career uncertainty in young physicians' stories', *Social Science and Medicine* 52, 227-237.
- K.Lutfey and D.W.Maynard, (1998) 'Bad News in Oncology: How Physician and Patient talk about Death and Dying without using Those Words' *Social Psychology Quarterly*, VI.61, No. 4, 321-341.
- D.Lupton (2001), 'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries', *Social Science and Medicine*, 1011-1021.
- A. Maestro Martín, (1995) 'Crisis del Estado de Bienestar y tendencias privatizadoras: propuestas de gestión empresarial de la sanidad pública', en 'VVAA, *Política Sanitaria*, Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, p.43.
- G.Makoul, P.Arntson, T.Schofield, (1995), 'Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications', *Social Science and Medicine*, Vol.41, No.9, pp.1241-1254.
- R.Manzanera (1999), 'La organización como elemento en la reflexión en torno al futuro de la sanidad', en *La Formación de los profesionales de la salud*.

Formación pregraduada, postgraduada y formación continuada, Bilbao: Fundación BBV.

J.March y H. Simon (1994), *Teoría de la organización*. Barcelona: Ariel Economía.

J. G. March (1988), *Decisions and Organization*, New York: Basil Blackwell.

G.Marnoch, L.McKee and N.Dinnie,(2000) 'Between organizations and institutions. Legitimacy and medical managers', *Public Administration Vol.78, No.4*: 967-987.

J.M.Martínez, J.S.López, A.Martín, M.J.Martín, B.Scandroglio, J.M.Martín (2001), 'Organ donation and family decision making within the Spanish donation system', *Social Science and Medicine*, 53, 405-421.

A. Marrón, J.Jiménez, F.Aliaga, D.García (1994), *El sistema Nacional de Salud en la década de 2000. Los escenarios finales de la reforma sanitaria. Estudio Delphi 2000*. Madrid: SG Editores.

P. Maseide (1983) 'Analytical Aspects of Clinical Reasoning A Discussion of Models for Medical Problem Solving' en S.Fisher y A.D.Tood, *The social organization of Doctor-Patient Communication*, Washington D.C.: Center for Applied Linguistics.

C.May, N.T.Ellis, (2001) 'When protocols fail: technical evaluation, biomedical knowledge, and the social production of 'facts' about a telemedicine clinic', *Social Science and Medicine* 53, 989-1002.

K.M.Melia, (2001) 'Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team', *Social Science and Medicine* 53, 707-719.

- M.Mello and C.Jenkinson, (1998) 'Comparison of medical and nursing attitudes to resuscitation and patient autonomy between a british and an american teaching hospital', *Social Science and Medicine* 46.3.415-424.
- J.M.de Miguel (1976), *La reforma sanitaria en España (El capital humano en el sector sanitario)*, Madrid: Editorial Cambio 16.
- H.Mintzberg, (1989) *Diseño de organizaciones eficientes*, Bogotá: El ateneo.
- O. Mir Puigpelat, (2000) *la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. Organización, imputación y causalidad*, Madrid: Civitas.
- V.Navarro y J. Bench (dirs.) (1996) *Desigualdades sociales en la salud en España*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo.
- G.Nijhof, (1998) 'Naming as naturalization in the medical encounter' *Journal of Pragmatics* 30: 735-753.
- R. Nisbet, T. Kuhn y L. White (et.al) (1979) *Cambio social*. Madrid: Alianza Universidad.
- C.Oliver, (1992)'The antecedents of Desinstitutionalization' *Organization Studies*, 13/4, 563-588.
- L.M.L. Ong, J.C.J.M. de Haes, A.M.Hoos and F.B.Lammes, (1995) 'Doctor-Patient communication: a review of the literature', *Social Science and Medicine*, Vol.40, No.7, pp.903-918.
- M. Paget (1983), 'On the Work of Talk: Studies in Misunderstandings', en S.Fisher y A. Todd, *The social organization of doctor – patient communication*, Washington, D.C.: Centre for applied linguistics.

- M. Parellada Sabata y G.García Brosa (1994), 'La sanitat com a sector econòmic. Model input-output i despesa sanitària. Anàlisi comparada per a Alemanya, Espanya, França i Italia', en *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, dir. Guillem López i Casanovas, Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- P.Paredes, M.de la Peña, E. Flores-Guerra, J.Díaz, J.Trostle (1996), 'Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be the clue', *Social Science and Medicine*, Vol 42, no.8, pp. 1141-1153.
- J. Pemán Gavin (2001), 'Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro' en *Revista de Administración Pública*, núm. 156. Septiembre-diciembre 2001.
- A.Peräkylä, (1998)'Authority and Accountability: the delivery of diagnosis in Primary Health Care', *Social Psychology Quarterly*, Vol.61, No.4, 301-320.
- V. Pérez Menayo (2001), 'La 'calidad social': un nuevo paradigma en las políticas europeas', *GAPP*, No. 20, Enero-Abril 2001.
- M.Pérez Yruela y S.Giner (eds) (1988), *El corporatismo en España*, Barcelona: Ariel Sociológica.
- S. Peters, I. Stanley, M.Rose, P.Salomon, (1998)'Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care' *Social Science and Medicine*, Vol.46.Nos.4-5, pp.559-565
- M. Poblet (2001), *Spanish legal culture: between state and society*, Tesis doctoral, en prensa.

- J.J.Pool (1982), 'Research Note: Bureaucracy in Hospitals: An Empirical Test of Hall's Theory in One organizational Type', *Organization Studies*, 3/2: 171-182.
- P.Pound, S.Ebrahim (2000), 'Rethoric and reality in stroke patient care', *Social Science and Medicine*, 1437-1446.
- W.Powell y P.J. Di Maggio (eds.) (1991) *The new institutionalism in organization analysis*, Chicago: University Chicago Press.
- F.Puigpelat (1998) 'Bioética y valores constitucionales', en María Casado *Bioética, Derecho y Sociedad*, Madrid: Ed. Trotta.
- L. Quadrado, (1999) *Welfare Inequality, Regionalisation, and Welfare Policy: Measurement and Analysis for Spain*, tesis doctoral.
- J.L. Quermonne, (1983) *L'organització administrativa de l'Estat*, Escola d'Administració Pública de Catalunya.
- C.A.Roberts, M.S.Aruguete, (2000), 'Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters', *Social Science and Medicine* 50, 309-315.
- J.D.Robinson, (2001) 'Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns', *Social Science and Medicine* 53, 639-656.
- J.A.Rodríguez, (1987), 'Estructura de la profesión médica española', *Revista española de investigaciones sociológicas*, 39.
- J.A.Rodríguez y J.M.de Miguel, (1988) 'Del poder de la corporación: el caso de la profesión médica española', en M. Pérez y S.Giner, *El corporatismo en España*, Barcelona: Ariel Sociológica.

- J.A.Rodríguez, (1998-1999) 'El campo de la política sanitaria', *GAPP N° 13-14*, Septiembre/Abril.
- J.A. Rodríguez (1987), *Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*, Madrid: Tecnos.
- J.A. Rodríguez (1987), 'La rebelión de los médicos: Análisis sociológico de las actitudes de la profesión médica ante la organización de la sanidad en España', *Sistema*, 78.
- J. A. Rodríguez y J.M. de Miguel (1990), *Salud y poder*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid: Siglo XXI.
- H. Sacks, E.A. Schegloff, G.Jefferson (2000), 'L'organizzazione della presa del turno nella conversazione' en P.P.Giglioli y G. Fele, *Linguaggio e contesto sociale*, Bologna: Il Mulino Prismi.
- B. Salter (2001), 'Who rules? The new politics of medical regulation, *Social Science and Medicine* 52: 871-883.
- M. Saville-Troike (1982), *The ethnography of communication. An introduction*, Oxford and New York: Basil Blackwell.
- E.A. Schegloff (1991) 'Reflections on Talk and Social Structure' en *Talk and Social Structure*, D. Boiden and D. Zimmerman, Cambridge: Polity Press.
- L.L. Schiavo (2000) 'Quality standards in the public sector: differences between Italy and the UK in the citizen's charter initiative', *Public Administration Vol 78 No. 3, 2000 (679-698)*

- R. Scott (et al.) (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago: Chicago University Press.
- A. Serra Ramoneda, (1994) 'Els models d'organització sanitària' en G.López i Casanovas (dir) *Fulls econòmics del Sistema Sanitari*, Generalitat de Catalunya.
- J.E.Seymour, (2000), 'Negotiating natural death in intensive care', *Social Science and Medicine*, 1241-1252.
- F. Silió Villamil y O.Solas Gaspar, (2000) *Los retos directivos ante la gestión de la efectividad*, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- D. Silverman (1987), *Communication and Medical Practice, Social Relations in the Clinic*, SAGE Publications.
- H. Simon, (1993), *Administration et processus de décision*, Economica, Paris.
- H. Simon (1971), *El comportamiento administrativo*, Aguilar.
- H. Simon (1965), *The new science of management decision*, Prentice-Hall, Inc.
- H. Simon (1983), *Reason in Human Affairs*, Standford University Press.
- J. Sitzia y N.Wood (1997), 'Patient satisfaction: a review of issues and concepts' en *Social Science and Medicine*, Vol 45, No.12, pp.1829-1843.
- M. Solloway (2000), *The Impact of Managed Care on Access to Emergency Services: An Analysis of Managed Care Contracts of State Medicaid and Federal Employee Health Benefit Plans*, Emsc National Resource Center.
- S. Sontag, (1996) *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*, Taurus.

- B.Stenberg and S. Wall (1995), 'Why do women report 'sick building symptoms' more often than men?', *Social Science and Medicine*, Vol.40, No.4, pp.491-502.
- F.S.Stvenson, C. A. Berry, N.Britten, N.Barber, C.P.Bradley (2000), 'Doctor – patient communication about durgs: the evidence for shared decision making', *Social Science and Medicine* 50: 829-840.
- D. Tannen (1996), *Género y discurso*, Barcelona: Paidós Comunicación.
- J.Taylor, F.Cooren, 'What makes communication 'organizational'?(1997), *Journal of pragmatics* 27: 409-483.
- V. Teas Gill, (1998) 'Doing attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses' *Social Psychology Quarterly*, Vol.61, No.4, 342-360.
- A.D. Todd (1983) 'A diagnosis of doctor-patient discourse in the prescription of contraception' en S. Fisher y A. Todd *The social organization of doctor – patient communication*, Washington: Center for Applied Linguistic.
- B. Turner, (1987) *Medical Power and and Social Knowledge*, London: Sage.
- VV. AA, (1999) *La formación de los profesionales de la salud. Formación pregraduada, postgraduada y formación continuada*, Bilbao: Fundación BBV
- VVAA, (1995) *Política sanitaria*, Madrid: Fundación ciencias de la Salud, Ediciones Doce Calles.
- A. West (1983) 'Ask me no questions....' An analysis of queries and replies in physician – patient dialogues' en S. Fisher y A. Todd, *Social Organization of doctor-patient communication*, Washington: Center for applied linguistic.

- B. Williams (1994) 'Patient satisfaction: a valid concept?', *Social Science and Medicine* Vol.38, No.4, pp.509-516.
- F. Yus (1999) 'Misunderstanding and explicit/implicit communication' *Pragmatics* 9:4.487-515.
- D.H. Zimmerman, 'Achieving Context. Openings in Emergency calls' en G.Watson & R.M. Seiler (ed) *Text in context*, London: SAGE publications.