



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología
Memoria de Título para optar al título de Psicólogo

“Mi hospital en movimiento”: las prácticas y
significados de la apropiación del espacio en la
Residencia de Urgencias en el Hospital Dr. Exequiel
González Cortés.

Profesor Guía:

Roberto Fernández

Autor:

Pablo Troncoso

Sugerencia de Comisión para la Defensa de la Memoria:

Isabel Piper

Adriana Espinoza

Firma del Profesor Guía:

Índice

Portada.....	1
Índice.....	2
Resumen.....	3
Antecedentes.....	3
Problematización.....	7
Pregunta de Investigación.....	11
Objetivos.....	11
Relevancia.....	11
Marco Teórico.....	13
Marco Metodológico.....	23
Relato Etnográfico. Capítulo I: Entrada, Traslado, Minga y un Escenario en Construcción.....	29
Relato Etnográfico. Capítulo II: Urgencias, Identidad de Lugar, Prácticas y Significación de un Espacio Apropriado.....	37
Relato Etnográfico. Capítulo III: Miedo, Rechazo, Rabia y Resentimiento. El Desalojo con nombre de Minga Sensible.....	44
Relato Etnográfico. Capítulo IV: Analizando prácticas, significaciones y expectativas del traslado. Lo que los datos nos dicen de la apropiación del espacio en la Residencia.....	52
Discusión.....	81
Conclusiones.....	87
Referencias.....	93

Resumen

Esta investigación nace frente a las problemáticas que surgen en el hospital Exequiel González Cortés a la hora de enfrentarse a un proceso de traslado a un nuevo edificio; el anuncio del traslado —efectuado a los/as funcionarios/as oficialmente en el año 2012— reveló que, sobre el espacio laboral, los/as funcionarios/as que han trabajado durante años en el edificio hospitalario, han generado una serie de prácticas y significaciones, que han dado como resultado una apropiación y apego al espacio que genera dificultades a la hora de enfrentar el proceso de traslado.

En el caso específico del Servicio de Urgencias, el espacio de descanso conocido como “la Residencia” se muestra como un espacio que genera conflicto en el contexto del traslado, en tanto los/as funcionarios/as toman una posición en la que se niegan a abandonarla y sustituirla por los espacios ofrecidos en el nuevo edificio.

Para el desarrollo de esta investigación hice uso de una metodología cualitativa, enfocada en un trabajo fotoetnográfico, acompañado de entrevistas, actas de reuniones y talleres, con el fin de recoger datos para llevar a cabo un análisis que permita identificar, caracterizar y analizar las prácticas y significados del espacio apropiado al enfrentarse al traslado a un nuevo edificio, y las expectativas que surgen de este nuevo espacio.

La investigación reveló que los/as funcionarios/as de Urgencias significan el espacio de “la Residencia” como un refugio y un hogar, el cual ha pasado a ser considerado como un espacio que se han ganado mediante un proceso de apropiación, el cual pasa a tener un componente afectivo y de apego donde se genera una identidad de grupo que se pone en riesgo con el proceso de traslado, por lo cual es rechazado para proteger su identidad, y para proteger el espacio con el cual han desarrollado un vínculo afectivo.

Antecedentes

El hospital Dr. Exequiel Gonzales Cortes tiene una larga historia que va desde los años 60 y en la cual se ha desarrollado como el mejor hospital pediátrico del país a través de los años, obteniendo en el 2007 —por mérito propio— la calidad de Hospital Autogestionado en Red. En el 2011 la Superintendencia de Salud le entrega el certificado de hospital de Acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente, siendo el primer hospital

y la segunda organización pública en obtenerla, y siendo Reacreditado durante el 2015. (Hospital Dr. Exequiel González Cortés, 2015).

La historia del hospital se ha visto marcada por cambios constantes desde su concepción en 1953, añadiendo nuevos servicios y nuevos espacios de operación alrededor del hospital a través de los años, destacando la inauguración del servicio de Urgencias en los espacios del antiguo policlínico en 1995 que le permitió al servicio operar de forma óptima, dándole a sus funcionarios/as un mejor estándar de vida laboral y a los/as niños/as un espacio en mejores condiciones para ser tratados. La historia del hospital se ha visto enmarcada en un contexto de constante evolución. (Artiagas & Montenegro, 2001).

En la última década, el hospital se vio enfrentado una vez más a un cambio importante, el traslado a un nuevo edificio: se construyó en un terreno de aproximadamente 31.000 m² un edificio de 6 pisos diseñado para cumplir con las actuales normativas sanitarias y los mayores estándares de calidad que existen a nivel internacional (Consortio Hospital Dr. Exequiel González Cortés, 2016).

Durante febrero del 2012 se licitó públicamente la construcción del nuevo edificio, siendo aprobada la contratación de la empresa constructora a fin de año por la Contraloría General de la República, siendo en marzo del 2013 el acto de la puesta de la primera piedra y su subsecuente construcción. (Hospital Dr. Exequiel González Cortés, 2015).

El traslado del hospital a un nuevo edificio se produce dado a un cambio en el contexto de la salud en Chile. El financiamiento y la gestión hospitalaria son aspectos que han cambiado considerablemente con el paso de los años: un importante cambio en el sistema de salud se produjo durante la dictadura militar entre los años 70 y 80, lo que provocó un severo desfinanciamiento en los servicios hospitalarios, impactando la calidad del servicio. Por ello, una vez que se reestableció la democracia, se buscó recuperar la inversión en salud, la infraestructura y la accesibilidad a los servicios (Méndez & Torres, 2010).

Desde los años 90, la gestión del sector sanitario en Chile evidenciaba una débil integración institucional, con ausencia de coordinación entre niveles de atención y recursos humanos desaprovechados, lo cual quedaría como un asunto pendiente a resolver hasta el año 2002, momento en el cual el país implementaría una reforma sanitaria orientada a definir garantías explícitas en salud y exigibles para los ciudadanos y mejorar los modelos de atención y gestión del sistema. Así, los directores de los Establecimientos podrían dirigir la ejecución de programas, diseñar planes de desarrollo y organizar

internamente el establecimiento. La fecha que se contempló inicialmente el año 2009 para la implementación de los Establecimientos en todo el país, sin embargo, esta fecha fue postergada con razón de optimizar su implementación (Méndez & Torres, 2010).

Sin embargo, el año 2010 el ministro de salud del gobierno de Piñera anunció que no se construirían más establecimientos de salud (ni hospitales, ni centros de salud de atención abierta) con presupuesto sectorial, y todo sería reorientado hacia la concesión a privados; las concesiones hospitalarias son una forma de concesión social, acuerdos establecidos entre el Estado y el sector privado para el diseño, el financiamiento y la construcción, hasta la operación de servicios industriales frente al cual el Estado debe garantizar su ejecución. (Bachelet, 2014).

Resulta relevante destacar que la gestión de cada etapa conlleva contratos distintos con diferentes actores, las bases de licitación resultan dispares, complejizando la relación entre el Estado y las empresas constructoras. En este complejo panorama es en el cual encontramos los varios hospitales en un proceso de transición, teniendo dos hospitales concesionados ya en operación (Maipú y La Florida) y diez en construcción, entre ellos nuestro caso de interés, el hospital Exequiel González Cortés (Candia, 2016).

Enfrentándose a este contexto de cambio en el financiamiento y la gestión hospitalaria, el Servicio de Salud Metropolitano Sur (2017) estableció la necesidad de apoyar el proceso de traslado y los cambios de la gestión hospitalaria del hospital con un equipo de profesionales expertos en diseño estratégico, investigación etnográfica y soluciones tecnológicas, que además cuente con un conocimiento detallado de los modos operativos imperantes en el hospital, experiencia en trabajo interdisciplinario de gestión clínica centrada en el paciente.

Este equipo de investigación constituyó un equipo de investigación, llamado “Exequiel Sensible”, con el fin de llevar a cabo una investigación transversal a todos los servicios del hospital. El objetivo de dicha investigación era levantar información sobre las dinámicas cotidianas de los/as funcionarios/as que caracterizan la cultura del Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), las expectativas y significaciones que le confieren al traslado a un nuevo edificio, para así crear una estrategia de diseño de construcción de espacios en el nuevo edificio que permitiese una adaptación más fácil a sus funcionarios/as.

En este contexto, el equipo de investigación localizó una serie de problemáticas con respecto al traslado a un nuevo edificio, en tanto significa dejar un espacio que ha sido apropiado por los/as funcionarios/as en por un espacio que se les hace ajeno.

A través de un extenso trabajo etnográfico, realizado entre abril y noviembre del 2017, el servicio de Urgencias se reveló como un caso de interés, en tanto mostraban un nivel de resistencia al proceso de traslado. Esta resistencia se hizo presente en un discurso explícito por parte de los/as funcionarios/as que declaraban que el traslado no iba a funcionar en tanto el espacio ofrecido por el nuevo edificio no lograba adecuarse a sus necesidades como el espacio que estaban abandonando.

Los espacios que los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias adquirieron el año 1995 fueron declarados por ellos mismos como “ganados” y, en el contexto del traslado a un nuevo edificio, expresaron un rechazo a las propuestas, prácticas y decisiones que se tomaron por parte de su Jefatura y Dirección, generando un conflicto que debió ser atendido en los meses de previo al traslado al nuevo edificio.

Problematización

En el contexto del traslado al nuevo edificio, el tema de la apropiación del espacio surgió como uno de los elementos de mayor preocupación para los/as funcionarios/as que han sido entrevistados/as, conversado y convivido en el marco de la investigación del equipo Exequiel Sensible; el hospital ha cumplido con un estándar de excelencia hasta la fecha y se reconoce que se debe al trabajo y la disposición que tienen los/as funcionarios/as, dada por el apego que tienen al hospital. Este apego al espacio se ha dado por la apropiación que han podido realizar para convertir espacios en lugares significativos para ellos, y por lo mismo ven sus lugares apropiados amenazados a la hora de realizar el traslado.

En particular, la reacción por parte del servicio de Urgencias ha sido tan negativa que los mismos jefes reconocían el temor de que pudiese producirse una paralización de sus actividades a la hora de realizar el traslado al nuevo edificio. Se reconoció una fuerte resistencia al traslado que estaba arraigada en un fuerte sentimiento de apropiación y apego al espacio.

Esta resistencia se expresó en un discurso claro y explícito por parte de los/as funcionarios/as de Urgencias: su espacio más importante, la Residencia, que se percibía que iba a ser sustituido por un espacio más pequeño, en donde no podrían llevar a cabo sus actividades cotidianas y que, en definitiva, no consideraba a los/as funcionarios/as y terminaría por caerse bajo su propio peso.

Para abordar este escenario de la resistencia que presentaba el servicio de Urgencias frente al contexto del traslado a un nuevo edificio, se hace necesario comprender cómo los/as funcionarios/as del servicio vivieron el proceso de apropiación del espacio y, junto con ello, cuáles son las prácticas y significaciones conferidas a los espacios que son apropiados por ellos/as.

Es necesario destacar que ningún espacio puede ser visto como afectivamente neutro o vacío en tanto significado social. Si bien podemos reconocer las diferencias entre un “espacio dado” y “un espacio producido” ninguno es sin una significación social; un espacio dado posee un proceso psicológico y social definitivo a priori, mientras que un espacio producido resulta de los arreglos e interpretaciones hechas por los/as usuarios/as. En ambos casos hay un afecto y significación social. (Korosec-Serfaty, 1984). Por ello, los espacios en los cuales trabajan y descansan los/as funcionarios/as del servicio de

Urgencia no pueden dejar de considerarse como significativos, en tanto los significados y prácticas que se desarrollan en el espacio crean interpretaciones sobre éste.

A partir de lo observado en el trabajo etnográfico realizado en el servicio de Urgencias del hospital, los/as funcionarios/as presentan una particular ansiedad y angustia con respecto al traslado a realizarse al nuevo edificio; los espacios a los cuales debían trasladarse se percibían de forma negativa, como una pérdida, en tanto se abandonaba un espacio que era significativo para ellos/as por un espacio que, según ellos, los dejaría en peores condiciones que las que poseían al momento de realizarse el trabajo etnográfico.

Existía una construcción con respecto a los espacios que hacía uso el servicio de Urgencias; esta construcción se fue desarrollando al incorporar en el entorno los procesos afectivos y cognitivos de los/as funcionarios/as del servicio. En sus acciones, fueron imbuyendo el espacio de significado individual y social, a través de los procesos de interacción con dicho espacio.

Podemos reconocer dos procesos: uno de acción-transformación donde los grupos reconocen el entorno, lo categorizan y le atribuyen cualidades, y otro de identificación simbólica donde los grupos se reconocen en el mismo entorno. (Vidal & Pol, 2005). Es de esta manera que en las acciones de trabajo y descanso se construyen prácticas y significaciones que hacen de sus espacios en el complejo del hospital antiguo un espacio que es considerado importante por los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias, se convierten en espacios apropiados. Al haber actuado sobre el espacio, le atribuyeron significaciones específicas que, a su vez, construyó una identidad en la que los/as funcionarios/as se reconocieron a sí mismos/as.

Vidal y Pol (2005) con respecto a la apropiación del espacio permiten entenderla como un proceso dialéctico por el cual se vinculan las personas y los espacios, dentro de un contexto sociocultural, desde los niveles individual, grupal y comunitario hasta el de la sociedad. En este proceso se halla el significado atribuido al espacio, los aspectos de la identidad y el apego al lugar, los cuales pueden entenderse como facilitadores de los comportamientos respetuosos con los entornos derivados de la implicación y la participación de éstos.

Desde esta perspectiva, las aprehensiones al cambio que presentaron los/as funcionarios/as de Urgencias se comprenden, en tanto las prácticas cotidianas que han constituido tanto individualmente como grupalmente en la Residencia, que sostuvo sus identidades como personas y trabajadores del hospital, se ven en riesgo.

Los procesos que implican el fenómeno de la apropiación del espacio, entonces, son una forma de comprender y explicar los vínculos que las personas generan con los espacios, bien como “depósitos” de significados, como tendencias a generar apego al lugar, y como una categoría social a partir de la cual se desarrollan aspectos de la identidad. (Vidal & Pol, 2005).

De hecho, los lugares pueden contener recuerdos de experiencias y eventos que ocurrieron allí; estos recuerdos pueden ayudar al apego que vincula a las personas con el lugar, en tanto esos recuerdos se gatillan para los recuerdos de cosas y personas que puedan estar asociados con el lugar. (Ratcliffe & Korpela; 2016). Los recuerdos del pasado a la creación de lugares de significados se vinculan con el apego de lugares. Los recuerdos de y asociados de lugares son parte del proceso de apego al lugar. (Scannell & Gifford, 2010, citados en Ratcliffe & Korpela, 2016). Resulta interesante, entonces, ver como los recuerdos constituyen un pasado común que conectan al grupo con el lugar, y como se establece una temporalidad entre el antes y después del traslado, que pone las ansiedades en el futuro post traslado donde no hay recuerdos que sostengan una significación de ese espacio.

Las acciones realizadas en el espacio, individuales o colectivas, llevan a la pertenencia, a la cohesión, emotividad, comunidad y autorreconocimiento. La apropiación establece pertenencia, que a través del tiempo conduce al apego, dando paso a aprehensión física y simbólica de ciertos elementos del lugar por diversos motivos, de tal modo que implica identidad. (Menéndez & Del Rocío, 2014).

La experiencia emocional en los lugares implica que las acciones se desarrollan en el lugar y las concepciones que del lugar se generan están imbricadas. El énfasis en el significado del entorno, como proveedor de un sentido de comunidad y diferenciación, representa un conjunto de significados y símbolos con los que las personas pueden identificarse, a la vez que representa una expresión de su identidad. En esta dinámica es que se produce el proceso de apropiación del espacio y del apego al lugar, en la interacción de los procesos de interacción conductual y simbólica de las personas con su medio físico, lo que deviene en una carga de significado que es percibido como propio por la persona o el grupo. (Vidal & Pol, 2005). El apego al lugar se caracteriza por reunir afectos, cognición y práctica; en el apego vemos el establecimiento de lazos de las personas con los lugares. (Di Massio, Vidal & Pol, 2008).

A partir de estas definiciones, podemos comprender de qué modo se produce el fuerte apego que los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias muestran con respecto

a sus espacios de descanso. En los modos de interacción performados se produce una carga de significado que se ve en riesgo a la hora de plantearse el proceso de cambio hacia un nuevo hospital, en tanto que se pone en riesgo la estructura que ha dado paso al establecimiento de lazos de estos grupos con el espacio y consigo mismos, se pone su propia identidad y carga emocional en juego.

Los lugares que se apropian y a los cuales se generan apego van más allá de la casa propia o la ciudad. En los lugares de trabajo podemos encontrar lugares apropiados por los/as trabajadores/as, en donde toman y transforman un lugar que pasan a ser usados y ocupados, a través de apropiación temporal. Estos espacios dan paso a relaciones humanas que permiten producir y consumir significados a través del apego emocional y subjetivo que tienen para las personas que comparten un local particular. No solo encuentran un lugar físico para realizar sus labores de trabajo al día a día, sino que encuentran un lugar en el cual encontrarse, relacionarse y ligarse emocionalmente con el espacio compartido (Courpasson, Dany & Delbridge, 2016).

Más interesante aún, este espacio pasa a tener matices que lo llevan a considerarse similar al hogar. Rioux, Scrima y Werner (2017), ven en la apropiación del espacio un proceso interactivo por el cual los individuos transforman a conciencia el ambiente físico en algo significativo para ellos/as mientras que, a su vez, se van transformando a ellos/as mismos también. Es en este proceso de apropiación interactivo es que se genera el apego al espacio y, a posterior, un sentimiento de hogar: a medida que se da apego al espacio se permite crear un sentimiento de hogar con respecto a los espacios en los que uno habita, sean domésticos, comunitarios o laborales, lo que provee sentimientos de control, seguridad, y sentimientos de autenticidad en un ambiente que puede ser privado o público.

La apropiación del espacio sería el proceso en el cual el “espacio” es transformado en “lugar”; en este proceso un espacio, que es ajeno, pasa a ser un lugar, el cual se siente propio, se usa activamente y, finalmente, genera apego a un ambiente físico. Esta transformación genera significado para los individuos que han estado involucrados en el proceso de apropiación y apego del espacio, el cual crece con el tiempo, dando la posibilidad de generar, a su vez, un sentimiento de comunidad con aquellas personas que comparten y tienen un apego por el espacio que en el que se convive (Rioux, Scrima & Werner, 2017). Y eso es lo que podemos reconocer en el servicio de Urgencias; hay un apego que pone en juego un factor de fuerte emocionalidad con respecto al traslado al nuevo edificio.

Es por ello, en base a todo lo revisado anteriormente, considerando el fuerte apego y apropiación del espacio que fueron detectados en esta unidad de trabajo, en conjunto con la resistencia al traslado al nuevo edificio expresado en un rechazo explícito en su discurso, que puedo destacar una tensión que surgió y se mantuvo durante el período de trabajo con el servicio de Urgencias, entre los meses de julio a octubre, y que ha resultado problemática a la hora de plantear la idea de realizar el traslado a un nuevo espacio que fue percibido como negativo, inferior, como un cambio violento con matices de desalojo.

Es en este escenario que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las prácticas y significados respecto a los espacios apropiados que poseen los/as funcionarios/as pertenecientes al servicio de Urgencias del hospital Exequiel González Cortés en el contexto previo al cambio de edificio realizado a fines del año 2017?

Objetivo General:

- Comprender las prácticas y significados respecto a los espacios apropiados que poseen los/as funcionarios/as pertenecientes al servicio de Urgencias del hospital Exequiel González Cortés en el contexto previo al cambio de edificio realizado a fines del año 2017.

Objetivos Específicos:

- Identificar, caracterizar y analizar las prácticas por los/as funcionarios/as de Urgencias poseen sobre sus espacios.
- Identificar, caracterizar y analizar los significados que los/as funcionarios/as de Urgencias poseen sobre sus espacios.
- Identificar, caracterizar y analizar las expectativas del cambio al nuevo edificio que poseen los/as funcionarios/as de Urgencias.

Relevancia:

En el contexto del traslado al nuevo edificio, esta investigación se presenta como un insumo para el hospital Exequiel González Cortés, puesto que ofrece una caracterización y análisis en profundidad sobre el ámbito de apropiación del espacio llevado a cabo por sus funcionarios/as, que afecta el cómo se relacionan con sus espacios

de trabajo, de descanso y con el hospital mismo, abriendo la posibilidad de nuevos modelos de evaluación para los servicios que atienden en el hospital que consideren este ámbito para mejorar las condiciones laborales de sus trabajadores,

Resulta, a su vez, un insumo para otros hospitales que se vayan a enfrentar a procesos de traslado similares o que vayan a actuar sobre la infraestructura hospitalaria; tener esta investigación como antecedente les permitirá añadir el ámbito de apropiación del espacio como un ámbito a considerar para tratar tensiones emergentes con sus servicios, para evitar el surgimiento de nuevas tensiones y resistencias al proceso de cambio, o como un ámbito que pueda ser aplicado al diseño de nuevos espacios.

Marco Teórico:

En el siguiente marco teórico revisaré algunos de los conceptos y términos claves para esta investigación. Comenzaré explicando las aproximaciones hacia el espacio desde la Psicología Ambiental para dar una perspectiva histórica de cómo se ha estudiado el espacio en nuestra disciplina, revisando los estudios al respecto realizados por Proshansky, Fabian & Kaminoff (1983), Valera & Pol (1994), Bomfim & Pol (2005) y Pol (2006) al respecto. En seguida, se enlazarán estos conceptos con las significaciones del espacio hospitalario que da Pérez Hernández (2014).

Una vez revisado el concepto de espacio en Psicología Ambiental, pasaré a describir lo que se entiende por “apropiación del espacio” con el fin de entender a cabalidad la base de esta investigación, centrándome en los trabajos de Pol (2005, 2008) como el foco principal, revisando también los aportes sobre el tema de Jiménez, Olivera & López (2014), Gómez Carmona & Calvo (2013), y García & Tatiana (2015). Luego, se explicará desde Muñoz Jiménez (1999) cómo se puede entender la apropiación del espacio en espacios hospitalarios.

Finalmente, habiendo entendido los conceptos de “espacio” y “apropiación del espacio”, terminaré con una revisión sobre los distintos significados y prácticas que distintos autores han estudiado con respecto a la apropiación del espacio con tal de permitir una comprensión a cabalidad de las prácticas y significaciones de la apropiación del espacio por parte de los funcionarios de Urgencias en el hospital Exequiel Gonzáles Cortés. Para estos fines, se hará la revisión de los trabajos de Korosec-Serfaty (1984), Di Massio, Vidal & Pol (2008), Kidder (2012), Ménéndez & Del Rocío (2014), Ratcliffe & Kalevi (2016), Courpasson, Dany & Delbridge (2016), y Rioux, Scrima & Werner (2017). Para terminar, se enlazan estos conceptos en el contexto hospitalario con las experiencias relatadas por Monticelli & Elsen (2004) sobre las significaciones y prácticas del espacio apropiado en un hospital donde observaron apego al lugar.

El espacio desde la Psicología Ambiental

La Psicología Ambiental propiamente tal, si bien tuvo sus precursores al inicio del siglo XX, fue acuñada como una rama de la Psicología por Hellpach en 1924 como crítica a la Psicología Experimental, la cual según él “individualiza artificialmente la vida psíquica” y, en cambio, la Psicología Ambiental debería enfocarse en “la psique en tanto

su dependencia de su ambiente factual”. Esta interdependencia entre lo que llama “psique” y lo que se refiere como “ambiente factual” es muy cercano a las ideas más contemporáneas sobre “ambiente” en la Psicología Ambiental y resulta clave para entender las visiones del espacio que se han abierto en la Psicología Ambiental desde entonces (Pol, 2006).

Valera y Pol (1994) apuntan que los estudios de psicología ambiental basados en lo social e histórico estudian conceptos de identidad social urbana y la vinculación que las personas tienen con el espacio de la ciudad, en tanto el significado emocional y el valor que le atribuyen al espacio de la ciudad, generando una identidad social urbana. La relación entre individuos y grupos con el entorno se puede ver traducida en un «diálogo» simbólico en el cual las personas atribuyen, interpretan y reelaboran significados socialmente elaborados sobre el espacio en un proceso de reconstrucción que enriquece a ambas partes. Esta relación dialogante constituiría la base de la identidad social asociada al entorno. (Valera & Pol, 1994).

La Psicología Ambiental se ha preocupado en particular por el espacio de la ciudad y su relación con el simbolismo del espacio, puesto que la ciudad refleja el diálogo con lo simbólico, en tanto que lo que gana prominencia en la mente de las personas no es solo el espacio concreto que existe, sino el conocimiento o las representaciones que las personas realizan del espacio en sí y el cómo la comunidad refuerzan dichas representaciones subjetivas que pasan a ser un hecho colectivo (Bomfim & Pol, 2005).

Desde esta línea, autores de la Psicología Ambiental como Proshansky y sus colaboradores (1983) han dado cuenta de cómo la relación con el espacio es generadora de identidad (con el concepto acuñado de *place-identity* que se traduciría como identidad de lugar). A la base de esta estructura estaría un «pasado ambiental» del individuo, así como los significados socialmente elaborados sobre el espacio que ha ido integrando en sus relaciones espaciales. Este pasado ambiental configuraría la identidad de lugar, los vínculos que se forman al relacionarse con el espacio y la significación que se le es conferida socialmente. Cuando la persona siente su lugar amenazado es cuando son conscientes de su identidad amenazada y se determina el grado de apropiación que favorece un sentimiento de control y seguridad ambiental. (Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983).

Desde Turner (1987) se reconocen tres niveles de consideración con respecto a la relación que las personas establecen con el espacio: «el espacio mío», «el espacio nuestro» y «el espacio de todos». Esta proposición sobre las relaciones con el espacio

hace referencia al concepto teórico de la psicología ambiental del proceso de apropiación espacial. (Turner, 1987, citado en Valera & Pol, 1994).

El mecanismo de apropiación facilita el diálogo entre los individuos y su entorno en una relación dinámica de interacción. La forma en que el *self* incorpora cogniciones, afectos, sentimientos o actitudes con el espacio resultan fundamentales a la hora de definir su identidad como individuo, dada la vez que se produce un proceso de apropiación del espacio al transformarlo física o simbólicamente. Es en este proceso que el espacio se convierte en lugar, que se vuelve significativo. (Valera & Pol, 1994).

Bomfim & Pol (2005) dan cuenta de que, en la Psicología Social y Ambiental, existe una interface entre lo individual y el espacio de relación en la ciudad; este es el afecto. El afecto es visto como un aspecto integrador del conocimiento, percepción, y orientación espacial, y permite generar espacios de relación para necesidades públicas y privadas. El afecto, entonces, es parte importante del proceso de apropiación del espacio, en tanto que articula la forma en que el proceso de apropiación convierte un espacio en un lugar significativo.

A partir de las concepciones revisadas sobre el espacio desde la Psicología Ambiental podemos aproximarnos, desde esta perspectiva, a las significaciones que comprendería un espacio hospitalario. Según Pérez Hernández (2014) un espacio hospitalario adquiere un imaginario propio que resguarda la producción de pasado, las experiencias del presente y las expectativas del futuro. El hospital como lugar es un depósito de dolor, sufrimiento, dudas, angustias, de esperanzas y de ganas de vivir, en un rito donde se produce una transición de un estado de duda a uno de certeza a través del tiempo de permanencia en el espacio hospitalario, cuya producción resulta importante para el proceso terapéutico (Pérez Hernández, 2014).

La descripción del espacio hospitalario de Pérez Hernández (2014) sigue justamente las concepciones sobre el espacio desde la Psicología Ambiental en congruencia con la revisión que he realizado, la descripción de una temporalidad presente en el espacio sobre una identidad de lugar (*place-identity*) que configura la identidad social asociada al espacio del hospital y las significaciones que se le atribuye a éste.

La apropiación del espacio

Como ya revisamos brevemente en el apartado anterior, podemos dar cuenta de que el concepto de “apropiación del espacio” se refiere a un proceso en el cual se establece

una relación entre el individuo y el espacio, transformando el espacio en un lugar significativo. En este apartado veremos a mayor detalle cómo se entiende el concepto de “apropiación del espacio”.

Para comenzar, el concepto de apropiación en psicología puede ser visto en los aportes de Lev Semionovich Vigotski, seguido por Aleksei Nicolaevich Leontiev, en la psicología soviética. La apropiación sería un mecanismo básico del desarrollo humano, en el cual se realiza una construcción sociohistórica de la realidad en tanto las personas imbuyen de significado la realidad al “apropiarse” de la experiencia generalizada del ser humano. Estas visiones de la apropiación, entendidas como “interiorización” de la praxis humana a través de sus significados, dieron paso al concepto de apropiación del espacio a causa del enfoque fenomenológico que trajo consigo la psicología del espacio en los años 60 (Vidal & Pol, 2005).

Lefebvre (1971) se refirió sobre la apropiación como una acción típicamente humana que resulta ser la finalidad misma de la vida social. Las personas se apropian y son apropiadas por el espacio, como un proceso de doble vía. En este proceso se le imbuye al espacio cualidades de un lugar personal (Lefebvre, 1971, citado en Jiménez, Olivera & López, 2014).

No obstante, el concepto de apropiación del espacio se mantuvo como uno de bajo perfil hasta 1976, cuando Perla Korosec-Serfaty lo hizo visible en la celebración de una conferencia internacional; allí explica que, a través de la apropiación del espacio la persona se hace a sí misma mediante las propias acciones en un contexto socio cultural e histórico. La apropiación se ve como una capacidad, una aptitud que las personas desarrollan y a través de la cual se hacen a sí mismo y dotan de significado a los objetos o espacios apropiados, en un proceso dinámico de interacción de la persona con el medio que va más allá de la propiedad legal (Korosec-Serfaty, 1976, citado en Vidal & Pol, 2005). La apropiación supondría adaptar algo a un uso definido y la acción que se dirige a convertirlo en algo propio, siendo el dominio de los significados en contextos socioculturales (Korosec-Serfaty, 1986, 2003, citado por Jiménez, Olivera & López, 2014).

Posterior a Lefebvre y Korosec-Serfaty, Yi-Fu Tuam (1983) se refiere a la vinculación que se produce las personas y el lugar, a la vez que buscan espacio. La distinción es importante, puesto que “espacio” y “lugar” son conceptos que no pueden ser definidos sin el otro, siendo el espacio algo más abstracto que el lugar, considerado en movimiento, mientras que el lugar toma una definición más concreta, considerado como

una pausa. En el proceso de apropiación del espacio, ocurre que un espacio indefinido se define como lugar significativo para la persona, en el cual el individuo crea una red de seguridad en torno a este espacio que pasa a ser lugar y se vincula con él, creando una identidad de lugar (Tuam, 1983, citado en Bomfim & Pol, 2005).

El trabajo realizado por los autores previamente mencionados llevó a Tomeu Vidal y Enric Pol Urrútia (2005) a realizar sus propios estudios con respecto a la apropiación del espacio: estos autores entienden la apropiación del espacio como un proceso dialéctico por el cual se vinculan las personas y los espacios, dentro de un contexto sociocultural, desde los niveles individual, grupal y comunitario hasta el de la sociedad. En este proceso se hallan los significados atribuido al espacio, los aspectos de la identidad y el apego al lugar, los cuales pueden entenderse como facilitadores de los comportamientos respetuosos con los entornos derivados de la implicación y la participación de éstos.

Vidal y Pol hablan de un modelo dual de la apropiación, puesto que ven la apropiación como un proceso que se da por dos vías principales entrelazadas: la acción-transformación, por una parte, y la identificación simbólica, por otra. La acción-transformación se refiere como el espacio personal se entremezcla con la territorialidad, imbuyendo las características del espacio personal a un territorio en el proceso de transformación. La identificación simbólica, por su parte, tiene que ver con la vinculación que se realiza con el espacio con los procesos afectivos, cognitivos e interactivos. (Vidal & Pol, 2005).

Los procesos que implican el fenómeno de la apropiación del espacio, entonces, son una forma de comprender y explicar los vínculos que las personas generan con los espacios, bien como “depósitos” de significados, como tendencias a generar apego al lugar, y como una categoría social a partir de la cual se desarrollan aspectos de la identidad. (Vidal & Pol, 2005).

El modelo dual de la apropiación propuesto por Vidal y Pol permite dar cuenta de procesos apropiativos donde la identificación simbólica trasciende el espacio material, en el cual el individuo ejerce un control sobre alguna porción del mundo y el sujeto-agente es transformado en el acto apropiativo. (Di Massio, Vidal & Pol, 2008).

En la medida en que el grupo se sienta históricamente ligado a un determinado entorno, desarrollarán un sentimiento de pertenencia histórico al lugar, creando una diferencia entre ellos y un grupo externo que no comparta su pasado ambiental. Se constituye una fuerte identidad del propio grupo, se desarrollan fuertes lazos de unión

entre el espacio, el grupo y los miembros del grupo en sí mismo. Por ello, la apropiación del espacio no es necesariamente un proceso únicamente individual, sino que también puede ser un proceso grupal. (Gómez Carmona & Villar Calvo, 2013).

Desde una perspectiva sociocultural, el espacio público se manifiesta como una imagen dentro de la memoria de los ciudadanos que les permite identificarse con el pasado y el presente. Los lazos y vínculos que se han trazado en el proceso de apropiación del espacio llenan el lugar de significativo, dándole atributos bien definidos. (García & Tatiana, 2015).

La apropiación del espacio, vista desde los espacios hospitalarios, se puede entender, entonces, según los lazos que se forman en la relación existente entre las formas espaciales y los modos de vida siempre cambiantes, en las actitudes humanas frente a la vida, muerte o enfermedad, la espera, la permanencia, en aspectos organizativos y la supeditación del espacio a la secuencia temporal de las actividades que se desarrollan en el hospital y sus aspectos simbólicos en cuanto edificio público. A través de estos lazos se produce una apropiación del espacio del espacio hospitalario, en donde, al penetrar el edificio, se produce el proceso apropiativo. (Muñoz Jiménez, 1999).

Significaciones y prácticas dadas en el proceso de apropiación del espacio

El proceso de la apropiación del espacio, como vimos anteriormente, no se da sin un componente afectivo que repercute en la identidad de la o las personas involucradas en el proceso de apropiación. En este apartado revisaremos las prácticas y significados que se dan en el espacio apropiado, en tanto son ellas las que afianzan este sentido de vinculación con el espacio.

Ningún espacio puede ser visto como afectivamente neutro o vacío en tanto significado social. Si bien podemos reconocer las diferencias entre un “espacio dado” y “un espacio producido” ninguno es sin una significación social; un espacio dado posee un proceso psicológico y social definitivo a priori, mientras que un espacio producido resulta de los arreglos e interpretaciones hechas por los usuarios. En ambos casos hay un afecto y significación social. (Korosec-Serfaty, 1984).

Es mediante la acción que las personas incorporan el entorno en sus procesos cognitivos y afectivos de manera activa y actualizada. Son las acciones las cuales imbuyen de significado al espacio individual y social, a través de los procesos de interacción. Podemos reconocer una acción-transformación donde los grupos reconocen

el entorno, lo categorizan y le atribuyen cualidades, mientras que en el proceso de identificación simbólica los grupos se reconocen en el mismo entorno. (Vidal & Pol, 2005). La apropiación del espacio, entonces, pasa a ser un factor de continuidad y estabilidad del self y de la identidad y cohesión del grupo. Es una forma de entender los vínculos que se generan con los “lugares”, lo que facilita el implicarse y participar en el propio entorno, desarrollando los procesos cognitivos, afectivos y de identidad y relaciones, por lo que explica dimensiones del comportamiento más allá de lo que es solo funcional. (Vidal & Pol, 2005).

Sergi Valera menciona dos vías principales compatibles en la aproximación al simbolismo que se da en la apropiación del espacio; en primer lugar, el simbolismo se ve como una propiedad de la percepción de los espacios, donde el significado puede derivar de las características físico-estructurales, de la funcionalidad ligada a las prácticas sociales en que en éstos se desarrollan o de las interacciones simbólicas entre los sujetos que ocupan dicho espacio. En segundo lugar, está la carga de significado a un espacio determinado; aquí es donde puede verse la carga de simbolismo en un espacio público con un significado político determinado, a través de la “monumentalización del espacio” a través de figuras como las esculturas, o bien desde la propia comunidad al transformar un significado político inicial a otro distinto o contrario. La reelaboración del significado se explica a través de los procesos de apropiación del espacio. (Valera, 1993, 1996, citado en Vidal & Pol, 2005).

La implicación psicológica de las personas con los lugares significativos trasciende la presencia espacial y/o temporal en dicho lugar. Los vínculos con el lugar continúan incluso cuando uno se encuentra alejado de él en tiempo y espacio (Di Massio, Vidal & Pol, 2008).

Los significados son activados en el contexto ecológico, es decir, percibimos un determinado significado porque percibimos un determinado contexto ambiental en que éste y sus elementos muestran una determinada oportunidad, llamada “affordance” (que puede ser traducido al español como “permitirse”), donde se enfatiza la percepción del entorno en cuanto a sus posibilidades de uso. Los significados son definidos por la distribución de los elementos en el espacio, nuestras necesidades y las posibilidades de los objetos y/o espacios para interactuar con/en ellos. (Vidal & Pol, 2005).

Jeffrey L. Kidder (2012) habla sobre el concepto de “affordance” en el proceso en el cual el espacio se haya transformado en lugar, es decir, que haya pasado a tener una significación local específica. Las posibilidades de acciones, “affordance”, en el espacio

se expresan a través de acciones performadas en el lugar, lo cual corresponde a un proceso de apropiación espacial. Una acción performada es la expresión de las posibilidades del affordance, es tomar una de las posibilidades y hacerla presente, y crea y otorga significado al lugar para una o más personas que tomen parte en la acción performada propiamente tal.

Las acciones realizadas en el espacio, individuales o colectivas, llevan a la pertenencia, a la cohesión, emotividad, comunidad y autorreconocimiento. La apropiación establece pertenencia, que a través del tiempo conduce al apego, dando paso a aprehensión física y simbólica de ciertos elementos del lugar por diversos motivos, de tal modo que implica identidad. (Menéndez & Del Rocío, 2014).

La experiencia emocional en los lugares implica que las acciones se desarrollan en el lugar y las concepciones que del lugar se generan están imbricadas. El énfasis en el significado del entorno, como proveedor de un sentido de comunidad y diferenciación representa un conjunto de significados y símbolos con los que las personas pueden identificarse, a la vez que representa una expresión de su identidad. En esta dinámica es que se produce el proceso de apropiación del espacio y del apego al lugar, en la interacción de los procesos de interacción conductual y simbólica de las personas con su medio físico, lo que deviene en una carga de significado que es percibido como propio por la persona o el grupo. (Vidal & Pol, 2005). El apego al lugar se caracteriza por reunir afectos, cognición y práctica; en el apego vemos el establecimiento de lazos de las personas con los lugares. (Di Massio, Vidal & Pol, 2008).

Los lugares pueden contener recuerdos de experiencias y eventos que ocurrieron allí; estos recuerdos pueden ayudar al apego que vincula a las personas con el lugar, en tanto esos recuerdos se gatillan para los recuerdos de cosas y personas que puedan estar asociados con el lugar. (Ratcliffe & Korpela; 2016). Los recuerdos del pasado a la creación de lugares de significados se vinculan con el apego de lugares. Los recuerdos de y asociados de lugares son parte del proceso de apego al lugar. (Scannell & Gifford, 2010, citados en Ratcliffe & Korpela, 2016).

Los lugares que se apropian, y a los cuales se generan apego, van más allá de la casa propia o la ciudad. En los lugares de trabajo podemos encontrar lugares apropiados por los trabajadores, en donde toman y transforman un lugar que pasan a ser usados y ocupados, a través de apropiación temporal. Estos espacios dan paso a relaciones humanas que permiten producir y consumir significados a través del apego emocional y subjetivo que tienen para las personas que comparten un local particular. No solo

encuentran un lugar físico para realizar sus labores de trabajo al día a día, sino que encuentran un lugar en el cual encontrarse, relacionarse y ligarse emocionalmente con el espacio compartido. (Courpasson, Dany & Delbridge, 2016).

Rioux, Scrima y Werner (2017), ven en la apropiación del espacio un proceso interactivo por el cual los individuos transforman a conciencia el ambiente físico en algo significativo para ellos mientras que, a su vez, se van transformando a ellos mismos también. Es en este proceso de apropiación interactivo es que se genera el apego al espacio y, a posterior, un sentimiento de hogar: a medida que se da apego al espacio se permite crear un sentimiento de hogar con respecto a los espacios en los que uno habita, sean domésticos, comunitarios o laborales, lo que provee sentimientos de control, seguridad, y sentimientos de autenticidad en un ambiente que puede ser privado o público.

La apropiación del espacio sería el proceso en el cual el “espacio” es transformado en “lugar”; en este proceso un espacio, que es ajeno, pasa a ser un lugar, el cual se siente propio, se usa activamente, y finalmente genera apego a un ambiente físico. Esta transformación genera significado para los individuos que han estado involucrados en el proceso de apropiación y apego del espacio, el cual crece con el tiempo, dando la posibilidad de generar, a su vez, un sentimiento de comunidad con aquellas personas que comparten y tienen un apego por el espacio que en el que se convive. (Rioux, Scrima & Werner, 2017).

Visto desde los espacios hospitalarios, el hospital, si bien puede ser reconocido en su carácter de institución asilado de la comunidad, tiene una doble vertiente en tanto es reconocida como casa individual y unidad de habitación colectiva, absorbiendo la forma industrial y donde los mecanismos de construcción de la forma del complejo se hacen más evidentes. (Muñoz Jiménez, 1999).

Monticelli & Elsen (2004) remarcan la forma en que los/as funcionarios/as del espacio hospitalario se reconocen habitándolo, y hacen referencia del espacio como la casa o el hogar, con una sensación de nido, que “simboliza el mundo familiar”. La palabra “casa” se usa por los/as profesionales como una referencia explícita del lugar de trabajo. Las autoras toman el concepto de Velho (1999) denominado *la frontera simbólica*, algo que mapea una determinada red de significados y provee alguna “identidad” al grupo de trabajadores/as. (Velho, 1999, citado en Monticelli & Elsen, 2004). Los/as trabajadores/as aproximan los universos simbólicos de hospital-institución-esfera pública con el valor del lugar como casa.

Por tanto, se puede observar en los espacios hospitalarios prácticas y significaciones de la apropiación del espacio en donde el hospital pasa a estar imbuido por significaciones dadas por apego del espacio.

Posicionamiento

A partir de la presente revisión teórica, trabajo con el concepto de apropiación del espacio, entendiéndolo como un proceso en el cual, a través de prácticas concretas y cotidianas, el espacio se convierte en lugar, un espacio cargado de una significación positiva que conlleva afectos y apegos al espacio en cuestión.

La apropiación de un espacio abre mayores posibilidades de acción en dicho espacio. El rango de opciones lo entiendo como “affordance” y las acciones realizadas en este rango como “acciones performadas”. El apropiarse de un espacio abre una mayor gama de posibilidades (“affordance”) y por ello da como resultado una mayor cantidad de “acciones performadas” que sostienen el proceso de apropiación del espacio en el tiempo.

En este continuo, donde las “acciones performadas” se mantienen constantes, el lugar pasa a ser representado de una forma en particular, dándose en el caso de los espacios de descanso en un ambiente laboral una significación de hogar, donde se construyen formas de ser y prácticas que lo constituyen como tal, y en donde se consolida una identidad grupal y una forma de actuar en particular, delimitando la “affordance” a esta significación.

Marco Metodológico

Diseño: enfoque y tipo de investigación

Esta investigación sigue un diseño cualitativo y un enfoque etnográfico. En la búsqueda por los significados y prácticas que los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias tienen respecto a la apropiación de sus espacios de trabajo en el contexto del cambio a un nuevo edificio, un encuadre desde la metodología cualitativa nos permite aproximarnos a los significados que los participantes construyen sobre su propio contexto y comprender aspectos subjetivos y sociales sobre un fenómeno o acontecimiento (Fernández, 2006).

Los métodos cualitativos nos permiten explorar áreas sobre las que se conoce mucho o poco, pero buscando un conocimiento nuevo. Además, permiten obtener detalles de algunos fenómenos complejos, como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de aprehender por otros métodos de investigación (Strauss & Corbin, 2002), por lo que una metodología cualitativa resulta ser la más apropiada para aproximarse a las significaciones y prácticas sobre la apropiación del espacio.

Sobre el enfoque etnográfico, parto de Hammersley & Atkinson (1994), quienes entienden etnografía como una referencia que alude principalmente a un método concreto o a un conjunto de métodos. Su principal característica sería que el etnógrafo participa en la vida diaria de las personas durante un período de tiempo, tratando de aprehender la mayor cantidad de información posible, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para conocer más sobre el tema que se centra en la investigación.

Este enfoque etnográfico dado por Hammersley & Atkinson representa el trabajo que he realizado en el hospital Exequiel González Cortés como asistente de investigación, en tanto durante los meses abril a noviembre realicé, en conjunto con el equipo de trabajo Exequiel Sensible, un constante levantamiento de información que requirió una constante participación en la vida de las personas que han trabajado en el hospital; durante este tiempo fui creando lazos con los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias del hospital, quienes vieron mi entrada al campo como una oportunidad de dar a conocer los problemas que les acontecían con el cambio de edificio. Esto condujo a un proceso en el cual pude realizar observaciones participantes, entrevistas, participar de talleres en conjunto a los/as funcionarios/as y hacer un seguimiento de su rutina y de las significaciones y prácticas sobre la apropiación de sus espacios.

Es por ello que el enfoque de esta investigación debe ser cualitativo y etnográfico, con tal de responder a estas necesidades que salieron a la luz en medio de mi inserción al campo, una necesidad de permitir expresar la importancia de los significados y las prácticas de los espacios apropiados por los/as funcionarios/as de Urgencias. Un enfoque etnográfico permitirá crear una teoría que, de hacerlo correctamente, no hable por mis participantes, sino que los capacite a hablar con voces que se entiendan de manera clara y representativa (Strauss & Corbin, 2002).

Muestra y criterios de selección

Debido al carácter del trabajo que he realizado en esta investigación, el diseño de este trabajo no vino con una muestra determinada a priori. La selección de los casos de trabajo, y por ende la selección de los datos a analizar, fue dada en tanto se fueron desarrollando las relaciones etnográficas en el campo. Hammersley y Atkinson (1994) describen, justamente, que en la investigación etnográfica los casos que se seleccionan son aquellos que presentan interés intrínseco, por lo que las acciones y los objetivos se dan según las características de situaciones particulares.

El proceso de recolección de datos puede mantenerse abierto a toda persona, lugar y situación que ofrezca la mayor oportunidad de descubrimiento. Conocido como “muestreo abierto”, la selección de los entrevistados o sitios para observación es relativamente abierto en tanto puede considerar a cualquier persona que pase por el lugar. (Strauss & Corbin, 2002)

Durante la investigación que realice el foco estuvo en la apropiación del espacio, y una vez entablada la relación con los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias, al estudiar sus prácticas y significados sobre la apropiación de sus espacios, su caso en particular se prestó para expandir dicho concepto teórico.

Por lo tanto, esta investigación definió su muestra por medio de un muestreo abierto, que terminó presentando los siguientes criterios muestrales:

- De selección: funcionarios, hombres o mujeres, del servicio de Urgencias del hospital Exequiel González Cortés.
- De exclusión: funcionarios, hombres o mujeres, de cualquier servicio del hospital Exequiel González Cortés que no sea el servicio de Urgencias.

Técnica de Producción de datos

Durante esta investigación los datos fueron producto de una amplia gama de procesos dados durante lo que ha sido, en su mayor parte, un proceso etnográfico, realizado entre los meses de abril hasta noviembre del 2017. Dentro de este trabajo etnográfico se realizaron entrevistas, relatos de campo a partir de trabajos etnográficos y fotoetnografías, actas de reuniones de equipos, informes de casos de estudios en el hospital y bitácoras de trabajos en talleres en relación con el cambio de edificio. A continuación, pasaré a explicar las técnicas que han producido estos datos.

Las notas de campo son el sistema tradicional en etnografía para registrar los datos frutos de la observación. La intención es capturar los procesos sociales en su contexto, anotando sus diferentes mecanismos y propiedades, aunque lo que se registre dependa claramente de cierto sentido general de lo que es relevante para la prefigurada investigación de problemas. Con el transcurso del tiempo, las notas deben cambiar de carácter, volviéndose más concretas y detalladas. (Hammersley & Atkinson, 1994).

Otra técnica de producción de datos corresponde a una lógica de entrevista, donde se trabaja con los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias sobre las significaciones con respecto a la apropiación de sus espacios en el hospital y la expectativa frente al traslado al nuevo edificio.

Desde Alonso (1998), la entrevista es un acercamiento a la figura del individuo como actor que desempeña un cierto *modelo de rol* social. Su desempeño al presentarse tiende más a incorporar y ejemplificar los valores que sean atendidos por la sociedad desde su *grupo de referencia*. Según Alonso, la entrevista se instituye y se desenvuelve a partir de su capacidad para dar cuenta de la vivencia individual del informante del sistema de “marcadores sociales” que encuadran la vida social del individuo específico, ya que en nuestra sociedad rigen *etiquetas* que insta al individuo a manejar en forma conveniente sus sucesos expresivos, y a proyectar por medio de ellos una imagen adecuada de sí.

El trabajo fotoetnográfico, según Achuti (citado en Trindade, Llano Linares, Farah Brahim, 2011) explora el potencial narrativo visual de las imágenes obtenidas en el campo, en donde un conjunto coherente y compacto de fotografías resultantes del proceso etnográfico (proceso denominado fotoetnografía) constituido de encuadres, descripciones espaciales del objeto estudiado y puntos de vista, indican una interpretación sobre las significaciones y sentidos ofrecidos por las imágenes. El método de la fotoetnografía pretende entender los sentidos y los significados del espacio estudiado, sin dejar fuera los elementos de la etnografía tradicional.

Desde Luna Hernández (2009), el uso de fotografía en investigación social permite entrar a la naturaleza intrínseca del mensaje que se está comunicando, anunciando, amplificando y exhibiendo el mensaje al mismo tiempo que permite al investigador acercarse a los espacios de intimidad de las personas.

Usando ambos insumos, la entrevista y la fotoetnografía, se logra captar una serie de significaciones por parte de los participantes, en tanto lo que ellos mismos dicen sobre sus prácticas de apropiación en su rol social en la instancia de entrevista, y en las mismas prácticas que pueden ser observadas en su diario vivir por medio del proceso fotoetnográfico.

El taller como metodología de investigación surge ante la necesidad de acercarnos a las dimensiones sensibles de las vivencias de los sujetos, de una forma alternativa a la palabra en un contexto marcado por la apropiación de la misma, es decir, en donde las palabras ya no son suyas, sino que son apropiadas por el investigador. A partir de una lógica de taller se da lugar a la propia voz a partir de las prácticas creativas, que dan sentido a lo producido, dando paso a un proceso de co-construcción que articula los sentidos, sentires y deseos de los sujetos (Ibáñez & Michelazzo, 2013). El registro de estos talleres es llevado a cabo en bitácoras que serán los datos por analizar al ser la forma de aproximarse a lo ocurrido dentro del taller.

Podemos describir y caracterizar las aplicaciones de estas técnicas de la siguiente manera:

- 6 Actas de reuniones: estas actas corresponden al compilado de los temas y discusiones tratados en las reuniones de equipo como Exequiel Sensible en donde se tratan los temas que toman prioridad en el transcurso de nuestra investigación, pero también incluye a su vez el acta de reunión que se produjo con la jefatura de Urgencias con el fin de conocer los problemas que acongojen al servicio a la hora del traslado y revelando, a su vez, los modos de vida, las costumbres y prácticas de los/as funcionarios/as del servicio —incluyéndolos a ellos/as mismos/as—, con el fin de preparar al equipo para enfrentar la complejidad de la situación.
- 4 entrevistas a doctores de Urgencias: entrevistas semi estructuradas en donde el equipo Exequiel Sensible se dirige a los/as funcionarios/as de Urgencias para conocer sus posturas al enfrentarse al traslado al nuevo edificio.

- 4 relatos etnográficos, 3 de ellos fotoetnográficos, sobre el espacio de Urgencias: series de relatos sobre Urgencias tanto en su ámbito laboral como en el ámbito de descanso en la Residencia, de los cuáles 3 consisten de fotografías que acompañan al trabajo como datos visuales que no solo permiten dar el contraste entre el ámbito laboral y el de descanso, sino explorar a mayor profundidad los significados y prácticas que se viven en el espacio.
- 2 bitácoras de sesiones de talleres: estas bitácoras se refieren al conjunto de la información recopilada sobre el servicio de Urgencias en el proceso de taller, al resumen de acuerdos y prioridades que presenta el servicio a la hora de enfrentarse al traslado al nuevo edificio en el desarrollo del mismo taller.
- Informe de caso de estudio del hospital: en referencia al informe entregado a la Dirección del HEGC una vez se hubo terminado el proceso de investigación —correspondiente al proceso de devolución—, en donde se presenta el diagnóstico, los problemas, peticiones y prioridades detectados, con el fin de presentar sugerencias en las formas de proceder y funcionar en las condiciones posteriores al traslado al nuevo edificio.

Estrategia de análisis de datos

Para el análisis de los datos se realizará un relato etnográfico de toda la experiencia del trabajo en el hospital Exequiel González Cortés para presentar, describir y finalmente analizar los conceptos a partir de la teoría fundamentada.

En etnografía, el análisis de la información se inicia en la fase anterior al trabajo de campo, en la formulación y definición de los problemas de investigación, y se prolonga durante el proceso de redacción del texto. Formalmente, empieza a definirse en el desarrollo del texto analítico, que implica simultáneamente el desarrollo de un conjunto de categorías analíticas que capte los aspectos relevantes de esta información, y la asignación de denominaciones concretas para esas categorías (Hammersley & Atkinson; 1994).

Se busca, entonces, a través del análisis, descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico (Strauss & Corbin, 2002), este esquema explicativo en cuestión es el relato etnográfico que ordena los conceptos para luego poder analizarlos.

Este análisis se realiza a partir de un modelo analítico de la teoría fundamentada, codificando y analizando datos para la identificación y caracterización de los significados y prácticas del espacio apropiado por los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias y para la identificación y caracterización de sus expectativas con respecto del cambio a un nuevo edificio.

Relato etnográfico

Capítulo I: Entrada, Traslado, Minga y un Escenario en Construcción

Resumen del Capítulo

En el presente capítulo narro mis primeras entradas al campo, las impresiones que obtuve de ellas y el escenario en el cual se presentaba el traslado al nuevo edificio y algunas de las significaciones de este traslado y las dificultades que presentaba.

Relato principalmente mis experiencias a lo largo de los meses de abril, mayo y junio, aun a meses de que se realizara el traslado, observando y tomando nota del contexto en el cuál se producía este proceso de traslado. Conocí y aprendí el concepto de “Minga” que la Dirección impulsaba con fuerza para transmitir a la comunidad —tanto de funcionarios/as, como de apoderados/as y niños/as— la seguridad de que lo más importante del Exequiel, aquellos aspectos que lo hacían destacar y que lo hacían tan querido para la comunidad, se mantendrían, que un nuevo edificio no significaba cambiar la esencia del hospital. Esta idea, sin embargo, no era compartida por todos los servicios del hospital, en tanto se iban revelando los miedos, las fantasías, y las expectativas con respecto al cambio, en donde veían en amenaza las formas de vida y las prácticas cotidianas que se habían construido a través de los años en el hospital.

En un contexto donde el Exequiel es visto como un hogar en el cual la comunidad de funcionarios/as, apoderados/as y pacientes se refieren entre sí como familia, y donde la conversación se establece como el sostén de las relaciones y dinámicas del hospital, el traslado saca tensiones y miedos en tanto estas relaciones se han construido en espacios que no se ven asegurados en el nuevo edificio. El cambio crea rivalidades en tanto los/as antiguos/as se ven en desmedro con respecto a los/as nuevos/as, y se inician conflictos en el ámbito del “clínico técnico” y el “clínico profesional”, evidenciando las diferencias que se perciben entre estamentos. Estas tensiones a la hora de enfrentar el proceso de traslado dificultan que se cumpla el objetivo de la Minga y fomentan los temores y rumores que se levantan, constituyendo el desafío principal para el equipo de investigación Exequiel Sensible.

Mi experiencia en el Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) comenzó en Abril del 2017 cuando fui integrado al equipo de investigación, Exequiel Sensible, el cual estaba orientado al diseño de un sistema de información para implementar en los nuevos espacios hospitalarios, que se adecuen a la complejidad estructural y funcional del nuevo edificio, y la implementación de lógicas de diseño participativo, acogiendo las cualidades esenciales de los procesos operacionales actuales del HEGC para facilitar su adaptación a las nuevas condiciones de infraestructura y equipamiento y al nuevo modelo de atención centrado en los derechos de los pacientes.

Previa a mi integración al equipo de investigación, yo desconocía completamente el hospital; jamás lo había escuchado, ni tenía idea de cuál era su forma de funcionamiento. Entraba completamente a ciegas, en contraste al resto del equipo que ya llevaba años trabajando en el hospital, por lo cual mi entrada era la de alguien que desconocía completamente el terreno. Eso me permitió tener una perspectiva diferente en tanto yo recién me integraba al campo, y en mi experiencia fui capaz de dar cuenta de cómo se vive el proceso de traslado en el hospital y la forma en qué se refieren a él: “cambio”, “traslado”, “mudanza”, “desalojo”, “El Día De”, “lo que toca”, fueron las principales formas de referirse al proceso.

En este capítulo narro mi entrada al campo, mis primeras impresiones, y relato experiencias y momentos claves en los cuáles doy con estas significaciones del traslado. La historia que estoy por contar es una de contrastes; se presenta una organización con culturas y subculturas, significaciones transversales de entender el hospital como tal y significaciones locales que generan divergencias entre servicios dentro del hospital. Mi intención es presentar mis experiencias para dejar claros estos contrastes, las culturas y subculturas, que tienen como resultado las significaciones que he nombrado del traslado. Una vez hecho aquello, pasaremos al siguiente capítulo para ver el servicio de interés para esta investigación.

Mi primera visita al hospital fue el día 10 de abril del 2017. Lo primero que veo al salir del metro, ansioso por iniciar mi trabajo de campo, es el edificio nuevo al cual se van a trasladar: sin haber estado antes en el Exequiel pensé que este era el hospital, un edificio que si bien tenía colores —lo cual me sorprendió en su momento—, era un edificio ortogonal tradicional, ¿era este realmente el edificio que en las reuniones de equipo me decían que nació a partir de tomas para asegurar la atención médica a niños? La verdad es que fue bastante despistado de mi parte, debí darme cuenta en un principio de que este no podía ser el Exequiel en cuestión, pero requerí de preguntarle a una guardia,

quién me explicó que este era el edificio nuevo y me indicó el camino al HEGC actual. Ocultando mi vergüenza ante la equivocación, le doy las gracias a la guardia, y continúo mi camino, habiendo dado con mi primera experiencia con respecto al edificio al cual pronto se estarían trasladando.

Dar a conocer toda mi experiencia con respecto a mis primeras visitas al HEGC resultaría demasiado extenso, por lo cual voy a sintetizarlo en los puntos más importantes: en primer lugar, aprendí que el hospital estaba fragmentado, cortado entre calles que separaban distintos sectores del hospital, los cuales trabajaban en distintas áreas. Esto tenía una doble implicancia: en primer lugar, significaba dificultades para el funcionamiento integrado del hospital, por ejemplo, a la hora de trasladar pacientes de un sector a otro, tienen que cruzar la calle, proceso que se hacía complejo al llover o cuando se daba demasiada afluencia vehicular en la calle (la cual era bastante concurrida). En segundo lugar, la fragmentación significaba que la comunicación entre servicios se veía dificultada y facilita formas de funcionamiento y prácticas cotidianas que generaban subculturas. Esta segunda implicancia se haría presente a través de mi experiencia en el Exequiel, haciéndose evidente alrededor de junio al tener la oportunidad de ver las distintas formas de funcionamiento en el hospital.

Cada sector se veía totalmente diferente del otro; en mi primera visita di con el sector 2, un edificio viejo de tres pisos que, honestamente, se veía bastante viejo y en un estado deprimente por lo desgastado que se dejaba ver; es ahí donde se tomaban muestras para exámenes. Junto al edificio del sector 2 estaba el policlínico, el cual a mi forma de ver era una mezcla entre hospital y escuela, en tanto una vez pasabas las grandes rejas que separaban la entrada de la calle, veías un camino que divergía en distintas rutas para llevar a lo que parecían ser salas: lugares como Neurología u Oftalmología me recordaron a mis salas de clases de la enseñanza básica, conectadas por un pasillo escueto con aire escolar. Sin embargo, el aire hospitalario se respiraba en lugares como Traumatología, donde parece darse la estructura de boxes más tradicional de los hospitales. De cierta manera, vi que se entremezclaba la estética hospitalaria con la escolar y se veía también en la familiaridad con la que los/as pacientes y apoderados/as trataban a los/as funcionarios/as del hospital.

Algo era innegable a mis ojos: esta no era la una lógica que hubiese visto en ningún hospital o clínica privada. En mis siguientes visitas a los otros sectores del hospital observé que las relaciones por lo general mantenían esta familiaridad que vi en el sector 2 y el policlínico y no solo en la relación pacientes-apoderados/as-funcionarios/as, sino

también en la relación entre los mismos funcionarios/as. La forma en la que se hablaban entre ellos demostraba una familiaridad que jamás había visto en un hospital o clínica privada; con los/as niños/as denotaba un auténtico afecto, con los/as apoderados/as una solidaridad mutua y una relación que no se cortaba a la hora de entrar al box, y entre los compañeros de trabajo, una camaradería que iba más allá de una relación estrictamente profesional, sino una cercanía, vista en la franqueza y las bromas que creaban un ambiente diferente.

En general, podía sentir una amabilidad, cercanía, comprensión, solidaridad, franqueza y camaradería que no había visto en otros espacios de trabajo; de principios de abril a fines de mayo realicé múltiples visitas que fueron cementando esta idea. En una primera aproximación al campo, muy probablemente ingenua, pensé que había dado con el hospital ideal; todavía me quedaba mucho por descubrir, pero nació en mí un entusiasmo que me hizo pensar que el traslado podría realizarse sin problemas, que dada la buena relación y el ambiente ameno, la transmisión de la información podría darse de forma óptima y los conflictos resueltos con relativa facilidad. Poco a poco, con el paso de mi tiempo en el hospital, esta imagen ingenua se fue resquebrajando, comenzando a ponerse en duda a lo largo de mayo y cayéndose totalmente a mediados de junio después de haber realizado un diagnóstico general con el equipo de investigación.

Es importante entender que esta idea no se dio únicamente por mirar el hospital desde lejos; al haber hablado con los funcionarios/as del hospital, a medida que los iba conociendo, vi que permanecía una constante: veían “El Exequiel como Familia” y “el Hospital como una Casa”. Estas formas de entender su grupo organizacional y el espacio de trabajo son fundamentales para comprender las formas en que los/as funcionarios/as entienden el traslado al nuevo edificio. No se trata meramente de pasar de un lugar físico a otro, sino que tiene una connotación mucho más profunda en tanto se ven a sí mismos como un núcleo familiar que han echado raíces en el espacio del Exequiel.

Los distintos grupos de funcionarios/as que se formaron en el Exequiel sentían esta familiaridad y este sentimiento hogareño en distintos niveles, pero se mantenía en el discurso de los/as funcionarios/as a través de todo el hospital y nos permitió dar una primera mirada a la complejidad del proceso de cambio.

La significación de este traslado iba más allá de simplemente llamarlo “el cambio” o “cuando nos vamos”, sino que tomaba un nombre formal —a nivel institucional— en el cual se levantó la intención a la base del proceso e, incluso, del trabajo del equipo de investigación: el traslado fue llamado “Minga”. La Minga es un concepto del sur de Chile,

una tradición en la cual se juntan vecinos y amigos en la tarea del traslado de una casa; y por traslado no me refiero a la mudanza que mucha gente ha realizado a lo largo de su vida, no, me refiero al traslado de la casa física, en sí. Los cimientos mismos son trasladados hasta otro lugar.

Hablar de Minga cuando hablamos del traslado al nuevo edificio le da una significación distinta a la que tendría una mudanza cualquiera o un traslado normal: se elige el nombre de “Minga” para representar una tradición chilena, pero por sobre todo para dejar claro que, si bien hay un edificio nuevo, el hospital mantendría su esencia, lo que lo distingue como tal. Es una declaración de principios en la cual el mensaje buscaba dar a entender que el cambio no sería drástico en tanto no modificaría el núcleo del hospital, más bien al contrario, se solidificaría.

En el contexto de este traslado —de esta Minga— aparecieron muchas connotaciones, algunas más positivas, otras más negativas. Dependía de a quién le preguntaras en el hospital, pero sin importar que la apreciación fuese que el traslado iba a traer mejoras generales o que fuese a empeorar las condiciones de trabajo, las apreciaciones —por lo general— iban enraizadas a la idea de que, al final del día, era lo mejor para los/as apoderados/as y los/as niños/as. Se mostraba un fuerte componente de preocupación por la comunidad, por la familia que se creó en el Exequiel que se extendía, no solo los/as funcionarios/as que pasan ahí todos los días, sino también quienes venían a usar el servicio hospitalario. Ellos/as no eran solo un componente o agentes aparte, sino que eran parte de la cultura y la familia HEGC, y siempre estuvieron en la consciencia de todos los que vivían este proceso.

Dicho esto, pronto empecé a ver que había más complicaciones de las que originalmente pensé: en primer lugar, descubrí que, si bien los/as apoderados/as eran conscientes del traslado que se iba a realizar, las personas con quienes había hablado no sabían de los detalles de dicho traslado. Mantenían la impresión de que las condiciones mejorarían, pero más allá de eso parecían entregarse a algo que no sabían en qué momento o cómo ocurriría. Si bien esto era con una connotación positiva, me daba la impresión de que no llegaban a estar tan involucrados en un proceso en el cual siempre estaban en mente y boca de Dirección y de todos los/as funcionarios/as.

Luego, a mediados de Mayo, pude hablar con ciertos funcionarios/as a los que entrevisté, quienes no solo mostraban reticencia al traslado, sino que también una cierta animosidad con respecto a las personas que eran considerados “nuevos”, que habían sido contratados en los últimos años, y que sentían que rompían con la cultura del Exequiel,

con las dinámicas construidas por décadas, y que llegaban a cambiar las formas de ser a las que estaban acostumbrados, sin mencionar que sentían que la Dirección los estaba favoreciendo a ellos sobre a los “antiguos” en el proceso de traslado. Aquí comencé a ver los roces y pude entender que este proceso sería más complejo de lo que, ingenuamente, me pareció que sería en un principio.

Noté los miedos de que el Exequiel se volviese una “empresa” o una “clínica” que perdiese la esencia del hospital que conocían y amaban como un segundo hogar. Sobre todo, había un temor a que se perdiese la conversación: y es que, “la conversación es el soporte de las dinámicas” que he estado narrando hasta este minuto. Es en el espacio de conversación que se da la familiaridad entre los grupos y estamentos que se forman en el hospital, por lo cual pensarlo en riesgo trajo consigo una gran cantidad de ansiedades por parte de varios servicios que necesitaban ser calmadas.

Llegando a la tercera semana de mayo, el equipo de Exequiel Sensible logró dar cuenta de que dentro del hospital existían muchos mundos apartes; ya no podíamos seguir viendo al Exequiel en su conjunto simplemente como un grupo hospitalario en sí, sino que tendríamos que empezar distribuir las miradas en las subculturas que se habían formado. Se trataba de ver un archipiélago, un conjunto de islas conectadas entre sí, que se relacionaban, pero que por separado poseían sus propias prácticas y culturas y que daban como resultado las divergencias de opiniones que veíamos y las distintas posiciones a la hora de enfrentar el traslado.

Cada sector —o isla— tenía su representante, sus jefes, que iban a las reuniones para poder transmitir la información con respecto al traslado, pero pudimos observar que esta información no lograba transmitirse de manera efectiva, creando rumores, fantasías y fantasmas con respecto al proceso de traslado: cada isla tenía su forma de representar el cambio, fuese la mano de Dios, que les prometía un mundo nuevo y feliz, o los dedos del diablo, que los guiaban a lo que creían sería una trampa mortal para que los/as trabajadores/as que habían dado sus vidas por el Exequiel fuesen forzados a retirarse.

La variedad de miradas era grande, pero por lo general las ansiedades eran bastante transversales: la Minga, este cambio de casa, iba a cambiar todo lo que conocían y no había una certeza de que el Exequiel que amaban fuese a ser el mismo. El objetivo de la Minga per se no estaba permeando; muchos ponían en duda que la declaración de principios de mantener la esencia del hospital como tal fuese posible en vista de los cambios que estaban experimentando.

La experiencia del traslado estaba sacando a luz rivalidades, conflictos y miradas contrapuestas que generaban roces generales: por un lado, estaba el ámbito de lo “clínico técnico vs el clínico profesional”, donde el ámbito técnico se autodenomina como “el pueblo”, ya que se encontraban trabajando constantemente en el Exequiel, mientras que el clínico profesional tenía trabajo en otros servicios de salud también. Estaba, a su vez, en contraposición la mirada de hospital público, con todo lo que ello significa incluyendo el “heroísmo” y la “vocación” de trabajar en un hospital público que brinda calidad humana, en contraste con la visión de clínica que se baraja con el nuevo hospital, la cual se veía como fría y distante, y menos humana a pesar de su capacidad de dar una mejor atención médica.

La comunicación de los/as funcionarios/as se vio en riesgo, la cual se experimentó en la convivencia diaria; en el nuevo edificio se presentaba una conectividad, en que todos los espacios del edificio nuevo están conectados, sin embargo, esta conectividad sofoca la comunicación, en tanto los nuevos espacios cambiarían la configuración del hospital, dando menos espacios de encuentro común en los cuales poder conversar.

Y, además, se encontraba la tensión entre los/as nuevos/as y los/as antiguos/as, quienes sentían y vivían el hospital de una forma diferente, construyendo dinámicas distintas, creando choques entre ambos grupos.

Es en estas divergencias que el trabajo del equipo se volcó en poder presentar estas significaciones a la Dirección para poder trabajar los mitos, fantasías y fantasmas que traía el proceso de traslado, pero también para atender problemas que no eran solo producto de una mala transmisión de información y de los principios del cambio, sino que eran reales en tanto se notaba la necesidad de convertir estos nuevos espacios en propios y dar instancia de sostener la conversación del día a día que era el soporte de las dinámicas que habían hecho al HEGC el hospital que era y que sus funcionarios/as sentían como una casa.

La Dirección, al tener que implementar el traslado con la actualización del modelo de atención médica, se tuvo que enfrentar a todos estos conflictos que salían a la luz de este proceso. Su posición era firme: los cambios que se estaban realizando en infraestructura y en el modelo médico de atención eran absolutamente necesarios para garantizar que se protegieran los derechos de los/as niños/as. Por ello, cada consenso que se fuese a lograr para facilitar el proceso del traslado, cada argumento, cada detalle, debía tener a la base la protección de los derechos de los/as niños/as.

Y así decidimos enfrentarlo como equipo: poder conocer más a fondo las distintas islas en este archipiélago que es el HEGC y así poder diagnosticar y resolver en conjunto los problemas con los que diésemos de forma tal que la esencia del Exequiel se mantenga, mientras que a la vez se pueda garantizar la protección de los derechos de los/as niños/as.

Frente a esta ardua tarea, como equipo, decidimos inmiscuirnos a modo más profundo en las distintas áreas y servicios del hospital para poder conocer sus procesos más a cabalidad, entender sus problemáticas y abordarlas de tal forma que pudiésemos llegar a un espacio co-diseñado que mantuviese las prácticas que sostienen su labor. En esta parte del proceso, llegando a julio, fue que yo comencé a realizar un trabajo fotoetnográfico en donde me encontraría con el servicio que sería la base de toda esta investigación, el cual demostraría cualidades particularmente problemáticas con respecto al traslado a nuevos espacios y, en general, un posicionamiento con respecto al proceso de traslado que no había visto antes y cuya complejidad y matices frente a este proceso de Minga. Este servicio había llevado a cabo una apropiación de sus espacios de descanso que terminó creando una postura radicalizada a la hora de enfrentarse al cambio, en tanto los espacios hospitalarios pasaban a convertirse en espacios propios que no estaban dispuestos a abandonar.

Este servicio era Urgencias; la vehemencia, la fuerza, la convicción, y la radicalización de sus posturas fue lo que dio inicio a esta investigación.

Capítulo II: Urgencias, Identidad de Lugar, Prácticas y Significaciones de un Espacio Apropriado.

Resumen del Capítulo

En el presente capítulo narro las experiencias que tuve al conocer y relacionarme con el servicio de Urgencias del HEGC, a modo general, durante los meses de julio, agosto y septiembre.

A medida que fui relacionándome y conociendo a más profundidad al servicio de Urgencias y sus personas pude dar cuenta de cómo se veían a sí mismos/as, cómo significaban su espacio de trabajo, y el proceso de apropiación de espacio que se llevó a cabo en el lugar al cual se referían como “Residencia”.

Los/as funcionarios/as que compartían la Residencia se hicieron parte de un proceso histórico de amoblar, equipar o aportar bienes a la Residencia, lo que causó que el espacio otorgado por el HEGC pasara a sentirse como propio y no del hospital. Además, dada la demanda de trabajo que tenían durante el día, los/as funcionarios/as han pasado a denominarse “Los Guerreros del Hospital” otorgándose un rol de gran importancia dentro del hospital, por lo cual además sentían que los espacios que se han apropiado se los han ganado y se los merecen.

Siendo que los estamentos se dividían en diferentes Residencias, la identidad grupal del servicio estaba fragmentada, en tanto los médicos poseían una identidad según su Residencia, mientras que los TENS y las enfermeras tenían otra identidad según su Residencia, por lo que se desarrollaron formas de ser e identidades de lugar distintas, que los afianzó a sus respectivos espacios de descanso y fortaleció la percepción de diferencias entre estos grupos.

El lugar de descanso terminó poseyendo un componente afectivo muy fuerte, en tanto la Residencia se convirtió en un lugar donde se promovía un sentimiento de seguridad, de resguardo y felicidad, dándole una connotación de hogar, donde crearon un vínculo de familia entre los que comparten la Residencia, y donde se creó un espacio de intimidad y confianza muy valioso para los/as funcionarios/as.

Hasta este punto he hablado del HEGC de una manera generalizada, sin especificar sectores en los que trabajamos como equipo ni los puntos clave donde se generaron los conflictos que mencioné y eso es por dos motivos: 1-En general se trataban de sentimientos generalizados que eran transversales a las unidades, aunque no universales. 2-De abrir conversaciones más profundas sobre ellos, se perdería el foco del servicio en el cual quiero centrarme, en tanto me presentó no solo la profundidad de los conflictos posibles con respecto al traslado, sino también la representación más clara que haya visto de apropiación del espacio en el HEGC.

La tarde del 4 de julio del 2017 fue la visita que dio paso a esta investigación, mi primera aproximación a la isla de Urgencias en el archipiélago del HEGC. No era mi primera vez en el servicio per se: ya había ido a conocer el sector de trabajo en mayo y no era un lugar que se presentara particularmente lindo o agradable, siendo que escuchabas constantemente a los/as niños/as llorando y ves a todo el mundo corriendo en espacios escuetos y algo lúgubres, con los médicos, enfermeras y TENS haciendo todo lo posible por atender a las necesidades de sus pacientes lo antes posible, por lo general con el apoyo y comprensión de los/as apoderados/as. En su momento lo vi como una máquina en buen funcionamiento, por lo que creí que el traslado, al ofrecer mayores espacios de atención, era algo que sería bien recibido por los/as funcionarios. Pero esas visitas no reflejarían lo que sería mi experiencia real al interactuar personalmente con los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias.

Gracias a una de las secretarías de Dirección pude comunicarme con uno de los/as jefes de Urgencias, quien felizmente me acogió y quedamos de poder hablar en su oficina: el entusiasmo era algo agradable, pero pronto me daría cuenta de que indicaba algo más que pura buena disposición a ayudar.

Desde el espacio laboral de Urgencias había una puerta, un tanto escondida en medio de un pasillo que conecta el sector principal con los casos más críticos, por la cual se accedía a la Residencia médica. Al pasar la puerta había un corredor escueto entre las paredes que dividen el servicio de Urgencia con lo que consistiría la Residencia, la oficina de las secretarías y la oficina de la jefatura. El/La jefe/a me guió en todo este recorrido hasta su oficina, en donde me pidió que le explicara de que se trataba mi trabajo: procedí a explicarle lo que mi equipo de investigación estaba haciendo, que nos encontrábamos en una etapa de realizar fotoetnografías para dar cuenta de las formas de vidas de los servicios del hospital y sus necesidades a la hora del traslado. Esto motivó al jefe a comentarme de toda la situación del hospital, y al darme cuenta de que la conversación

iba a dar para largo, le pedí poder grabar la conversación para no perderme de nada, a lo cual accedió gustoso@.

No perdió momento de dejarme en claro la ansiedad que el traslado al nuevo edificio estaba produciendo: nadie estaba feliz, todos sentían que los espacios se iban a reducir y que, al final, tendrían que someterse al cambio de edificio, porque se había hecho un edificio que no los consideraba a ellos como la cara visible del hospital.

Fue muy importante para el/la jefe/a destacar la importancia de su servicio: formas de referirse a sí mismos como la “cara visible del hospital” o “los Guerreros del hospital” sería algo que escucharía no solo ahora sino más adelante en subsecuentes encuentros con el servicio de Urgencias. Había una cierta identidad establecida con respecto a ellos/as mismos/as como uno de los servicios vitales del hospital que no podía fallar, que debía funcionar sin importar qué, por lo cual se destacaba un sentimiento de injusticia con respecto a las condiciones del cambio que estaban por experimentar.

El/La jefe/a no dejaba de insistir en la importancia del traslado para mejorar las condiciones de atención de los/as niños/as, pero eso no significaba que estuviese muy contento/a con respecto al proceso: al contrario, a pesar de apoyar a la Dirección en sus decisiones, se mostraba muy frustrado/a con respecto a lo que le deparaba al servicio. Dejaba claro que, al final del día, era algo a lo que había que resignarse, someterse, y esa forma de ver las cosas no daba buen augurio cuando se trataba de alguien que ya en sí tenía contacto con la Dirección del hospital, no me podía imaginar todavía la postura de los demás más allá de la ansiedad que me estaba relatando.

Luego de esta cándida conversación, expliqué que tenía que realizar observaciones y el/la jefa concuerda y me presentó en primer lugar a las secretarias para que les cuente la tarea que estaba realizando. Se tomó una decisión que me sorprendió: que realizara la visita a la Residencia con la bata de médico, como si me estuviese infiltrando —o quizás mimetizando— en el espacio; esto me impactó en su momento e hizo que me diese cuenta de dos cosas: 1-No cualquiera podía llegar, entrar y convivir con las personas como si nada, y 2-Este espacio estaba marcado como espacio médico. Es en este momento que daría cuenta de cómo la Residencia médica era un espacio tomado, un espacio que era de ellos, y la diferencia que esto establecía con los otros puestos de trabajo y los espacios de descanso para los/as TENS y enfermeras.

Empecé conociendo la sala de descanso —o de estar— que comparten todos: tres sillones, uno al fondo y uno a cada extremo de la derecha y la izquierda, una estufa entre medio del sofá izquierdo y el del fondo, una mesa pequeña al medio y un escritorio entre

el sofá del fondo y el de la derecha, al lado izquierdo de la puerta de entrada había un mueble en donde guardaban cosas y encima de él había una televisión encendida, la cual todos los presentes estaban observando.

En medio de la conversación aprendí algo fundamental sobre este espacio: todo lo que había en esta sala —y en toda la Residencia por lo general— lo habían comprado y/o traído los médicos. El hospital únicamente les había dado el espacio, pero ellos fueron quienes lo amoblaron de esta manera. Fue un trabajo en conjunto de quienes llevaban más tiempo en el hospital, y al cual también se fueron integrando los/as nuevos/as trayendo cosas, no necesariamente solo para la sala de estar, sino para la cocina/comedor, las habitaciones, o dónde fuese. En esta acción se daba un proceso en el que “se crea una Identidad de Lugar” por quienes tomaban parte del proceso, y este proceso era claramente una “práctica de apropiación del espacio”.

Si bien el lugar fue dado por el hospital, nadie sentía que este fuese una parte del HEGC, más bien al contrario, los médicos eran dueños de este espacio. En el acto de amoblarlo y de habitar en él, lo dotaron de una significación que iba más allá de que fuese un espacio entregado para descansar: en este espacio se estableció el grupo médico, y se creó una cultura específica que los abarcaba únicamente a ellos; no es un espacio que compartiesen con las enfermeras o los/as TENS, quienes tenían su propia Residencia no muy lejos de aquí, y la verdad es que no les cabía en la cabeza pensar en que ellos pudiesen venir aquí en primer lugar. Esa era la razón por la cual me pidieron que me pusiese la bata para indagar en mis observaciones, porque había una marca invisible que gritaba “médico” por todas partes. O eras médico/a o no encajabas aquí, y podía sentirlo perfectamente a partir de la actitud y el discurso de los presentes.

Había un rechazo explícito a compartir los espacios entre estamentos: los/as médicos/as presentes todos/as me decían “mira, nos llevamos bien con todos, pero no queremos compartir los espacios”. No dejaban de recalcar lo bien que se llevaban con sus compañeros/as no médicos/as a la hora de trabajar, pero en este espacio no daba cabida para ellos/as. Había una clara división entre lo que eran las relaciones y las formas de ser en el espacio laboral y las que se daban en este espacio de descanso.

Y no era únicamente algo que se estableciese por los/as médicos/as; cuando visité la Residencia de los/as TENS vi la misma actitud. Sus espacios se habían establecido y construido de tal manera que no imaginaban a los/as médicos/as ahí más allá de alguna necesidad inmediata.

En contraste, en el espacio de trabajo de Urgencias, aquel que describí como escueto y algo lúgubre, había un hermoso discurso sobre la vocación, la camaradería, el trabajo en equipo, el luchar por —o, a veces, en contra de— los/as niños/as y como todo se volvía la misión de rescatar la vida de los/as niños/as, adoptando esa identidad de “Guerreros del Exequiel” que fue descrita anteriormente. En ese instante se comparte una emocionalidad muy fuerte en donde se rompen las barreras gremiales y de estamento con tal de poder cumplir con su labor, y se dan lógicas de apoyo mutuo que sirve de sostén emocional para los momentos más densos, difíciles e incluso traumáticos de las vivencias en el espacio laboral de Urgencias.

Pero a la hora de entrar en sus espacios de descanso, sus Residencias, era como si se transformasen en personas distintas, como si ocurriese una metamorfosis en la cual todos estos principios que sostienen una convivencia común en el trabajo se mutasen a un fuerte deseo de privacidad e intimidad grupal, en donde solo los que compartían el espacio de forma regular podían ser parte de esta convivencia y nadie más, donde la camaradería que rompía con diferencias estamentales desaparece, reptando una mirada gremial que se esconde a la hora del trabajo, pero que sale disparada tan pronto se pone un pie en la Residencia.

Durante los meses que pasé observando este fenómeno, no dejó de impresionarme los matices que tiene la identidad y las prácticas asociadas al lugar; el hecho de poner algo en un espacio junto con otras personas generó que dos espacios adyacentes terminasen adquiriendo una significación completamente distinta y esa significación se tradujo en prácticas que se podían observar en el diario vivir.

Fuera de la Residencia yo ya me había dado cuenta de que todos se trataban con amabilidad, a lo más se producían roces de seriedad cuando la situación pasaba a ser más grave, pero se sentía la camaradería que explicaba al principio; en ese sentido no se veían muchas diferencias con el resto de los espacios que había visitado en el Exequiel. Pero cuando se iba a la Residencia ahí sí que era otra historia, era como si al pasar la puerta que conectaba el servicio de Urgencias con la Residencia médica pasaras a un universo paralelo igual al nuestro, pero drásticamente distinto. Si el servicio de Urgencias en su totalidad es visto como una isla dentro del archipiélago que es el Exequiel, esta isla se divide en tres partes fundamentales: la Residencia de los/as médicos/as, el puesto de trabajo de Urgencias con sus box de atención, y la Residencia de los/as TENS. En cada uno de estos lugares se establecían roles de interacción y reglas de interacción distintas que cambiaban completamente las reglas del juego.

Pero más allá de solo provocar una diferencia en la forma en que se perciben grupos estamentales, había algo más profundo: había un verdadero “afecto y apego por el espacio de la Residencia”. Al verlo en amenaza con el traslado que se estaba produciendo se generaba un aire de nostalgia al hablar de la Residencia. “Es nuestro refugio, allá vamos a perder eso”. La idea de la “Residencia como refugio” significa el espacio de manera tal que lo ven como un espacio protector, de intimidad, de comodidad, y es algo que los mismos médicos/as —y los/as TENS por su parte— han construido con sus propias manos. Lo describían como un lugar en el que pueden acostarse, ver tele, dormir, comer cabritas, incluso tirarse un peo con confianza, era un lugar donde no había resquemor a comportarse como lo harían en sus propios hogares. Era un refugio en donde pueden traer la casa al trabajo, una casa que han construido en conjunto y en donde se ha construido esta identidad en común.

No era solo algo que se extendiese entre los/as médicos/as que han estado más años trabajando en el hospital; “los médicos nuevos se adhieren a esta cultura”, lo cual es un contraste bastante interesante a lo que describía en el primer capítulo de las diferencias entre funcionarios antiguos/as y nuevos/as. Aquí no existía, o al menos no de la misma forma que se presentó en el primer capítulo: los/as nuevos/as se integraban a las prácticas y significaciones del espacio apropiado. Empezaban aportando con lo que podían, comida, café, un hervidor, lo que sea que trajeran los hacía parte de la lógica de co-construcción de un lugar propio de descanso, que pronto se convertiría en su refugio también, en su casa, y así todos empiezan a compartir un discurso generalizado con respecto a la Residencia. No había rivalidades establecidas, sino que se mantenía una forma de ser y una postura que sostenía una fuerte identidad de grupo: si el conflicto entre antiguos/as y nuevos/as se daba porque los/as nuevos/as tenían formas de ser que no tranzaban, aquí ocurría todo lo contrario. Los/as más nuevos/as felizmente se integraban a las dinámicas que los constituían como parte de la cultura de la Residencia.

Independiente de si alguien fue contratado hace 20, 10, 5 o 1 año, el discurso sobre el traslado y la vida en la Residencia se mantenía igual: había un hilo constante en la conversación que me hizo pensar que convivir en este espacio produjo un efecto de mente de colmena. En mi primera conversación con los/as médicos/as había un ritmo en el cual cuando un médico/a terminaba su argumento el siguiente lo tomaba y seguía una lógica común en la que están todos/as de acuerdo, y esto es transversal a género o edad.

De hecho, son las mismas lógicas que el/la jefe admitía también compartir, pero a las cuales renunciaba por tener un pie con la Dirección; el poder que tenía este discurso

conjunto construido sobre el lugar de la Residencia era impresionante. Jamás había visto algo similar, que una misma visión sobre el lugar fluyese de un narrador a otro tan armónicamente.

Y el discurso era claro: “amamos la Residencia, la hicimos nosotros, es nuestra, es nuestro hogar, no queremos salir de aquí”. Mi presencia se convirtió en el receptáculo de las preocupaciones que compartían, tratando de integrarme en el discurso sobre el espacio que les importa tanto. Todo lo que representaba era importante, las dinámicas de juntarse a comer, de juntarse a ver televisión, de poder estirar las piernas en las camas del segundo piso, de poder guardar sus cosas tranquilos/as en los lockers y limpiarse en los baños de ser necesario. Su lógica era la de una familia que compartía una casa, incluyendo los almuerzos y cenas familiares, las tardes de entretención, el respeto de los espacios para dormir y descansar.

Es por ello que el proceso de traslado se veía como algo aterrador; no lo veían como Minga, no era mantener la esencia del Exequiel. No, este traslado era un desalojo obligatorio.

Ahora pasaremos a ver el problema fundamental con el que se enfrentan a la hora de dar la cara al traslado: el miedo y la angustia.

Capítulo III: Miedo, Rechazo, Rabia y Resentimiento. El Desalojo con nombre de Minga Sensible

Resumen del Capítulo

En el presente capítulo narro las expectativas del servicio de Urgencias frente al traslado al nuevo edificio de las cuáles di cuenta en mis observaciones e interacciones con el servicio entre los meses de julio y noviembre.

Debido a los afectos involucrados en las Residencias que los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias ocupaban, el enfrentarse al abandono de este espacio de forma forzada e inevitable, generó una gran cantidad de miedos y fantasías con respecto a lo que el traslado involucraba; se sentía una amenaza de que los espacios a los que iban a llegar serían mucho más pequeños, que la separación estamental se rompería y médicos/as, TENS y enfermeras se verían obligados a encontrarse cara a cara en sus lugares de descanso, perdiendo la intimidad y privacidad que habían desarrollado en sus Residencias separadas.

Junto con ello, se puso en juego un conflicto con la Jefatura, la Dirección del hospital e incluso los/as pacientes mismos. Al tenerla la percepción de que el traslado beneficiaría únicamente a los/as niños/as, los/as funcionarios/as se sentían desplazados por ellos/as, y mantenían la creencia de que para la Dirección no era más que “ciudadanos de segunda categoría” y que “La Jefatura no los defendía”. Siendo que el servicio se denominaba a sí mismo como “Los Guerreros del Hospital”, esta percepción de descuido por el bienestar de los/as niños/as causó fuertes fricciones con la posición de la Dirección de promover la defensa de los derechos de los/as niños/as y la posición de los/as funcionarios/as de Urgencias que sentían que combatían con —y en contra— los niños/as por quién tendría las mejores condiciones en el nuevo edificio.

Sintiendo los espacios que ellos/as percibían como “ganados” en riesgo, los sentimientos de rabia, frustración, pena y resentimiento se fueron acrecentando y generando más distancia y fricciones con la Dirección, dificultando aún más el proceso de traslado, que era percibido como uno que no podría sostenerse y que tendría que rearticularse para acomodar a los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias.

Realizar un traslado como el que se proponía el HEGC se veía como una tarea imposible cuando se trataba del servicio de Urgencias. Dada la forma en que su visión del hospital estaba tan enraizada a sus espacios de descanso, donde se constituía una identidad tan fuerte de grupo y donde se constituía un refugio hogareño, se generaba mucha resistencia a trasladarse a un nuevo edificio.

Todos sabían que iba a ocurrir, que el traslado era inevitable, por lo que su resistencia era una que venía con cierta resignación, pero que se encontraba mezclada con miedo, rabia, ansiedad, frustración y tristeza y que, por ello, la hacía más aterradora: se retraían del proceso de traslado, pero no lo podían aceptar. En cambio, dejaban que un fuerte resentimiento creciese.

Todos daban por sentado que el traslado se caería por su propio peso, que era imposible vivir en las condiciones que se le estaban proponiendo tras el traslado: dado el estilo de vida que han experimentado en la Residencia, los cambios propuestos se veían como inaceptables al percibirse como infinitamente inferiores a su forma de vida hasta ese momento, y eso incluye a los/as jefes que, si bien están de lado de la Dirección, comparten el sentimiento de resignación y de someterse a un cambio que no querían vivir. Sin querer admitirlo, ellos/as también esperaban que las condiciones post traslado pudiesen ser mejores que lo que les estaban ofreciendo en ese momento.

Estamos hablando de un panorama en el cual los sentimientos de desalojo y de traslado forzado unieron a todos/as en un discurso de rechazo con el cual el equipo tendría que combatir por meses. En este capítulo voy a dar a conocer cuáles eran estos sentimientos. De ahora en adelante no daré fechas específicas sobre cuándo ocurrió qué, sino que daré a conocer los sentimientos que se fueron expresando a través del tiempo, desde mi primera visita el 4 de julio hasta el fin de mis actividades el 10 de noviembre.

El traslado se percibía como un “abandono forzado de sus espacios apropiados”; los médicos sentían que con el paso del tiempo los espacios que tenían son espacios que han sido ganados, espacios que ellos/as han decorado, amoblados, algo que ha sido una creación propia de ellos. Cuando se les dice que deben abandonar con la promesa de un lugar que, en teoría, debería ser mejor, pero que ellos/as dan cuenta de que es inferior, en tanto los espacios para ellos como servicio de Urgencias están pensados para menos personas de las que conviven actualmente en la Residencia, se genera un fuerte sentimiento de rechazo.

Aún sin ir al edificio nuevo propiamente tal, todos decían saber que los espacios se les van a reducir, que se les está obligando a dejar un espacio que para ellos es querido

por algo peor. Se encontraban perdiendo algo que han ganado y construido con los años y se les estaba entregando, a cambio, espacios que ellos estimaban ser inhabitables. Todos los procesos que han llevado a cabo para apropiarse del espacio se ven deshechos, a su forma de ver, en la decisión de trasladarse a un lugar cuyo diseño no los considera.

Se reducen los espacios de descanso, se reduce la privacidad, se reduce la comodidad. El tener claro que no existe la posibilidad trasladar sus espacios tal cual son al nuevo edificio dio como resultado esta ansiedad generalizada del servicio, junto con la frustración, rabia, desinterés y desilusión. Era tan grande que hubo ocasiones en que tan solo hablar de las Residencias en el nuevo edificio causaba que alguien dijese “reducido” en medio de la conversación; salió casi de forma automática, sin necesidad de pensarlo, era una percepción ya instalada. Había un claro “miedo al espacio reducido”, en donde la imagen era de todos compartiendo habitaciones o salas enanas donde los 43 debían compartir un metro cuadrado, en condiciones de hacinamiento, lo cual se veía como algo imposible de lograr y un trato hasta inhumano.

La imagen del espacio reducido produjo una angustia compartida por todos los estamentos: la pérdida de la comodidad se veía como la destrucción de su calidad de vida en el HEGC, y por ende se asumía que ello iba a terminar impactando su forma de trabajo y atención, que serían menos eficaces. Y es por ello que argumentaban que, si quisieran lo mejor para los niños/as, habría existido una preocupación de facilitar espacios que no resultasen tan pequeños para mantener un cierto estándar y calidad de vida que permitiese el funcionamiento normal de Urgencias.

Y es aquí donde se veía uno de los elementos que consideraba más preocupantes sobre la forma de vida en Urgencias. Verán, en todo el Exequiel se corría con la máxima de que el traslado iba a ser un beneficio para los/as niños/as y sus apoderados/as y, por lo tanto, independiente de los inconvenientes que este traslado pudiese conllevar, la mayor parte de los/as funcionarios/as del hospital estaban en acuerdo con que era lo mejor que puede hacer el HEGC por ellos/as; se entregan al traslado, a pesar de sus dificultades, por el compromiso que tenían con los niños/as.

Sin embargo, en mis observaciones fui capaz de observar una preocupante “falta de compromiso con los/as niños/as” por parte del servicio de Urgencias: existía un compromiso con ellos/as en lo que se refiere a poder atenderlos bien, pero pasaba a un segundo plano —a diferencia del resto de los servicios que había visitado, en donde siempre eran la prioridad— cuando se trata de poner en riesgo sus espacios de encuentro y descanso.

Si se empezaba a hablar de la Residencia los/as niños/as aparecen solo cuando decían “va a ser mejor para ellos, pero no para nosotros. Y si nosotros no estamos bien, ¿cómo los vamos a atender bien?”, se ponían a ellos/as mismos/as como la mayor prioridad en el tema del traslado, lo cual difería de la postura generalizada que había visto en el resto del hospital. En el servicio de Urgencias preferirían quedarse en el complejo antiguo y el argumento reposaba en que estando más cómodos y sintiéndose en un espacio adecuado, podrían atender al máximo de sus capacidades, ignorando el estado deplorable de la infraestructura y de la maquinaria que utilizaban día a día.

Y, poniéndole sal a la herida, no solo los/as funcionarios/as sentían que las condiciones son óptimas en el complejo antiguo y que serían subóptimas —por decir lo menos— en el nuevo edificio, sino que además había una percepción de que “la jefatura y la Dirección no los defienden”; había un dolor bien fuerte con respecto a los/as jefes/as en tanto que se han sentido desamparados en cuanto a todas las decisiones que se han tomado con respecto al traslado, y sentían que no hay caso alguno en discutir con la Dirección porque simplemente no les importa lo que tengan que decir.

Es un sentimiento de abandono por parte de una figura casi parental, en la cual en esencia les estaba diciendo “nos cambiamos les guste o no, mejor se resignan”, ante lo cual se creó frustración y resistencia. Había una sensación de que le eran indiferentes a la directora (la nombraron como tal) y de que los/as jefes/as no habían hecho mucho —si es que algo— para defender sus espacios. El tono de voz cuando hablan de esto remarcaba un resentimiento sorprendente, hay decepción y enojo entremezclado, junto con una sensación de que las cosas ya no eran como solían ser. Veían con nostalgia los días en que el Exequiel se manejaba de una forma diferente por otra Dirección, con la sensación que bajo esa dirección las cosas serían diferentes, y transmitían esta sensación de injusticia a los/as más jóvenes que se imbuyeron de este sentimiento.

La jefatura misma se reconoció sin respuestas para las preguntas de sus funcionarios/as lo que solo fue alimentando esta sensación de desconsideración, de no ser protegidos, de ser en cierto modo olvidados. La información se transmitió y fue rechazada, y cuando se alzaron las dudas, no lograron ser contestadas.

Es lo que narra al principio sobre los representantes de las islas entregando información incompleta o transmitida de manera subóptima: aquí ocurrió igual que en otros servicios, pero sus efectos se ven multiplicados a causa de la resistencia que el espacio de la Residencia creó. Por lo tanto, esto solo fortalece la posición de resistencia en la que estaban, genera más miedo, más ansiedad, pero sobre todo frustración y rabia;

su nexa con la Dirección termina radicalizando aún más sus posturas y empeorando la situación, creando esta sensación de doble abandono, alimentando resentimientos.

Y es que la situación no terminaba con la percepción de que el espacio en el que iban a estar empeoraría, sino que “las condiciones de trabajo misma empeoran” a su vez. La imagen que tenían es que siempre tendrían que trabajar de pie, nunca tendrían un momento para sentarse, por lo que veían el trabajo en el nuevo edificio como un agotamiento constante. Los turnos de 24 horas que se proponían no se ven como posibles de llevar a cabo y aseguraban que sería necesario reestablecer los turnos de 12 horas.

Constataron la ausencia de ventiladores, ventanas y luz natural en la Residencia, a la cual la describían como “horrible”. Junto a lo anterior, ocurre que, mientras que los espacios de descanso se percibían como reducidos, los espacios de trabajo se percibían más grandes y por lo tanto había una preocupación, en tanto a la dificultad de trabajar juntos en un espacio tan grande donde todos estarían separados; siendo que en el complejo antiguo estaban acostumbrados a un trabajo en un espacio acotado, la presentación de las dimensiones del edificio nuevo se les hizo muy intimidante.

Desde la vida cotidiana cambiaría también la cultura que poseen sobre la hora de ingreso: solían marcar la hora y realizar otras actividades antes de ingresar al trabajo propiamente tal: ir a dejar a los/as hijos/as al colegio, tomarse un café, sacar la vuelta, porque ya cumplieron con la hora de entrada al marcar. Y esto es algo que se puso en riesgo en el nuevo edificio; siendo que sería todo mucho más controlado, no se daría esta posibilidad de realizar otras actividades, lo que la misma jefatura llamó “injusto” siendo que estaba instalado en las prácticas del servicio de Urgencias desde hace ya 15 años.

Frente a estas condiciones a las que se veían enfrentados, una de las médico me dijo que se sentían como “profesionales de segunda categoría”; esto iba de la mano con la sensación de desconsideración por parte de la Dirección y su Jefatura. Sentían que el diseño del edificio en sí no consideraba la forma de vida de Urgencias, que se hizo para incomodarlos o que no se pensó bien desde un principio. No habría nada que reemplace lo que tenían ni tampoco se ofreció algo distinto que sea equivalente, si no que vieron espacios distribuidos de una forma que no estaba pensada para sus prácticas cotidianas y que alimentó la rabia y la percepción de desconsideración.

Junto al sentimiento de desconsideración, había un miedo y rechazo a la “pérdida de la privacidad”. Existía una ansiedad en tanto dicen que las Residencias se encontraría justo en frente de los pacientes, por lo cual se sentían constantemente expuestos en esta disposición hipotética.

Y ese no era el único problema; la privacidad que habían logrado establecer entre estamentos se perdería al darse un inicio a las Residencias mixtas. Nadie quería compartir el espacio de sus Residencias que ya habían sido separados en médicos/as y TENS. Se habían conformado grupos segregados por título y la idea de encontrarse todos tan cerca uno de otro atentaba con su identidad de grupo y la confianza que se había construido entre dichos grupos: a pesar de encontrarse todos los días en el espacio de trabajo, en el espacio de descanso —el universo paralelo que describí brevemente en el capítulo anterior— se generaban dinámicas de relación distintas que se ponían en riesgo con el nuevo edificio.

El servicio de Urgencias se vio fragmentado en distintos grupos, una constante diferenciación de “Nosotros” y “Ellos”, sin poder ver alguna posibilidad de unión: los/as mismos/as médicos/as decían “¿Qué vamos a hablar con un técnico?! No tenemos nada de que conversar” y el sentimiento era mutuo, en tanto los/as técnicos/as también expresaron la misma preocupación. No era un miedo unilateral, sino que ellos/as también estaban acostumbrados/as a su propio espacio, a una forma de ser entre ellos/as, a “lo suyo”.

Y he aquí lo que llamaría yo el núcleo del conflicto en todo lo que hemos visto hasta el minuto: con nuestro equipo de investigación reconocimos que el hospital se encontraba en un proceso de eliminación de “lo mío” en pos de “lo nuestro”, en un intento de eliminar la percepción de que había espacios o lugares que fueran de un solo grupo o estamento. Esto no pasó por desapercibido, y he aquí donde —principalmente— vi que se gestó el conflicto con los servicios de Urgencias.

“Lo mío”, “lo suyo”, “lo nuestro” ya estaba instalado, ya estaba enraizado. La gran preocupación con respecto a la pérdida de privacidad, el sentimiento de abandono, las condiciones laborales que empeoran, los espacios reducidos y el abandono forzado de sus espacios apropiados, tenían a la base está clara intención de la Dirección del hospital de eliminar “lo mío”, el sentimiento de que algo es propiedad suya. Si bien problemas estructurales como la construcción y diseño de los espacios estaban presentes, lo que había causado discordia era en la forma de vida propuesta, la distribución de los espacios y esta clara intención de reorganizar la vida en el HEGC; era esta obligación, este mandato desde arriba, a tener que abandonar todo lo que han construido, todo a lo que los/as nuevos/as se habían adaptado, sin tener la oferta de algo equivalente o mejor, de tener que, en definitiva, renunciar a la identidad que han construido en sus Residencias, lo que rechazaban.

Las Residencias eran lugares claves porque eran el espacio que han tenido para hacer suyo; su espacio laboral estaba dedicado a su labor de atender y salvar la vida de los/as niños/as, donde su identidad de “guerreros” tomaba forma y que no se veía amenazada en el nuevo hospital más allá de algunas percibidas dificultades en la movilidad en el nuevo edificio.

Sin embargo, es en el espacio de descanso donde se daba esta construcción de “lo mío” y “lo nuestro” en tanto todos se imbuían en este proceso de hacer suyo el espacio, dotándolo de significado, convirtiéndolo en su refugio, y donde su identidad como “los/as médicos/as” o “los/as técnicos/as” nacía realmente, creando las separaciones gremiales y estamentales, y en donde sentían la verdadera calidad de vida del trabajo en el HEGC.

Lo que es más, diría que la Residencia era el lugar que, en definitiva, le ha dado el sentido al trabajo que realizan en el Exequiel. Y es que era allí donde habían construido una forma de vida, una forma de ser, que les había permitido sentirse no solo cómodos, sino que también a salvo. Era su resguardo, su protección, era un hogar y se crearon vínculos que eran reminiscentes a los de la familia, era el lugar que sostenía su compromiso con el Exequiel.

Ya había hablado durante el primer capítulo acerca de cómo hay un sentimiento de familia y de casa con el HEGC en general, sin embargo, en el servicio de Urgencias se observaba este sentimiento de forma más localizada en sus Residencias, puesto que no poseían tanta relación con el resto de los servicios, no solían visitar otros espacios que no fuesen su espacio laboral y su espacio de descanso, y sus relaciones se desarrollaban principalmente entre ellos. Por ello, al poner en amenaza su espacio de Residencia por uno que no ven que pueda cumplir con el estándar al cual están acostumbrados, surgieron estos miedos, expectativas y resistencias.

Con mi equipo, al trabajar estos temas en talleres, observamos una bajada de ansiedad bastante grande una vez que logramos ofrecerles espacios que no habían considerado para poder llevar a cabo sus prácticas cotidianas: una vez pudimos indicarles que sus condiciones laborales no se verían afectadas a la magnitud que creían, y que pudimos darles a ver espacios de descanso que podrían ser habilitados para crear los encuentros a los que estaban acostumbrados, y poder crear ciertas propuestas para mantener ciertos grados de privacidad, logramos ver que los presentes al taller empezaron a cambiar sus posturas rígidas, inamovibles, con respecto al traslado, en tanto se imaginaban capaces de replicar sus formas de ser en el nuevo edificio, de poder proteger “lo suyo”.

Claro, no resolvió todos los conflictos, ni tampoco hizo que la resistencia desapareciera, pero fue un paso importante para poder crear una forma de ver distinto al nuevo edificio, para que pudiesen empezar a verlo no como la catástrofe, sino como un problema que abordar y que, en definitiva, podía tener una salida, una solución.

Lo más importante era poder resguardar “lo suyo” en tanto prácticas, y también —en la medida de lo posible, puesto que nuestro trabajo era en definitiva para la Dirección— en tanto a los espacios significativos que ya habían construido en las Residencias. Sí, ya no podrían dormir en camas, ahora tendrían que dormir en verger, pero las prácticas de encuentro se podían mantener en otros lugares donde no tenían por qué sentirse apretados o reducidos.

Con esto, no quiero dar la impresión de que mi equipo de investigación fue capaz de resolver de raíz el problema —de hecho, las quejas y los problemas siguieron hasta el día del cambio y seguro aún quedaron conflictos post traslado—, sino más bien apuntar a la importancia de las prácticas cotidianas, espaciales e interaccionales que se construyeron en Urgencias que, en definitiva, sostenían al servicio en sí mismo. No hay ansiedad que haya nacido solo porque sí; dotaron el espacio de significado, se convirtió en lugar, y el lugar dio paso a una identidad de lugar en la cual se definió las bases a través de las cuáles se identificaban como miembros del servicio de Urgencias.

Capítulo IV: Analizando prácticas, significaciones y expectativas del traslado. Lo que los datos nos dicen de la apropiación del espacio en la Residencia.

Habiendo recorrido mis experiencias en los 7 meses de trabajo en el HEGC, el contexto del traslado, las prácticas y significaciones del espacio apropiado, los miedos y expectativas con respecto al traslado, ahora pasaré a analizar los datos recogidos a lo largo de esta investigación. A través de entrevistas, actas de reuniones, trabajos etnográficos incluyendo fotoetnografía, y talleres, recogí los datos que presenté brevemente en los capítulos anteriores y que ahora pasaré a analizar a mayor profundidad.

Para este análisis se hará uso de un modelo analítico de la teoría fundamentada, y se presentará a través de categorías, códigos y sus datos asociados, con tal de presentar un orden que permita leer el material de forma ordenada y comprenderlo a mayor cabalidad.

Las cuatro categorías por revisar a continuación son:

1-El refugio llamado Residencia: aborda cómo los/as funcionarios/as entendían y significaban el espacio de su Residencia como un lugar seguro donde su privacidad estaba asegurada y podían entrar en la confianza para desarrollar dinámicas propias de la vida en casa y en familia.

2-Identidad grupal dada por el lugar: describe y caracteriza las identidades que se formaron en los distintos espacios de trabajo y descanso del servicio de Urgencias, y cómo se instalaron las diferencias entre grupos tanto dentro del servicio de Urgencias como con el resto del hospital.

3-La amenaza del nuevo edificio: describe y caracteriza los sentimientos que surgieron al enfrentarse al traslado a un nuevo edificio y las significaciones que se formaron con respecto a este nuevo espacio a raíz de estos sentimientos enraizados a su espacio de descanso, la Residencia.

4-La negligencia parental: describe y caracteriza los sentimientos de abandono, tristeza, frustración y rabia que los/as funcionarios/as del servicio sentían sobre los altos mandos del Hospital, y cómo su percepción con respecto a la Jefatura y Dirección impactaron las significaciones que poseían sobre el traslado.

El refugio llamado Residencia

Esta categoría se refiere a la forma en que los/as funcionarios/as del servicio de Urgencia se apropiaron del espacio de la Residencia y lo reconocían como su “Refugio”. Esta denominación es la significación base de su espacio de descanso, en donde adquiere una connotación de protección, comodidad y afecto. No es un espacio con una carga emocional neutra, sino que tiene un fuerte componente de apego que une a las personas con este lugar. En las siguientes citas se pueden apreciar las emociones ligadas a la Residencia y las prácticas cotidianas que se establecen en ella:

“Con los temores y las cosas buenas. ¿Qué nos atemoriza? De que... estamos acostumbrados acá, aquí, igual vivir su espacio y tener su espacio: la Residencia de los médicos, la Residencia de los técnicos, la Residencia; son nuestros refugios, allá sabemos que vamos a perder eso.” (Entrevista Jefe/a Urgencias).

“Em... tenemos una Residencia médica donde tú tienes una sala de médicos, te voy a poner, para que te acuestes, te duermas, veas la tele, comas las cabritas, y la enfermera tiene otro espacio, y el técnico tiene otro espacio, y los técnicos hombres tienen su propio espacio y las técnicas mujeres tienen otro espacio. Allá, va a haber, un espacio de menos metros cuadrados transversal para el médico, la enfermera, el técnico, el conductor, el admisionista, donde físicamente no vamos a poder ni siquiera entrar... 8 personas, de 25 que vamos a estar en turno. Por lo tanto, ya, estar en un lado más chico, y ya estar compartiendo con... con tu... si fuera en una casa, tú tienes que compartir con la tía, con la abuela, con el veci... no con el vecino, pero con el, el... el suegro. Vamos a tener que meternos todos en un living comedor a sentarnos a conversar en una casa grande. Esa es la diferencia.” (Entrevista Jefe/a Urgencias).

En los fragmentos anteriores se establece la importancia de la Residencia y los sentimientos asociados a ella que surgieron al verse amenazada en el traslado a realizarse al nuevo edificio. En el miedo de que el espacio pudiese perderse, el/la entrevistado/a se ve enfrentad@ a las emociones que le producen la Residencia. Están los aspectos más cómodos de la costumbre, el descanso y la privacidad entre estamentos que permitieron que se establezcan núcleos familiares en cada Residencia, donde cada persona podía entrar en confianza y sentirse a salvo. Frente a las demandas laborales, las Residencias se

presentaban como un espacio protector donde cada uno puede recuperarse y relacionarse con las personas que les son de confianza.

Esta dinámica se vio amenazada por el traslado donde los núcleos familiares creados y establecidos en las Residencias de cada estamento se encontrarían en colisión, creando nuevas dinámicas con personas que, si bien conocen, no han sido parte de la construcción de un espacio común de confianza. De esta manera, el refugio ya no es refugio, en tanto que la comodidad y protección se veían en peligro al juntarse en un espacio diferente que no replica las condiciones del refugio en el que vivían, y en donde además se sentía que se diluían los lazos de confianza significativos que se construyeron en el tiempo, al compartirlos con personas que no comparten una historia común del espacio.

Este espacio de refugio no era uno que se haya definido así por las puras, sino que hubo prácticas que permitieron que los/as funcionarios/as le imbuyeran este significado a un espacio que, originalmente, se les fue entregado por el hospital, pero que ellos/as mismos/as han ido transformando a través de “prácticas de apropiación del espacio”, las cuales podemos reconocer en los siguientes extractos:

“También me cuenta que el hospital lo único que les ha dado es el espacio de la Residencia, que todo lo demás ellos mismo lo han comprado de su bolsillo, la televisión, los sofás, todo lo que veía a mi alrededor lo han conseguido ellos con una cuota mensual que ponen. Este es su espacio, y sienten que los están despojando de un lugar que ellos mismo crearon, que es suyo, que está súper apropiado y es únicamente de ellos y de nadie más, por lo que duele pensar en abandonarlo en pos de un espacio compartido.” (Extracto Relato Etnográfico).

“La verdad es que era un espacio bastante pequeño, con una mesa central ovalada y ocho sillas a su alrededor que ya se tomaban la mayor parte del espacio. En la muralla derecha había una pizarra con notas de distintas cosas que necesitaban tener en consideración. Al extremo izquierdo estaba el refrigerador, el lavaplatos, una cocina, tostador, hervidores y un galón de agua. La verdad es que no había mucho que decir al respecto del lugar más allá de que aquí es donde se reunían a comer, y que todo lo que estaba aquí, al igual que en la sala de descanso, lo habían traído o comprado ellos con la cuota mensual.” (Extracto de Relato Etnográfico).

En el acto de amoblar el espacio, de organizarse con cuotas y pagos para traer todos los muebles y la indumentaria que se puede observar en la Residencia, es que se produjo una práctica de apropiación: el espacio entregado por el hospital pasa a ser su espacio en tanto realizaron una ocupación de él y lo marcaron como suyo al darle su uso cotidiano a través de los muebles e indumentaria que ellos/as mismos trajeron y con la cual se organizaban. Es en este acto grupal de co-construcción del espacio en que se crearon prácticas cotidianas donde el espacio pasa a ser de todos los que participan de este proceso de traer objetos y pagar la cuota mensual.

Se puede apreciar más fácilmente el proceso de apropiación del espacio viendo la siguiente fotografía tomada en la Residencia:



De la fotografía, ambos sillones, la estufa, los computadores, la chaqueta, la mesa pequeña detrás de la estufa, son todos elementos que han comprado y traído los médicos de la Residencia. Esta imagen muestra una porción de lo que es una habitación que ha sido completamente amoblada por los médicos, y demuestra la idea de refugio de la que hablé anteriormente. Lo que vemos en la imagen es el efecto de la apropiación del espacio; se hace difícil imaginar la habitación sin estos elementos que invitan a la idea de comodidad y protección, los significados han sido entregados a través de la práctica de apropiación que realizaron los médicos al amoblar este espacio, por lo cual es tan prevalente en su discurso que este espacio es “suyo”, a pesar de que se les fuese entregado por el hospital.

Estos espacios apropiados que han sido entregados por el hospital se consideran como “espacios ganados”, dándole a esta idea de un espacio de refugio no solo la significación de que es algo que ellos mismos han construido en su práctica cotidiana, sino que además es algo que merecen, algo que con el tiempo ha pasado a ser del hospital a ser plenamente suyo:

“En primer lugar, se destaca que la discordia con el edificio nuevo está en los espacios físicos pertenecientes a los/as funcionarios/as: habla de que esto es un ámbito real, la diferencia entre lo bello y bueno del edificio con los espacios más íntimos y propios de los/as funcionarios/as. El máximo reclamo y el máximo temor está en la sensación de los/as funcionarios/as con respecto a lo que les “quitan”.” (Extracto de Relato Etnográfico).

“El señor me dice que, en este hospital, como doctores viejos, han ido ganando cosas con el tiempo, espacios, estacionamientos, entre otros, y que ahora todo eso que se ha ganado se va a perder una vez que se vayan al nuevo edificio.” (Extracto de Relato Etnográfico).

El que sean espacios ganados es lo que le dio tanto poder a esta idea de que sean espacios que les están “quitando”, en tanto estos espacios que solían ser del hospital se convirtieron en suyos por el trabajo y la dedicación que han puesto en sus años en el HEGC. No es solo que llegaran a amoblar un lugar que se les dio, sino que es algo que sentían que merecían; por todo el esfuerzo de años de trabajo, por una historia común que ha reunido a los doctores viejos/as y a los doctores nuevos/as que se han integrado a esta lógica, es que se produce una supuesta injusticia cuando se pone en amenaza un espacio que ellos/as se han ganado; en el servicio que han prestado al hospital por años, nace esta percepción transversal de que la Residencia no es solo algo que ellos/as han construido, sino que es algo que se merecen, complicando aún más el poder aceptar los estándares de vida que perciben en cuanto al nuevo edificio.

Resulta aún más complicado cuando estos espacios apropiados y percibidos como ganados se viven de una forma específica, cuando las prácticas que se desarrollan en el lugar resultan en dinámicas que le dan una connotación familiar, y es lo que se puede ver

con una “Residencia como casa y convivencia familiar” en la experiencia compartida de habitar el espacio de Residencia:

“Es como una familia, es como exactamente la, la, el hospital es un modelo de una familia, como tú tienes que administrar tu familia. Em, si tú vives con tu... con tu hermano y con la esposa de él y con los tres niños, lo más probable es que no sea fácil tocar el tema que los hijos de tu hermano molestan mucho cuando tú estudias. Está ahí el problema, tratas de evadirlo, tratas esto aquí, pero no tiene solución, porque no vas a sacarlo a los hijos de tu hermano de la casa. Así es de este ambiente más...” (Entrevista jefe/a Urgencias).

“Mira, esto es exactamente igual... yo, alguna vez alguien me lo puso en comparación, eh, me dijo “sabe que doctor, usted vio una vez la película, una serie, de la Anita no sé cuánto, que era la geisha chilena, cuando ellos se pasaron a vivir de una casa de...” no me acuerdo que era de... Tobalaba, de por allá, era una casa chica en un barrio, y se fueron a vivir a Chicureo a una mansión, cómo tenían las cosas, cómo se perdían, y cómo no se veían, y cómo trataban de dormir todos en una sola cama, en un colchón, porque estaban acostumbrados a vivir apegaditos, encerrados, y ellos me decían “así nos va a pasar a nosotros. Vamos a estar acostumbrados a vivir, no vamos a querer usar los espacios, porque no vamos a querer, porque estar juntos, porque queremos esto y aquí”, y ese mismo temor que se veía ahí, es lo que vamos a tener acá, y efectivamente, es como real, ¡o es también al revés lo que pasa! Como cuando tú has estado acostumbrado a vivir en una casa de dos, tres pisos, con piscina, por una situación económica te toca ir a vivir a Santiago Centro, a un departamento de 60 metros cuadrado, donde la vecina de al lado tiene 2 perros, donde cuelgan la ropa, donde la lavandería, el ascensor no funciona, esa misma estreches y esa misma incomodidad es lo que representa es exactamente para los dos lados, me parece a mí lo mismo” (Entrevista jefe/a Urgencias).

“Quizá, bueno este hospital es así como una casa; familiar. Y como el espacio como que allá no va a ser lo mismo que... cuando uno llega acá todo el mundo se conoce, probablemente va a haber mucha gente que no nos vamos a encontrar

como nos encontramos acá, eso yo creo que se va a perder.” (Entrevista médico de Urgencias).

Los ejemplos dados por el/la jefe/a de Urgencias permite esclarecer un par de cosas: en primer lugar, la experiencia en el hospital —específicamente en la Residencia— es comparable con la de un hogar y las dinámicas que se dan son de familia; se sienten como parte de un núcleo familiar que pertenece a una familia más grande que es el HEGC en general, pero el núcleo está definido en la Residencia, que sería esta casa, refugio, en donde se mueven, y el resto de la “familia” del Exequiel serían las visitas y encuentros que se dan en el espacio de trabajo.

Al enfrentarse al traslado esta familia se pone en riesgo, se reconoce que no sería lo mismo que solía ser, puesto que se experimentaría un cambio en el núcleo familiar, donde se sumarían más personas, cambiando las dinámicas básicas que ya se han establecido en la Residencia y, más encima, en espacios que se perciben más pequeños.

El encuentro ya no podría ser el mismo en tanto cambian las condiciones en que se produce. Cambia la condición de refugio familiar, la casa que reúne a la familia cercana, a unas condiciones que se perciben como hacinamiento que convierten la casa en un espacio acotado. Así, la nueva casa no puede compararse a la anterior, el refugio, la protección, la comodidad, la intimidad, todos esos aspectos importantes que han creado un lazo afectivo con el lugar por parte de los/as funcionarios/as de Urgencias ahora se ven en peligro.

Identidad grupal dada por el lugar

Esta categoría se refiere a la forma que se los/as funcionarios/as de Urgencias se identificaban en su espacio laboral y de descanso; su propia identidad se encontraba en juego en tanto que las formas de actuar que adoptaban en determinados espacios crearon personajes distintos para situaciones distintas. Las siguientes citan ilustran la forma en que las identidades se establecieron alrededor del espacio de las Residencias:

“Otro/a miembro de la jefatura, recalca que los temas de conversación son complicados, y (...) agrega que existen culturas diferentes entre los distintos tipos de funcionarios/as, ante lo cual (...) retoma y dice que, si bien no existen enemistades, si hay una expectativa de que los momentos de relajo se vivan con

los grupos de confianza, con la gente que a uno le agrada. Nadie quiere compartir.” (Extracto Acta de Reunión con jefatura de Urgencias).

“el tema cambió a que yo debía ir a la Residencia con una bata de médico para estar allá sin incomodar; quedé en shock, esencialmente me iba a estar infiltrando con la bata de otro médico. No me sentía muy cómodo con esto, pero sabía que lo mejor era seguir las instrucciones que me daban. Así que trajeron la bata, me la puse y luego pasé a la Residencia.” (Extracto Relato Etnográfico).

Las identidades en el servicio de Urgencias variaban según el cargo que ocupa cada funcionario/a y se observaba en aspectos tales como la necesidad de usar bata para poder llevar a cabo mi trabajo etnográfico. El que “nadie quiera compartir” se intuye que es debido a que ya hay identidades establecidas en cuanto a las Residencias y el cambio que se propone, en el cual la promesa es que todos van a compartir los nuevos espacios, crea las ansiedades con respecto a las identidades ya establecidas en las Residencias.

Siendo que ya existían dinámicas y prácticas alrededor de estos espacios separados que se han mantenido por años (décadas, incluso) y que difieren de los distintos espacios de descanso y de trabajo, no sorprende, entonces, que las identidades fuesen diferentes según la composición de los grupos que descansen juntos. En todo el tiempo que han convivido juntos se han desarrollado formas de vida y prácticas cotidianas que son distintas las unas a las otros y no se veía el cómo las prácticas de tantos años podrían entremezclarse con las de personas que no forman parte de ellas.

Esto se hace más complicado cuando este no es un problema único de aquellos que han trabajado por más años, cuando la rigidez es también parte de aquellos que llevan menor tiempo en el servicio, y es que, para bien o para mal, “los nuevos funcionarios se adhieren a la cultura” ya establecida por las Residencias, dificultando alcanzar el nivel de flexibilidad necesario para realizar un traslado como el que se vivía en ese entonces. Podemos dar cuenta de este fenómeno en las siguientes citas:

“Yo creo que ha sido eso, la capacidad de gente que viene para acá, al tiro se contagia de nuestra... de nuestra forma de... trabajar como hospital y... y funciona así, como una familia. Entonces yo creo que eso allá, en lo posible no lo vamos a, a olvidar, y vamos a hacer todo lo que nosotros podamos para que

eso se mantenga. Si eso es una cosa muy linda, extraordinaria.” (Entrevista Jefe/a de Urgencias).

“tenemos una renovación constante de equipo de, de técnico paramédico, pero son gente joven que viene a... que se han ido colocando la camiseta del Exequiel y se la van poniendo a su medida, entonces se han ido acoplando a las cosas. Muchas buenas, pero también algunas cosas que tenemos que corregirlas que no son tan buenas y que no debemos llevarnos al hospital. Pero que ahí hay que hacer algún grado de intervención” (Entrevista Jefe/a de Urgencias).

“PT: Claro, y algunas de las debilidades que mencionó, porque dijo “los nuevos van llegando y se van poniendo la camiseta y van adquiriendo fortalezas”, también dijo que adquirirían otras que no eran tan fortalezas, ¿alguna que se le ocurra que sea importante destacar?

DM: Eh... yo creo que esa mirada que todavía que tenemos como, eh... de gremios.

PT: Ya.

DM: Y de compararse, o sea, nunca, uno lo ha perdido con los años, y uno que es jefe que lo entiende, pero yo también cuando no era jefe, cuando era solamente pediatra en esta Urgencia, también lo veía con los mismos ojos, o sea, ¿Por qué yo si yo soy médico? Yo no puedo hacer lo mismo que el técnico ni puedo tener la misma relación, ni me pueden dar el mismo trato. Y los técnicos también se empiezan a, todos empezamos a, a haber un grado de comparación, ¿Por qué yo tengo que trabajar tanto si el otro no trabaja tanto? ¿Por qué yo tengo derecho a, a, a dormir si el otro también tiene derecho a dormir? ¿Por qué yo me puedo ir a tomar la bebida a la esquina si el médico se va a la otra esquina a tomarse? Entonces, esas cosas, comparativas yo creo que son perjudiciales, porque cada, cada me... cada profesión es un mundo diferente, y se desarrolla diferente, con responsabilidades diferentes, y yo creo que... equivocado no hay que tratar de que eso funcione, hay que tratar de que alguna manera funcione.

PT: ¿Y cree que ya se ha ido corrigiendo? ¿O todavía hay trabajo que hacer al respecto ahora que nos estamos yendo al edificio nuevo?

DM: No todavía, y eso que nunca se va a acabar.” (Entrevista Jefe/a de Urgencias).

Si bien el/la jefe/a de Urgencia reconocía un aspecto positivo en tanto al como los nuevos/as funcionarios/as se contagiaban del espíritu del Exequiel, no deja de reconocer que también van adoptando ciertas características negativas de los más antiguos, tales como la mirada gremial y separatista que se ha instalado en el mundo de las Residencias en Urgencias.

Esta entrada de nuevos/as funcionarios/as que adoptaban la misma cultura que los más antiguos, sin desafiarla o sin innovar en aspectos de la forma de vida, hizo que la identidad de Urgencias se volviese más monolítica y más difícil de despegar de sus Residencias, que es donde se dan las prácticas de apropiación y las dinámicas familiares que cementaban esta identidad y, por tanto, se presentara como un obstáculo a la hora del traslado.

La identidad que han establecido invitaba a los nuevos/as funcionarios/as a ser parte del proceso, siempre y cuando pertenezcan al mismo cargo de trabajo, lo que a su vez fortalecía la mirada gremial y separatista que mencionaba anteriormente, y haciendo aún más difícil el imaginar la convivencia cotidiana en conjunto con los otros estamentos una vez que se produjese el traslado.

Es de esta manera que se perpetuaba una identidad que se daba por la diferencia, una identidad que se construyó no solo a la base del lugar en el que conviven, sino también a partir de las “diferencias estamentales con respecto al trabajo” que se han construido a partir de los años:

“Le carga la idea de las Residencias compartidas, el hecho de que se pierda la privacidad. Me dijo que no es posible que se vayan mezclando Residencias cuando ya hay lazos hechos y otros que son más distintas, que no hay mala onda, pero que uno quiere andar con su gente.” (Extracto de Relato Etnográfico).

“Una de las antiguas, una señora, partió hablando de cómo le molestaba que no habrá espacios médicos, que se mezclarán las Residencias y se perderá la privacidad, ante lo cual otra antigua toma la palabra en seguidilla diciendo que lo que quieren es convivir con pares no con otros estamentos, porque ‘¿de qué tienen que hablar un médico y un técnico o un auxiliar? ¡De nada! Va a ser muy incómodo’.” (Extracto de Relato Etnográfico).

“Falta compartir la parte humana. Se habla de que se experimente la mezcla de estamentos, vivir juntos. Se habla de un cambio de cultura: sinceridad sale al aire. El gran temor es que ya no se pueda decir algo, la censura al mezclar estamentos, sentirse prisionero de no poder hablar.” (Extracto bitácora de Taller).

“Los espacios son difíciles de compartir. Las diferencias entre el trabajo y la forma de vida en la Residencia son totalmente distintas. No se puede confundir que, porque haya una buena relación de equipo hay una buena amistad. La gente se lleva bien entre sí, pero los grupos ya están conformados. No se ven compartiendo en la Residencia.” (Extracto Acta de Reunión con Jefatura de Urgencias).

Las diferencias estaban muy marcadas, se podía reconocer una diferencia entre el “Nosotros” y el “Ellos”. Se destacaba la buena relación de equipo a la hora de compartir el espacio de trabajo, pero esa disposición era inexistente a la hora de poner la misma disposición sobre el espacio de descanso. Y tiene que ver justamente con lo que ya hemos visto de la disposición de identidades creadas por el lugar de descanso, por las dinámicas monolíticas que sostenían esta mirada de diferencias estamentales que hacen el compartir el espacio una idea que sonase ridícula para todos/as los/as funcionarios/as. Cada grupo creaba su propia cultura, tenían sus propios temas para conversar, y no eran capaces de verse congeniando con personas que no sean parte de esta forma de vida.

La creación de nuevos lazos y nuevas formas de vida no era algo a lo que, en primera instancia, estuviesen dispuestos a transar. Se sostenían bajo la idea de que ya había lazos conformados y que no se podía pedir que se extiendan o que se cambien, hay dinámicas familiares que no podían extenderse.

Si bien todos eran parte de la familia de Urgencias, no todos podían ser parte de la familia nuclear que se han constituido en las diferentes Residencias. Los médicos/as son médicos/as y convivían entre ellos/as, los TENS son TENS y convivían entre ellos/as, y así; el nombre del cargo ya tenía asociado una significación que generaba diferencia, que impedía el poder verse en una lógica de convivencia conjunta.

Esta identidad creada en los lugares de descanso se contraponen a la identidad que se generó en el espacio laboral, donde los/as trabajadores/as se unían para realizar su trabajo, donde se rompen las barreras de gremiales, puesto que se compartía una “emocionalidad transversal entre estamentos en el espacio laboral”:

“Se involucran afectos álgidos; a todos les afecta cuando fallan en la reanimación. Hay un sentimiento de par del que sufre: produce complicidad con los pares. “¿Cómo hacemos que nuestros pacientes digan que somos los mismos, que nos reconozcan?” Este es el desafío como equipo.” (Extracto de Bitácora de Taller).

“Las interacciones entre distintos estamentos son integradas, las funciones son integradas: todos trabajan como equipo. Se rompen las líneas como equipo, hacen lo que se necesita más allá de sus funciones como estamento. En la incertidumbre, todo puede ocurrir.” (Extracto de Bitácora de Taller).

A pesar de todas las diferencias establecidas anteriormente, cuando se trataba del momento de trabajar juntos en la Urgencia, todos/as los/as funcionarios/as trabajaban juntos/as y estaban dispuestos a compartir y apoyarse, tanto en lo que correspondía a su trabajo como a la carga emocional que éste conlleva. Se marca una diferencia increíble con respecto a la forma de comportarse y actuar en sus espacios de descanso, en tanto aquí ya no importaba si eres médico/a, enfermera o TENS, todos/as están involucrados/as en el proceso y eran una comunidad de Urgencias mientras están trabajando. El espacio de trabajo generaba dinámicas y formas de ser totalmente distintas a las de los espacios de descanso.

Esto refuerza la idea de una identidad de lugar en tanto podemos ver el cambio de actitudes, significaciones y prácticas cotidianas según el lugar en el que se encontraban los/as funcionarios/as. En las prácticas domésticas que se desarrollaban en las Residencias que se establecían como casas, era inimaginable juntar a estos estamentos. Mas en el espacio laboral, no solo es algo que ocurría, es algo que se promovía y es algo que se apreciaba. Se llevaba a cabo una forma de interacción inimaginable en el otro espacio, y esto se debía justamente a que en este espacio existía una emocionalidad que no se comparte en el otro: la alta presión y la necesidad de apoyo inmediato y trabajo en equipo rompía, justamente, las barreras que se instalaban una vez que cruzan el umbral hacia la Residencia. Había una significación en tanto a las emociones que se vivían en el espacio laboral de Urgencias que permitía estas dinámicas y formas de vida que no se veían en las Residencias.

Es más; fuera de las Residencias había una forma identitaria que los cubría a todos, y esto tiene que ver con la “importancia reconocida de Urgencias”, es decir, con el reconocimiento como el lugar más importante del hospital que sentían poseer los/as funcionarios/as del servicio:

“la Dirección le ha dado la, el sello, que la importancia que tiene la Urgencia para un hospital, que no nos lo habían reconocido durante muchos años.” (Entrevista jefe/a Urgencias).

“Eso fue un hito pero que ha marcado, porque ahora la Urgencia no es la “Urgencia chiquita”, no es la Urgencia lo último que queda, no es lo más pequeño, la Urgencia es la Urgencia, y destacar qué es lo importante, o sea, nadie visualiza que en la Urgencia se ve desde una picadura de insecto que no tiene ninguna importancia hasta el paciente que llega en shock y que comienzas a recuperarlo. Eso yo creo que ha sido como los hitos que nos han marcado en los últimos cuatro, cinco años yo te diría de, de, de evolución como equipo.” (Entrevista jefe/a Urgencias).

“Sí, siempre va a haber algo que mejorar, pero yo creo que, eh, lo que te decía, desde la dirección que nos ha dado este valor, para que la Urgencia sea la Urgencia, y cuando conversamos en reuniones de equipo, “Es que la Urgencia la lleva. Es que la Urgencia trabajo” ha hecho que, junto con el trabajo que hacemos todos aquí en la Urgencia, eh, ganar un puesto y una posición dentro, y que la gente y los funcionarios reconozcan lo que hace la Urgencia.” (Entrevista jefe/a Urgencias).

Esta forma de entender a la Urgencia no solo fortalecía el valor que se asignaban a sí mismos los/as miembros/as del servicio, sino que, a su vez, fortalecía la idea de los espacios ganados que tocamos anteriormente. Estos espacios son algo que merecían no solo en tanto a las acciones que han realizado como equipo, sino que ya se ve relacionado a una identidad que estaba marcada por este reconocimiento de su importancia; ser parte del servicio de Urgencias es ser parte del equipo más importante del HEGC, por lo que los espacios ganados no eran solo algo que merecían, era algo que no se podía desligar

de la identidad de ser parte de Urgencias, y que cubría todos los aspectos desde el trabajo hasta el descanso.

Y, por lo mismo, se observa una gran diferencia respecto de Urgencias con el resto de los servicios, en tanto que ellos/as se relacionaban principalmente consigo mismos y mantienen esta visión de ser los más importantes del hospital. Y esta visión idealizada de sí mismos se mantenía ya que la vida en Urgencias es la de “un servicio aislado del resto del hospital”:

“Sobre las relaciones con otras unidades: no salen de Urgencias. Hay áreas que no conocen. El auxiliar es el único que recorre y que conecta la Urgencia con los demás lugares.” (Extracto de Bitácora de Taller).

“Por lo tanto yo creo que [las relaciones con otras unidades se dan] bien, pero hay, hay temas pa mejorar, y yo creo que, que es buena la mirada y, no sé cómo nos verán, yo considero que los otros también nos ven que funcionamos bastante bien.” (Entrevista Jefe/a de Urgencias).

“Si bien se mantiene la misma actitud que he visto tanto de las personas que vienen al Exequiel como de los/as trabajadores/as, me doy cuenta de que este sector de hospital es como una región dentro del mismo país: se comparten ciertas características como personas, pero el ambiente es muy diferente. Hay una ecología, una disposición del espacio, y unas lógicas de atención completamente distintas a lo que he visto hasta ahora.” (Extracto de Relato Etnográfico).

Las relaciones de Urgencias con otros servicios eran meramente funcionales: no se ahondaba en el tipo de relación que tenían y solo se ven de vez en cuando se mencionaban. Las lógicas de funcionamiento eran distintas, y no se preocupaban de pasar tiempo con ellos/as, y no tenían si no más que una idea sobre cómo ellos/as funcionan y los ven a sí mismos. Esto justamente nutría la idea de la importancia de Urgencias sobre otras unidades del Exequiel y generaba muchas de las tensiones que hemos revisado hasta el momento sobre el traslado al nuevo edificio.

Urgencias vivía en un mundo separado, a parte; sus lugares de descanso y de trabajo habían instalado una identidad que se diferencia del resto del hospital que está en constante comunicación, convirtiéndose en una isla particularmente aislada, que se

reconoce en el discurso de que el Exequiel es familia, pero donde sus núcleos estaban particularmente atados a la Residencia, y solo se extendía a la convivencia en sus lugares de trabajo, pero no más allá de ello. Esto significa que Urgencias se percibía a sí mismo como un servicio que funcionaba casi independiente del resto del hospital.

La amenaza del nuevo edificio

Esta categoría aborda las ansiedades, miedos, expectativas, frustraciones y fantasías que se produjeron al momento en que se hizo presente el nuevo edificio y el traslado como una realidad inevitable que vino a sacudir las prácticas cotidianas de los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias y a sacarlos de un espacio que habían dotado de significado.

“En primer lugar, se destaca que la discordia con el edificio nuevo está en los espacios físicos pertenecientes a los/as funcionarios/as: habla de que esto es un ámbito real, la diferencia entre lo bello y bueno del edificio con los espacios más íntimos y propios de los/as funcionarios/as. El máximo reclamo y el máximo temor está en la sensación de los/as funcionarios/as con respecto a lo que les “quitan”.” (Extracto de Relato Etnográfico).

“El señor me dice que, en este hospital, como doctores viejos, han ido ganando cosas con el tiempo, espacios, estacionamientos, entre otros, y que ahora todo eso que se ha ganado se va a perder una vez que se vayan al nuevo edificio.” (Extracto de Relato Etnográfico).

En las citas anteriores vemos la significación de que hay algo que se “quita” a favor de otro espacio al que se van a relocalizar. En el acto de traslado no se comparte con la significación de la Minga que vimos en el Capítulo 1, no es que se mantenga el Exequiel, se cambia. La identidad misma estaba en juego con la amenaza de este nuevo edificio que venía a arrancar aquello que sentían que han ganado, que se merecían, que les permitía desarrollarse óptimamente, con intimidad y comodidad.

La mayor inquietud que producía el tema del traslado es la “amenaza de trasladarse a espacios reducidos”, en donde no se veían capaces de llevar a cabo las

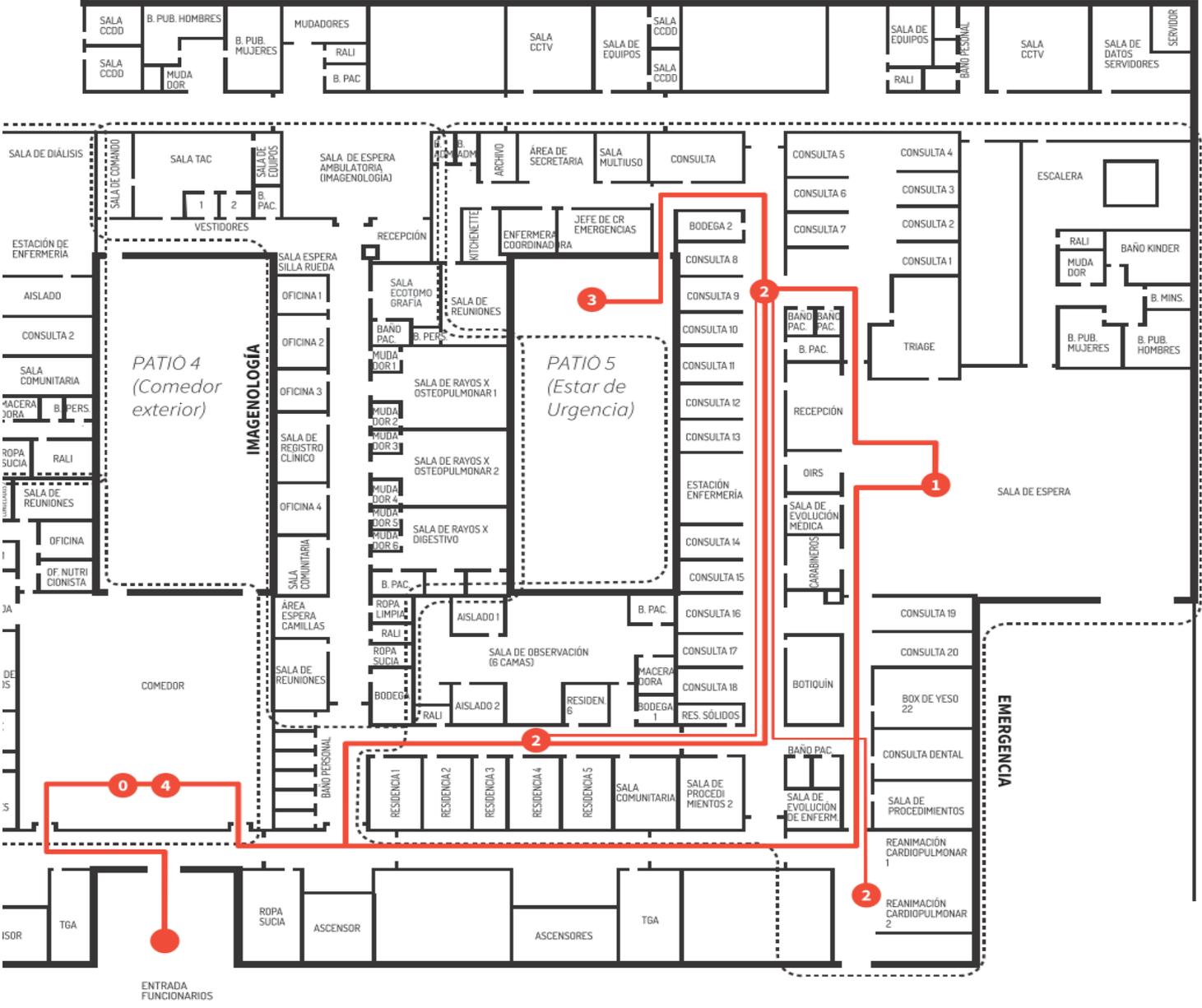
actividades que constituirían sus prácticas cotidianas en un espacio que ya ha sido significado y apropiado. Podemos verlo reflejado en las siguientes citas:

“Los puestos están pensados para 1 persona por estación de trabajo cuando son 2 personas; hay un puesto para una secretaria, una jefatura, no dos. La planta no se pensó de la manera correcta; se pueden ajustar en el espacio, pero se nota la falta de preocupación.” (Extracto Acta de Reunión con Jefatura de Urgencias).

“Me doy cuenta de que hay un mapa del nuevo edificio colgado en la puerta y le pregunto si sabe en qué parte del mapa estarían, ante lo cual me dice que ni siquiera se había dado cuenta que el mapa estaba ahí, pero una vez que lo empezó a revisar, me dijo que sabía cuáles eran los espacios que les iban a dar y me dijo “Mira, todo esto es lo que nos dan, y es como, a lo mucho, solo la sala de descanso. Esto no va a poder ser, yo creo que van a tener que habilitar estas bodegas como piezas para que descansemos” ante lo cual le pregunto qué pasaría con las bodegas entonces y él me dice “eso lo van a tener que arreglar entre ellos, porque si no va a ser como te dijeron antes, va a colapsar y se va a caer por su propio peso. Yo creo en lo que dicen de que va a colapsar”.” (Extracto de Relato Etnográfico).

La ansiedad se vuelve palpable al dar cuenta de que hay una imagen de hacinamiento con respecto al momento en que se trasladen al nuevo edificio. Se veían en la obligación de tener que ajustarse a espacios que, según ellos/as, no estaban bien pensados y que terminan siendo más pequeños en el nuevo edificio. Llama la atención cuando se dice “va a colapsar y va a caer por su propio peso”; no había fe en que la situación pueda revertirse o que se puedan ajustar a las nuevas condiciones, más bien, había una respuesta a la percepción de esta amenaza con otra, con la seguridad de que la única forma de que el traslado fuese posible era garantizando las mismas condiciones de vida que tenían en ese momento dado.

Para profundizar en esta percepción, realicemos una comparación del plano de los espacios de Urgencias en el nuevo edificio con los espacios actuales que fotografié en la Residencia.



Al verlo en el plano, las Residencias se ven como rectángulos pequeños en un gran mapa que es el sector de Urgencias. A continuación, mostraré las imágenes de la Residencia médica en el complejo antiguo, para dar un contraste de los espacios que los/as funcionarios/as veían amenazados.



Una de las primeras cosas que cabe destacar es que la Residencia médica previa al traslado tiene dos pisos; ya en sí eso crea una diferencia importante con lo que se muestra en el plano, que es un solo piso donde las Residencias se ven bastante escuetas, una junto a la otra. Los médicos se movían únicamente en base a lo que veían en el plano y la percepción era que sería imposible replicar lo que tenían en ese momento.

Y es cierto, si vemos las fotos es posible destacar como la forma en que está amoblado llama a la comodidad y representa un espacio relativamente amplio en el cual se pueda descansar, donde se puedan sentar y reclinarse, y hasta dormir cómodamente en una cama. El hecho de que haya dos pisos permite también realizar actividades distintas, sea ir a guardar las cosas y dormir, o relajarse en una sala de estar con los demás miembros del equipo que están descansando. Permite tanto descanso como convivencia cómoda, lo cual ven en amenaza cuando en el plano solo son capaces de ver un espacio en el que a penas si van a entrar dos verger, en donde lo único que se puede hacer es dormir y a lo más reposar un rato, pero donde no pueden guardar sus cosas en los lockers que tienen facilitados, ni pueden convivir como lo han hecho hasta ahora.

Añadiendo a esto el hecho de que las Residencias se mezclarían con los otros estamentos, se hace más claro por qué para ellos estas eran condiciones aparentemente inaceptables; lo que se ve en las fotos simplemente no era imaginable en el espacio propuesto por el plano. Los/as funcionarios/as no querían que sus Residencias perdieran el significado que les han otorgado: existían otros lugares que pueden facilitar las funciones de convivencia que llevaban a cabo, sin embargo, esto sería sacrificando la intimidad, y la Residencia pasaría a ser un mero lugar para dormir un par de horas y más apretados de lo que se aprecia en la foto de las camas.

Es a raíz de esto que los espacios reducidos se veían como una amenaza, una amenaza a su comodidad, a su intimidad, a su convivencia, a sus formas de vida como tal en sus espacios de trabajo. Y al verse en amenaza, hubo una respuesta clara: el rechazo. Y uno de los rechazos más prevalentes fue el “rechazo a la pérdida de privacidad”. Habiendo una distinción tan fuerte entre estamentos y sus formas de ser en el descanso, y al enfrentarse a espacios más reducidos donde vieron imposible poder enfrentarse a esta convivencia en conjunto, los/as funcionarios se manifestaron en contra de la pérdida de intimidad:

“me dijo derechamente que no quiere cambiarse por ningún motivo. Le carga la idea de las Residencias compartidas, el hecho de que se pierda la privacidad. Me dijo que no es posible que se vayan mezclando Residencias cuando ya hay lazos hechos y otros que son más distintas, que no hay mala onda, pero que uno quiere andar con su gente.” (Extracto Relato Etnográfico).

“A la hora de trabajar sobre el plano nuevo edificio salieron todas las inquietudes y aprehensiones que tenían con el traslado, dejando claro que veían problemas prácticos en la forma en que se daban los flujos en el espacio, en el funcionamiento del modelo informático, pero el mayor problema se identificó en relación a los espacios de descanso que sentían reducidos, así como el tener que compartir espacios entre estamentos. La percepción de que se perdían los espacios de privacidad y descanso fue lo que tomó más importancia en esta etapa del taller, fue aquello en donde sentían más angustia, en tanto entendían lo imposible de trasladar exactamente el mismo espacio de descanso que tienen actualmente al nuevo edificio.” (Extracto Bitácora de Taller).

“Falta compartir la parte humana. Se habla de que se experimente la mezcla de estamentos, vivir juntos. Se habla de un cambio de cultura: sinceridad sale al aire. El gran temor es que ya no se pueda decir algo, la censura al mezclar estamentos, sentirse prisionero de no poder hablar. Ante ello, se argumenta que el espacio todavía se reduce, y que eso no se arregla con el cambio de cultura. Ante eso, se habla sobre un cambio de modelo en general que permita vivir allá.” (Extracto Bitácora de Taller).

La idea de un cambio de cultura fue algo que los/as funcionarios/as entendieron cuando se realizó el taller, pero no es algo de lo que hayan estado particularmente felices o que acogieran de inmediato: las identidades de grupo ya marcadas en conjunto con la idea de los espacios más reducidos generaban mucha resistencia a la idea de tener que encontrarse en el descanso con funcionarios/as que no compartían su cargo, por más que fuesen capaces de trabajar perfectamente en equipo en las zonas de trabajo.

Había un cierto miedo a que ámbitos que son únicamente de su espacio laboral se terminasen inmiscuyendo en su vida cotidiana en el descanso, y esto incluía relaciones que antes estaban separadas y segregadas y que significara menos intimidad y confianza

de la que tenían en ese momento dado; en el espacio laboral no existía la intimidad en su encuentro, por lo que no era necesaria para su convivencia en ese espacio, sin embargo, es diferente en la Residencia donde la intimidad era parte fundamental de lo que la constituye como tal.

El encuentro entre personas que se tienen cierto afecto y respeto en lo profesional no es algo que los convenciera de adoptar una nueva forma de vida en un edificio que se les presentó como una degradación con respecto a los espacios actuales.

Junto a ello, se presentó otro problema: no solo se trataba de compartir los espacios con personas que no estaban acostumbrados, sino que se producía un cambio masivo a nivel de hospital y de unidad, que genera una gran “ansiedad con respecto al funcionamiento laboral futuro”. Se veían enfrentados a nuevas condiciones laborales a las cuales no están seguros de cómo enfrentar y, de hecho, ven inviables. Las siguientes citas lo reflejan:

“Sí. ¿Y qué tal ha sido la experiencia de ver las salas de Urgencias en dónde van a estar trabajando?

DM: Eh... con temor.

PT: ¿Cuáles son los temores que tienen al respecto?

DM: Am... espacio físico, eh... las distancias, em... la tecnología nueva, que no nos vaya a traicionar durante los primeros tiempos, eh... la forma de cómo nos vamos a, a relacionar, y con esta informalidad de distancia con las otras unidades y... y yo creo que uno de los temores que afecta y... y con lo que voy conversando con los diferentes funcionarios y con los nuestros de la Urgencia es de pronto hay una pre..., o la poca presencia en, en el hospital en general de una mirada hacia el... trabajador del hospital.

¿En qué sentido? En que... em... nos vamos de un, un hospital pequeño a un gran hospital, pero sin embargo, cuando lo miramos solamente con la mirada media egoísta de funcionarios, nos vamos de una comodidad que tenemos en este hospital tan chico, las comodidades que tenemos como funcionarios, a un hospital tan grande, pero con muchas incomodidades.” (Entrevista jefe/a de Urgencias).

“La joven empieza a tomar la palabra de nuevo y me cuenta que cuando se implementen los nuevos turnos van a ser 3-4 meses de sufrimiento antes de volver a la normalidad, que a este paso la gente nueva se va a ir al encontrarse en tan malas condiciones y que la ansiedad de todos es terrible.” (Extracto Relato Etnográfico).

“Un tema que sale y que nos dicen es complejo es sobre la hora de ingreso: no pueden comentar lo que están haciendo actualmente porque no corresponde, en tanto marcan y luego van a realizar otras actividades, ir a dejar a los/as hijos/as al colegio, tomarse un café, sacar la vuelta, porque ya cumplieron la hora de entrada. Eso es algo que ven en riesgo en el nuevo edificio, que no va a poder ser así. Y no solo los/as funcionarios/as, sino también la jefatura misma: ellos también lo hacen, y ahora se preocupan que en el nuevo edificio no podrán tener esta posibilidad y tendrán que marcar y empezar a trabajar inmediatamente. Las lucas están en riesgo. Es lo que corresponde hacer, pero Maldonado lo llama “injusto”, porque así es cómo lo han hecho en los 15 años que ha estado aquí y que ahora no podrá hacer.” (Extracto Acta de Reunión Jefatura de Urgencias).

El arraigo a las comodidades en las que vivían los/as funcionarios/as de Urgencias evitaba que pudiesen ponerse en una postura más flexible en la que lograsen ajustarse a las condiciones del nuevo edificio. Sus costumbres estaban tan cementadas que incluso una práctica que reconocen como negativa, las horas de ingreso laxas, es algo que deseaban mantener por la comodidad, costumbre y, quizás más importante, por tradición.

Se veía el sacrificio de actividades placenteras por actividades laborales más extenuantes, sobre todo “incomodas”. La percepción de incomodidad es lo que prevalecía y tiene que ver con la idea de que estos cambios no eran necesarios, que eran en detrimento de su forma de vida y que al fin y al cabo iba a llevar a que debiesen restablecerse al no ser sostenibles en el tiempo.

Esto llevaba a la idea de que el “proyecto de traslado es inviable”, que las condiciones simplemente no estaban dadas para que el traslado ocurriese de forma óptima, y que por ello todos los proyectos de cambio que proponía el traslado iban a tener que adaptarse para asemejarse lo más posible a las formas de vida de ese momento.

“Me menciona también que en el nuevo edificio las cosas se están dando en desmedro del estado físico de los médicos, que tienen que caminar todo el rato y eso no es operable en un hospital público con la cantidad de demanda que tienen. Menciona la intención de funcionar como clínica cuando las condiciones no se dan para ello.” (Extracto Relato Etnográfico).

“La conversación continúa en torno a los gigantes pabellones del nuevo edificio, los cuáles según la joven que está presente, no permiten operar ya que hay que recorrer un trayecto muy largo.” (Extracto Bitácora de Taller).

“el siguiente reclamo vino de una de las jóvenes presentes me explica que las dinámicas van a cambiar, que los boxes quedarán bloqueados en el nuevo edificio, que se llenarán y no podrán ocuparse, mientras que aquí no ocurre, ya que el box se despeja rápidamente, y que ello es impresentable, que la dinámica tendría que ser la misma.” (Extracto Relato Etnográfico).

Resulta interesante el que se hablase del espacio laboral como un espacio gigante, mientras que los espacios de descanso eran pequeños. Se veía que el recorrido a la hora de ir a un lugar a otro en medio del trabajo es muy largo, que no daría abasto a la demanda, que tienen que caminar todo el tiempo, que no hay suficientes boxes de atención, y encima de todo lo anterior, no hay un espacio apropiado donde descansar.

En contraste con la idealización de sus espacios de descanso que poseían en ese instante y la demonización de los espacios de descanso a los que se iban a trasladar, está también la visión de un espacio de trabajo inabordable en el que se insiste en la falta de un diseño que haya considerado sus necesidades.

Categoría 4: La negligencia parental

Esta categoría aborda los sentimientos de abandono e indiferencia que los/as funcionarios/as percibían con respecto a su propia Jefatura y con respecto a la Dirección del HEGC. El traslado creó una sensación de desplazamiento por parte de los/as funcionarios/as con respecto a sus altos mandos, en tanto las ansiedades y preocupaciones que tenían no recibieron una respuesta que consideraran apropiada y percibieron el espacio del nuevo edificio como mal diseñado, como uno al cual nunca se les consideró.

“La pregunta que afecta a todos es: ¿Qué va a pasar cuando nos cambiemos allá? Hay una ansiedad muy grande sobre cómo todos los de Urgencias serán juntados en un espacio mucho menor al que están acostumbrados. Con respecto a cómo se aborda este tema, se destaca una necesidad de respuesta desde la dirección. Hay una petición hacia la dirección.” (Extracto Acta de Reunión de Equipo).

“Otra cosa importante que salió fue cuando pregunté si han hablado con Begoña, ante lo cual tuve una respuesta muy fría y cortante por parte de la joven “Nosotros no le importamos a la directora. Este es un tema que ella dice que está cerrado.”, y puedo ver en todos unos dejos de resentimiento al sentirse olvidados por la dirección, al sentir que no les importa lo que pase con ellos. Se sienten olvidados.” (Extracto de Relato Etnográfico).

“Entonces, la joven, me dice que queda claro que hay profesionales de primera y segunda categoría, y que se nota que ellos son de segunda categoría, porque hay a quienes les hicieron Residencias y a otros a los que no. El dolor y la rabia son evidentes, pero se expresan en un tono de calma preocupante, algo que dice que hay algo que no se está diciendo y de nuevo siento que un paro de Urgencias parece ser inminente.” (Extracto Relato Etnográfico).

Si volvemos a la sensación de los espacios ganados y la identidad como la parte más importante del hospital no sorprende el dolor, la decepción y el resentimiento que se sintió al percibirse como profesionales de segunda categoría por parte de la Dirección. En su orgullo por el tiempo trabajado y por pertenecer a “la cara visible del hospital” hubo un sentimiento de injusticia al no ser reconocidos como tal.

La idea de no poder entablar diálogo estaba cementada y su postura se alzaba como una oposición a la Dirección, como la oposición a la figura parental negligente que no se hace cargo de ellos. Y es que la relación que se estableció tenía ese tinte parental en tanto las Jefaturas y la Dirección eran quienes debían responder a los problemas que les acontecía y premiar sus esfuerzos.

Lo más sorprendente es que la misma “Jefatura reconoce no poder proteger a sus funcionarios/as”, al enfrentarse a un traslado que los incomoda a ellos también. Al estar

en esta posición media entre la Dirección y los/as funcionarios/as, la Jefatura se veía en una situación en que se entregaban al cambio, pero sin poder expresar las inquietudes y ansiedades de Urgencias o, más bien, resignados a que no pueden ser cumplidas.

“(…) trae a colación que los/as funcionarios/as sienten que no los defendieron con respecto a sus espacios físicos, cuando llegaron cuando la planta física ya estaba hecha. Se habla de que las jefaturas “no son consideradas. Nunca pensaron en nosotros”.” (Extracto Acta de Reunión con Jefatura de Urgencias).

“El Doctor (...) afirma que no tiene respuesta sobre lo que los/as funcionarios/as van a preguntar con respecto al plano de la Urgencia en el nuevo edificio. No sabe cómo explicarles cómo se van a arreglar en las 4 Residencias actuales, que por lo demás son muy pequeñas, que no está definido de quiénes son.” (Extracto Acta de Reunión con Jefatura de Urgencias).

El sentir que la Jefatura no los protege podía ser incluso más doloroso que el mismo sentimiento de abandono por parte de la Dirección. La Jefatura se había resignado a que no hay una respuesta clara y que no podían darlas y en su silencio los/as funcionarios/as se sintieron olvidados, desconsiderados, y solo potenció esta percepción de ser ciudadanos de “segunda categoría” a los cuales les falta el reconocimiento que merecían, incrementando estos sentimientos de resentimiento que describía anteriormente.

Este es el problema que traía consigo la postura en la que se encuentra la Jefatura de “someterse al traslado”, en tanto no se presentaba el espacio futuro como algo de lo cual adueñarse o apropiarse, sino como algo que debía aceptarse, acatar, abandonando los espacios que con tanto tiempo ya llevaban apropiándose y que ya tenían una fuerte significación construida.

“Incluso dentro de la jefatura no hay un escritorio considerado para Jimena, con lo que nos dice “por algo hago la talla de que voy a ir a lanzar currículum”. No se pensó en estos espacios, se van a ajustar a lo que hay.” (Extracto Acta de Reunión Jefatura de Urgencia).

Jefe/a: Y eso que encontramos de nuevo... no se me hace atractivo, no se le hace atractivo a la gente.

PT: Claro, ¿y cómo ve la disposición general ante eso? Hay gente, me imagino que no es como lo ideal para los trabajadores de acá, ¿pero los ve ya como dispuestos a ajustarse a eso como diciendo “ya, hay que hacerlo, nos ajustaremos”, o hay más resistencia?

Jefe/a: Yo creo que más resignación que resistencia.

PT: Ah, ya.

Jefe/a: Ya uno dice (hace gesto de levantar las manos).

PT: No hay nada que hacer.

Jefe/a: No hay nada que hacer. Allá veremos cómo nos arreglamos, tendremos que adaptarnos, no sé cómo lo iremos a hacer, así como también hay gente que ha dicho “no, sabes que, yo si no me adapto... me voy”, depende de, de cada uno, depende de, un técnico paramédico no es tan fácil conseguir un trabajo en otro lado, pal médico y... depende en especialidad, eh, la oferta de trabajo está por otro lado.” (Entrevista a jefe/a de Urgencias).

Esta postura evitaba que se pudiese ver el espacio del nuevo edificio en su potencialidad para apropiarlo, sino que quedaba en una significación negativa de “algo malo que hay que aceptar por el bien mayor”. Sin embargo, los/as funcionario/as no estaban dispuestos a aceptar ese “bien mayor”, porque la visión es que se estaba rayando en el abuso y que la Jefatura no estaba haciendo nada para protegerlos. Habían sido abandonados en una situación en la que nunca pidieron estar y en la que debían oponerse porque no existía, desde su perspectiva, ninguna posibilidad de dialogo con los altos mandos, y la misma Jefatura reconocía que no queda otra que adaptarse y ver allá cómo se las van a arreglar.

El gran problema de la postura que presentaba la Jefatura es que el arreglarse y ajustarse por el bien mayor —los/as niños/as— solo rendiría frutos si hubiese un compromiso por la unidad con ellos que fuese más allá de proteger sus espacios de descanso. Pero aún más problemático, es que la visión de los/as niños/as por parte de los/as funcionarios/as es que “son desplazados por los/as niños/as”, que al final su

bienestar se veía en desmedro por velar únicamente por ellos, creando una visión con respecto a ellos bastante preocupante.

“La misma señora que había hablado antes tomó la palabra y me comenta que ellos entienden que el nuevo edificio está pensando para el bienestar de los pacientes, pero en desmedro de los/as funcionarios/as. La verdad es que me quedo sin palabras en todo esto; la prioridad de los doctores aquí es por sobre todo mantener su comodidad, y ocurre que se sienten completamente desconsiderados. Los/as niños/as no son una prioridad, porque piensan que aquí se está dando bien, que habrá menos problemas, y que pueden estar cómodos y trabajar bien. Es una postura definida y mucho más fuerte que la que haya visto en cualquier otra área del Exequiel.” (Extracto de Relato Etnográfico).

“Nos advierten de lo incontenible que es la reacción de enojo e ira, la postura de que “no me van a convencer” con respecto al cambio al nuevo edificio. Ya hubo un ejercicio de trabajar sobre el plano que tuvo una pésima reacción por parte de los/as funcionarios/as, con mucha indignación, ante lo cual la jefatura no puede ocultar el hecho de que no se pensó bien, según ellos. Nadie puede dar un respaldo de que es mejor para ellos, “esto es para incomodarnos”.” (Extracto Acta de Reunión con Jefatura de Urgencias).

“Lo que más me sorprendió fue la diferencia tan enorme que hay entre cómo ven las cosas el Jefe de la Unidad de Urgencias y el resto de las personas en la Residencia; mientras que el jefe ve a los/as niños/as como la prioridad número uno y se alinea completamente con la dirección, el resto de las personas se ven heridas, enrabadas y frustradas, pero lo dicen en un preocupante tono de calma, como si supiesen que las cosas se van a dar a su favor.” (Extracto de Relato Etnográfico).

De haber sido solo una riña entre los/as funcionarios/as con la Jefatura y la Dirección sería una cosa, sin embargo, el ver a los/as niños/as como la única preocupación de la Jefatura y la Dirección solo aumentó esta percepción de negligencia parental, ya que su foco está puesto en otro lugar. Esto complica aún más el asunto; si bien todos/as declaraban que se preocupan por la atención al paciente, la idea del desplazamiento por

los/as niños/as pone en la mesa una idea de “o son ellos o yo” o de que es permisible pensar un poco menos en los/as pacientes en tal de mejorar sus propias condiciones post traslado.

Esto significaba un desencuentro total con la marcada postura de la Dirección acerca de la prioridad que debía poder asegurar la defensa de los derechos de los/as niños/as a toda costa. Para Urgencias, el diseño del hospital debía considerarlos a ellos/as tanto como a los/as pacientes. Y aquí es donde se entraba en otro punto que resulta complejo y es la idea de que “el diseño no considera la realidad de Urgencias”.

“Existe un problema de que el nuevo edificio no considera a los becados; hay una dinámica de trabajo que el Ministerio de Hacienda desconoce y por lo tanto han levantado un hospital que necesita becados, y no está pensando dónde van a estar. “Los que crearon el edificio no se acordaron”. Esto afecta un proyecto de que la Urgencia permita formar médicos generales pediatras. Como lo pone (...): “¿En el nuevo edificio? Nica”.” (Extracto Acta de Reunión Jefatura de Urgencias).

“Se van revisando los espacios que ocupan Urgencias: la sala de descanso de los médicos con la Urgencia en sí ya significa recorrer ciertos espacios. Se ve la necesidad de utilizar bodegas que se conviertan en espacios de descanso para la noche, lo cual ya ha sido aprobado por la directora; se destaca cómo no se pensó bien, los problemas que significa al tener bodegas sin ventanas.” (Extracto Bitácora de Taller).

La sensación generalizada de que el diseño se hizo sin pensar en ellos/as hizo aún más difícil poder aceptar esta realidad. Solo aumentaba las tensiones ya existentes y acrecentaba esta percepción de que el traslado estaba tan mal pensado que era inviable y por lo tanto no debería hacerse o, de hacerse, tendría que haber una restructuración masiva para que pudiesen replicar los espacios y prácticas en los que se movían todos los días.

Esta postura terminó por enfatizar los sentimientos de “dolor y rabia por las condiciones post traslado” que se han dejado ver alrededor del análisis. Podemos verlo más a fondo en las siguientes citas:

“Se ingresó por triage siguiendo la ruta que haría un paciente y se fue de a poco avanzando hacia adentro hasta llegar a las Residencias donde hubo un momento

muy tenso donde los técnicos alegaron discriminación y todos se quejaron de lo miserable de los espacios en comparación a lo que había en el edificio antiguo llegando incluso a compararlo con una cárcel.” (Extracto Informe Final)

“Nos advierten de lo incontenible que es la reacción de enojo e ira, la postura de que “no me van a convencer” con respecto al cambio al nuevo edificio. Ya hubo un ejercicio de trabajar sobre el plano que tuvo una pésima reacción por parte de los/as funcionarios/as, con mucha indignación, ante lo cual la jefatura no puede ocultar el hecho de que no se pensó bien, según ellos. Nadie puede dar un respaldo de que es mejor para ellos, “esto es para incomodarnos”.” (Extracto Acta de Reunión Jefatura de Urgencias).

Los sentimientos con respecto al traslado conllevaban la idea de desalojo, de tener que sacarlos a la fuerza de un lugar que habían hecho su hogar y que se hacía de forma totalmente gratuita, para incomodarlos, ya que se ponía en primer lugar a los/as pacientes y sus apoderados/as antes que a ellos/as. En esta postura se reveló no solo la tristeza y la frustración de tener que dejar los espacios que han hecho para sí, sino derechamente el dolor y la rabia de que hubiese sido permitido por las figuras parentales de la Dirección y, peor aún, de la Jefatura.

Estos son los sentimientos que han hecho que el arraigo al lugar se fortaleciera y que se de esta situación en la cual el espacio apropiado adquiere una significación casi sagrada, como el refugio en el cual pueden convivir felizmente y recuperar las energías para continuar con su importante labor en el hospital, mientras que la amenaza del traslado crea este rechazo a un espacio que no han tenido oportunidad de apropiarse y que no tienen interés en hacerlo, al percibirlo como la razón por la cual tienen que abandonar su hogar, la razón de su desalojo.

Discusión

El fuerte apego a los espacios de descanso que poseían los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias, en conjunto con el rechazo a los nuevos espacios ofrecidos por el nuevo edificio, que complejizaban el proceso de traslado, pudo ser identificado, caracterizado y analizado, al descubrir el lugar más significativo para los/as funcionarios/as del servicio: la Residencia.

El lugar de la Residencia para los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias fue significado como un refugio en el cual ellos/as realizaban prácticas cotidianas, las que permitieron que el espacio se sintiese propio para ellos/as, y que se generara una identidad de grupo demarcada en estas prácticas dadas en el espacio de la Residencia. Esta identidad se pone en peligro al hacerse presente el traslado a un nuevo edificio, lo cual generó conflictos con su Jefatura y con la Dirección del hospital.

Como refugio, para los/as funcionarios/as del servicio, la Residencia adquiría una connotación de protección, comodidad y afecto. Estaban “acostumbrados” a vivir ahí, el espacio fue habitado y transformado por ellos/as: se amobló en conjunto, participando todos/as en un proceso vivido en grupo, creando un ambiente en el cual habitar. Por años, el espacio de descanso entregado por el hospital fue convertido en un lugar propiamente de ellos/as, que confería reposo, intimidad y prácticas de convivencia familiar entre los que compartían la Residencia.

En la comodidad, privacidad y la familiaridad que se generó entre los/as funcionarios/as que compartían Residencias, es que este lugar tomó la significación de Refugio: es un lugar que les brinda seguridad, en el cual pueden recuperar fuerzas y mantenerse lejos de la zona de combate, que es como ellos denominaban su lugar de trabajo, como un lugar donde existían enfrentamientos constantes con los/as niños/as y sus padres. La Residencia se prestó como un refugio del desgaste físico y emocional del espacio de trabajo.

A través de la acción de amoblar el espacio de la Residencia en conjunto, y luego a través de la práctica de mantener una cuota mensual para comprar nuevos muebles, electrodomésticos o alimentos, se produjeron dos procesos simultáneos: uno de acción-transformación, en el cual el acto de amoblar transformó el espacio entregado por hospital en un lugar de descanso propio, y un proceso de identificación simbólica, en el cual el grupo que participó en la acción de amoblar se reconoció en cualidades que le atribuían al entorno, cualidades que definen su identidad.

Estos procesos simultáneos son descritos por Vidal y Pol (2005) como el modelo dual de la apropiación del espacio, en el cual el proceso de acción-transformación del espacio se entremezcla con la territorialidad, mientras que el proceso de identificación simbólica realiza un vínculo afectivo, cognitivo e interactivo con el espacio apropiado en cuestión. Visto desde el modelo dual de apropiación del espacio, la Residencia quedó demarcada como un territorio exclusivo de Urgencias, diferenciándola de los otros espacios de descanso disponibles en el hospital, en tanto que ellos no se han llevado a cabo un proceso de acción-transformación que demarque el territorio, ni tampoco un proceso de identificación simbólica en el cual vean en aquellos espacios cualidades con las que se identifiquen a sí mismos.

La Residencia es significada, a su vez, como “un espacio ganado”, como la recompensa por el trabajo y las prácticas realizadas en aquel espacio. Aquella significación marcaba aún más las diferencias con otros espacios de descanso disponibles en el hospital. En este proceso de apropiación dual del espacio apropiado, la Residencia pasó a ser un factor de continuidad y estabilidad para la identidad y cohesión del grupo de funcionarios/as que convivían allí. Esto se relaciona con lo que describen Menéndez & Del Rocío (2014): las acciones realizadas en el espacio llevan a la pertenencia, cohesión, emotividad, comunidad y autorreconocimiento que se produce a través del tiempo y que genera identidad.

Una vez que el espacio fue transformado en el lugar de descanso, en el Refugio, se abrieron posibilidades de acción. Cuando el lugar era únicamente el espacio otorgado por el hospital para descansar no había muchas posibilidades de acción en el espacio más que reposar. Sin embargo, al apropiarse del espacio, comienzan a darse nuevas posibilidades de acción; el lugar deja de ser solo un punto de descanso, sino que pasa a ser un punto de encuentro, de creación y recreación en conjunto, de intimidad, confianza y seguridad. Se empezaron a dar prácticas cotidianas que solo podían generarse en un espacio apropiado.

Existía una dinámica de vida cotidiana, similar a la de una familia, en donde los/as funcionarios/as se encontraban para descansar juntos, ver televisión, comer juntos, dormir acompañados/as, de pagar la cuota mensual y aportar nuevos muebles o alimentos al lugar de la Residencia. Estas eran acciones performadas, acciones que llevaban a la práctica actos que no eran posibles anteriormente, pero que se vuelven posibles al apropiarse el espacio.

Estas posibilidades de acción en el espacio apropiado son denominadas “affordance” (Kidder, 2012) y es a partir de estas posibilidades que las personas realizan acciones concretas en el espacio, acciones performadas.

En el contexto del traslado al nuevo edificio, los/as funcionarios/as percibían una affordance muy limitada, en tanto que las posibilidades de realizar las acciones de apropiación del espacio como las que habían llevado a cabo en la Residencia no se veía como algo realizable en el nuevo edificio. Ello dio paso a que los espacios a trasladarse no pudiesen pensarse como lugares significativos. Los nuevos espacios, entonces, se percibían como impenetrables, donde no podrían dejar huella, donde no habría acciones performadas, sino que se volvía al concepto original de “espacio de descanso”, cumpliendo únicamente esa función, abandonando la connotación de Refugio.

Si no hay affordance, tampoco hay oportunidades de apropiarse del espacio. No hay una posibilidad de realizar una acción-transformación que demarque el espacio como suyo, como su territorio y su lugar propio, ni tampoco se produce el proceso de identificación simbólica en donde pueden reconocerse en los espacios. El percibir esta falta de affordance no solo significaba no poder intervenir en el espacio, significaba no poder verse reflejados en él de ninguna manera. Siendo que el apego al lugar se caracteriza por reunir afectos, cognición y práctica y que en el apego vemos el establecimiento de lazos de las personas con los lugares (Di Massio, Vidal & Pol, 2008), sin una affordance que permita la apropiación y el sucesivo apego al lugar, el espacio no conllevará una significación que permita crear identidad, cohesión o pertenencia.

Es en este punto donde se produjo el problema con respecto a las expectativas del traslado al nuevo edificio: los espacios que significaban como ganados, propios, de Refugio, no tenían forma de ser replicados en este nuevo espacio. Ante la expectativa de que sus prácticas de apropiación del espacio no serían replicables surgieron muchos temores al respecto: la pérdida de privacidad e intimidad, la percepción amenazante de que sus espacios de descanso se reducirían y la percepción de que su Jefatura y la Dirección del Hospital no los protegían.

La percepción de que se perdería la privacidad se produce cuando se anuncia que ya no habría Residencias separadas por estamentos. Siendo que durante años las Residencias de médicos/as, TENS y enfermeras han estado separadas, cada estamento ha configurado una identidad particular y propia de ellos/as mismos/as en sus Residencias. A la Residencia de médicos/as solo entran médicos/as, y a la de los/as TENS y

enfermeras, solo TENS y enfermeras; la separación se vivía y se hacía presente todos los días.

Al recibir la noticia de que ya no existirían espacios separados para cada estamento no solo se instaló la idea de tener que compartir espacios privados, si no que se sacudió la base de los espacios que han construido a través de los años. Las acciones performadas, el proceso de acción-transformación y de identificación simbólica, que han configurado su cotidianidad, se veían amenazados. Al compartir espacios, la posibilidad de recrear las acciones que los han constituido como tales, su “affordance”, se percibía como inexistente.

Era considerado el fin del refugio, de la seguridad y la privacidad, tanto para los/as médicos, como para los/as TENS y enfermeras, lo cual resultó ser inaceptable para todos/as: el miedo de cohabitar los nuevos espacios, siendo que en sus prácticas cotidianas ya habían instalado sus propias culturas y rutinas cotidianas, era transversal a todos los estamentos del servicio.

Las Residencias generaron un fuerte vínculo afectivo no solo con el lugar, sino que entre los/as mismos/as funcionarios/as que las compartían. El lugar fue denominado tanto “Refugio” como “su casa” y las personas que compartían la Residencia eran consideradas como “familia”. Por ello, la propuesta de cohabitar espacios se significó como el desarme de la familia, convirtiendo el traslado en un proceso de desalojo y reubicación, en vez de la mudanza tipo “Minga” que el Hospital planteaba como principio del traslado.

Las personas transforman los espacios (y a sí mismos) conscientemente, en un proceso de apropiación que genera apego y, posteriormente, un sentimiento de hogar sobre el lugar apropiado (Rioux, Scrima & Werner, 2017). La transformación del espacio de Residencia en hogar es la que permitió que los lazos generados en las Residencias fuesen de familia, creando una identidad fuerte y claramente diferenciable según la Residencia desde la que se mirase.

Cada estamento ha creado su propia cultura y su propia historia en sus lugares de descanso; las Residencias eran significadas como casas separadas, con familias separadas, con dinámicas que no podían ser entremezcladas. Sobre esto, Carmona y Calvo (2013) hablan sobre el desarrollo de la identidad de grupo en el lugar, explicando que en la medida que el grupo se sienta históricamente ligado a un determinado entorno desarrollaran un sentimiento de pertenencia que crea una diferencia entre ellos y un grupo externo que no comparta su pasado ambiental. El pasado ambiental de cada Residencia

es lo que excluye a otros/as funcionarios/as de considerarse parte de la misma familia, aun cuando se ven y trabajan juntos todos los días.

En concordancia con lo anterior, los/as funcionarios/as del servicio percibían sus nuevos espacios como pequeños e insuficientes. Al mirar los espacios dedicados para las nuevas Residencias, en el plano del nuevo edificio, surgía un sentimiento de inseguridad y temor que hacían eco alrededor de todos/as.

Si ya la mezcla entre estamentos hacía aparentemente imposible el poder replicar sus prácticas de apropiación del espacio, el percibir los espacios nuevos como minúsculos lo sacaba de todo terreno de posibilidades en la mente de los/as funcionarios/as. No existía fe en que pudiesen ajustarse a sus nuevas condiciones de vida y trabajo que se les estaba ofreciendo en el nuevo edificio. Siendo que los muebles serían diferentes, no habría camas para dormir, todos los estamentos estarían compartiendo las mismas habitaciones, y que no había una buena separación con el público a atender, el miedo y la rabia eran emociones fuertes asociadas al traslado.

Como funcionarios/as del hospital podían entender la necesidad de un cambio de cultura, sin embargo, no estaban preparados para que todo cambiase de golpe, en un lugar donde sentían que su identidad como tal estaba en riesgo. Proshansky, Fabian & Kaminoff (1983) hablaban acerca de cómo cuando las personas sienten su lugar amenazado son conscientes de su identidad amenazada y se determina el grado de apropiación que favorece un sentimiento de control y seguridad ambiental. En el caso de Urgencias, así ocurría: la amenaza de los espacios reducidos junto con la amenaza de perder su intimidad resultaba en este afianzamiento a sus espacios apropiados.

Era tan fuerte la percepción de amenaza a la forma de vida que habían construido por años que las expectativas con respecto al traslado terminaron siendo muy negativas. Y los conflictos con la Jefatura y la Dirección solo empeoraban la situación: los/as funcionarios/as decían sentirse como “ciudadanos de segunda clase” y la misma Jefatura reconoció que sus funcionarios/as “se sentían abandonados por ellos/as”. Sin el respaldo de los altos mandos en este proceso, la sensación de abandono en conjunto con la amenaza de espacios reducidos y pérdida de intimidad confirmaba la impresión que ya tenían: que no existiría forma de hacer los espacios suyos. La “affordance” no se percibía, y por ello tampoco se percibía la posibilidad de llevar a cabo un proceso de apropiación dual en el nuevo edificio, donde podrían marcar el territorio como suyo y significarlo como suyo.

En cambio, la percepción era que debían ajustarse a las condiciones entregadas y crear una nueva identidad de Urgencias en base a las exigencias de la Dirección, las cuales su Jefatura acataba.

Es por ello que su postura frente al traslado era una de conflicto: se encontraban defendiendo su identidad, exigiendo posibilidades de expresarla, espacios que pudiesen convertirlos en propios y una separación entre estamentos que lograra mantener la esencia de lo que era su Residencia: su Refugio. Si en sus nuevos espacios no percibían la posibilidad de llevar a cabo acciones performadas para apropiarlos, estos espacios no podrían adquirir el estatus de Refugio.

Conclusiones

Al inicio de esta investigación planteé que, tanto el fuerte apego a los lugares de descanso por parte de los/as funcionarios/as de Urgencias como el rechazo explícito al nuevo edificio, complejizaba el proceso de traslado a realizarse ese mismo año. Al identificar y caracterizar las prácticas y significaciones en torno a los espacios laborales apropiados por los/as funcionarios/as del servicio de Urgencias, fui capaz de analizar cómo se enfrentaron al proceso de traslado, cuáles eran las amenazas que percibían y los miedos que se presentaban, y cuál era la experiencia de apego al espacio que presentaron.

Para cerrar esta investigación, es mi interés revisar brevemente las prácticas y significaciones en torno a los espacios laborales apropiados por los/as funcionarios/as y reflexionar sobre las áreas en las cuales esta investigación significa un aporte y, a su vez, aquellos ámbitos en los cuales no se llegó a indagar en profundidad.

Las significaciones sobre el espacio apropiado de la Residencia le otorgaban la connotación de un refugio y de casa, de un lugar donde se protege la intimidad y donde pueden recuperarse y refugiarse del agotamiento que genera el trabajar en Urgencias, del enfrentamiento constante que ello conlleva. Este espacio ha sido, por años, la Residencia, un espacio que se han ganado al construirlo ellos/as, y que ha generado entre los/as que comparten este espacio un vínculo familiar. Se dio un fenómeno de apego al lugar.

“El apego al lugar ha sido definido como “el vínculo que ocurre entre individuos y sus entornos significantes (Scannel & Glifford, 2010, p.1). A lo largo de muchos años de investigación, el apego al lugar ha sido visto como uno de los procesos más importantes para crear un sentimiento de hogar, de mantener comunidades juntas, de ayudar a vecindarios a definir y defender su espacio, y para proveer a la gente de control sobre, seguridad en, y una sensación de sí mismo con un entorno privado y público”. (Rioux, Scrima & Werner, 2017).

Tal como relatan los autores en la cita anterior, la Residencia ofrece una sensación de control, seguridad y una sensación de identificación personal por parte de los/as funcionarios/as en el espacio apropiado, que permite que se desarrollen las dinámicas cotidianas de hogar y de familia.

En cuanto a las prácticas que se desarrollan en el espacio apropiado de la Residencia, una de las más importantes, y que genera las significaciones vistas

anteriormente, es la de amoblar la Residencia en conjunto. Sin importar si son antiguos/as o nuevos/as, todos los que comparten el espacio se unen en este proceso de comprar o traer muebles para darle un toque personal a su lugar de descanso. Además, existe una cuota mensual con la cual compran comida y/o nuevos muebles o equipos para la Residencia, un acto en el cual se va renovando esta pertenencia a la Residencia. Estas son las prácticas que definen su identidad.

“Sea a través de la acción-transformación o bien de la identificación simbólica (Pol, en prensa) el espacio se convierte en lugar, es decir, se vuelve significativo (Jorgensen, 1992). El mecanismo de apropiación facilita el diálogo entre los individuos y su entorno en una relación dinámica de interacción, ya que se fundamenta en un doble proceso: el individuo se apropia del espacio transformándolo física o simbólicamente y, al mismo tiempo, incorpora a su *self* determinadas cogniciones, afectos, sentimientos o actitudes relacionadas con el espacio que resultan parte fundamental de su propia definición como individuo, de su identidad del *self* (Proshansky, 1976).” (Valera & Pol, 1994).

A causa de las transformaciones del espacio, los individuos que comparten el espacio terminan transformándolo de tal forma que se desarrolla una identidad en conjunto que incorpora las cogniciones, afectos, sentimientos y actitudes del grupo frente al espacio, permitiendo la cercanía familiar que se ha descrito hasta el momento.

Dadas estas prácticas y significaciones, se producen ciertas expectativas con respecto al traslado al nuevo edificio. Los nuevos espacios designados para la Residencia fueron significados de forma negativa, puesto que se consideraban como pequeños, intocables, impenetrables, inapropiables y amenazaban la identidad de grupo construida en la Residencia que solían habitar.

El problema estaba en esta sensación de resquebrajar un espacio ganado y apropiado, a intervenir en la familiaridad que sostenía las relaciones y los vínculos creados a través del tiempo en el espacio de Residencia, y en el sentimiento de una desconsideración por parte de la Jefatura que no los defendía, y de la Dirección que los mantenía en el olvido.

Había una clara preocupación de llegar a espacios que no podrían ser apropiado, que no podrían ser suyos.

Ante este problema, el equipo de Exequiel Sensible trabajó con los/as funcionarios/as de Urgencias para llegar a ciertos consensos sobre el uso del espacio que tendrían en las nuevas instalaciones con el fin de presentar posibilidades de apropiarse del espacio nuevo (presentar una “affordance”), de resignificarlo y de hacerlo más cómodo para ello, dando nuevos espacios de encuentro y conversación en los que pudiesen mantener las dinámicas más importantes para ellos.

Esto resultó en que una buena cantidad de ansiedades y temores lograran ser calmadas, mejorando la situación, pero sin resolverla; el conflicto era inevitable debido al apego generado en el espacio de Residencia. Sin importar la libertad de diseño y el grado de apropiación que pudiesen tener sobre los nuevos espacios, habría un proceso doloroso de abandono del lugar.

Ese proceso de traslado era percibido como un desalojo, estar obligados a dejar un espacio que ellos crearon y que, además, se habían ganado. Ofrecer más oportunidades de apropiación de espacio en el nuevo edificio podría haber permitido un proceso más tranquilo y una significación menos negativa del traslado, pero no habría dejado de haber un conflicto en tanto emociones, afectos y apegos estaban en juego en este lugar que se dejaba atrás.

Actualmente, ya realizado el traslado, el servicio de Urgencias se ha adaptado a los nuevos espacios en los que trabajan y descansan: reconocen la importancia que tenía el traslado para los pacientes y admiten haber sido capaces de ajustarse en el cambio. Sin embargo, las Residencias que tenían no dejan de ser algo que extrañen y que vean con nostalgia. El vínculo afectivo sigue ahí, y se vive como si hubiesen dejado a un ser querido atrás.

Es importante destacar que el traslado siempre se trató como algo necesario y definitivo; la Dirección del hospital se puso en campaña para proteger y resguardar los derechos de los/as niños/as, lo cual estableció como el principio fundamental que debía mover al HEGC y en base a aquello se tomaron decisiones importantes con respecto a las condiciones post traslado.

Esta declaración de principios causó una percepción de desplazamiento por parte de Urgencias que desató aún más conflictos de los que ya existían al tener que enfrentarse al abandono de un lugar apropiado. Sintiendo como “los guerreros del hospital” este trato era considerado injusto, y se notaba un claro resentimiento por elegir el bienestar de los/as niños/as sobre el suyo.

Sin embargo, el poder ver que las condiciones de atención realmente mejoraron una vez producido el traslado, y que los derechos de los/as niños/as se hacían más fáciles de resguardar, ayudó a un cambio de actitud y una disposición de ajuste por parte del servicio de Urgencias. Aun cuando la nostalgia por sus antiguos espacios de descanso permanecía, el claro contraste en la calidad de atención entre el antiguo edificio del HEGC y la atención en el edificio nuevo del HEGC, ayudó a mejorar la disposición de los/as funcionarios/as de Urgencias a trabajar en estos nuevos espacios.

A partir de todo lo revisado anteriormente, en tanto marco teórico, metodología y análisis, esta investigación aporta a la disciplina de la Psicología al profundizar en las teorías de apropiación del espacio de Tomeu Vidal y Enric Pol Urrútia (2005), abordándolas desde el ámbito hospitalario, y añadiendo un componente de las expectativas y amenazas que aparecen en un contexto de traslado.

Desde esta investigación, la apropiación del espacio hospitalario se aborda como un fenómeno grupal en el cual las personas involucradas crean y afianzan una identidad de grupo, construida a la base del ejercicio de construcción en conjunto del espacio. Así se demarca una territorialidad significativa para ellos/as. Ante un contexto de traslado, al sacudirse la territorialidad y la identidad de grupo construida, se generan expectativas negativas con respecto al traslado.

En un plano más práctico, esta investigación destaca la importancia de que los/as mismos/as funcionarios/as puedan tomar más agencia en el proceso de traslado, con tal de permitir una “affordance” o posibilidades de transformación de los espacios a los cuáles van a trasladarse.

Dado lo anterior, se abre un área de investigación interdisciplinaria con la disciplina de Diseño respecto a un Diseño de Co-Construcción que permita a los/as funcionarios/as una experiencia de apropiación del espacio al que van a ser trasladados, facilitando el proceso y asegurando una mejor adaptación a los nuevos espacios.

Con respecto de lo que esta investigación aporta al Hospital Exequiel González Cortés, abre posibles vías de evaluación de los espacios actuales del nuevo edificio, con el fin de conocer las formas de apropiación que han desarrollado los/as funcionarios/as con respecto a sus espacios de descanso y de trabajo.

A partir de este reconocimiento, se puede fomentar prácticas cotidianas que permitan establecer puentes, entre los servicios que se encuentren más reclusos en sus propios espacios, con el resto de la comunidad hospitalaria. Esto sin rechazar las prácticas

ya establecidas por los servicios, sino fomentando nuevas formas de ser con tal de abrir diálogo y facilitar el trabajo en equipo entre servicios.

Junto a lo anterior, el trabajo de evaluación de formas de apropiación del espacio permitiría poder trabajar con respecto al principio declarado del hospital de proteger y resguardar los derechos de los/as niños/as que se atienden en el HEGC. Al ver la cotidianidad de los servicios, sus formas de ser, y la identidad que generan en un espacio que es significativo para ellos, se revelan las posturas y significaciones que tienen en los distintos planos del hospital, tanto en cómo lo perciben estructuralmente, así como la forma en que ven a las personas con quienes trabajan.

El trabajo en Urgencias reveló el sentimiento de desplazamiento que el servicio sentía con respecto a los/as niños/as por parte de Urgencias, por lo cual un trabajo de este tipo, en que se vea la apropiación de los espacios significativos de un servicio, pueden dar importante información sobre cómo los servicios se van adaptando o van significando los principios declarados del hospital, dando paso a una evaluación en que se puede reflexionar sobre las medidas que tomar para fortalecer el principio de resguardo de los derechos de los/as niños/as en el hospital.

El trabajar a partir de la apropiación del espacio los aspectos que se refieren a las problemáticas de los/as funcionarios/as puede generar una sensación de consideración que resulta importante para ellos/as. El servicio de Urgencias afirmó haberse sentido desconsiderado por la Dirección, por lo que integrar este aspecto a las evaluaciones y a las medidas que se decidan tomar para mejorar las condiciones del HEGC, llevan consigo generar vínculos importantes con los servicios que facilitarán los procesos de cambio que deba vivir el hospital.

Sobre apropiación del espacio queda mucho que revisar, aprender y desarrollar. Esta investigación muestra que el marco teórico a su base no aborda todos los ámbitos que se abren hoy en día para la discusión de apropiación del espacio. Un mayor conocimiento sobre “la apropiación del espacio laboral” es necesario para comprender el tipo de relaciones que los/as funcionarios/as establecen en sus puestos de trabajo y cómo esto afecta sus prácticas cotidianas; el comprender mejor esta relación abre puertas a un examen más profundo de la apropiación del espacio, y cómo los ámbitos de descanso y de trabajo se entremezclan en su forma de vivir la jornada laboral.

Junto a lo anterior, se hace necesario aprender más sobre “diseños de co-construcción que permitan apropiación del espacio”, en tanto la discusión y reflexión de este tipo de diseño abre puertas a la construcción de edificios permeables, que consideren

los procesos que los/as funcionarios/as necesitan llevar a cabo para hacer los espacios suyos, y así evitar los conflictos que se presentan al sentir su “affordance” amenazada.

Aprender más sobre la apropiación del espacio en los contextos mencionados anteriormente significa poder mejorar la forma en que las empresas e instituciones entiendan y trabajen con sus funcionarios/as, significa poder abrir una gama de opciones para mejorar las condiciones de los/as funcionarios/as y fortalecer el resguardo de los derechos de los/as niños/as.

De hecho, la apropiación del espacio puede prestarse no solo para fortalecer la calidad de vida de los/as funcionarios/as, sino que se abre una oportunidad para que los/as niños/as también puedan apropiarse de los espacios hospitalarios, con prácticas que resguarden sus derechos.

Es por ello que el espacio no puede ser considerado únicamente como algo estático en el contexto hospitalario, como un sitio en el cual los/as niños/as llegan a ser atendidos y donde los/as funcionarios/as trabajan y descansan. Las significaciones del espacio son mucho más profundas, y comprender a mayor cabalidad las prácticas y significaciones con respecto a un espacio apropiado permite una mejora en la calidad de vida para todos, y un fortalecimiento en el resguardo de los derechos de los/as niños/as.

Referencias

- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Artiagas, R., & Montenegro, E. (2001). Historia Hospital “DR. EXEQUIEL GONZALEZ CORTES”. En *Origen y Desarrollo de los Hospitales para Niños en Santiago* (pp. 119-132). RIL Editores.
- Bachelet, V. C. (2014). Concesiones hospitalarias en Chile: dónde estamos y hacia dónde vamos. *Medwave*, 14(10). <https://doi.org/10.5867/medwave.2014.10.6039>
- Bomfim, Z. A. C., & Urrutia, E. P. (2005). Affective dimension in cognitive maps of Barcelona and São Paulo. *International Journal of Psychology*, 40(1), 37-48. <https://doi.org/10.1080/00207590444000122>
- Candia, A. (2016). Evidencia sobre Infraestructura en Salud en Chile y Modalidades de Inversión. *Libertad y Desarrollo*, 5-22.
- Consortio Hospital Dr. Exequiel González Cortés. (2016). Información de la obra – Hospital Exequiel González Cortés. Recuperado 18 de abril de 2018, a partir de <http://www.consortiohegc.cl/informacion-de-la-obra/>
- Courpasson, D., Dany, F., & Delbridge, R. (2017). Politics of place: The meaningfulness of resisting places. *human relations*, 70(2), 237–259.
- Di Masso, A., Vidal, T., & Pol, E. (2008). La construcción desplazada de los vínculos persona-lugar: una revisión teórica. *Anuario de Psicología*, 39(3).
- Fernández, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 7(4). Recuperado a partir de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/163>
- García, A., & Tatiana, E. (2015). La apropiación y modos de ocupación del espacio público. El caso de la avenida 6a de la ciudad de Cúcuta. *Dearq Revista de*

Arquitectura / Journal of Architecture, (17), 74-85.

<https://doi.org/10.18389/dearq17.2015.05>

- Gómez Carmona, G., & Villar Calvo, A. J. (2014). Apropiación simbólica y reconfiguración identitaria del espacio urbano en Metepec, Estado de México. *Nova scientia*, 6(11), 268–290.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, Métodos de investigación* (Segunda Edición). Barcelona: PAIDÓS.
- Hospital Dr. Exequiel González Cortés. (2015). Historia - Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Recuperado 31 de julio de 2017, a partir de http://hegc.cl/?page_id=31
- Ibáñez, I., & Michelazzo, C. (2013). Expresividades de la imagen: régimen escópico, espacialidad y sensibilidades. En *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 14). Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/openview/f5050e63c35540246dd91854faccdb3f/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=556354>
- Jiménez, B., Olivera, A. R., & López, R. M. (2014). Espacios Públicos Sustitutos Por Apropiación Espacial Juvenil En Centros Comerciales De Guadalajara y Puerto Vallarta. En *La Ciudad habitable* (pp. 163-180). Universidad Piloto. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/j.ctt19dzerw.11>
- Kidder, J. L. (2012). Parkour, The Affective Appropriation of Urban Space, and the Real/Virtual Dialectic. *City & Community*, 11(3), 229-253.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-6040.2012.01406.x>
- Korosec-Serfaty, P. (1984). The Home From Attic to Cellar. *Journal of Environmental Psychology*, 303-321.
- Luna Hernández, J. R. (2009). Photo-ethography by People Living in Poverty Near the

- Northern Border of Mexico. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2).
- Méndez, C. A., & Torres, M. C. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Revista de Saúde Pública*, 44(2), 366–371.
- Monticelli, M., & Elsen, I. (2004). El hospital como una «realidad clínica»: una comprensión a partir del encuentro entre las trabajadoras de Enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. En *Horizonte de Enfermería* (Vol. 15, pp. 37-52). Pontificia Universidad Católica de Chile Facultad de Medicina Escuela de Enfermería.
- Muñoz Jiménez, M. T. (1999). La apropiación industrial. Hospital de Manacor. En *Hospital de Manacor* (pp. 8-19). Madrid: Munilla-Lería. Recuperado a partir de http://oa.upm.es/39728/1/1999_apropiacion_opt.pdf
- Pérez Hernández, E. (2014). *Revitalización espacial de la clínica de nuestra señora de la paz orden hospitalario de San Juan de Dios Bogotá*. Universidad Católica de Colombia.
- Pol, E. (2006). Blueprints for a history of environmental psychology (I): From first birth to American transition. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 7(2), 95–113.
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), 57-83.
- Ratcliffe, E., & Korpela, K. M. (2016). Memory and place attachment as predictors of imagined restorative perceptions of favourite places. *Journal of Environmental Psychology*, 48, 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.09.005>
- Rioux, L., Scrima, F., & Werner, C. M. (2017). Space appropriation and place

- attachment: University students create places. *Journal of Environmental Psychology*, 50, 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.02.003>
- Menéndez, S., & Del Rocío, V. (2014). Significación del espacio y el tiempo, la memoria apropiada en el territorio: los diez barrios de la ciudad de San Pedro Cholula, Puebla. *Cuicuilco*, 21(61), 211–244.
- Servicio de Salud Metropolitano Sur. (2017). *Términos de Referencia: Desarrollo y Documentación de un Plan Estratégico para la Optimización del uso del Espacio Hospitalario y de los Flujos de Personas e Información en el Nuevo Edificio del Hospital Dr. Exequiel González Cortés*. Ministerio de Salud.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2012). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Trindade, E., Llano Linares, N., & Farah Brahim, V. (2011). El consumo alimentario que marca el centro de Sao Paulo: una experiencia fotoetnográfica del consumo y de la publicidad de alimentos. *Sphera Publica*, 11, 331-349.
- Valera, S., & Pol, E. (1994). El concepto de identidad social urbana: una aproximación entre la psicología social y la psicología ambiental. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (62), 5–24.
- Vidal Moranta, T., & Pol Urrutia, E. (2005). La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. *Anuario de psicología*, 36(3). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/970/97017406003/>